

УДК 616.24—008.46—036.882—08—031.31:611.231

Л.А. Лещинский, А.А. Черенков, Б.Л. Мультановский, Н.Г. Обухов (Ижевск).
Клиническое наблюдение высокой эффективности транстрахеальных реанимационных методов у больного с тяжелой дыхательной недостаточностью

Искусственная вентиляция легких (ИВЛ) — один из наиболее важных методов протезирования основной жизненной функции организма. В настоящее время в практике анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии все шире применяется высокочастотная ИВЛ. В ряде работ описано ее использование через катетер, введенный непосредственно в трахею через крикотиреоидную мембрану (микротрахеостомия — МТ). В нашей клинике также имеется некоторый опыт применения МТ (93 случая) в комплексной терапии острой дыхательной недостаточности. Она используется как для высокочастотной ИВЛ, инсuffляции увлажненного O_2 так и для интратрахеального введения лекарственных препаратов.

В описанном ниже наблюдении применение именно высокочастотной ИВЛ через МТ обеспечило, на наш взгляд, удачный исход тяжелого состояния.

А., 65 лет, находился на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии с 24.11.1993 г. по 06.01.1994 г.

Диагноз при поступлении: хронический обструктивный бронхит в стадии обострения, ДН 2–3 ст. Атеросклеротический кардиосклероз Н-2.

Диагноз при выписке: хронический обструктивный бронхит, обострение. Эмфизема легких 3 ст. Диффузный пневмосклероз. ДН 3 ст. Хроническое легочное сердце. ЛСН-2Б-3 ст. Гипоксическая энцефалопатия.

Больной был переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии в 18 часов 10 минут 24.11.1993 г. Состояние при поступлении крайне тяжелое. Больной без сознания, слабо реагирует на манипуляции. Выражен цианоз кожных покровов. Дыхание спонтанное, аритмичное. Аускультативно: дыхание жесткое, ослаблено с обеих сторон; множество сухих и влажных хрипов. ЧДД — 44 в 1 мин. Тоны сердца глухие, аритмичные; АД — 90/60 мм Hg, ЧСС — 128—144 в 1 мин. Живот мягкий, умеренно вздут. Диурез отсутствует. На рентгенограмме от 24.11.1993 г. имеет место диффузная мелкоочаговая диссеминация в легких на фоне нарушения гемодинамики и интерстициального отека. Напряжение O_2/SO_2 — 43–44 объемных %!

Немедленно начата интенсивная терапия, включавшая инфузию коллоидных растворов, полиризующей смеси, гипохлорита натрия, внутривенно болюсно большие дозы кортикостероидов, микродозы допамина, добутрекса, сердечных гликозидов (через дозатор). Сразу же начата инсuffляция увлажненного O_2 через носовый катетер.

На фоне терапии удалось несколько стабилизировать показатели гемодинамики, однако

ЧДД оставалась на уровне от 40 до 42 в 1 мин, а SO_2 — 46—47 об%.

В связи с неэффективностью инсuffляции произведена пункция трахеи с введением стандартного катетера ($d = 1,4$ мм). Начата вспомогательная высокочастотная вентиляция аппаратом ИВЛ-002 (г. Минск) с частотой от 2 до 2,5 Гц. К 20 часам SO_2 достигла 86—88%, к 24 часам — 92—94 об%, ЧДД — соответственно 34 и 28 в 1 мин. Гемодинамика стабилизировалась в пределах АД от 130/80 до 150/90 мм Hg, ЧСС — 88—96 в 1 мин.

В последующие дни проводилась интенсивная терапия, включавшая периодическую вспомогательную высокочастотную вентиляцию через МТ, интратрахеальное введение бактериостатиков, гипохлорита Na, муколитиков, лечение гипоксической энцефалопатии.

К 09.12.1993 г. состояние больного стабилизировалось. Больной в сознании, адекватен, активен, ходит. Кожные покровы физиологической окраски, сохраняется небольшой акроцианоз. Дыхание самостоятельное, ритмичное. Аускультативно: дыхание жесткое, единичные сухие хрипы с обеих сторон. ЧДД — 25—27 в 1 мин. Тоны сердца приглушенные, ритмичные; АД — от 120/80 до 140/90 мм Hg, ЧСС — 72—80 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме, SO_2 — 94—95 об% без кислородной поддержки.

В отделении терапии, куда больной был переведен, в комплексе с традиционным лечением использовались и интратрахеальные методы. Катетер удален из трахеи 21.12.1993 г. Рентгенограмма от 05.01.1994 г. показала хронический бронхит; гемодинамика в легких значительно улучшилась. 05.01.1994 г. больной был выписан домой в удовлетворительном состоянии.

Как видим, применение традиционного комплекса интенсивной терапии в данном случае оказалось малоэффективным. Использование у больных с дыхательной недостаточностью подобного генеза (вследствие тотального пневмосклероза и обструкции бронхиол) традиционной объемной ИВЛ может привести к баротравме лишенных сурфактанта альвеол и усугубить бронхиальную обструкцию. Описанное наблюдение свидетельствует об эффективности транс- и интратрахеальной терапии. Не являясь альтернативой традиционным методам лечения острой дыхательной недостаточности, транстрахеальные методы эффективно их дополняют.

УДК 616.24—003.829.1

Р.В. Юнусов, С.Б. Петров, Н.Р. Госманов, С.З. Габитов (Казань). **Случай идиопатического гемосидероза легких**

Диссеминированные процессы в легких являются собирательным понятием — под ними подразумеваются самые разнообразные клинические формы и синдромы. Именно этим обусловлена сложность дифференциальной диагностики, от которой зависят своевременная рациональная тактика лечения и терапевтический прогноз.