

4. Ливанов Г.А., Михальчук М.А., Калмансон М.Л. Острая почечная недостаточность при клинических состояниях. // - Санкт – Петербург.: Издательский дом СПбМАПО, 2005. – 199 с.

5. Методика стабилизации крови в экстракорпоральном контуре при проведении гемодиализа. / А.В.Назаров, С.А. Мозгунов, Н.В. Дружинин //Вестник Уральской государственной медицинской академиию – Екатеринбург, - №3, 1995. – 52 – 59.

6. Медицинская токсикология. Национальное руководство / под. ред. академика РАМН, проф. Е.А. Лужникова. – М. : Из-во «Гэотар – Медиа», 2012. – 923 с.

7. Хоффман Р. Экстренная медицинская помощь при отравлениях. пер. с англ. /Л. Нельсон, м.-Э. Хауланд и др/ - М.: Практика, 2010. – 1439 с.

8. Goldfrank L.R. Goldfrank's toxicologic emergencies 5th.Ed. [Text] / Ed. By L. R. Goldfrank – NY, 2007. – 1589p.

УДК 616.24:614.88 (517.17)

**Корчёмкина Л.В., Хусаинова Д.Ф., Соколова Л.А.
БРОНХООБСТРУКТИВНЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ НА
ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

Кафедра скорой медицинской помощи
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

**L.V. Korchemkina, D.F. Khusainova, L.A. Sokolova
BRONCHOOBSTRUCTIVE SYNDROME IN CHILDREN ON
PREHOSPITAL STAGE**

Department of emergency medicine
Ural state medical University
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: husainovad@mail.ru

Аннотация. В статье изучен бронхообструктивный синдром у детей на догоспитальном этапе в зависимости от нозологии, возраста, причины вызова бригады скорой медицинской помощи, оказание неотложной помощи и тактическим действиям бригады скорой помощи. Оказание помощи детям с данной патологией занимает одно из ведущих мест на догоспитальном этапе.

Annotation. In the article, broncho-obstructive syndrome in children in the prehospital phase, depending on the nosology, age, reasons for calling the ambulance crews, first aid and tactical actions of the ambulance crews. Assisting the children with this pathology occupies one of leading places in the prehospital phase.

Ключевые слова: бронхообструктивный синдром, бронхиальная астма, бронхит, педиатрия, скорая медицинская помощь.

Keywords: broncho-obstructive syndrome, asthma, bronchitis, pediatrics, acute care.

Заболевания органов дыхания являются наиболее распространенной группой болезней среди детского населения и занимают первое место в структуре общей заболеваемости детей [3]. Значение данной патологии неуклонно возрастает, что связано с увеличением числа часто болеющих детей, повышением выживаемости новорожденных с тяжелыми поражениями дыхательных путей, увеличением числа детей с атонической конституцией, воздействием неблагоприятных экологических факторов [2]. Статистических данных о частоте встречаемости бронхообструктивного синдрома у детей при пульмонологической патологии нет [2]. Однако известно, что остаточно высока встречаемость бронхообструкции у детей до 3 лет – до 50% и особенно среди проживающих в экологически неблагоприятных регионах [1].

Цель исследования - провести анализ встречаемости бронхообструктивного синдрома на этапе СМП за 2015 год на основании статистических данных МБУ Станции скорой медицинской помощи (СМП) им. Ф.В.Капиноса г. Екатеринбурга.

Материалы и методы исследования

Проанализирована встречаемость бронхообструктивного синдрома на догоспитальном этапе по данным электронной базы МБУ ССМП г.Екатеринбурга детей в возрасте до 3 лет и от 3 до 14 лет, которым в течение последнего года был выставлен диагноз - острый бронхит и бронхиальная астма (бронхообструктивный синдром на догоспитальном этапе). Соотношение мальчиков и девочек - 1229/756 (62/38 %).

Результаты исследования и их обсуждение

За 2015 год бригадами СМП обслужено 2522 ребенка с диагнозом острый бронхит, бронхообструктивный синдром. Из них, дети до 3-х лет составили 1985 чел. (79%), после 3-х лет - 537 чел. (21 %) С диагнозом бронхиальная астма - 149 детей (90%), из них 14 чел. - до 3-х летнего возраста, старше 3-х лет - 135 чел.(10 %)

Поводом для вызова бригады СМП являлось дыхательная недостаточность в 68% и температура в 32 % случаев.

Из всех детей с диагнозом обструктивный бронхит госпитализированы 1755 чел., с бронхиальной астмой 91 чел. На детей, оставленных на дому, вызывается актив участкового педиатра для дальнейшего наблюдения, что говорит о преимуществах работы ССМП и амбулаторно-поликлинической службы.

При объективном осмотре дети с бронхообструктивным синдромом находились в основном в состоянии средней тяжести (93 %), остальные 7 % были в удовлетворительном, тяжелом и крайне тяжелом состояниях.

Показатели термометрии были следующие: фебрильная лихорадка у 73 % детей, субфебрильная лихорадка у 17 %, пиретическая у 7 %, гиперпиретическая у 3 % детей. Показатели частоты дыхания и сердечных сокращений менялись в зависимости от тяжести состояния ребенка. Сатурация уменьшается по мере возрастания дыхательной недостаточности.

Для купирования бронхообструктивного синдрома на этапе скорой медицинской помощи были использованы следующие препараты. Беродуал - во флаконах-капельницах по 20 мл (1 мл = 20 капель); в коробке 1 флакон (Фенотерол + Ипратропия бромид). Пульмикорт-активный ингредиент: Будесонид 0,25 мг или 0,5 мг, Преднизолон -30 мг/мл в ампулах, Дексаметазон -4 мг/мл, Эуфиллин – 2,5 % амп. 5 мл, Оксигенотерапия (согласно стандарту по оказанию специализированной скорой медицинской помощи, РФ, 2012г) .

В зависимости от тяжести состояния, вышеперечисленные препараты, для достижения лучшего эффекта при оказании помощи комбинировали. Например, в 70 % случаях через небулайзер применялась комбинация пульмикорта с беродуалом, при неэффективности - в 17% случаях внутривенно использовали Дексаметазон, в 3 % случаях - внутривенно капельно эуфиллин.

Так как симптоматика обструктивного бронхита и бронхиальной астмы у детей раннего возраста имеет однотипную картину, на этапе СМП врачи выставляют диагноз острый обструктивный бронхит. Вследствие чего, показатели детей с диагнозом острый бронхит выше, чем с бронхиальной астмой. Зачастую поводом к вызову бригады СМП является не купируемый бронхообструктивный синдром, вследствие присоединения инфекции.

Выводы:

1. Основным поводом к вызову бригады СМП при бронхообструктивном синдроме является одышка у ребенка (62% случая) и температура -38 % случаев.

2. Большинство детей госпитализируются с острым бронхитом в 89 % случаев, с бронхиальной астмой - 61% случаев.

3. Изучение особенностей бронхообструктивного синдрома у детей и эффективности оказания неотложной помощи повысят качество обслуживания пациентов на догоспитальном этапе.

Литература:

1. Ваисов Ф.Д. Клиническая и фармако-экономическая эффективность небулайзерной терапии при острой обструкции дыхательных путей у детей на этапе скорой медицинской помощи / Ф.Д. Ваисов // Автореферат Дис. по медицине (14.00.09), 2005. – 23с.

2. Варавина А.А. Оказание скорой и неотложной помощи на догоспитальном этапе детям с бронхообструктивным синдромом / А.А.Варавина, А.Д.Акшалакова, О.С.Проценко // Клиническая медицина Казахстана, 2013. – 2 (28). – с.22.

З. Сорока Ю.А. Бронхообструктивный синдром в педиатрической практике / Ю.А. Сорока // Здоровье ребенка. – Донецк, 2006. - №2.- с.20.

УДК 612.216.3

А.О. Крицкая, Н.А. Панишев, Ф.Н. Брезгин
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СОВРЕМЕННОЙ
НАРКОЗНО-ДЫХАТЕЛЬНОЙ АППАРАТУРЫ В РУТИННОЙ
ПРАКТИКЕ ВРАЧА АНЕСТЕЗИОЛОГА

Кафедра анестезиологии и реаниматологии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

A.O. Kritskaya, N.A. Panishev, F.N.Brezgin
EFFECTIVE USE OF MODERN ANESTHESIA AND RESPIRATORY
EQUIPMENT ROUTINELY ANESTHETIST

Department of anesthesiology and reanimatology
Ural State Medical University
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: panishev_nik@mail.ru

Аннотация. В статье рассмотрены результаты анкетирования врачей-анестезиологов-реаниматологов города Екатеринбурга об использовании искусственной вентиляции легких во время проведения общей анестезии, используемая аппаратура, режимы вентиляции.

Annotation. The article take up survey results of doctors – anesthetists of Yekaterinburg about artificial lung ventilation using during general anesthesia, used equipment, modes of ventilation.

Ключевые слова: искусственная вентиляция легких; анестезиолог; режимы вентиляции.

Keywords: artificial lung ventilation; anesthetists; modes of ventilation.

Искусственную вентиляцию легких (ИВЛ) применяют ежедневно у многих тысяч больных во время оперативных вмешательств. Для большинства анестезиологов и реаниматологов ИВЛ — рутинная процедура. Однако кажущаяся некоторым врачам простота и «привычность» ИВЛ не гарантируют от ошибок и связанных с ними осложнений. Различным проблемам теории и практики ИВЛ посвящено огромное число исследований. Это свидетельствует о том, что далеко не все вопросы разрешены.

За последние 10 лет произошли значительные изменения во многих концепциях и подходах к респираторной поддержке. Отечественные