

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ БАКТЕРИАЛЬНОЙ  
ДЕСТРУКТИВНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ**

*Раунов Ф.С., Мехриддинов М.К.*

Бухарский государственный медицинский институт, г. Бухара

✓ **Резюме**

*Несмотря на успехи современной медицины в области хирургии детского возраста, заболеваемость этой болезнью до сих пор сохраняется на высоком уровне и является одной из главных причин детской смертности. В этиологии деструктивной пневмонии, помимо бактериального агента, идентифицируется вирусная инфекция, что является фактором, на фоне которого происходит поражение дыхательных путей с развитием тяжелого повреждения легких. Имеется потребность в разработке и внедрении в практику более щадящих и эффективных методов дренажного лечения ОБДП в детском возрасте.*

*Ключевые слова: бактериальный агент, дренажное лечение, острая бактериальная деструктивная пневмония.*

**EFFECTIVENESS OF COMPLEX TREATMENT OF ACUTE BACTERIAL  
DESTRUCTIVE PNEUMONIA IN CHILDREN**

*Raunov F.S., Mehriddinov M.K.*

Bukhara State Medical Institute, Bukhara

✓ **Resume**

*Despite the success of modern medicine in the field of pediatric surgery, the incidence of this disease still remains at a high level and is one of the main causes of infant mortality. In the etiology of destructive pneumonia, in addition to a bacterial agent, a viral infection is identified, which is a factor against which damage to the respiratory tract occurs with the development of severe damage to the lungs. There is a need to develop and introduce into practice more gentle and effective methods of drainage treatment of OBDP in childhood.*

*Key words: bacterial agent, drainage treatment, acute bacterial destructive pneumonia.*

**БОЛАЛАРДА ЎТКИР ЎПКА БАКТЕРИАЛ ДЕСТРУКТИВ ПНЕВМОНИЯСИНИ  
КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИ**

*Раунов Ф.С., Мехриддинов М.К.*

Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро ш.

✓ **Резюме**

*Замонавий тиббиётнинг болалар хирургияси соҳасида эришган ютуқларига қарамасдан болалар орасида ўпка бактериал деструктив пневмонияси билан касалланиш ва ўлим кўрсаткичлари юқорилигича қоляпти. Касаллик этиологиясида бактериал агентдан ташқари, вирусли инфекцияни салмоғи ортиб бораётганлиги ҳам эътироф этилади, натижада нафас йўллари яллигланиши янада кучайиб, огирлашуви кузатилади. Болаларда ўпка бактериал деструктив пневмониясини даволашда самарали, эҳтиёткор дренаж даволаш усуллари қўллаш эҳтиёжи мавжуд.*

*Калит сўзлар: бактериал агент, дренаж даволаш, ўткир бактериал деструктив пневмонияси.*

## Актуальность

Острая бактериальная деструктивная пневмония (ОБДП) – одно из наиболее тяжелых заболеваний детского возраста, наносящий серьезный ущерб здоровью ребенка. В последние десятилетия происходит постепенное вытеснение стафилококка из этиологических агентов за счет широкого спектра грамотрицательной флоры, а также её ассоциации [1,5,6,14]. Помимо бактериального агента, в большом количестве случаев идентифицируется вирусная инфекция, что, по данным различных авторов, является фактором, на фоне которого происходит поражение дыхательных путей с развитием тяжелого повреждения легких [1,3,3,5,14]. Помимо этого, имеются данные о росте микст-инфекции в развитии данного заболевания [2,3,5,13]. До настоящего времени не решен вопрос о раннем определении возбудителей ОБДП в первые часы поступления больного в стационар, что не позволяет немедленно и целенаправленно провести эффективное антибактериальное лечение. Известно, что патогенез ОБДП связан со снижением иммунореактивности организма, поэтому углубленное изучение иммунной системы и выбор наиболее эффективных иммунокорректоров представляется необходимым [4,9,11,12]. Достижения хирургического и медикаментозного лечения. ОБДП имеют определенный успех, но они нуждаются в дальнейшем совершенствовании.

## Материал и методы

В основу настоящей работы положены данные обследования и лечения 176 больных с ОБДП. При изучении клинико-рентгенологической картины заболевания, в каждом конкретном случае нами было выделено несколько клинических групп. Большую часть больных составили дети с экссудативным плевритом – 31,3% и пиопневмотораксом – 31,8%. Частота плевральных осложнений была значительно выше у детей до 3-летнего возраста – 78,4%. Основным контингентом больных были дети первых трех лет жизни, в том числе: 30,7% - в возрасте до одного года, с одного года до трех лет составили большую часть (47,7%) наблюдаемых больных. Среди обследованных больных мальчиков было несколько больше (54,3%), чем девочек (45,7%). Необходимо отметить, что у 83,7% больных острая бактериальная деструктивная пневмония протекала на фоне различных сопутствующих

заболеваний и осложнений, которые преимущественно отмечались у детей первых трех лет жизни. В грудном возрасте частыми сопутствующими заболеваниями были анемия (90,3%), рахит (47,3%), гипотрофия (30,2%), экссудативный диатез (8,9%) и др. Важно подчеркнуть, что у 94% детей в анамнезе были отмечены острые вирусные инфекция и пневмония. Для решения поставленных нами задач были применены клинико-рентгенологические и лабораторные методы исследования. При изучении этиологической структуры ОБДП, полученной при бак. посевах, нами использовано два показателя: частота выявления возбудителя из числа всех обследованных и из числа положительных результатов бак посева.

При анализе результатов бактериологических исследований гнойного содержимого у 152 больных, установлено, что более половины случаев - 83(54%) возбудителем гнойного процесса был *St.aureus*, в остальных случаях получены следующие результаты: *E. coli* – 21(14%), *Ps.aeroginoza* – 12(8%), *St.epidermidis* – 8(5%), ассоциация микроорганизмов – 16(11%) и «рост не даль» - 12(8%). Отмечено ассоциации бактерий, чаще стафилококк с синегнойной и кишечной палочкой. Учитывая, что антибактериальная терапия является неотложной, было бы рационально назначать антибиотики прицельно, с учетом возбудителя и чувствительности его к антибиотикам. Однако выполнение этого требования на начальных, этапах болезни не реально, в связи с этим мы на начальных этапах антибиотики назначали исходя из стафилококковой этиологии, либо грамотрицательной, реже смешанной. Анализируя данные литературы по спектру чувствительности бактерий к антибиотикам, для лечения ОБДП применяли антибиотики, оказывающее антистафилококковое действие и антибиотиков широкого спектра действия – цефалоспорины 3-поколения (цефтриаксон, роцефин и др.), что клинически дало с первых дней лечения положительный результат. По мере получения результатов бактериологических исследований антибиотики назначали с учетом чувствительности выделенных возбудителей патологического процесса. Уменьшение интоксикации, нормализации температуры, аппетита, уменьшение количества содержимого из дренажной трубки и при пункции, улучшение дыхания, отрицательные

результаты бактериологических исследований свидетельствовало о начале ремиссии.

Основной целью дренажного лечения является удаление воздуха и жидкости из плевральной полости и расправление легкого с предотвращением его повторного коллабирования. Торакцентез с дренированием плевральной полости произведено у 72 больных. Больные были разделены на две группы, с целью определения сравнительной эффективности нового и традиционного подходов к дренажному лечению. Традиционный дренаж, обычно вводится экстренно, не учитывая локализацию очага поражения; как правило, по VI-VII межреберье, средне-подмышечной линии, а дифференцированный подход предусматривал введение троакар-дренажа на уровне очага поражения с учетом его локализации. Больные, которым торакцентез с дренированием плевральной полости осуществлялся с помощью троакар-дренажа по традиционному методу составил I группу (17 детей). Пиопневмоторакс и пневмоторакс наблюдались у 15 больных (88%). Пиоторакс у 2 больных (12%). При лечении троакар-дренажом быстрее улучшалось состояние больных и расправлялось легкое, что наблюдалось у 6 больных (35%). Однако, у 9 детей (53%) благоприятное клиническое течение не сопровождалось расправлением легкого. У них отмечалось постепенное, медленное его расправление. У 7 больных легкое расправлялось медленно, через 2-3 недели. В целом применение троакар-дренажа, позволило добиться выздоровления у 16 больных (94%). Умер 1 больной (5%) из этой группы. Длительность пребывания больных в стационаре составило 34,1±0,8 койко-дней. Торакцентезное отверстие на грудной стенке заживало через 27,2±1,1 дня после удаления дренажа.

Больным II группы - 55 детей, мы применяли способ дифференцированного дренирования плевральной полости. Пиопневмоторакс отмечен у 48 детей (87%), пиоторакс у 7 детей (13%).

При лечении дифференцированным способом, быстрое улучшение состояния с расправлением легкого в первые часы и сутки наблюдалось у 47 больных (87%), у 6 больных (11%) через несколько дней, только у 1 ребенка (2%) легкое расправилось в поздние сроки лечения, после наложения второго дренажа на 1-2 межреберье выше от места введения в первого дренажа.

Длительность пребывания больных в стационаре составило 25,2±0,5 койко-дней. Торакцентезная рана на грудной стенке зажила через 18,2±6 дней. Умерло 2 детей (3,6%) из 55 больных этой группы. Причину неблагоприятных случаев здесь нельзя связать с применением данного способа (у всех умерших легкое оставалось расправленным до наступления смерти). Во всех случаях была прогрессирующая септикопиемия.

### Выводы

1. Этиология ОБДЛ чаще всего имеет бактериальный характер и вызывается широким спектром возбудителей, среди которых лидируют стафилококк.

2. Исход ОБДЛ зависит от ранней диагностики и стартовой эмпирической антибактериальной терапии и последующем назначении антибиотиков с учетом чувствительности выделенных возбудителей патологического процесса.

3. Дифференцированный способ дренажного лечения тяжелых плевральных осложнений ОБДЛ у детей, позволяет получить более выраженный клинический эффект по сравнению с традиционным лечением.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Pavlush D.G., Matveyeva N.Yu., Dyuyzen I.V. Morfologicheskiye osobennosti khronicheskogo polipoznogo rinosinusita //Zhurnal «Meditsina» №. – 2019. – Т. 1. – S. 70. <https://docplayer.ru/154083320-Morfologicheskie-osobennosti-khronicheskogo-polipoznogo-rinosinusita.html>
2. Savlevich Ye. L. i dr. Lechebno-diagnosticheskiy algoritm pri raznykh fenotipakh polipoznogo rinosinusita //Rossiyskiy allergologicheskiy zhurnal. – 2019. – Т. 16. – №. 2. – S. 50-60. DOI: 10.36691/RAJ.2019.2.42288
3. Khasanov U.S., Vokhidov U.N. Optimizatsiya kompleksnogo lecheniya bol'nykh s khronicheskim polipoznym rinosinusitom //Vrach-aspirant. – 2011. – Т. 45. – №. 2.3. – S. 501-505. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=16537120>
4. Kobilov E.E. Sovremennyy podkhod lecheniya ostroy bakterial'noy destruktivnoy legkikh u detey / Kobilov E.E., Raupov F.S., Mekhriddinov M.K. // Tibbiyotda yangi kun. 2020 №.4. (32) 278-281 str.

5. An early thoracoscope approach in necrotizing pneumonia in children: a report of three cases / N. Kalfa, H. Allal, M. Lopez et al. // J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech. A. -2005.-Vol. 15, №1.-P. 18-22.
6. Bauer, T.T. Comparison of systemic cytokine levels in patients with acute respiratory distress syndrome, severe pneumonia, and controls / T.T. Bauer, C. Monton, A. Torres//Thorax. 2000. - Vol. 55, №1.-p. 1138-1145.
7. Clinical experience of managing empyema thoracic in children / F.L. Huang, P.Y. Chen, J.S. Ma et al. // J. Microbiol. Immunol. Infect. 2002. - Vol. 35, №2. -P. 115-120.
8. Diagnostic efficacy and prognostic value of serum procalcitonin concentration in patients with suspected sepsis / M.J. Ruiz-Alvarez, S. Garc-a-Valdecasas, R. De Pablo et al. // J. Intens. Care Med. 2009. - Vol. 24, №1. - P. 63-71.
9. Schwartz, K.L. Panton-Valentine leukocidin-associated Staphylococcus aureus necrotizing pneumonia in infants: a report of four cases and review of the literature / K.L. Schwartz, C. Nourse // European journal of pediatrics. -2012. -Vol. 171/ №4. -P. 711-717.
10. Beloborodova N.V. Poisk ideal'nogo biomarkera bakterial'nykh infektsiy / N.V. Beloborodova, D.A. Popov // Klin, anesteziologiya i reanimatologiya. — 2006.- №3.-S. 30-39.
11. Geppe N.A. Vnebol'nichnaya pnevmoniya u detey / N.A. Geppe, N.N. Rozinova, I.K.Volkov //Effektivnaya farmokoterapiya. – 2012. -№ -S. 28-33.
12. Dobrovolskiy, S.R. Diagnostika i lecheniye eksudativnogo plevrita / S.R. Dobrovolskiy, A.V. Belostotskiy // Khirurgiya. 2002. - №3. - S.52-57.
13. Isakov Yu.F. Novyye tekhnologii v detskoj khirurgii / Yu.F. Isakov, E.A. Stepanov, A.Yu. Razumovskiy // Sovremennyye tekhnologii v pediatrii i detskoj khirurgii: mater. IV kongr. M., 2005. - S. 334.

**Поступила 09.10.2021**