

КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ УЛУЧШЕНИЯ ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ДЕТЕЙ С БАКТЕРИАЛЬНО-ДЕСТРУКТИВНЫМИ ПНЕВМОНИЯМИ

Сучилина Н.Н., Крысова И.А.

Кировская ГМА Росздрава,

Кафедра хирургических болезней детского возраста

Научный руководитель - доц. М.П.Разин

Зав.кафедрой - доц. В.Н.Галкин

Вопросы диагностики и лечения бактериальных деструктивных пневмоний (БДП) по-прежнему не теряют своей актуальности для детской хирургии в силу тяжелого течения патологии и ее осложнений. В последние годы частота встречаемости заболевания существенно снизилась, что связано, прежде всего, с внедрением в клиническую практику лечения острых пневмоний у детей более адекватных схем антибактериальной терапии. Выяснение клинических особенностей течения заболевания и микробиологического спектра патологии на современном этапе является важным фактором для назначения той или иной этиотропной терапии. В недавнем прошлом наиболее тяжело протекающие пневмонии с различными легочными и плевральными осложнениями было принято называть "стафилококковой деструкцией легких". Введение такого однозначного термина было обосновано, однако в дальнейшем этиология гнойных легочных деструкций существенно изменилась. Нами проведен ретроспективный анализ лечения 42 детей с острыми деструктивными пневмониями от 0 до 15 лет, пролеченных в детской хирургической клинике Кировской ГМА за период с 2000 по 2005 г. Из них детей до года - 7 (16,7%), от 1 года до 3 лет - 21 (50%), старше 3 лет - 14 (33,3%); мальчиков - 22 (54%), девочек - 20; жителей г.Кирова - 37,8%, городов и райцентров Кировской области - 35,1%, жителей сельской местности - 27,1%. У 42 пролеченных больных констатировано 59 легочные и плевральные формы деструкции (пиопневмоторакс - 14, абсцессы легких - 9, бронхоплевральные свищи - 7, фиброторакс - 7, пиоторакс - 6, различные виды плевритов - 6, пневмоторакс - 3, буллы - 2). Во всех случаях оперативного лечения из плевральной полости, полости абсцесса был взят бакпосев содержимого. Основным этиологическим агентом деструктивных пневмоний оказался стафилококк - 32,4%. Выделялись также другие возбудители: кишечная палочка - 18,9%, энтерококк и *Klebsiella pneumoniae* - по 5,4%, гемолитический стрептококк - 2,7%. Ассоциации микроорганизмов встречались у 8,1% больных (*Pseudom. aeruginosa* + *Pseudom. mendocina*, сапрофитный стафилококк +

Pseudom. aeruginosa, золотистый стафилококк + энтерококк). Отрицательные высевы оказались у 8,1% больных. У 8 больных, которым первое хирургическое пособие оказывалось в условиях ЦРБ и участковых больниц, стартовые микробиологические характеристики заболевания остались не известны. Нами была предпринята попытка анализа особенностей клинического течения заболевания от характера представительства возбудителей. Оказалось, что во всех случаях формирования бронхоплевральных свищей у детей с БДП из плевральной полости была высеяна кишечная палочка. В зависимости от формы поражения, дети получали различные виды оперативного лечения: дренирование плевральной полости с пассивной или активной аспирацией применялось у 28 больных, дренирование абсцессов легкого по Мональди - у 9 больных, пункционным способом пролечены - 5 больных, в 7 случаях больным с бронхо-плевральными свищами произведена окклюзия бронхов при бронхоскопии. Средний койко-день пребывания в стационаре составил 31,2, средний койко-день пребывания в палате интенсивной терапии и реанимации составил 7 дней. Таким образом: 1) этиопатогенетические аспекты бактериальных деструктивных пневмоний остаются актуальными для детской хирургии, 2) ведущее представительство в микробиологическом пейзаже бактериальных деструктивных пневмоний по-прежнему занимает стафилококк и его ассоциации с другими микроорганизмами, 3) в последние годы наметилась тенденция к росту значимости грамотрицательной микрофлоры как этиологического фактора развития БДП у детей, 4) грамотрицательная инвазия чаще приводит к формированию бронхоплевральных свищей, 5) преимущественное поражение жителей сельской местности и райцентров может свидетельствовать о неадекватном лечении острых пневмоний у детей и недостаточном их диспансерном наблюдении в районах области, сложившаяся ситуация могла бы быть разрешена укреплением специализированной педиатрической сети, 6) длительность пребывания больных в палате интенсивной терапии свидетельствует о тяжести течения патологии и необходимости более тщательного микробиологического обоснования проводимой антибактериальной терапии.