

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ДЕСТРУКТИВНЫМИ ПНЕВМОНИЯМИ

Тома Д.А., Вечеркин В.А., Коряшкин П.В., Анисимова А.С.,
Баранов Д.А., Бакаева Н.С.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия

Обоснование. Несмотря на значительные успехи в диагностике и лечении деструктивных пневмоний у детей (ДП) в последние годы, сохраняется еще летальность и хронизация воспалительного процесса, особенно у больных раннего возраста.

Цель: усовершенствовать диагностику и комплексное лечение деструктивных пневмоний у детей.

Материалы и методы. В клинике хирургии детского возраста ВГМУ им. Н.Н. Бурденко и областной детской больницы Белгорода с 2013 по 2022 г. под наблюдением и лечением находилось 307 детей с острыми гнойными деструктивными пневмониями. Нами установлено, что среди всех госпитализированных детей с пневмониями в педиатрические стационары Воронежа и Белгорода у 6,3 % были диагностированы легочные и легочно-плевральные осложнения. Среди возбудителей ДП у детей, лечившихся с 2013 по 2018 г. высеивались из плевральной полости, трахеи, бронхов *Streptococcus viridans* (18,62 %), *Staphylococcus aureus* (25,49 %), в том числе в 12,5 % случаев MRSA положительные штаммы *Staphylococcus haemolyticus* (15,69 %), *Streptococcus pneumoniae* и *Pseudomonas aeruginosa* (по 6,86 %). В 7,84 % случаев имелась ассоциация с грибами рода *Candida*. У пациентов, госпитализированных с 2019 по 2022 г. нами отмечено изменение микрофлоры возбудителей ДП. При этом основным этиологическим фактором развития деструктивных пневмоний является микст-инфекция *Ps.aeruginosa* + *Mycoplasma* + *Ch.pneumoniae* — 42 %, *Str.pyogenes* + грибы 12 %; моноинфекция: *Ps.aeruginosa* — 24,7 %, *Str.viridans* — 17,8 %, *Mycoplasma* — 3,5 %. По осложнениям ДП были разделены на три группы: I группа — стадия лобита/инфильтрации — 79 детей; II группа с плевральными осложнениями — 80 и III группа с легочными осложнениями — 43 пациента. Для изучения нарушений центральной гемодинамики всем поступившим в хирургический стационар аппаратом Кардиокод определяли ударный объем (УО), минутный объем кровообращения (МОК), раннюю диастолу ($V_{p.d.}$), систолу предсердий ($V_{c.p.}$), тонус восходящей аорты ($V_{т.а.}$), сократительную способность миокарда (быстрое и медленное изгнание).

Результаты. Двустороннее поражение легких имели 45 % детей, правостороннее — 38 %, левостороннее — 17 %. При поступлении у больных ДП отмечалось снижение ударного объема на 10–15 %, показатели ранней диастолы (указывают на венозный возврат) были значительно снижены от нормы (75–85 %), что указывало на ранний признак снижения ОЦК. Кроме того, у пациентов параметры систолы предсердий превышали норму на 10–20 %, а объем быстрого изгнания снижен на 70–80 % от нормы. Отмечалось увеличение показателя тонуса восходящей части аорты. Эти нарушения показателей ЦГ особенно выявлялись у детей с абсцессами легких и пиопневмотораксами. Лечебные мероприятия у детей с ДП включали в себя пункции, дренирование плевральной полости, санацию путем торако- и бронхоскопии с использованием антибактериальных препаратов широкого спектра действия.

Заключение:

1. В последние годы отмечается изменение возбудителей ДП с превалированием в 54 % микст-инфекции.
2. Нарушения параметров ЦГ зависят от стадии течения заболевания. Наиболее значительно они страдают в стадии легочных и легочно-плевральных осложнений.

3. В группу риска развития ДП следует включить детей на амбулаторном лечении.
4. Неотъемлемой частью организации эффективного лечения является тесное сотрудничество детского хирурга и участкового педиатра.

Ключевые слова: деструктивная пневмония; ранняя диагностика; Кардиокод; лечение.