

24

### ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ДЕТЯМ С БРОНХООБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ

Варавина А.А., Акшалакова А.Д., Проценко О.С.  
КГКП « Станция скорой неотложной медицинской помощи г. Семей», Казахстан

Бронхообструктивный синдром у детей встречается достаточно часто. Не являясь самостоятельной нозологической формой бронхообструктивный синдром может, быть проявлением многих патологических состояний. Острые респираторные заболевания и бронхиальная астма являются самыми распространенными причинами развития бронхиальной обструкции у детей. Бронхообструктивный синдром у детей с ОРЗ протекает, как правило, в виде острого обструктивного бронхита и в раннем возрасте – острого бронхоолита. В то же время у больных бронхиальной астмой на фоне респираторных инфекций, часто развивается обострение бронхиальной астмы, которое сопровождается бронхиальной обструкцией.

Клинические проявления бронхообструктивного синдрома варьируют от умеренных признаков бронхообструкции с наличием удлиненного выдоха и множественных рассеянных сухих свистящих хрипов без явлений дыхательной недостаточности до достаточно выраженных приступов удушья, появления одышки и шумного дыхания с участием вспомогательной мускулатуры.

Нами проведен анализ случаев обращений в скорую помощь по заболеваниям органов дыхания у детей, осложненных бронхообструктивным синдромом за период 2011-2012 гг. В 2011 году от общего числа обращений – 16750, болезни органов дыхания составили 9799 (58,5%), из них протекающие с бронхообструктивным синдромом – 431 случай (4,4%). В 2012 году число обращений составило 17995, болезни органов дыхания 10203 случая (56,7%), из них протекающие с бронхообструктивным синдромом – 486 случаев (4,7%).

Возрастная градация выглядит следующим образом: в 2011г.– дети до года – 128 случаев (29,6%); 1-3 года – 265 случаев (61,4%); 4-7 лет – 25 случаев (5,8%); 8-14 лет -13 случаев (3%). В 2012г.– 0-1 год – 151 случай (31%); 1-3года – 292 случая (60%); 4-7 лет – 28 случаев (5,7%); 8-14 лет – 15 случаев (3%). Приведенные данные показывают, что наибольшее количество обращений с данной патологией выявлено у детей от 1 до 3 лет. Наибольшее количество обращений по данной патологии приходится на осенне-зимний период.

Применение ингаляции бета2-агонистов короткого действия (вентолин, сальбутамол) посредством спейсера или через небулайзер каждые 20 минут (3 раза в течение часа), применение системных глюкокортикостероидов, оксигенотерапии позволяет существенно улучшить состояние пациентов на догоспитальном этапе, а в ряде случаев приступ полностью купируется. На детей, оставленных дома, подается сигнальный лист в поликлинику для дальнейшего наблюдения участкового врача, что говорит о преемственности работы ССНМП и СВА.

Своевременность, объем и качество оказанной на догоспитальном этапе медицинской помощи, своевременность госпитализации часто определяют тяжесть течения заболевания и его прогноз.

Таким образом, хочется отметить, что врачами педиатрами ССНМП г. Семей проводится эффективная работа по оказанию экстренной и неотложной медицинской помощи детям с острой обструкцией дыхательных путей, критерием которой является отсутствие повторных вызовов к детям, оставленных на дому и улучшение их состояния на догоспитальном этапе.

25

### ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ ПРИ СПОНТАННОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ

Хаджибаев А.М., Рахманов Р.О., Шокиров Ф.Б.  
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценить эффективность применения видеоторакоскопии в диагностике и хирургическом лечении спонтанного пневмоторакса.

Материалы и методы. В основу работы положены результаты обследования и хирургического лечения 464 больных со спонтанным пневмотораксом (СП). Мужчин было 393 (84,7%), женщин – 71 (15,3%) в возрасте от 15 до 80 лет со средним показателем 37,4 лет. При рентгенологическом исследовании грудной клетки левосторонний пневмоторакс диагностирован у 178 (38,4%) больных, правосторонний – у 282 (60,8%) и двусторонний – у 4 (0,9%). Больные были разделены на две группы сравнения. В первую группу вошли 180 (38,8%) пациентов, у которых обследование и традиционное лечение проводили до внедрения видеоторакоскопии (ВТС). Вторую группу составили 284 (61,2%) пациента, у которых на этапе инициальной диагностики и хирургического лечения была использована ВТС.

Результаты. В I группе для ликвидации пневмоторакса выполнялись плевральные пункции у 14 (7,8%) больных, торакоцентез и дренирование плевральной полости – у 156 (86,7%), торакотомия – 10 (5,6%). Только в 5 (35,7%) случаях из 14 удалось добиться полного расправления легкого после однократной плевральной пункции. Еще в 4 (28,6%) эпизодах пункционное ведение оказалось безуспешной, что вынудило нас отказаться в дальнейшем от данной методики при лечении СП. После дренирования плевральной полости у 148 (94,8%) пациентов пневмоторакс был ликвидирован без дополнительных вмешательств. У 6 (3,8%) больных в группе первичного дренирования плевральной полости нам пришлось установить дополнительный дренаж. У 1 (0,6%) пациента после дренирования плевральной полости пневмоторакс сохранялся в связи с чем произведена видеоассистированная атипичная резекция легкого и термический плевродез.

Во II группе видеоторакоскопические лечебные вмешательства выполнены в 284 (61,2%) случаях, из них видеоассистированные вмешательства выполнены 138 (48,6%) пациентам. Кроме того, еще у 12 (7,1%) больных из 170 в связи безуспешностью плевральной пункции (4 случая) и дренирования плевральной полости (8 случаев) мы были вынуждены прибегнуть к отсроченной торакоскопии. Таким образом, торакоскопия всего выполнена 296 (63,8%) пациентам.

В 5 (3,6%) случаях видеоассистированное вмешательство выполнено на 4-е сутки после торакоскопической коагуляции множественных булл на верхушке правого легкого в связи с сохранением утечки воздуха. Кроме того, еще у 13 (4,6%) пациентов после торакоскопии (7) и видеоассистированного вмешательства (6) мы наблюдали длительное (более 4 суток) поступление воздуха по плевральному дренажу, которое самостоятельно разрешилось в последующие сутки.

С целью профилактики рецидива пневмоторакса, независимо от наличия, размеров и локализации булл, мы всегда торакоскопию старались дополнить плевродезом преимущественно верхней половины париетальной плевры. Осложнений в виде кровотечений и эмпием плевры нами не отмечены. Операции с применением ВТС оказались эффективными в 279 (98,2%) случаях, а при традиционном введении – в 168 (93,3%).

Выводы. Таким образом, ВТС является современным и высокоинформативным методом диагностики и лечения СП. Она позволяет выявить причину его развития, определить наличие, объем, локализацию поражения легкого, выраженность спаечного процесса и степень коллапса легкого. Традиционные и мининвазивные методы диа-

гностики и хирургического лечения показали себя эффективными, но видеоэндоскопические вмешательства наряду с уточнением и устранением непосредственной причины пневмоторакса одновременно решают и задачи хирургической профилактики его рецидива.

## 26

### ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ МЕМБРАННОЙ ОКСИГЕНАЦИИ В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ТЯЖЕЛОЙ ПНЕВМОНИИ У БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ

Жумадилов А.Ш.<sup>1</sup>, Пя Ю.В.<sup>2</sup>, Искакова Б.К.<sup>1</sup>,  
Альмухамедова А.Х.<sup>1</sup>, Жаркимбеков Б.К.<sup>1</sup>,  
Мусин Е.Ш.<sup>1</sup>, Аубакиров М.Е.<sup>1</sup>.

АО «АО «Республиканский научный центр  
неотложной медицинской помощи»<sup>1</sup>,  
г. Астана, Казахстан

АО «Национальный научный кардиохирургический  
центр»<sup>2</sup>, г. Астана, Казахстан

Цель исследования: оценка эффективности экстракорпоральной мембранной оксигенации (ЭКМО) при тяжелой пневмонии у беременной. Представлены результаты первого опыта применения ЭКМО у беременной К., 28 лет. с внебольничной двусторонней субтотальной пневмонией тяжелого течения, осложнившейся респираторным дистресс-синдромом (РДС), острой дыхательной недостаточностью 3 степени. Из анамнеза заболевания известно, что женщина заболела остро после переохлаждения на фоне 3-й по счету беременности. Начало заболевания сгектической лихорадки до +39°C, общего недомогания, головных болей, першения в горле, сухого кашля. В последующем в связи с ухудшением состояния, появлением желтушного синдрома на 5-е сутки от момента развития заболевания беременная госпитализирована в областной перинатальный центр г. Кызылорды. 25 апреля 2013г. в связи с прогрессирующим ухудшением состояния, нарастанием тахипноэ, гипоксемии больная переведена на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ) и дальнейшее ведение пациентки проводилось при консультативной помощи профильных специалистов АО «РНЦНМП» по линии телемедицины. На 01.05.13 – состояние пациентки крайне тяжелое вследствие нарастания гипоксемии (SvO<sub>2</sub>-72%), в связи с чем больной продолжена респираторная поддержка в режиме ViPAP с P<sub>insp</sub>-31mbar, PEEP-20mbar, FiO<sub>2</sub> – 100%, VT 236 ml. На 13-е сутки заболевания в связи с критическим состоянием больной по жизненным показаниям была начата процедура вено-венозной ЭКМО и беременная в