

УДК 616-008.6

ОСТРАЯ ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Л.В. ФАТЕЕВА*

В городе Туле служба скорой и неотложной медицинской помощи представлена больницей СМП им. Ваныкина, отделениями муниципальной больницы №1, станцией скорой и неотложной медицинской помощи, отделившейся от БСМП им. Ваныкина в 1999 году и ставшей самостоятельным лечебно-профилактическим учреждением. МУЗ «СС и НМП» г. Тулы оказывает скорую и неотложную медицинскую помощь населению города (554500 человек), в том числе детскому (79 000 человек) и отдельных населенных пунктов, прилегающего к городу Ленинского района. Управление станцией находится в подчинении городского комитета по здравоохранению и медицинскому страхованию Департамента здравоохранения администрации Тульской области.

Одним из самых частых поводов к вызову является затрудненное дыхание у ребенка, т.к. острая дыхательная недостаточность (ОДН) сопровождает многие заболевания у детей. В процессе дыхания выделяют три основных этапа: вентиляция легких; кровоток; клеточное дыхание. Нарушение функций и систем жизнеобеспечения на каждом из этих этапов сопровождается клиническими симптомами дыхательной недостаточности. Чаще всего она возникает при нарушении проходимости дыхательных путей: стенозирующие ларинготрахеиты (вирусной и бактериальной этиологии); бронхообструктивные состояния (бронхиты, бронхиолиты, бронхиальная астма); аллергический отек; инородные тела; аспирация содержимого желудка и др. При морфологических изменениях легочной паренхимы: пневмонии различной этиологии; отек легкого; гипоплазия легких; коллагенозы; экссудативный плеврит; пневмоторакс; интерстициальный фиброз и др. (табл. 1). При нарушении центральной регуляции дыхания: инфекция ЦНС; травмах ЦНС; передозировки седативных (наркотических препаратов). При нарушении кровообращения в малом круге: застойная сердечная недостаточность; избыток вводимой жидкости.

Таблица 1

Распределение вызовов с ОДН по этиологическому фактору

Острые стенозирующие ларинготрахеиты	182	37%
Бронхообструктивный синдром	168	34%
Пневмонии	60	12%
ОДН при судорожном синдроме	15	5%
Инородные тела дыхательных путей	15	3%
Прочие	54	11%

Самая частая причина ОДН у детей – стенозирующие ларинготрахеиты и обструктивные бронхиты. Для этих заболеваний характерна сезонность. Этот период осень-зима-весна (сырая погода, повышенная заболеваемость ОРВИ). Значительный рост респираторно-вирусных заболеваний осложненных ОДН наблюдается во время эпидемий. В последние годы характерна тенденция увеличения числа больных обструктивными бронхитом и бронхиальной астмой. Это связано с экологически неблагоприятной обстановкой в городе и области, расширением спектра употребления различных химических веществ (пищевые продукты с добавлением красителей, консервантов, бытовая химия).

Заметно прослеживается зависимость частоты возникновения ОДН от возврата: в большинстве случаев это ранний возраст – до 3-х лет, что объясняется анатомо-физиологическими особенностями дыхательных путей детского организма (табл. 2). В по-

* БСМП им. Ваныкина, г. Тула

давляющем большинстве случаев вызова к детям с острым ларинготрахеитом – это ночные вызова, что можно объяснить преобладающим влиянием *n. vagus* в ночное время, усиливающим отек и секрецию слизистой дыхательных путей. Довольно часто на вызовах ОДН возникала при судорожном синдроме различной этиологии, передозировки наркотических средств (героин); в единичных случаях наблюдала ОДН у детей при отравлении угарным газом, врожденными пороками сердца. Неотложные мероприятия на госпитальном этапе при ОДН: восстановление и поддержание свободной проходимости дыхательных путей (воздуховоды, отсасывание патологического секрета из дыхательных путей, интубация трахеи); проведение оксигенотерапии ИВЛ; медикаментозная терапия для устранения ОДН. Практически все больные или пострадавшие с ОДН подлежат госпитализации после оказания им необходимой помощи, направленной на снижение выраженности ОДН. Исключения возможны для больных с I степенью ОДН, находящихся дома, если проведенное лечение стабилизировало общее состояние, а основное заболевание, приведшее к развитию ОДН, не требует стационарного лечения.

Таблица 2

Распределение вызовов с ОДН по возрасту

0-3 года	3-5 лет	5-7 лет	7-14 лет
272	124	74	24
55	25	15	5

Пример. Новорожденный ребенок был найден фельдшером линейной бригады на полу террасы частного дома (в марте месяце) по звуку, похожему на скрип половиц. Беременность была не желательная. Женщина не наблюдалась в женской консультации и хотела скрыть роды на дому, но пришлось вызвать КСП по поводу маточного кровотечения. Роженица подлежала срочной госпитализации, и бригаду детской реанимации вызвали на встречу в пути. Ребенок был передан без признаков жизни.

В салоне при осмотре: новорожденный ребенок, правильного телосложения, без признаков недоношенности и телесных повреждений. Общий выраженный цианоз кожи и слизистых, холодный на ощупь. Пуповина длиной до 10 см пергаментного цвета, без отделяемого. Дыхательные движения отсутствуют. Сердцебиения нет. При включенном на полную мощность обогревателя салона начаты реанимационные мероприятия: пальцевая очистка тампоном полости рта, отсасывание слизи из глотки отсосом; интубация трахеи; под язык 0,2 мл 0,1% раствора адреналина, 0,2 мл 0,1% раствора атропина; вены пуповины не функционировали. Искусственная вентиляция легких ручным способом с помощью АДР; непрямой массаж сердца. Через 4 минуты появилось самостоятельное сердцебиение, резкие самостоятельные вдохи. Поверхностными движениями проведен массаж конечностей. Цианоз уменьшился, появилась розовая окраска кожи. Под язык введено 15 мл преднизолона. Транспортировка с искусственной вентиляцией легких и обогревом. Госпитализован.