ОСЛОЖНЕННЫЕ ФОРМЫ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ В КОНТЕКСТЕ ДЕТСКОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Ковальчук В.И., Игнатович А.А.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно,
Республика Беларусь*

Введение. Внебольничная пневмония является актуальной проблемой для педиатрической и хирургической практик. В последние годы отмечается рост заболеваемости внебольничной пневмонией у детей, а также относительно высоким остается частота развития легочно-плевральных и внутрилегочных осложнений. В свою очередь бактериальная деструкция легких представляет собой тяжелое гнойно-воспалительное заболевание, характеризующееся не только воспалительной инфильтрацией легочной ткани, но и ее деструкцией, с последующим образованием гнойно-некротических очагов, плевральных и других осложнений.

Цель. Изучить особенности клинического течения, диагностики и лечения осложненных форм внебольничной пневмонии у детей, которые находились на лечении в хирургическом отделении Гродненской областной детской клинической больницы.

Материалы и методы. Были изучены истории болезней 133 пациентов, находившихся на лечении в хирургическом отделении детской клинической больницы с диагнозом внебольничная пневмония с 2014 по 2022 гг. в возрасте от 0 месяцев до 18 лет.

Результаты и обсуждение. За указанный период в хирургическом отделении находилось на лечении 133 пациента с различными формами внебольничной пневмонии. Осложненные формы внебольничной пневмонии - были выявлены у 41 ребенка, что составило 33% от общего числа. Данные формы протекали в виде внутрилегочных (буллезная деформация легких, абсцесс) и легочно-плевральных форм (плеврит). В этой группе распределение по полу составило: женский пол - 21 ребенок (51%), мужской пол - 20 (49%), соответственно. Среди лиц мужского пола: до 5 лет – 11 детей, старше 5 лет - 9, среди лиц женского пола: до 5 лет – 10 детей, старше 5 лет – 11 детей. Наибольший процент заболевших детей отмечался в возрастной группе 1-3 года – 19 пациентов (46%). Все пациенты первично доставлялись в ГОДКБ бригадами скорой медицинской помощи или самостоятельно с различными сроками от начала заболевания (от 3 до 14 дней).

Дети с различными формами внебольничной пневмонии имели схожую клиническую симптоматику. Однако, наиболее характерными ранними признаками осложненных форм были: прогрессирующая отрицательная динамика состояния ребенка, слабость, понижение аппетита, нарастание одышки и цианоза, повышение температуры тела до фебрильных цифр, кашель. Повышение температуры тела наблюдалось у 41(100%), фебрильная температура(>38°C) у 37 (90,24%), влажный кашель-27 (18%), вялость,

снижение аппетита- 26 (17%), одышка - 23 (15%), сухой кашель-11 (7%), боли в области грудной клетки- 9 (6%), ринорея - 7 (5%), рвота - 6(4%), боль в животе - 3(2%), прием антибактериальных препаратов амбулаторно - 15 (36,6%).

Дыхательная недостаточность (ДН) наблюдалась у 23 ребенка. Из которых ДН 1 степени – у 12 детей (52%), ДН 2 степени - у 9 (39%), ДН 3 степени у 2 (9%). Для диагностики осложненных форм, не исключая рентгенологическое исследование, решающим методом диагностики следует считать компьютерную томографию (КТ). С помощью ультразвукового исследования, в начальной стадии заболевания, можно с высокой точностью определить лишь объем и характер выпота в плевральной полости.

Среди 41 ребенка, с осложненным течением внебольничной пневмонии, внутрилегочная деструкция наблюдалась у 19 пациентов (46,3%): 5 - формирование абсцесса (26,4%), 3 - буллезная деформация легочной ткани (15,8%) и 11 пациентов (57,8%) с легочно-плевральными осложнениями. У остальных 22 пациентов – наблюдалось осложненное течение внебольничной пневмонии (плеврит) без деструкции легочной ткани. По локализации: буллезная деформация обоих легких наблюдалась у 1 пациента, нижней доли левого легкого - 1 пациент, верхней доли правого легкого -1 пациент. Абсцесс левого легкого наблюдался у 1 пациента, верхней доли правого легкого – у 2 пациентов, средней доли правого легкого – у 2 пациентов. Преобладание правостороннего поражения легких объясняется анатомическими особенностями легкого.

Характер легочно-плевральных осложнений: фибринозно-гнойный плеврит слева – 6 (18,19%), фибринозно-гнойный плеврит справа – 5 (15,15%), гнойный плеврит справа -5(15,15%), экссудативный плеврит справа – 5 (15,15%), гнойный плеврит слева – 4 (12,12%), фибринозный справа – 3 (9,09%), экссудативный плеврит слева – 3 (9,09%), экссудативный плеврит двусторонний – 2 (6,06%). Из них было выявлено по результатам КТ – 11 фибринозно-гнойных плевритов с элементами деструкции легочной ткани.

У пациентов с легочно-плевральных осложнениями хирургическая тактика определялась результатом пункции плевральной полости, данными *УЗИ* и *КТ*:

1. Пункция плевральной полости с определением объема и характера экссудата выполняется в VI-VII межреберье по задней подмышечной линии.

2. Исследование экссудата: рН, глюкоза, ЛДГ:

при рН > 7 и/или глюкоза > 40 мг/дл и / или ЛДГ > 1000 ме/л – консервативное лечение, повторные плевральные пункции;

при рН < 7 и/или глюкоза < 40 мг/дл и / или положительные результаты окраски по Граму - *торакоцентез*, дренирование плевральной полости по Бюлау.

3. При наличии многокамерного фибринозно-гнойного экссудата по данным *КТ* – *торакоскопическая декортикация легкого*, санация плевральной

полости, дренирование с активной аспирацией и инстилляциями стрептокиназы.

Плевральная пункция, санация и дренирование плевральной полости было выполнено у 22 пациентов. У 11 пациента была выполнена торакоскопическая декорткация легкого.

Выводы:

1. В составе внебольничной пневмонии детского хирургического стационара осложненные формы составляют 33%.

2. Наибольший процент заболевших детей встречается в возрастной группе 1-3 года – 46%.

3. Наиболее выраженные клинические проявления – фебрильная температура тела – 90,24%, одышка – 15%, ДН 1 степени – 52 %, ДН 2 степени – 39 %.

4. Хирургическая тактика при легочно-плевральных осложнениях внебольничной пневмонии определяется данными КТ и пункции плевральной полости с последующим исследованием экссудата.