

У детей младшего возраста от 1 месяца до 3 лет распространенность ЧМТ в группе пострадавших в ДТП была значительно ($p=0,03$) выше, чем в контрольной — 100,0% и 92,00%. Закрытая ЧМТ чаще наблюдалась у пострадавших в ДТП (100% и 87%) ($p=0,000$), однако дорожно-транспортные кранио-церебральные повреждения характеризовались более лёгким течением, что достоверно подтверждено более низкой частотой случаев ушиба головного мозга (61,5% по сравнению с 87,0% в контрольной группе; $p=0,01$); кроме того, внутричерепные гематомы регистрировались исключительно у детей, получивших травму иной этиологии — в 34,8% (8 из 23 детей).

В группе пострадавших дошкольного возраста (от 4 до 6 лет) ЧМТ достоверно чаще ($p=0,03$) отмечалась у пострадавших

в ДТП: 100,0% по сравнению с 72,7%. Существенных различий в структуре ЧМТ в основной и контрольной группах не обнаружено: закрытая ЧМТ — в 69,2% и 75,0%, ушиб головного мозга — в 84,6% и 87,5% соответственно.

Среди пациентов школьного возраста (от 7 до 18 лет) сохранялась выявленная в младших возрастных группах достоверно большая распространенность ЧМТ у пострадавших в ДТП (94,3% по сравнению с 70,4%, $p=0,000$) без значимых различий в её структуре: закрытая ЧМТ диагностирована у 84,85% первой и 73,7% второй группы, ушиб головного мозга — в 75,8% и 63,2% соответственно.

Таким образом, всё изложенное выше позволяет сделать вывод о наличии возрастных и этиологических особенностей тяжёлой черепно-мозговой травмы у детей.

616.21-053.2

Е.А. СПИРИДОНОВА, Л.В. ФЕКЛИСОВА, И.П. ЛОБУШКОВА

Учебно-научный центр Управления делами Президента Российской Федерации, г. Москва
Московский областной научно-исследовательский клинический институт
Поликлиника консультативно-диагностическая Управления делами Президента Российской Федерации, г. Москва

Неотложная терапия острого стенозирующего ларинготрахеита у детей раннего возраста на догоспитальном этапе

Острый стенозирующий ларинготрахеит при респираторных заболеваниях является одной из основных причин, ведущих к развитию синдрома острой дыхательной недостаточности на догоспитальном этапе. Наиболее часто ОСЛТ встречается у детей от 6 месяцев до 3 лет, что связано с их анатомо-физиологическими особенностями, способствующими быстрому развитию отёка слизистой оболочки гортани, приводя к её выраженному сужению.

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности неотложной терапии острой дыхательной недостаточности, обусловленной течением ОСЛТ, у детей раннего возраста на догоспитальном этапе.

Бригадой скорой медицинской помощи ФГУ «Поликлиника консультативно-диагностическая» УД ПРФ за период 2007-2008 г. было выполнено 55 вызовов к детям в возрасте от 1 до 3 лет, острая дыхательная недостаточность у которых была обусловлена ОСЛТ.

Для оценки динамики состояния пациентов с различной тяжестью заболевания и эффективности проводимой неотложной терапии был разработан протокол ведения детей с ОСЛТ на догоспитальном этапе, включавший проведение базовой и дополнительной терапии путём небулирования ингаляционного глюкокортикоида будесонида. В случае выраженного беспокойства ребёнка, отказе от проведения ингаляции или при необходимости введения жаропонижающих препаратов первоначально парентерально вводился преднизолон. Дина-

мическое наблюдение за состоянием пациента определяло дальнейшую тактику ведения: при купировании симптомов дыхательной недостаточности и объективном улучшении состояния ребёнка лечение заболевания проводилось в амбулаторных условиях, с активным наблюдением бригады СМП в течение 6-8 часов после первичного вызова, при сохранении симптомов дыхательной недостаточности дети были госпитализированы в стационар.

В группе детей от 1 до 3 лет ОСЛТ сопровождался дыхательной недостаточностью в 94,5% случаев, причём ОДН I в 47,2% ($n=26$), ОДН II — 40% ($n=22$), а ОДН II-III степени в 7,3% ($n=4$). Клинически это проявлялось увеличением ЧДД (в среднем $30,9 \pm 0,8$), ЧСС ($120,4 \pm 1,6$), наличием одышки в 61,8% ($n=34$) случаев с участием в акте дыхания вспомогательной мускулатуры у 32 больных (58,2%). Изменение сознания характеризовалось возбуждением. Цианоз регистрировался у 6 детей (10,9%).

Базовая терапия включала: проведение ингаляции будесонида в 78,2% ($n=43$), внутримышечное введение преднизолона в 21,8% ($n=12$) случаев, сочетаясь с жаропонижающей терапией.

Эффективность неотложной терапии оценивалась по динамическим изменениям клинических проявлений ОДН.

Уменьшились ЧДД (в среднем $27,3 \pm 0,7$, $p < 0,001$), ЧСС (в среднем $114,7 \pm 0,8$, $p < 0,001$), в среднем приближаясь к возрастной норме, снизилось число детей с проявлениями одышки

(с 61,8% до 38,2%, $p < 0,001$) и участием в акте дыхания вспомогательной мускулатуры (с 58,2% до 18,2%, $p < 0,001$). В результате после базовой терапии с полным купированием стеноза 32,7% ($n=18$) больных продолжили лечение в амбулаторных условиях, госпитализировано в стационар — 27,3% ($n=15$).

Дополнительная терапия была проведена 22 детям (40% от общего числа больных): половине пациентов ($n=11$) повторная ингаляция будесонида, и остальным — внутримышечное введение преднизолона. После терапии значительное улучшение состояния отмечено в 27,3% (у 6 из 22 детей), что позволило продолжить лечение основного заболевания на дому, а госпи-

тализация в стационар по тяжести состояния была выполнена в 72,3% (16 детям из 22) случаях.

Таким образом, ОСЛТ у детей раннего возраста в 94,5% случаев обуславливает развитие дыхательной недостаточности различной степени. Использование в неотложной терапии небулайзерного пути введения препарата будесонид позволяет обеспечить эффективное лечение обструктивной дыхательной недостаточности на догоспитальном этапе: только в 56,4% случаев имело место неполное купирование стеноза и госпитализация детей в стационар, в 43,6% лечение основного заболевания было продолжено амбулаторно.

616.24-053.2

Е.А. СПИРИДОНОВА, Л.В. ФЕКЛИСОВА, И.П. ЛОБУШКОВА

Учебно-научный центр Управления делами Президента Российской Федерации, г. Москва

Московский областной научно-исследовательский клинический институт

Поликлиника консультативно-диагностическая Управления делами Президента Российской Федерации, г. Москва

Эффективность неотложной терапии бронхообструктивного синдрома у детей раннего возраста на догоспитальном этапе

Бронхообструктивный синдром (БОС) при респираторных заболеваниях является симптомокомплексом, связанным с нарушением бронхиальной проходимости, приводящим к развитию обструктивной острой дыхательной недостаточности (ОДН) у детей.

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности неотложной терапии острой дыхательной недостаточности, обусловленной течением бронхообструктивного синдрома у детей раннего возраста на догоспитальном этапе.

Бригадой скорой медицинской помощи ФГУ «Поликлиника консультативно-диагностическая» УД ПРФ за период 2007-2008 г. было выполнено 37 вызовов к детям в возрасте от 1 до 3 лет с бронхиальной обструкцией при респираторных заболеваниях.

Для оценки динамики состояния пациентов с различной тяжестью заболевания и эффективности проводимой неотложной терапии был разработан протокол ведения детей с БОС на догоспитальном этапе, включавший проведение базовой и дополнительной терапии путём ингаляций беродуала, будесонида, лазолвана через небулайзер в возрастных дозировках.

В группе детей от 1 до 3 лет БОС сопровождался дыхательной недостаточностью в 81,1% ($n=30$) случаев: ОДН I в 54% ($n=20$), ОДН II в 18,9% ($n=7$), ОДН II-III в 8,2% ($n=3$). Клинически это проявлялось увеличением ЧДД в среднем на 40% ($34,6 \pm 1,4$), ЧСС в среднем на 15% от нормы ($123,2 \pm 2,4$), наличием одышки в 64,9% ($n=24$) с втяжением уступчи-

вых мест грудной клетки в 40,5% ($n=15$). Изменение сознания характеризовалось вялостью (51,4%), цианоз регистрировался у 29,7% ($n=11$) больных.

Базовая терапия включала ингаляцию беродуала в 64,9% ($n=24$), ингаляцию лазолвана в 5,5% ($n=2$), комбинированную ингаляцию беродуала в сочетании с будесонидом в 29,6% ($n=11$).

Эффективность оценивалась по динамическим изменениям клинических проявлений ОДН. Уменьшилась ЧДД ($29,9 \pm 1,1$, $p < 0,001$), но её средние значения превышали возрастную норму на 20%, а ЧСС на 10% ($117,9 \pm 2,3$), уменьшилось число клинических проявлений одышки (с 64,9% до 37,8%, $p < 0,002$) и участия в акте дыхания вспомогательной мускулатуры (с 40,5% до 13,5%, $p < 0,002$); количество случаев проявления цианоза уменьшилось в 2 раза и составило 16,2% ($n=6$, $p < 0,02$).

После базовой терапии бронхиальная обструкция была купирована у 40,6% ($n=15$) больных, которые продолжили лечение основного заболевания на дому. Госпитализированных детей не было.

Повторная терапия проводилась 22 детям, что составило 59,4% от общего числа больных. Она включала: внутримышечное введение преднизолона в 27,2% (6 детям из 22), ингаляцию через небулайзер раствора лазолвана в 31,8% ($n=7$), раствора будесонида в 41% ($n=9$). После повторной терапии улучшение состояния отмечено в 63,6% случаев (у 14 детей из 22), что позволило дальнейшее лечение детей также проводить