



психическое развитие, осуществление и разработка мероприятий, направленных на их улучшение;

– изучение эпидемиологии неинфекционных заболеваний, причин возникновения и закономерностей развития некоторых болезней, носящих распространенный характер и зависящих как от определенных природных факторов, так и от социальных условий;

– медико-социальное изучение молодежи с применением психофизиологических и социально-психологических методов исследования;

– формирование клинко-экспертного диагноза с последующей индивидуальной оценкой степени годности к военной службе и рационального предназначения по видам

Вооруженных Сил, родам войск и военным специальностям;

– систематический ретроспективный анализ состояния здоровья и физического развития юношей, качества и эффективности диспансеризации, разработка и осуществление мероприятий по ее совершенствованию;

– реализация результатов системного анализа через межведомственные координационные советы при республиканских, областных, городских и районных административных органах. Планирование соответствующими территориальными органами исполнительной власти финансирования намеченных мероприятий по улучшению экологических и социальных условий жизни подростков.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014
УДК [616.24-002-06:616.24-092]-08

Крайнюков П.Е. (*krainukov68@gmail.ru*)¹, **Попов А.В.** (*a_popovw@rambler.ru*)¹, **Курмансеитов М.М.** (*kurmansmarat@gmail.com*)¹, **Серговец А.А.** (*sergo-aleksandr@yandex.ru*)¹, **Ефремова А.А.** (*doctor-bormental@mail.ru*)¹, **Исаева Л.В.** (*isaev_luida22@mail.ru*)², **Арсеньев Л.В.** (*Arsenty_leonid22@mail.ru*)² – Опыт успешного лечения пациента с внебольничной пневмонией тяжелого течения, осложненной острым респираторным дистресс-синдромом, в условиях военного госпиталя.

¹1602 ВКГ, г. Ростов-на-Дону; ²Филиал № 12 1602 ВКГ, г. Знаменск, Ростовская область

Krainyukov P.E., Popov A.V., Kurmanseitov M.M., Sergoventsev A.A., Efremova A.A., Isaeva L.V., Arsentev L.V. – Experience of successful treatment of patient with severe community-acquired pneumonia accompanied by acute respiratory distress syndrome in conditions of military hospital. Authors showed that distress syndrome mortality even having treatment and diagnostic equipment is about 45%. Authors gave data about the treatment of patient with severe community-acquired pneumonia accompanied by acute respiratory distress syndrome.

Key words: acute respiratory distress syndrome, pathomorphological picture, sepsis, severe multisegmental pneumonia, shock, polytrauma.

Под термином *острый респираторный дистресс-синдром* (ОРДС) в настоящее время понимают форму дыхательной недостаточности, которая развивается как неспецифическая реакция легких на различные повреждающие факторы, характеризуется определенной клинической, функциональной, рентгенологической и патоморфологической картиной. Причиной развития ОРДС может быть целый ряд патологических состояний (сепсис, тяжелые полисегментарные пневмонии, шоковое состояние, политравма, закрытая травма грудной клетки и пр.), которые в конечном итоге реализуются в различных патофизиологических проявлениях. Смертность при данной патологии даже при наличии лечебной и диагностической аппаратуры высокого класса и следовании современным протоколам лечения достигает 45%.

Приводим клинический случай. Военнослужащий по призыву О., 22 лет, поступил в Филиал № 12 1602 ВКГ (г. Знаменск)

14.12.2011 г. в 00:30 с диагнозом направления: «Правосторонняя пневмония». Со слов больного, заболел вечером 12.12.2011г. – появились недомогание, озноб, чувство жара. За медицинской помощью обратился 13.12.2011 г. около 16 ч. Выявлены повышение температуры до 37,0 °С, ринит, установлен диагноз: «Острая респираторная инфекция», пациент помещен в лазарет медпункта. К вечеру того же дня появился сухой кашель, к 24:00 кашель стал частым, болезненным, появились одышка, рвота, боли за грудиной, кровохарканье. Санитарным автомобилем больной был срочно доставлен в госпиталь.

В приемном отделении сохранялись жалобы на одышку, кашель с мокротой с прожилками крови, тошноту. Температура тела 37,9 °С. Сознание ясное. Положение вынужденное – сидя, с фиксацией плечевого пояса. Диффузный цианоз кожных покровов. Тахипноэ до 34 в минуту. Над легкими перкуторно справа в средних отделах укорочение, в ниж-



них — притупление легочного звука. Дыхание справа в верхних отделах бронхиальное, бронхофония, в нижних — резко ослабленное, обильные рассеянные мелкопузырчатые хрипы, слева — жесткое, крепитация в средних отделах. $\text{SaO}_2=90\%$ на фоне ингаляции кислорода потоком 5 л/мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС и пульс 110 в минуту. АД 90/60 мм рт. ст. На рентгенограмме грудной клетки выявлено субтотальное затемнение в обоих легких за счет умеренно интенсивной справа и среднеинтенсивной неоднородной инфильтрации слева, закрывающей оба корня легких и купол диафрагмы с синусами с двух сторон (см. рентгенограмму). В общем клиническом анализе крови лейкоцитоз составил $16,8 \times 10^9/\text{л}$, количество палочкоядерных нейтрофилов — 17%.

Пациент госпитализирован в отделение анестезиологии-реанимации с диагнозом: «Внебольничная двусторонняя пневмония во 2–10-м сегментах справа, 4–5-м сегментах слева, тяжелое течение. Дыхательная недостаточность II степени».

Назначена антибактериальная (цефотаксим 3 г/сут внутривенно, азитромицин 500 мг/сут внутривенно), противовирусная (осельтамивир), инфузионная терапия, антикоагулянтная профилактика, муколитики, гастроэнтеропротекция, кислородотерапия.

К 07:45 отмечено ухудшение состояния: кашель с мокротой пенящего характера, тахипноэ до 40 в минуту, снижение SaO_2 до 86–88% на фоне ингаляции кислорода потоком 5 л/мин, участие вспомогательных мышц в акте дыхания, тахикардия до 130 уд./мин, что потребовало перевода пациента на ИВЛ с параметрами вентиляции: $V=600$ мл, $f=12$ в минуту, ПДКВ 5 см вод. ст., $\text{FiO}_2 100\%$. На этом фоне сатурация на уровне 82–84%. Начата инотропная поддержка дофамином со скоростью 7 мкг/

кг/мин, на этом фоне АД — на уровне 105–110/75–70 мм рт. ст., ЧСС — 115 уд./мин.

При санационной бронхоскопии в просвете и на стенках трахеи визуализировано значительное количество пенистой прозрачной мокроты, в просвете бронхиального дерева — незначительное количество слизистого содержимого.

Отмечена отрицательная рентгенологическая динамика в виде увеличения площади и интенсивности инфильтрации легочной ткани.

Таким образом, состояние больного осложнилось развитием острого респираторного дистресс-синдрома, инфекционно-токсического шока 2-й стадии. Тяжесть повреждения легких оценена по классификации Muga и составила 7 баллов (без учета индекса оксигенации).

Учитывая отрицательную динамику состояния больного, проведена замена антибактериальной терапии (мероном 3 г/сут внутривенно, левофлоксацин 1 г/сут внутривенно). Проводилось энтеральное питание через назогастральный зонд.

В 22:00 14.12.2011 г. из филиала № 1 1602 ОВКГ (г. Волгоград) доставлен аппарат ИВЛ Puritan Benett 840, начата ИВЛ в режиме РС с параметрами: РС=25 см H_2O , РЕЕР=10 см H_2O , $F=14$, $\text{FiO}_2=70\%$. На этом фоне сатурация на уровне 90%. Через 3 сут ИВЛ в режиме с контролем по давлению наметилась отчетливая положительная динамика.

На 6-е сутки пациент признан транспортабельным и переведен для дальнейшего лечения в 1602 ОВКГ (г. Ростов-на-Дону), откуда и выписан по выздоровлению на 25-е сутки от дня госпитализации.

Все успехи лечения ОРДС за последние годы неразрывно связаны, прежде всего, с достижениями в области механической вентиляции легких и вентиляционных аппаратных технологий. Краеугольным камнем в комплексе мероприятий интенсивной терапии при данной патологии считается поддержание газообмена и снижение гипоксемии, что невозможно без адекватной ИВЛ. Грамотная ИВЛ способна создать условия для улучшения оксигенации артериальной крови, позволяет выиграть время для восстановления репаративных процессов в самой легочной ткани и способствует лечению основной легочной патологии.

Приведенный нами клинический случай показывает, что своевременная адекватная ИВЛ в комплексе с адекватной антибактериальной, противовирусной терапией, а также возможный маневр силами и средствами в современной организационно-штатной структуре медицинского обеспечения в условиях гарнизонного госпиталя позволяют достигнуть стабилизации состояния пациента для транспортировки на следующий этап медицинской эвакуации.



Рентгенограмма пациента при поступлении в Филиал № 12 1602 ВКГ (г. Знаменск)