

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДВУХСТОРОННЕЙ ТОТАЛЬНОЙ ДЕСТРУКТИВНОЙ БАКТЕРИАЛЬНО-ГРИБКОВОЙ ПНЕВМОНИИ

Горелова Е.М., Лысов А.Е., Черников А.Н., Сниткин Н.А., Колчинцев Д.В.

Белгородская областная детская клиническая больница, Белгород

Представлен нетипичный случай тотальной вирусно-бактериально-аспергиллезной двусторонней деструктивной пневмонии (ДП), осложненной пиопневмотораксом у ребенка 2 лет.

Подходы к лечению ДП оформились более 30 лет назад. Появление современных антибиотиков актуальность проблемы снизили, но в течение последнего десятилетия деструктивные осложнения пневмоний участились, что обусловлено распространением мультирезистентной микрофлоры и микст-инфекциями. Приводим клинический случай.

Девочка 2 лет госпитализирована с жалобами на гипертермию, одышку, сухой кашель, слабость. Больна неделю, когда появились субфебрилитет и насморк. Лечились сами дома. Обратились к врачу в связи с ухудшением состояния. Госпитализированы в ЦРБ, откуда переведены в ОРИТ ДОКБ.

Ребенок без фоновой патологии, развит нормально. При поступлении 10.09.18 гипертермия до 39°C. Состояние тяжелое, вялая, сонлива. Кожа бледная, с серым оттенком. Выражен периоральный и периорбитальный цианоз, мраморность кожи. Слизистые бледные, чистые. Зев спокойный. ЧД 48–50/мин, ДН 2. SpO₂ 90–92 %. Дыхание ослаблено справа, перкуторный звук укорочен. Тоны сердца приглушены, 191/мин, ритмичны. Печень +2,5 см, селезенка +1. Живот не вздут, мягкий. По УЗИ — плевральный выпот справа до 300 мл. При пункции — серозно-геморрагический выпот. В посевах выделена *Candida albicans*, назначен микамин. 13.09.18 у ребенка нарастающая дыхательная недостаточность. Переведен на ИВЛ. На рентгенограмме — напряженный пневмоторакс. Установлен дренаж по Бюлау. Ввиду сохраняющегося на фоне плеврального дренажа пневмоторакса установлен дополнительный дренаж. Вечером 14.09.18 ввиду неэффективности ИВЛ ребенок переведен на ВЧАИВЛ. Утром 15.09.18 на фоне ВЧАИВЛ отмечается выраженная дыхательная недостаточность, легкое не расправилось. Налажена активная аспирация. К вечеру 15.09.18 легкое полностью расправилось. 18.09.18 ребенок переведен на объемную ИВЛ. 21.09.18 возобновлена ВЧАИВЛ, ввиду нарастания ДН. 22.09.18 по УЗИ обнаружено 190 мл гноя в левой плевральной полости, дренирована по Бюлау. 24.09.18 из плеврального выпота выделен мультирезистентный *Aspergillus fumigatus*. Замена микамина на вифенд. Дальнейшее течение болезни на фоне антибактериальной (цефтриаксон, амикацин, меропенем, ванкомицин, линезолид, зинforo, цiproфлоксацин курсами), инфузионной, иммунотерапии было благоприятным. 29.09.18 переведена на объемную ИВЛ. 02.10.18 дренажи удалены. 09.10.18 экстубирована. 30.10.18 переведена в педиатрическое отделение. 26.11.18 выписана домой. Наблюдается амбулаторно, отдаленных последствий перенесенной ДП не отмечается.

Выводы. 1) При ДП нередко встречаются случаи тяжелого течения болезни, требующие нестандартного подхода; 2) При тяжелых формах ДП целесообразна активная аспирация на фоне ВЧАИВЛ.