

2000-184

**Министерство Здравоохранения Кыргызской Республики
Кыргызский научно-исследовательский институт
акушерства и педиатрии**

На правах рукописи

УДК: 616.24-002.-053.2:616.34-008.87

АНАРБАЕВ АБДИСАМИН АНАРБАЕВИЧ

**Особенности клиники и лечения острых
гнойных деструктивных пневмоний у детей
с дисбактериозом**

14.00.09 – педиатрия

14.00.35 -детская хирургия

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Бишкек – 2000

Работа выполнена в Кыргызской Государственной Медицинской Академии, на базе Ошской областной детской больницы

Научные руководители:

Доктор медицинских наук,
профессор

И.С.Фунлоэр

Доктор медицинских наук,
старший научный сотрудник

Г.И.Рыжикова

Научный консультант:

Доктор медицинских наук,
профессор,
Заслуженный деятель науки
Кыргызской Республики

В.С.Кононов

Официальные оппоненты:

Доктор медицинских наук, профессор

Х.И.Абдурахманов

Доктор медицинских наук, профессор

А.И.Романенко

Ведущее учреждение:

Научный Центр педиатрии и детской хирургии Агентства по делам здравоохранения Республики Казахстан (г.Алматы)

Защита диссертации состоится «26» октября 2000 года в 12⁰⁰
на заседании диссертационного совета Д 14.00.111 при Кыргызском НИИ
акушерства и педиатрии (720040, Кыргызская Республика, г.Бишкек,
ул.Тоголок Молдо,1).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Кыргызского НИИ
акушерства и педиатрии.

Автореферат разослан «25» сентября 2000 г.

Ученый секретарь диссертационного совета,
кандидат медицинских наук,
старший научный сотрудник

А.Б.Фуртикова

Введение

Актуальность проблемы. Острая гнойная деструктивная пневмония (ОГДП) у детей остается одной из актуальных проблем как в педиатрии, так и детской хирургии.

Острые пневмонии занимают ведущее место в структуре заболеваемости и детской смертности (Ф.К.Манеров и соавт., 1987; М.Р.Рокитский, 1988; С.М.Гавалов, 1990; В.К.Таточенко, 1994; С.Ю.Каганов, Ю.Е.Вельтищев, 1995; Д.И.Зелинская, 2000). Развитие деструкции легких на фоне пневмонии встречается у 12-19% больных (Ф.К.Манеров и соавт., 1985, 1990, 1992; Ф.С.Шамсиев с соавт., 1989) и нередко сопровождается присоединением легочно-плевральных осложнений, что значительно утяжеляет прогноз заболевания (Н.Л.Куш с соавт., 1982, 1989; В.М.Сергеев с соавт., 1983, 1986; В.А.Герасин, 1984; Ю.П.Кукурузова, Е.Е.Лойко, 1985; М.Р.Рокитский, 1988; Г.А.Баиров, 1991, 1997).

Количество больных ОГДП составляет 5-8% от числа детей, поступающих в отделение гнойной хирургии (Г.А.Баиров, 1983, 1997), а общая летальность удерживается на уровне от 2 до 10 и более процентов (В.М.Сергеев с соавт., 1986; А.П.Зузова, Н.С.Васильев, 1987; М.Р.Рокитский, 1988; В.И.Щербина с соавт., 1987; А.Б.Левин, 1995; Г.А.Баиров, 1991, 1997).

В общей структуре причин летальности детей при гнойно-септической патологии на ОГДП приходится 50% (В.М.Сергеев с соавт., 1986; А.Б.Левин, 1995). В этой связи вопросы профилактики и лечения острых гнойных заболеваний легких и плевры чрезвычайно актуальны.

ОГДП чаще подвержены дети раннего возраста, у которых патологический процесс приобретает тяжелое, часто септическое течение с мультиорганными поражениями и развитием тяжелого дисбактериоза.

Однако, до сих пор нет исследований, связывающих воедино эти заболевания, поясняющих, при каких возбудителях, вызывающих ОГДП, чаще развивается дисбактериоз, и, наоборот, как дисбактериоз влияет на развитие и течение острых гнойных деструкций легких.

В лечении ОГДП у детей за последнее время отмечается значительный прогресс, обусловленный применением новых антибактериальных средств, совершенствованием диагностики и внедрением новых методов лечения (М.Р.Рокитский, 1988; Г.А.Баиров, Л.М.Рошаль, 1991; С.Я.Долецкий, 1991; А.Б.Левин, 1995; Г.А.Баиров, 1997; J.W.Graef, 1994; S.Schwartz et al., 1999).

Наметилась тенденция к снижению хирургической активности и разработке способов лечения, основанных на достижениях малой хирургии, таких как трансторакальная пункция и дренирование внутрилегочных абсцессов, чрезкожное внутрилегочное введение антибиотиков, различные виды дренирования плевральной полости (Н.Л.Куш с соавт., 1980; М.М.Зеленин с соавт., 1984; М.Р.Рокитский, 1988; Г.А.Баиров, 1991, 1997; А.Ф.Дронов, И.В.Поддубный, 1999; И.А.Мамлеев с соавт., 1999; В.М.Розинов

с соавт., 1999), бронхоскопическая санация внутрилегочных очагов деструкции, путем герметизации легочно-плевральных свищей с помощью временной окклюзии соответствующих бронхов (П.Н.Гребнев, С.А.Михеев, 1982; А.Ф. Греджев с соавт., 1989; А.Б.Левин, 1995).

В связи со значимостью проблемы требуется совершенствование уже существующих и разработка ранее не известных методов лечения этого грозного и зачастую прогностически неблагоприятного заболевания. Оценка состояния микрофлоры кишечника у детей с ОГДП параллельно с изучением основного заболевания будет способствовать разработке дополнительных методов диетической и медикаментозной терапии, оптимизировать прогноз, способствовать сокращению сроков стационарного лечения, повышать эффективность реабилитации больных.

В связи с изложенным, проблема диагностики и терапии ОГДП у детей раннего возраста представляется актуальной и имеет большую теоретическую и практическую значимость. В связи с чем и предпринято настоящее исследование.

Цель исследования: установить клинико-этиологические варианты течения ОГДП на фоне дисбактериоза, разработать оптимальные и эффективные методы хирургической и эндоэкологической коррекции.

Для достижения этой цели в работе были поставлены следующие **задачи:**

1. Определить структуру и особенности клинических проявлений ОГДП у детей с дисбактериозом. Установить негативные факторы, способствующие неблагоприятному течению и исходу заболевания.
2. Определить этиологическую значимость микробных колонизаций в возникновении ОГДП и отягощающего ее течение дисбактериоза. Провести сравнительную оценку изменений микробиоциноза дыхательных путей в зависимости от тяжести клинических проявлений и метода получения материала. Установить частоту и степень выраженности дисбактериоза у детей с ОГДП.
3. Выявить особенности нарушений иммунного статуса у детей с ОГДП на фоне дисбактериоза, проанализировать связь между изменениями иммунной системы и спектром микроорганизмов, вызвавших ОГДП.
4. Разработать оптимальный комплекс лечебно-диагностических мероприятий при ОГДП у детей, определить значимость различных методов хирургического лечения. Обосновать целесообразность применения эубиотиков для санации кишечника с целью улучшения прогноза. Изучить отдаленные результаты предлагаемых методов лечения. Обосновать особенности диспансерного наблюдения этого контингента детей.

Научная новизна.

- Впервые установлена структура и особенности клинико-этиологических вариантов течения ОГДП у детей с проявлениями дисбактериоза.

Выраженная тяжесть, значительная распространенность патологического процесса и развитие осложнений, угрожающих жизни детей, характерны для ОГДП, вызванных колонизацией условно-патогенных грамотрицательных бактерий, неспорообразующих анаэробов и ассоциаций грамотрицательных аэробных бактерий с анаэробами.

- Обоснована целесообразность применения количественного анализа выделенной флоры при различных методах получения материала и метода анаэробной техники, что позволило выявить истинную структуру значимых патогенов в этиологии ОГДП.
- Определены биологические, медико-организационные и социально-гигиенические факторы, способствующие развитию, неблагоприятному течению и прогнозу ОГДП.
- Впервые при ОГДП у детей определены степень и характер количественных и качественных изменений микробиоценоза кишечника. Установлено, что дисбактериоз развивается в 100% случаев ОГДП. Доказано отягощающее влияние нарушения микроэкологии кишечника на течение и прогноз заболевания.
- Установлено, что степень нарушений иммунного статуса зависит от формы заболевания, тяжести патологического процесса. Изменения параметров клеточного и гуморального звеньев системы иммунитета не однозначны при различных колонизациях и наиболее выражены при этиологически значимой грамотрицательной флоре, анаэробной инфекции и их сочетаниях.
- Даны теоретические предпосылки к разработке нового направления лечебно-диагностического процесса, включающего использование расширенного комплекса бактериологического исследования микробиоценоза слизистой дыхательных путей и кишечного тракта с включением количественных методик, рациональное применение современных микрохирургических технологий, методов эндоэкологической коррекции, организационных форм, направленных на обеспечение качественной диспансеризации и благоприятного исхода заболевания.

Практическая значимость.

- Определены факторы риска развития ОГДП у детей, способствующие развитию и неблагоприятному течению ОГДП у детей, которые следует использовать при формировании групп риска и учитывать врачам-педиатрам и групп семейных врачей для правильной организации лечебных и профилактических мероприятий в целях предотвращения угрожающих жизни ребенка состояний и осложнений.
- Разработана дифференцированная тактика хирургического лечения различных форм ОГДП у детей в зависимости от возраста больных, длительности заболевания, характера процесса в легком. Предложены

новые технологии микрохирургических вмешательств, являющихся неотъемлемой частью работы торакальных хирургов на современном этапе. Доказаны целесообразность применения регионарной лимфотропной антибиотикотерапии, чрезкожной пункции легочных абсцессов под контролем УЗИ, временной эндобронхиальной окклюзии поролоновой губкой при различных формах ОГДП.

- Обоснована целесообразность применения жидких биодобавок в комплексной терапии ОГДП у детей с дисбактериозом, обеспечивающих сокращение сроков выздоровления и пребывания больных в стационаре. Разработаны дифференцированные схемы применения биопрепаратов в зависимости от возраста ребенка и тяжести заболевания.
- Доказана необходимость продолжения эндоэкологической коррекции выявленных нарушений микробиоценоза кишечника у детей после перенесенной ОГДП после их выписки из стационара при последующем диспансерном наблюдении в течение года.

Положения, выносимые на защиту:

1. Развитию ОГДП у детей способствуют биологические, социальные и медико-организационные факторы риска. Тяжесть течения и прогноз ОГДП определяются характером выделяемой микробной флоры дыхательных путей, объемом и характером поражения бронхолегочной системы, наличием и степенью выраженности нарушений микробиоценоза кишечника.
2. ОГДП у детей с дисбактериозом протекают на фоне выраженных нарушений факторов гуморального и клеточного иммунитета, делающих возможным участие непатогенных и условно-патогенных микроорганизмов в этиологии заболевания.
3. Эффективность проводимого лечения определяется правильным выбором тактики хирургического вмешательства в зависимости от возраста ребенка, характера поражения, осложнений, адекватности проведенной ранее терапии. Региональная лимфотропная антибактериальная терапия, чрезкожная пункция легочных абсцессов под контролем УЗИ и метод временной бронхоокклюзии поролоновой губкой являются новыми технологиями в практике педиатрической торакальной хирургии, позволяют улучшить показатели стационара, оптимизировать прогноз заболевания.
4. Коррекция эндоэкологических нарушений при ОГДП у детей является необходимой составной частью комплекса лечебных мероприятий, улучшающих непосредственные и отдаленные результаты лечения, уменьшающих затраты на лечение.

5. Состояние здоровья детей после перенесенной ОГДП на фоне дисбактериоза определяется правильной организацией диспансерного наблюдения на уровне первичного звена медицинской помощи детям с обязательной коррекцией выявленных нарушений иммунного статуса и микробиоценоза кишечника.

Внедрение.

По материалам диссертации изданы методические рекомендации «Этиопатогенез, клинико-рентгенологическая диагностика и комплексное лечение острых гнойных деструктивных пневмоний у детей» Ош, 1997.

Основные положения диссертации включены в учебные планы занятий студентов медицинского факультета ОшГУ и КГМА, врачей-интернов и курсантов факультета усовершенствования КГМА.

Разработанные комплексные лечебно-диагностические мероприятия при ОГДП у детей с дисбактериозом внедрены в Ошской областной многопрофильной детской, Ошской городской детской и Кызыл-Кийской городской больницах, а также в Карасуйской, Араванской, Узгенской, Наукатской, Баткенской центральных районных больницах Ошской области и Джалал-Абадской областной детской больнице.

Апробация диссертации состоялась в Кыргызской государственной медицинской академии на расширенном заседании кафедры детской хирургии и на Заседании Ученого Совета НИИ акушерства и педиатрии МЗ Кыргызской республики (протокол № 7 от 28 июня 2000 г.). Результаты исследования доложены и обсуждены на Ошской областной научно-практической конференции «Актуальные вопросы оказания экстренной медицинской помощи хирургическим больным и медицина катастроф, аварий и стихийных бедствий (Ош, 1993); на 2 Съезде хирургов Кыргызстана (Бишкек, 1995), 1 Республиканской конференции молодых хирургов (Бишкек, 1995), 3 Конгрессе пульмонологов Центральной Азии (Бишкек, 2000).

Публикации. Основные фрагменты диссертации изложены в 13 научных публикациях, в числе которых 12 статей и 1 методические рекомендации.

Рационализаторские предложения:

1. Чрезкожная пункция абсцессов легкого под контролем аппарата УЗИ. Рационализаторское предложение № 683 от 9.12.1996.
2. Регионарная лимфотропная антибиотикотерапия при ОГДП у детей. Рационализаторское предложение № 746 от 20.10.1998.

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на страницах, состоит из введения, аналитического обзора литературы, описания использованных материалов и методов, 3 глав собственных исследований, заключения, выводов, предложений для практического применения, указателя

литературы, включающего 318 источников, в том числе 104 иностранных. Диссертация иллюстрирована 24 таблицами, рисунками.

Материалы и методы исследования.

В соответствии с поставленными задачами проведено обследование и лечение 615 больных с различными формами ОГДП у детей, лечившихся в торакальном отделении Ошской областной многопрофильной детской больницы с 1990г. по 1996г. включительно.

Весь контингент больных разделен на две группы: основную и контрольную. В основную группу вошли 319 детей, больных ОГДП с дисбактериозом, параллельно получавших лечение по поводу дисбактериоза жидкими биодобавками с коли- (М-17) и бифидобактериями. Контрольную группу составили 296 детей, больных ОГДП, получавшие по поводу дисбактериоза традиционное лечение без включения биопрепаратов.

Клиническое обследование проводилось по общепринятой для инфекционных больных схеме с учетом возрастных особенностей. Оценивался комплекс симптомов, характеризующих заболевание, их продолжительность, степень тяжести. Учитывались выраженность токсикоза, лихорадка, рвота, вздутие живота, частота стула и его характер, степень обезвоженности. Определялись антропометрические показатели (масса тела, рост).

Диагноз пневмонии основывался на данных анамнеза, клинических, рентгенологических и других параклинических исследований. Последние включали общий анализ крови, определение гематокрита, содержание белка и белковых фракций, электролитов в сыворотке крови.

Функциональные методы исследования были представлены электрокардиографией, контролем за артериальным давлением, исследованием внешнего дыхания – у части детей при наблюдении в катамнезе. Этих исследований, как правило, было достаточно для определения формы поражения и составления плана лечения. Проведение дополнительных рентгенологических и инструментальных методов обследования было целесообразным только при дифференциально-диагностических затруднениях (томография, бронхография).

Диагностическая бронхоскопия применена у 89 больных. Она позволила выявить характер сопутствующего эндобронхита, уточнить место локализации гнойного очага, провести санацию, промывание бронхиального дерева, получить бронхиальный секрет, идентифицировать возбудитель заболевания (бактериологическое исследование).

Торакоскопический метод применен у 64 больных при плевральных осложнениях с целью дифференциальной диагностики и лечения (окклюзия

бронхиальных свищей с целью быстрого их заживления, разъединение сращений).

После тщательного обследования формировался клинический диагноз. В работе использована рабочая классификация ОГДП у детей, предложенная М.В.Рокицким в 1988 г.

Всем детям, независимо от формы заболевания, проведено комплексное бактериологическое исследование качественных и количественных характеристик микробиоценоза респираторного тракта по общепринятым методикам. Микробиологические методы обследования с применением анаэробной техники проведены в бактериологической лаборатории областной детской больницы. Материал для исследования получали непосредственно из закрытого гнойного очага плевральной полости во время первой пункции или торакоцентеза, по возможности до начала антибактериальной терапии.

Посевы культивировались на предварительно восстановленных анаэробных плотных питательных средах в микроанаэроштатах в атмосфере трехкомпонентной газовой смеси в присутствии палладиевого катализатора. Идентификацию выделенных возбудителей проводили на основании морфологических культуральных и биохимических характеристик. Все этапы исследования выполнялись с соблюдением строгой анаэробной техники.

Иммунологическое исследование проводилось с целью изучения различных факторов естественной резистентности и специфического иммунитета в иммунологической лаборатории детской областной больницы. Оно выполнялось в динамике заболевания многократно: в остром периоде, после стихания основного процесса (30 дн.) и в более позднее время — 45-60 дней от начала заболевания.

В периферической крови определяли клеточные факторы иммунитета Т- и В-лимфоциты методом розеткообразования (Е-РОК и ЕАС-РОК). Для оценки функциональной активности лимфоцитов определяли Т-активные лимфоциты (ЕА-РОК). Состояние гуморального звена иммунитета оценивали по уровню основных классов иммуноглобулинов (Ig A, M, G) в сыворотке крови методом радиальной иммунодиффузии по Mancini с соавт. (1965). Уровни сывороточных иммуноглобулинов отражают функциональное состояние В-системы иммунитета, что позволяло использовать их для оценки тяжести состояния и суждения об эффективности проводимого лечения.

Концентрацию циркулирующих иммунных комплексов в сыворотке крови больных пневмонией определяли методом преципитации (Белокриницкий Д.В., 1987), в основе которого лежит способность раствора полиэтиленгликоля (ПЭГ) осаждать из сыворотки агрегированные иммунные глобулины и иммунные комплексы.

Этиологическая диагностика дисбактериоза базировалась на общепринятых классических бактериологических методах.

Для лабораторной диагностики дисбактериоза применена методика Д.А. Чупрыкиной, описанная в «Методических указаниях по микробиологической диагностике заболеваний, вызываемых энтеробактериями», Москва, 1984г. проводили количественную и качественную оценку дисбиотических нарушений кишечника. При этом для диагностики степени дисбактериоза, вызванного условно-патогенными энтеробактериями (УПЭ), использовался метод количественного учета УПЭ в 1г испражнений.

Критерием дисбактериоза служило наличие значительного или массивного роста условно-патогенной флоры, появление патогенных микроорганизмов, а также снижение количества нормальных симбионтов.

Этот раздел работы выполнен в бактериологической лаборатории областной многопрофильной детской больницы (зав.лабораторией Ш.И. Гатин, врач-бактериолог высшей категории), г. Ош.

У 210 детей из 615 находившихся под нашим наблюдением больных проведено катamnестическое наблюдение, что позволило оценить динамику ОГДП, исход заболевания, эффективность примененных методов лечения. Длительность катamnестического наблюдения – от 3 месяцев до 5 и более лет, т.е. дети обследовались как в ранние (до 1 года), так и в поздние сроки после выписки из стационара.

Обработка материала осуществлялась с помощью общепринятых методик вариационной статистики с расчетом средних арифметических величин и их ошибок, достоверности различий по критерию Стьюдента, а также по критерию сопряженности (Хи-квадрат), (А.М. Мерков, Л.Е. Поляков, 1974).

Результаты исследования.

Поэтапное решение задач в рамках поставленной цели позволило суммировать результаты проведенного нами исследования.

Установлено, что наибольшая заболеваемость ОГДП пришлась на возраст от 1 года до 3 лет- 249 больных (40,5%) от всего количества пролеченных в отделении. Второе место в возрастной структуре ОГДП заняли дети раннего возраста, т.е. до 1 года - 137 больных (22,3%).

ОГДП чаще поражались дети раннего возраста, у которых патологический процесс приобретал тяжелое, часто септическое течение с мультиорганными поражениями и развитием тяжелого дисбактериоза.

Чаще всего ОГДП болели дети молодых родителей, имеющих до 2 детей в семье – 225 (36,6%) наблюдений, до 4х детей в семье – 210 (34,1%) из числа обследуемых больных. Наиболее часто ОГДП у детей явилась следствием перенесенных различных форм пневмонии - 470 детей (76,4%).

Своевременно – в первые 3 дня госпитализировано лишь 14,1% больных. Это связано с тем, что врачи-педиатры и хирурги общего профиля на местах

допускали тактико-технические ошибки при диагностике и лечении ОГДП (85,9%). В 16% наблюдений в качестве направительного диагноза при исследовании фигурировали заболевания других органов, основная причина болезни оставалась нераспознанной.

Факторами риска развития ОГДП у детей, таким образом, в первую очередь явились- ранний возраст детей (62,8%), воспитание в молодых и малообеспеченных семьях (70,7%). Значимыми явились гнойно-септические заболевания матерей (мастит-10,4%) и гнойная хирургическая патология, перенесенная ребенком в периоде новорожденности (18,7%).

Нагноительные заболевания кожи и подкожножировой клетчатки, пупочной области, ЛОР-органов имелись в анамнезе задолго до манифестации бронхолегочного заболевания. Для детей, матери которых имели профессиональные вредности в виде возделывания табака и хлопка, были характерны выраженные проявления дисбактериоза, сопровождающие распространенные формы ОГДП, тяжесть состояния, летальные исходы, несмотря на проведенный комплекс лечения (6 детей).

Последовательно выполненные этапы обследования детей позволили нам уточнить характер поражения легких (таблица 1):

Таблица 1

Распределение больных в зависимости от формы ОГДП

№	Формы ОГДП	Кол-во больных	%	Основная группа	Контроль-ная группа
1.	Легочные формы	141	23	82	59
	- абсцессы легких	76	12,5	46	30
	- буллы легкого	19	3	12	7
	- лобиты	46	7,5	24	22
2.	Легочно-плевральные формы	474	77	237	237
	- пневмоторакс	13	2,1	6	7
	- пиопневмоторакс	152	24,6	86	66
	- эмпиемы плевры	296	48,2	138	158
	- плащевидный плеврит	13	2,1	7	6
ВСЕГО:		615	100	319	296

Тяжесть течения заболевания зависела от формы заболевания, распространенности, объема деструктивного процесса, возраста ребенка и степени выраженности дисбактериоза. Тяжелое течение заболевания имело место у 73,04% детей с легочной и 89,7%- с легочно-плевральной формой ОГДП (различие достоверно- $P<0,05$). Легкое течение ОГДП наблюдалось при легочно-плевральных формах в 3 раза реже, чем при легочных (1,3% против 4,96%, $P<0,05$).

При этом тотальный и напряженный пио-, пневмо-, пиопневмоторакс у 94,3-100% больных характеризовался развитием тяжелого состояния, т.е. тяжесть зависела от объема поражения. Подобная тяжесть клиники имела место у 73,6% больных при абсцессах больших размеров и у 91,3% - детей с лобитами. При ограниченном пиопневмотораксе и буллах отмечалось легкое течение заболевания.

Тяжесть состояния больных практически во всех наблюдениях зависела и от проявлений кишечного синдрома. Во всех наблюдаемых нами случаях отмечалось появление метеоризма, урчание по ходу кишечника, учащение стула от 5 до 10 и более раз в сутки. У больных как основной, так и контрольной групп, страдающих легочной формой ОГДП, жидкий, водянистый стул с частотой свыше 11 раз в сутки отмечался у 37,1% детей. При легочно-плевральных формах ОГДП подобная частота стула имела место у каждого третьего ребенка – у 151 из 467 (32,7%).

Полное отсутствие аппетита имели 78,1% детей основной и контрольной групп, страдающих легочной, и 89,9% детей – легочно-плевральной формами ОГДП. Рвота отмечалась соответственно у 66,9% и 67,5% наблюдаемых детей.

Указанные диспептические нарушения привели к падению веса у 42,5% больных легочной и 67,5% - легочно-плевральной формами ОГДП (различие достоверно, $P<0,05$).

Таким образом, практически у 100% больных с ОГДП встречался комплекс патологических клинических симптомов со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Изучение особенностей микробного пейзажа кишечника у больных ОГДП как основной, так и контрольной групп позволило выявить наличие дисбактериоза также в 100% случаев.

Ярко выраженный дисбактериоз отмечался в обеих группах наблюдений, причем большое количество детей имели проявления дисбактериоза II-III степени (89% и 86%).

При анализе этиологии кишечного дисбактериоза выявлено, что преимущественно он обусловлен уменьшением общего количества кишечной палочки с нормальными ферментными свойствами – у 60,7% детей, дефицитом лактобактерий – у 52,2%, высоким содержанием гемолитических форм эшерихий – у 60,2%, появлением лактозонегативной кишечной палочки

(30,1%). Угнетение основных компонентов защитной микрофлоры вело к нарушениям микрoэкологической системы. Отмечен рост условно-патогенной микрофлоры (УПМ), энтерококков, грибов рода Кандида, протей. У 7,1% больных из кала высеян золотистый стафилококк, то есть появлялась флора с признаками агрессии. Часто преобладали ассоциации УПМ (25,5%). В 9,7% наблюдений имело место полное отсутствие бифидобактерий, то есть имели место нарушения в количественной характеристике микрофлоры. Дисбиотические сдвиги затрагивали как аэробный, так и анаэробный компоненты кишечного биоценоза. Зачастую на фоне лечения антибиотиками проявления кишечного дисбактериоза усугублялись.

Упорная персистенция возбудителей, длительный прием антибиотиков, изменение резистентности слизистых служат предпосылкой для возникновения дисбактериоза у наших больных. Происходило как качественное, так и количественное изменение аутохтонной микрофлоры.

Изменчивость микромира требует проведения постоянного мониторинга этиологической структуры гнойно-воспалительных заболеваний для выявления ее основных тенденций. Это позволяет прогнозировать характер инфекционной патологии, своевременно разрабатывать оптимальные программы профилактики и лечения, определять правильный выбор антибактериальных препаратов как для эмпирической, так и направленной этиотропной терапии.

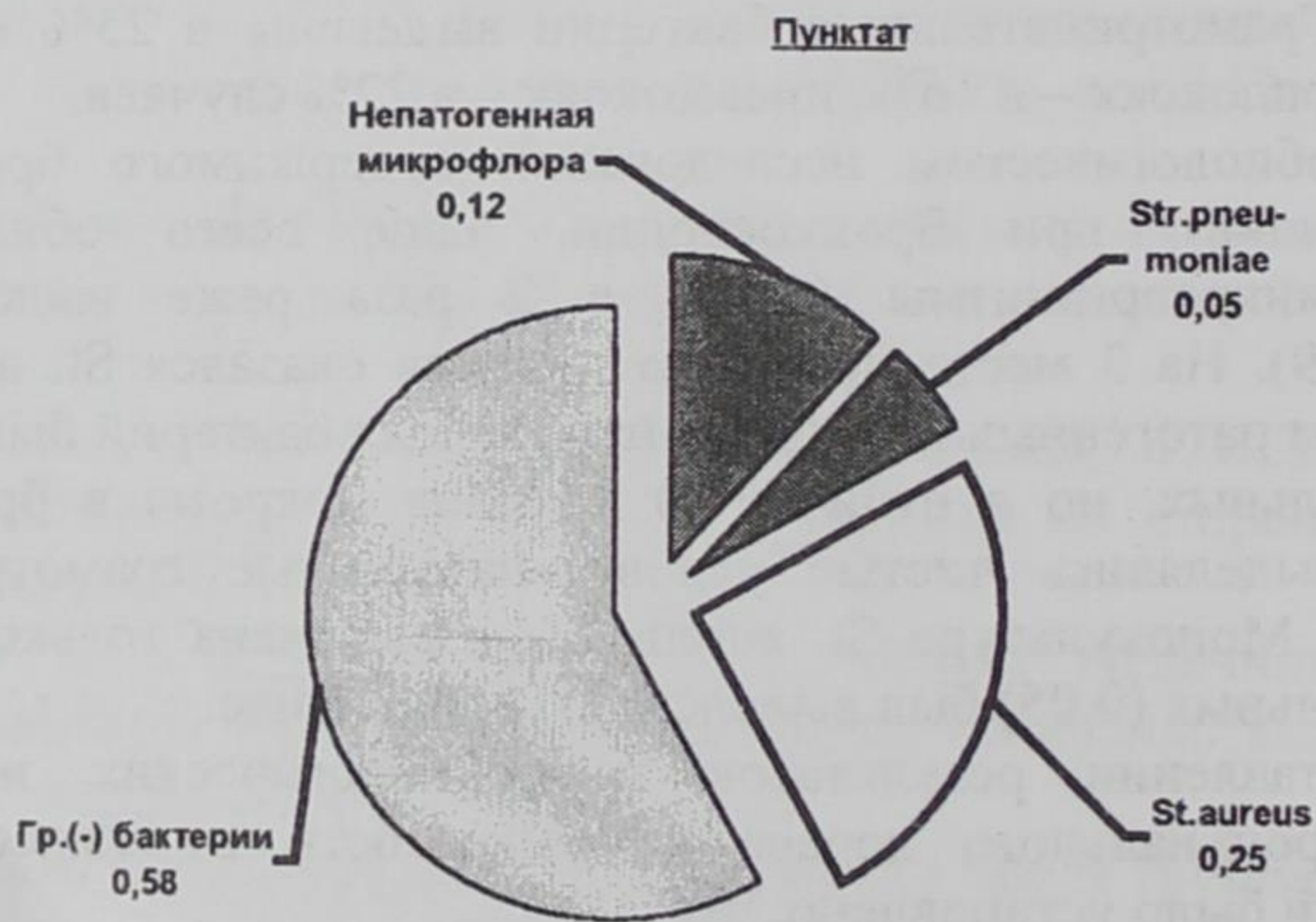
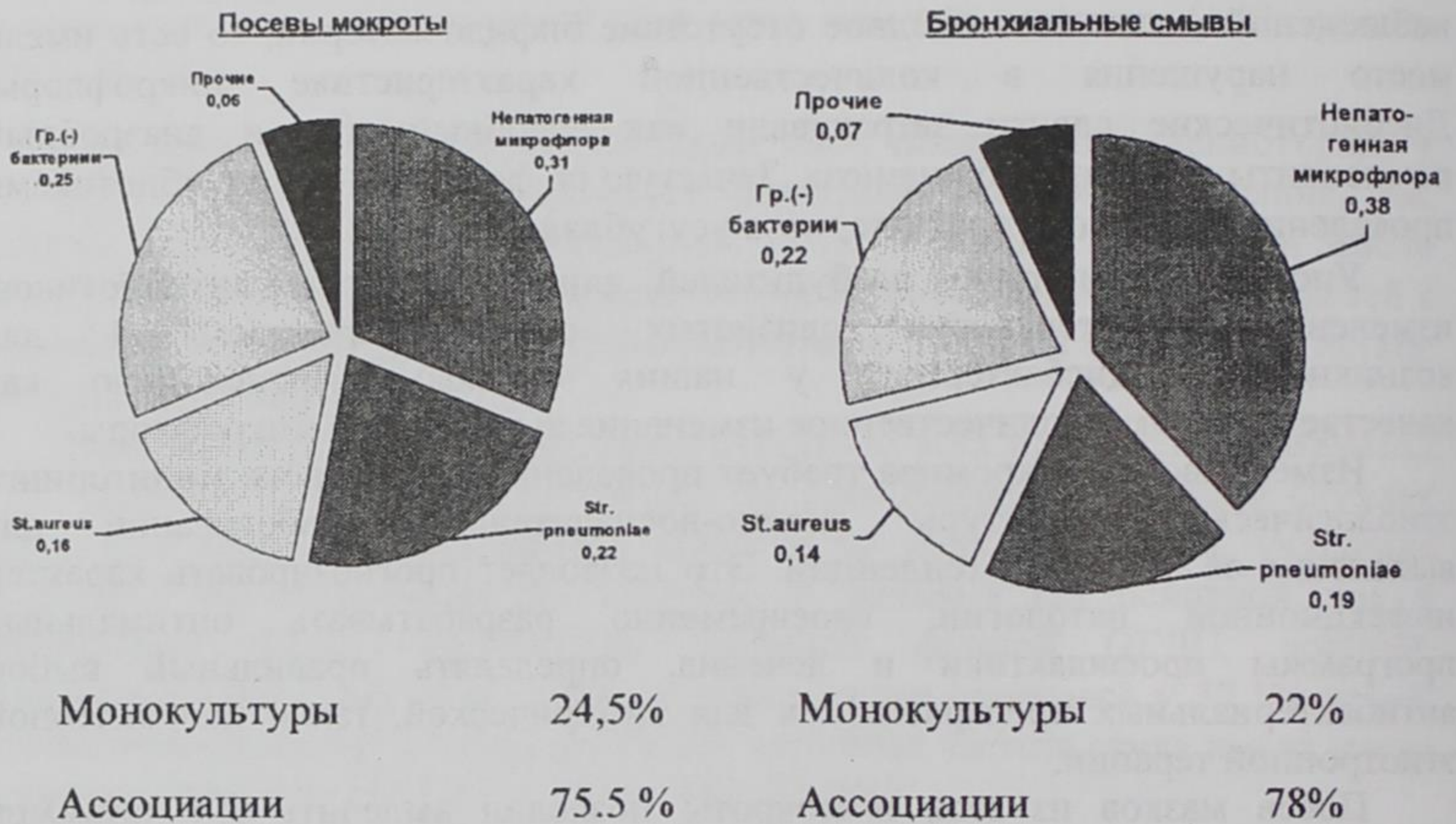
Посев мазков из зева и мокроты позволил выделить 698 штаммов микроорганизмов. Монокультура выделена в 24,5%, ассоциации бактерий – в 75,5% (рис.1). Грамотрицательные бактерии выделены в 25% наблюдений, патогенный стафилококк – в 16%, пневмококк – в 22% случаев.

При микробиологическом исследовании содержимого бронхиального дерева, полученного при бронхоскопии, чаще всего обнаруживались непатогенные микроорганизмы (0,38), в 2 раза реже выделялись *Str. pneumoniae* (0,19). На 3 месте по частоте высева оказался *St. aureus* (0,14). Чистые культуры патогенных и условно-патогенных бактерий были выделены у 135 (0,22) больных, но в отличие от посевов мокроты в бронхиальных смывах чаще выделялись чистые условно-патогенные грамотрицательные бактерии (0,14). Монокультура *St. aureus* была выделена только в 18 (0,03) случаях, у 30 больных (0,05) был выделен *Str. pneumoniae*.

При сопоставлении результатов микробиологических исследований содержимого бронхиального дерева в зависимости от тяжести течения заболевания нами было установлено, что:

1. Непатогенные микроорганизмы чаще обнаруживались в бронхиальном содержимом у детей с тяжелым и средней тяжести течением заболевания (0,40), чем при легких его формах (0,29);
2. Почти у половины больных с легким течением заболевания был выделен *St. aureus* (0,43). В то время как при тяжелой и средней тяжести течения болезни частота его выделения составила соответственно 0,13 и 0,10;

3. Ни у одного больного с легким течением заболевания не удалось обнаружить условно-патогенных грамотрицательных бактерий, в то время как частота их выделения при тяжелой и средней тяжести течения заболевания составила 0,30 и 0,20.



“Стерильные” посева 48%

Рис.1. Характер аэробной микрофлоры посевов из зева и мокроты, бронхиальных смывов и содержимого плевральной полости у больных с ОГДП

Данные, полученные при микробиологическом исследовании гноя из плевральной полости, существенно отличались от результатов исследования посевов мазков из зева, мокроты и бронхиальных смывов. Грамотрицательная флора выделена у 58% больных, стафилококк- у 25%, непатогенная флора – в 12% наблюдений, пневмококк- лишь в 5% случаев. Соотношение грамотрицательной и грамположительной микрофлоры в содержимом плевральной полости составило 1:0,63, тогда как в посевах мазков из зева, мокроты и бронхиальных смывов соответственно 1:1,56 и 1:1,48.

Нами была предпринята попытка выяснения взаимосвязи тяжести состояния больных ОГДП с наличием той или иной аэробной микрофлоры. Установлено, что чем тяжелее течение заболевания, тем чаще обнаруживалась грамотрицательная условно-патогенная флора.

Количественный метод исследования аэробной микрофлоры при сопоставлении с клинико-микробиологическими критериями явился более информативным, чем качественный анализ микрофлоры, позволил установить этиологию ОГДП у детей в 87% случаях. В бронхиальном содержимом при этом чаще всего обнаруживались грамотрицательные бактерии (0,54). Соответственно на 2 и 3 месте по частоте оказались *Str.pneumoniae* и *St.aureus* (0,17 и 0,14).

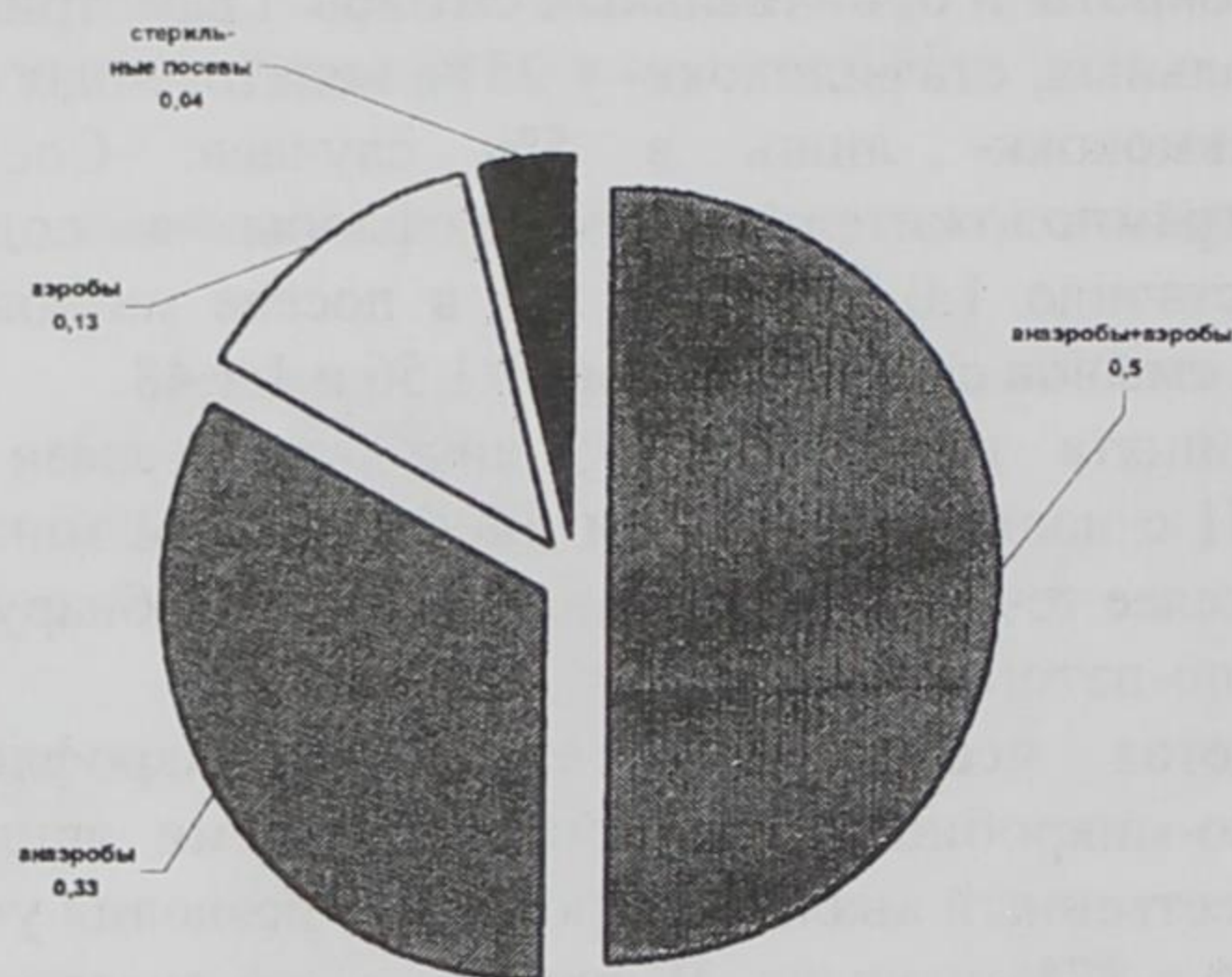
Зачастую (48%) при первичном посеве и культивировании в аэробных условиях выделить какие-либо патогены не удавалось. Предположение, что отрицательные результаты бактериологических посевов связаны, прежде всего, с анаэробной природой возбудителя заставило нас расширить объем примененных бактериологических методик.

Микробиологическое исследование по строгой анаэробной технике было выполнено у 258 больных. При этом выделено 586 штаммов микроорганизмов: *Bacteroides spp.*(0,50), *Fusobacterium nucleatum* (0,17), *Peptococcus* (0,07) и др. строгие неспорообразующие анаэробы. При этом из пунктатов, полученных из плевральной полости, анаэробы выделены в 83% случаев (214 больных): у 129 детей (0,50)- в виде ассоциаций с факультативно-анаэробными или аэробными бактериями, в 33% наблюдений - в чистом виде (рис.2). Выявлено, что присутствие анаэробных микроорганизмов во всех случаях сопровождалось тяжелым течением заболевания.

Таким образом, изложенное свидетельствует о динамичности микробиоценоза респираторного тракта, возрастании роли условно-патогенной грамотрицательной и анаэробной флоры в генезе ОГДП у детей на современном этапе, особой тяжести легочного процесса, вызванного этими патогенами.

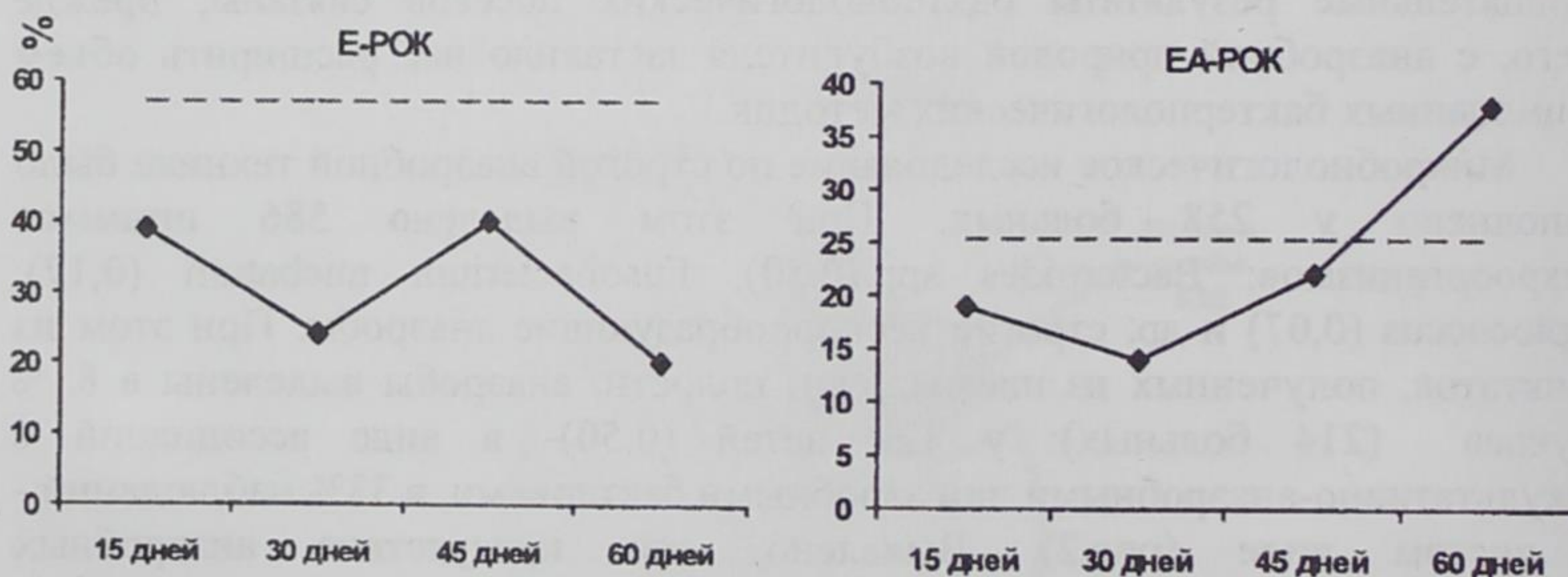
Результаты проведенных исследований показали, что у больных с различными формами ОГДП с первых дней болезни в периферической крови

резко снижалось содержание Т-лимфоцитов (Е-РОК), которое не восстанавливалось и к периоду выписки больного из стационара (рис.3).



Соотношение анаэробов и аэробов - 3,1:1

Рис.2. Характер микрофлоры плевральной полости у больных ОГДП детей (метод строгой анаэробной техники)



Горизонтальные пунктирные линии – средний уровень показателя, принятый за норму.

Рис.3. Содержание Т-лимфоцитов в периферической крови у больных ОГДП детей

Способность к пролиферации, свидетельствующая о функциональной активности этих клеток (ЕА-РОК), также была снижена весь период наблюдения и приближалась к нормальным значениям только после 45 дня от начала заболевания, т.е. к периоду клинического улучшения в состоянии больных.

Сниженный иммунный статус этих больных, проявляющийся прежде всего со стороны Т-лимфоцитов во все сроки наблюдения и в период выписки из клиники, указывал на достаточно глубокие нарушения в системе иммунологической защиты у больных с ОГДП. Опасность реинфицирования и развития различных осложнений у этих больных продолжала оставаться высокой.

Концентрация ЦИК уже с первых дней заболевания характеризовалась высокими цифрами, в три раза превышающими нормальный уровень. К 20-30 дню заболевания их содержание несколько снижалось, а ко второму месяцу вновь повышалось до исходных цифр. Это можно объяснить появлением новых штаммов микроорганизмов, суперинфицирующих ослабленный организм больного, что подтверждалось и синхронно повышающимся уровнем Jg M, G с последующим (в конце второго месяца) переключением на преимущественный синтез Jg G.

Было проведено сопоставление ряда иммунологических показателей в двух группах больных: с легочной (42) и с легочно-плевральной (50) формами ОГДП.

Сравниваемые группы по содержанию Т-клеток в первый месяц заболевания существенно не отличались и их уровень был ниже нормативных показателей. Различия выявились к 30-45 дню заболевания. У больных с легочной формой ОГДП существенно (достоверно, $P < 0,05$) увеличивалось число Т- и Т-активных лимфоцитов (Е-РОК и ЕА-РОК) в отличие от легочно-плевральных вариантов.

Подобные закономерности отмечены и в изменениях циркулирующих иммунных комплексов, свидетельствующих об интенсивности выведения инфекционного материала из организма больного. Если у больных с легочной формой содержание ЦИК в первые 15 дней от начала заболевания было повышенным (по сравнению с нормой), то к 60 дню оно снижалось до нормального уровня. В то же время при легочно-плевральной форме содержание ЦИК продолжало оставаться на высоком уровне весь период наблюдения.

Установлено, что у больных с ОГДП, вызванных анаэробной инфекцией, в начале заболевания отчетливо прослеживалось резкое снижение общего числа Т-лимфоцитов (и среди них Т-активных лимфоцитов, характеризующих процессы, связанные с выбросом в периферическую кровь иммунокомпетентных клеток) и В-лимфоцитов. Увеличение числа этих клеток происходило в конце первого месяца болезни, т.е. параллельно с положительной динамикой процесса, и продолжалось до второго месяца, что совпадало с клиническим выздоровлением больных. Через три месяца от начала заболевания число иммунокомпетентных клеток или нормализовалось (В-лимфоциты) или резко снижалось - в 2 раза (Т-лимфоциты) и 3 раза (Т-активные лимфоциты) по сравнению с нормой.

Следует отметить, что среди иммуноглобулинов в наибольшей степени изменялся уровень Jg A. Концентрация его превышала нормальный уровень во все сроки заболевания. Уровень Jg M повышался только в первый месяц болезни до $1,73 \pm 0,15$ г/л, а уровень Jg G - в течение двух первых недель второго месяца ($18,0 \pm 1,55$ г/л). Такое кратковременное повышение содержания иммуноглобулинов M, особенно G, в период выраженной положительной динамики после перенесенного острого процесса в совокупности с недостаточным числом иммунокомпетентных клеток ($0,64 \pm 0,05 \times 10^9$ л) и сниженной функцией фагоцитоза, указывает на несостоятельность иммунной защиты у этой категории больных, чем, по-видимому, и объясняется тот факт, что инфекционный процесс у этой категории больных был индуцирован не вирулентными, а исключительно слабopатогенными микроорганизмами, какими являются неспорообразующие анаэробы.

При разработке лечебной и хирургической тактики ОГДП нами учитывались возраст ребенка, давность заболевания, характер и срок присоединения легочно-плевральных осложнений.

Было установлено, что чем моложе ребенок, тем более выражены симптомы интоксикации и дыхательной недостаточности. В связи с этим большую значимость имели экстренные меры, декомпрессия плевральной полости, катетеризация подключичной вены, борьба с гипертермией, парезом кишечника, нарушениями КЩС и водно-электролитного баланса, анемией и дисбактериозом.

Первостепенное значение принадлежало рациональной антибиотикотерапии. Учитывая тяжесть состояния, участие грамположительной и грамотрицательной флоры в генезе ОГДП, проводилась активная антибактериальная терапия с включением 2-3 разнонаправленных препаратов с различными путями их введения и последующей коррекцией в соответствии с результатами бактериологического обследования.

Нами были предприняты меры по повышению эффективности проводимой антибактериальной терапии ОГДП у детей.

Учитывая, что регионарные лимфатические сосуды и узлы вовлекаются в патологический процесс в первую очередь, разработан метод регионарной лимфотропной антибиотикотерапии. Он применен в комплексном лечении 35 детей. Осложнений, связанных с интрамедиастинальным введением лекарственных препаратов, не отмечалось. Введение антибиотиков на коллоидной основе к лимфатической системе легких приводило к максимальному насыщению ее препаратами, что повышало барьерную и иммунную функцию лимфатических узлов, блокировало дальнейшее распространение инфекции. Зарегистрированы более быстрая нормализация температурной кривой, улучшение общего состояния, уменьшение основных клинических проявлений поражения бронхолегочного аппарата,

положительная рентгенологическая динамика, нормализация показателей периферической крови. В результате применения предложенного нами метода летальность снизилась до 1,2%, уменьшилась частота трансформации в хронические формы, на 25% сократилось пребывание больных в стационаре и на 30% уменьшился расход антибактериальных препаратов. Оформлено рационализаторское предложение № 746 от 20.10.1998 г.

При выборе методов лечения ОГДП с плевральными осложнениями исходили из результата диагностической плевральной пункции и данных почасового наблюдения за ребенком. Пункционный метод лечения с введением микроирригатора в плевральную полость явился основным при пиотораксах. Метод применен у 283 детей. При наличии густого гноя, детрита, фибрина было целесообразным введение микроирригатора методом стилет-катетера для проведения многократных промываний, что можно отнести к щадящему методу лечения.

Пункционный метод лечения как метод выбора в лечении детей с ОГДП использован у больных с ограниченными пиотораксами и в начальном периоде пиоторакса.

В лечении легочных форм ОГДП нами предложен чрезкожный метод пункции абсцесса легких под контролем аппарата УЗИ даже при отсутствии сращения между листками плевры с повторным рентгенологическим контролем (рационализаторское предложение № 683 от 09.12.1996 г.). При этом увеличивалась возможность визуального контроля проводимой манипуляции, уменьшались лучевая нагрузка на больного, траты на медикаменты и рентгенпленку на 40%. Пребывание в стационаре сократилось на $5,0 \pm 0,16$ койко/дней.

Метод закрытого вакуумного дренирования с активной и пассивной аспирацией применен в 466 случаях: по поводу напряженного пневмоторакса - 13 (2,8%), напряженного пиопневмоторакса - 102 больным (21,9%), тотального пиоторакса - 205 (44%), фибринозного плеврита - 16 (3,4%), ограниченного гнойного плеврита - 82 больным (17,6%), хронической эмпиемы плевры - 48 (10,3%) больным. Активная аспирация применена у 192, пассивная - у 193 больных.

При выборе метода аспирации после дренирования предпочтение отдавалось пассивной аспирации по Бюлау (лучшие условия для закрытия свищей, отсутствие необходимости ограничения двигательного режима ребенка).

Во всех случаях, когда дренирование плевральной полости не приводило к полному расправлению легкого, а также в случаях большого сброса воздуха через бронхоплевральный свищ мы применяли метод временной окклюзии бронхов поролоновой губкой. Указанная методика проведена 57 больным детям с бронхиальными свищами. Для проведения окклюзии бронха

производили бронхоскопию дыхательным бронхоскопом Фриделя под общим обезболиванием с применением фторотана и миорелаксантов.

Большим достоинством метода бронхоокклюзии (как и все применяющие этот метод авторы) мы считаем возможность удаления дренажной трубки сразу после создания ателектаза, в результате чего восстанавливался двигательный режим ребенка, быстрее ликвидировалась гипоксия. Пролечено 57 детей в сроки 12 дней-1 мес. от начала заболевания: больных до 1 г.- 6; 1-3 г.-18; 3-7 лет- 20 и 7-14 лет-3. Бронхообтуратор находился в устье пораженного бронха в среднем 6-9 дней. После удаления обтуратора проводился бронхиальный лаваж пораженной доли с санационной целью.

Настоящее исследование показало целесообразность расширения показаний к оперативному лечению у детей первого года жизни и сокращения у больных этой возрастной группы сроков лечения дренированием.

Оперативные вмешательства были проведены нами по поводу пиопневмоторакса (13 детей - 52%), эмпиемы плевры (6 детей - 24%), пневмоторакса (3 детей - 12%), внутрилегочной формы ОГДП (3 больных - 12%). 22 ребенка прооперированы после безуспешного лечения дренированием плевральной полости, 3 больных - без предварительного лечения дренажным методом. Наибольший удельный вес составила декорткация легкого без резекции (50% наблюдений). На резекцию сегмента легкого пришлось 30%, лобэктомию-20% операций.

Высокая эффективность предлагаемых нами эндохирургических методик и элементов малоинвазивной техники (торакоскопия, бронхоокклюзия поролоновой губкой, санационные бронхоскопии с лаважом, регионарная лимфотропная антибиотикотерапия, пункция абсцессов под контролем УЗИ) подтверждается в нашем исследовании уменьшением сроков госпитализации, снижением летальности, более быстрым полным восстановлением физической активности детей. Внедрение их в практическое здравоохранение позволяет радикально улучшить результаты лечения, повысить качество жизни пациентов.

Учитывая 100% наличие дисбактериоза кишечника у наблюдаемых нами больных и его отягощающее влияние на течение ОГДП было целесообразным оптимизировать течение и прогноз заболевания путем коррекции микробиоценоза кишечника.

В зависимости от форм нарушения биоценоза, разработан комплекс лечебных и профилактических мероприятий. В диете предпочтение отдавалось кисломолочным продуктам (кумыс, айран, жарма), которые являются национальными напитками, донаторами витаминов и кисломолочной микрофлоры. У детей раннего возраста диета включала применение биолакта.

Появление условно-патогенной флоры на фоне снижения процентного соотношения бифидум-флоры, энтерококков и кишечной палочки, а также

значительная обсемененность условно-патогенной флорой у больных с ОГДП требовали, наряду с коррекцией флоры кисломолочными продуктами, использования мер более сильного воздействия на микрофлору, а именно принципа селективной деконтаминации и последующей заместительной терапии эубиотиками.

Целенаправленные реабилитационные мероприятия у обследуемых детей проведены путем применения жидких биодобавок с коли- (М-17) и бифидобактериями, разработанных в лаборатории питания Кыргызского НИИ акушерства и педиатрии (основная группа- 319 детей). В контрольной группе (296 детей) биодобавки не использовались, лечение ограничивалось селективной деконтаминацией, функциональным питанием, ферментами.

Критериями эффективности считались исчезновение явлений диспепсии, вздутия живота, нормализация стула, хорошее самочувствие детей, приостановка потери веса, улучшение эмоционального тонуса, восстановление аппетита, нормализация биоценоза кишечника.

У больных основной группы нормализация клинических проявлений происходила в более короткие сроки, чем в контрольной. Стул приобретал обычную консистенцию, уменьшалась его кратность на 2-3 день от начала терапии. Продолжительность интоксикации у детей основной группы была на $4,4 \pm 0,01$ дня короче, чем в контрольной группе ($P < 0,05$). Длительность кишечной дисфункции у детей, получавших жидкие биодобавки, достоверно сокращалась ($4,2 \pm 0,1$ против $10,5 \pm 0,2$, $P < 0,05$). Более быстрая нормализация состояния и исчезновение клинических симптомов болезни у детей основной группы, по сравнению с детьми контрольной группы, способствовали сокращению их пребывания в стационаре на $8,0 \pm 0,4$ дней ($P < 0,01$).

Микробиологическое исследование микрофлоры кишечника выявило положительное влияние применения жидких биодобавок (таблица 2).

Таблица 2

Динамика выраженности дисбактериоза в зависимости от лечения

Степень выраженности дисбактериоза	До лечения				После лечения			
	Основн. группа		Контр. группа		Основн. группа		Контр. группа	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
I степень (слабо выраженный)	36	11,0	47	16	28	8,7	115	38,8
II степень (умеренный)	102	32,0	89	30	-	-	98	33,2
III степень (выраженный)	181	57,0	160	54	-	-	83	28,0
ВСЕГО:	319	100	296	100	319	100	296	100

Ярко выраженный дисбактериоз II и III степени отмечался в обеих группах наблюдения. После лечения жидкими бактериальными биодобавками в основной группе больных биоценоз существенно восстановился. Проявления дисбактериоза I ст. имели лишь 28 больных (8,77%). В контрольной группе явления дисбактериоза сохранялись: I ст.-у 38,8%, 2 ст.- у 33,2%, 3 ст.-у 28% больных.

У всех больных основной группы отмечался рост количества бифидобактерий, снижалась интенсивность колонизации кишечника лактозонегативными энтеробактериями, гемолитическими кишечными палочками, условно-патогенными микробами. Отмечалось снижение степени дисбиоза.

Больные основной группы при наблюдении в катамнезе клинических проявлений дисбактериоза не имели. Выполняли в полном объеме назначения хирурга и участкового педиатра.

У детей контрольной группы те или иные проявления дисфункции ЖКТ наблюдались практически у всех на момент выписки и сохранялись в 1/3 всех анализируемых случаев при наблюдении в катамнезе через 3-6 месяцев и у 12,5% выписанных больных в течение 1 года. Сохранялось нарушение переваривания, отмечалось нарушение аппетита, дети имели плоскую весовую кривую.

Отдаленные результаты лечения детей, перенесших острую гнойно-деструктивную пневмонию, зависели от качества диспансерного наблюдения, своевременности и правильной тактики реабилитационных мероприятий, включающих коррекцию эндоэкологических нарушений.

Таким образом, выполненное исследование позволило определить оптимальный выбор, объем и последовательность профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий у детей с ОГДП, протекающих на фоне дисбактериоза, с учетом установленных клинико-этиологических, иммунологических особенностей, дисбиотических нарушений и факторов риска развития патологии. Создана единая цепь мероприятий для врачей-педиатров и детских хирургов, определены особенности диспансеризации этого контингента больных.

Выводы.

1. Структура ОГДП у детей в 23,0% случаев представлена легочными (абсцессы- 12,5%, буллы- 3,0%, лобиты – 7,5%) и в 77,0%- легочно-плевральными (пневмоторакс – 2,1%, пиопневмоторакс – 24,6%, эмпиема плевры – 48,2%, фибринооторакс- 2,1%) ее формами. Факторами риска развития ОГДП у детей являются ранний возраст ребенка (62,8%), воспитание в молодых и малообеспеченных семьях (70,7%), наличие профессиональных вредностей (табако- и хлопкосеяние), гнойно-септические заболевания у матерей, перенесенные ребенком заболевания (пневмония, сепсис, корь, острые кишечные заболевания), недооценка

состояния и неадекватная терапия со стороны медицинских работников, поздние сроки поступления в стационар (85,9%).

2. Применение количественного исследования аэробной микрофлоры респираторного тракта является высокоинформативным методом и позволяет установить истинную этиологию ОГДП у 87% больных. Ведущее значение в этиологии ОГДП у детей принадлежит условно-патогенным грамотрицательным бактериям, выявленным в 58% случаев. Выделение их в высоких диагностических концентрациях четко коррелируют с развитием плевральных осложнений и тяжестью течения заболевания. Строгие неспорообразующие анаэробы выделены у 83% детей с ОГДП. Участие их как в монокультуре, так и в ассоциациях с аэробными микроорганизмами обуславливают тяжесть течения заболевания и его неблагоприятный прогноз.
3. Симптоматология и тяжесть течения ОГДП у детей определяются формой заболевания, распространенностью процесса, наличием осложнений и степенью выраженности дисбактериоза. Клинические и лабораторные проявления дисбактериоза имеют 100% больных ОГДП детей. Происходят качественные и количественные изменения аутохтонной микрофлоры кишечника, сопровождающиеся функциональными нарушениями желудочно-кишечного тракта, интоксикацией, потерей веса, ухудшением состояния.
4. При ОГДП у детей с дисбактериозом отмечается снижение клеточного и гуморального звеньев иммунитета, более выраженные при ее формах, вызванных строгими неспорообразующими анаэробами, что объясняет факт значимости слабопатогенных микроорганизмов в этиологической структуре заболевания и тяжести его течения.
5. Применение регионарной лимфотропной антибиотикотерапии, чрезкожной пункции легочных абсцессов под контролем УЗИ, временной эндобронхиальной окклюзии поролоновой губкой при различных формах ОГДП являются высокоэффективными методами микрохирургических вмешательств, способствуют более раннему выздоровлению больных, оптимизируют прогноз заболевания.
6. У детей с ОГДП целесообразны, наряду с проведением направленного хирургического и консервативного лечения пневмонического процесса, реабилитационные мероприятия, обеспечивающие нормализацию состояния микроэкологии кишечника. Жидкие биодобавки с коли- (М-17) и бифидобактериями высоко эффективны в профилактике и лечении дисбактериоза. Их применение способствует сокращению срока лечения больных на $8,5 \pm 0,12$ дней, улучшает прогноз заболеваний.
7. Нормализация нарушенного эндозкологического равновесия ЖКТ отстает от клинического выздоровления детей. Изменения функционального состояния ЖКТ и микробиоценоза кишечника при выписке (у 8,77%

леченных биодобавками и у 100% больных, не получавших биопрепараты) и при наблюдении в катамнезе требуют продолжения лечения эубиотиками в амбулаторных условиях.

Практические рекомендации

1. В амбулаторно-поликлинических учреждениях республики врачам-педиатрам и групп семейных врачей при формировании контингентов, требующих регулярного обследования и наблюдения, а также при планировании своевременных и оптимальных мероприятий по первичной и вторичной профилактике ОГДП у детей с дисбактериозом рекомендуется учитывать выявленные биологические, социально-гигиенические и медико-организационные факторы риска их развития.
2. Для установления истинной структуры этиологически значимых патогенов у детей с ОГДП, назначения адекватной этиотропной терапии и оценки эффективности лечения при проведении бактериологического мониторинга следует использовать как качественный, так и количественный методы с обязательным применением строгой анаэробной техники.
3. Детям с ОГДП, протекающей с явлениями дисбактериоза, рекомендуется проведение качественного и количественного исследования микробиоценоза кишечника, комплексная оценка степени тяжести дисбактериоза как по клиническим параметрам, так и по составу, качественным и количественным характеристикам высеваемой флоры.
4. В комплекс лечебных мероприятий рекомендуется включать метод регионарной лимфотропной антибиотикотерапии.
5. Для уменьшения сроков выздоровления больных, снижения затрат на лекарственные препараты в практике торакальной хирургии следует применять разработанный нами и хорошо зарекомендовавший себя метод микрохирургического вмешательства- чрезкожную пункцию абсцессов легких под контролем УЗИ и эндоскопическую временную бронхоокклюзию.
6. В целях достижения полной клинической эффективности проводимого лечения у детей с ОГДП на фоне дисбактериоза в комплекс терапевтических мероприятий (наряду с селективной декомтаминацией, молочнокислой диетой, ферментами) в качестве корректора эндозкологических нарушений рекомендуется включать жидкие биодобавки с бифидо- и колибактериями, назначаемые с первых дней госпитализации на весь период пребывания в стационаре, в дозах, соответствующих возрасту ребенка (1,5 дозы детям первого года жизни, 2,5-3 дозы- второго года жизни, 5 доз - старшим x 3 раза в день).

7. Учитывая стойкость дисбиотических нарушений со стороны кишечника, при проведении диспансерного наблюдения за детьми, перенесшими ОГДП, рекомендуется продолжение приема жидких биодобавок с постепенным снижением дозировок на 1/3 каждые 2 недели с проведением бактериологического контроля.
8. Сведения об особенностях течения у детей ОГДП на фоне дисбактериоза следует включать в курс обучения студентов медицинских факультетов высших учебных заведений и слушателей циклов усовершенствования врачей.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Опыт лечения острых гнойно-деструктивных пневмоний у детей //Актуальные вопросы оказания экстренной медицинской помощи хирургическим больным и медицина катастроф, аварий и стихийных бедствий: Материалы Ошской областной конференции, 12-14 октября 1993 г.-Ош,1993.-С.118-121 (соавт. И.С.Фунлоэр).
2. Лечение гнойно-деструктивных пневмоний у детей //Актуальные проблемы клинической и экспериментальной хирургии: Материалы 2 съезда хирургов Кыргызстана, 4-5 октября 1995.-Бишкек, 1995.- С.209-211 (соавт. И.С.Фунлоэр).
3. Этиологические особенности структуры острой гнойно-деструктивной пневмонии у детей //Современные проблемы экстренной хирургии: 1 республиканская конференция молодых хирургов.-Бишкек,1995.-С.156-162.
4. Опыт лечения гнойно-деструктивных пневмоний у детей //Вопросы акушерства и педиатрии: Сборник научных трудов.-Бишкек,1995.-С.10-12.
5. Этиопатогенез, клинико-рентгенологическая диагностика и комплексное лечение острой гнойно-деструктивной пневмонии у детей //Методические рекомендации.-Ош,1997.-15 с. (соавт. В.С.Кононов, Т.Ш.Шайназаров).
6. Роль микробной флоры в клиническом течении острой гнойно-деструктивной пневмонии у детей //Медико-социальные аспекты здоровья населения: состояние и перспективы.-Бишкек,1998.-С.129-134.
7. Иммунологическая реактивность при острой гнойно-деструктивной пневмонии у детей с дисбактериозом // Медико-социальные аспекты здоровья населения: состояние и перспективы.-Бишкек,1998.-С.134-139 (соавт.В.С.Кононов).
8. Лечение гнойно-деструктивных пневмоний у детей //Актуальные проблемы образования и науки: Сборник научно-методических трудов.-Бишкек,1998.-Вып.8.-С.3-5 (соавт. И.С.Фунлоэр).

9. Применение метода бронхоскопии с диагностической и лечебной целью при острых деструктивных пневмониях у детей //Актуальные проблемы образования и науки: Сборник научно-методических трудов.- Бишкек, 1998.-Вып.8.-С.10-11 (соавт. И.С.Фунлоэр).
10. Роль микробной флоры в клиническом течении острой гнойно-деструктивной пневмонии у детей с дисбактериозом // Актуальные проблемы образования и науки: Сборник научно-методических трудов.- Бишкек, 1998.-Вып.8.-С.23-28.
11. Преимущество метода бронхоскопии с диагностической и лечебной целью при острых деструктивных пневмониях у детей //Сборник научных трудов.-Ош, 1999.- Вып.2.-С.116-117.
12. Особенности иммунологической реактивности у детей при острой гнойно-деструктивной пневмонии у детей с дисбактериозом // Сборник научных трудов.-Ош, 1999.- Вып.2.-С.117-121.
13. Особенности микрофлоры в этиологии острых гнойно-деструктивных пневмоний у детей // Сборник научных трудов.-Ош, 1999.- Вып.2.-С.121-125.

Аннотация

Изучены клинико-этиологические варианты острых гнойно-деструктивных пневмоний (ОГДП) у 615 детей с проявлениями дисбактериоза различной степени выраженности. Определены биологические, медико-организационные и социально-гигиенические факторы риска формирования и неблагоприятного исхода ОГДП.

Установлено, что наибольшей тяжестью характеризуются пневмонии, обусловленные грамотрицательной условно-патогенной и анаэробной флорой, высеваемой как в монокультуре, так и в ассоциациях.

Доказано, что ОГДП возникают на фоне снижения иммунного ответа, причем объем и тяжесть патологического процесса находятся в прямой зависимости от степени нарушения реактивности организма.

Разработан оптимальный комплекс лечебно-диагностических мероприятий, предложены эффективные методы хирургической и эндозкологической коррекции, обоснованы принципы диспансерного наблюдения и тактики реабилитации этого контингента больных.

Корутунду

Ар түрдүү даражадагы дисбактериозго чалдыккан 615 балада чукул башталган ириндешкен деструктивдик пневмония (ЧИДП) оорусунун клиникалык жана этиологиялык варианттары изилденген. ЧИДПнын пайда булушуна өбөлгө түзүүчү жана анын жагымсыз аякташынын биологиялык, медициналык – уюштуруучулук жана социалдык – гигиеналык факторлору аныкталган.

Өтө оор түрдө монокультура менен ассоциацияда бирдей аныкталуучу грамтерс шартуу патогендик жана анаэроб бактериялары чакырган пневмония мүнөздөлөөрү такталган.

ЧИДП организмдин иммундук реакциясы төмөндөгөн кезде пайда болоору жана патологиялык процесстин таркашы жана оорчулугу, организм реактивдүүлүгүнүн бузулуу даражасынан түздөн-түз көз каранды экендиги далилденген.

Бул оорулар континенгенти үчүн дарылоо-диагностикалык иштердин оптималдык комплекси иштелип чыккан, хирургиялык жана эндоэкологиялык түзөтүүнүн эффективдүү жолдору сунуш кылынган, диспансердик баамдоонун жана реабилитациялык тактиканын принциптери негизделген.

Annotation

In 615 children with different stage of disbacteriosis were studied clinical and ethiological variants of acute purulent destructive pneumonia (APDP). Biological, medical – organization and social-hygienic risk factors of formation and unfavourable outcome of APDP were determined.

It was established, that pneumonia, caused by gram negative conditionnally pathogenetic and aerobic flora with positive monoculture and assosiation, is characterised with high severity.

It was proved, that decreased immune response is a background for APDP formation, and spreading and severity of pathological process depend on stage of organism reactivity impairment directly.

For this group of patients worked out optimal complex of therapeutic and diagnostic measurements, offered effective methods of surgical and endoecological correction, ground on principals of dispensary and rehabilitation tactics.