

Таким образом, простота и неинвазивность бронхофонографического исследования легких, проведение обследования при спокойном дыхании ребенка, позволяет применять данную методику у детей с первых дней жизни.

## **БРОНХОФОНОГРАФИЯ КАК ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ МЕТОД В ДИАГНОСТИКЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ**

*Голобородько К.А., Царькова С.А.  
ГБУЗ «Областная клиническая больница №1»  
ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет»  
Минздрава России, г. Екатеринбург*

**Актуальность.** Высокая заболеваемость и смертность детей первого года жизни от бронхо-легочной патологии привлекает внимание педиатров во всем мире. Несмотря на развитие современной медицинской науки, разработке научных программ основанных на принципах доказательной медицины вопросы ранней диагностики внебольничной пневмонии (ВП) у детей, особенно на первом году жизни, остаются весьма актуальными. Золотым стандартом диагностики ВП несомненно является рентгенография органов грудной клетки с характерными рентгенографическими признаками. Как известно, здоровые дети первого года жизни редко болеют ВП. Одним из факторов риска развития ВП в этом возрасте является сопутствующая патология. В частности патология бронхо-легочной системы, во многом определяющая течение основного заболевания и прогноз. В этих случаях бронхофонография (БФГ) может оказать помощь в диагностике сопутствующей легочной патологии. БФГ – неинвазивный метод, позволяющий оценить функцию внешнего дыхания у детей с рождения. Ввиду наглядности и информативности метода, простоты выполнения и интерпретации, возможности мониторинга дыхательных шумов, не

выявляемых при аускультации, использование БФГ при ВП может иметь важное значение для корректировки лечебных мероприятий.

**Цель исследования.** Установить особенности бронхофонографической картины ВП у детей первого года жизни.

**Материалы и методы.** Проведено проспективное сравнительное исследование на базе отделения раннего возраста ГБУЗ ОДКБ №1 и МБУ ДГКБ №11. В исследование включено 60 детей, средний возраст детей составил  $5,6 \pm 0,5$  мес. Критериями включения послужили возраст детей до года, сроки госпитализации не более 3-х суток от начала болезни. Все пациенты разделены на 4 группы. В 1-ю группу вошли дети с ВП ( $n=15$ ), диагноз ВП поставлен на основании клинических симптомов и данных рентгенологического исследования органов грудной клетки. 2-ю группу составили дети с бронхообструктивным синдромом (БОС) ( $n=15$ ), 3-я группа включала детей с сочетанием ВП и БОС ( $n=15$ ), в 4-й группе (контрольной) находились дети без респираторной патологии (инфекция мочевыводящих путей) ( $n=15$ ).

**Результаты.** При изучении показателей акустической работы дыхания (АКРД) в высокочастотном диапазоне в сравниваемых группах установлено, что у детей с ВП значение АКРД было в 2,5 раза выше по сравнению с детьми с БОС ( $2,51 \pm 0,52$  и  $0,6 \pm 0,3$  кГц соответственно) ( $p < 0,05$ ). Показатель АКРД у детей с сочетанием ВП и БОС в 4,5 раза превышал соответствующее значение в контрольной группе ( $4,47 \pm 0,06$  и  $0,26 \pm 0,001$  кГц соответственно) ( $p < 0,05$ ). У детей с БОС показатель АКРД в высокочастотном спектре незначительно отличался от контрольной группы ( $0,59 \pm 0,3$  и  $0,26 \pm 0,001$  кГц) ( $p > 0,05$ ).

Анализ преморбидного фона показал, что 53% ( $n=16$ ) детей 1-й и 3-й групп в анамнезе имели различную степень недоношенности в сочетании с бронхолегочной дисплазией, в связи, с чем им проводилась ИВЛ и респираторная поддержка. При сравнении параметров АКРД в высокочастотном спектре у недоношенных и доношенных детей с ВП ( $n=30$ )

установлено, что показатель высокочастотного паттерна дыхания у недоношенных пациентов в 4,5 раза превышал таковой у доношенных детей ( $4,32 \pm 0,05$  и  $0,44 \pm 0,08$  кГц соответственно) ( $p < 0,05$ ). В то время как достоверных различий изучаемых значений АКРД у доношенных детей с ВП по сравнению с контрольной группы установлено не было ( $0,44 \pm 0,08$  и  $0,26 \pm 0,001$  кГц соответственно) ( $p > 0,05$ ). Изучение показателей АКРД в высокочастотном спектре у недоношенных детей с ВП по сравнению с группой пациентов с сочетанием ВП и БОС ( $n=30$ ) не выявил достоверных различий между показателями АКРД ( $4,32 \pm 0,05$  и  $4,40 \pm 0,09$  кГц соответственно) ( $p > 0,05$ ).

**Выводы.** Особенности бронхофонографической картины ВП у детей первого года жизни обусловлены наличием в анамнезе недоношенности. В высокочастотном диапазоне показатель АКРД у недоношенных детей с ВП в 4,5 раза выше, чем у доношенных пациентов и не зависит от наличия БОС. Полученные результаты позволяют рекомендовать использование бронхолитических препаратов у недоношенных детей первого года жизни в схемах лечения ВП.

#### **IV. НЕОТЛОЖНАЯ КАРДИОЛОГИЯ**

##### **ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ОРИГИНАЛЬНОГО ОТЕЧЕСТВЕННОГО ТРОМБОЛИТИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА ФОРТЕЛИЗИН® НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОКС С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST В СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

*Вышков Е.В.<sup>1</sup>, Марков В.А.<sup>1</sup>, Маркин С.С.<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup>НИИ Кардиологии СО РАМН, г. Томск; <sup>2</sup>ООО «СупраГен», г. Москва*

В настоящее время инфаркт миокарда продолжает оставаться одной из наиболее важных проблем отечественного здравоохранения.