

## ПРОВЕДЕНИЕ НЕИНВАЗИВНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ ПАЦИЕНТУ С ДВУХСТОРОННЕЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ.

**Курмансеитов М. М., Аксенфельд Д. И., Ширенко А. Л., Ланин И. Н., Аксенфельд Э. Ю., Ширенко О. Е.**

ФГКУ «1602 ВКГ» МО РФ. Ростов-на-Дону.

Проблема внебольничных пневмоний остается актуальной во всем мире, не составляет исключение и Россия. По данным статистики, сохраняется значительная летальность от этого заболевания (1–2%), а в последнее десятилетие отмечается даже некоторая тенденция к ее росту. Одним из контингентов, наиболее подверженных респираторным инфекциям, в т. ч. внебольничным пневмониям, являются военнослужащие. Эпидемические вспышки ВП в закрытых воинских коллективах иногда принимают значительные масштабы, и общая заболеваемость колеблется от 250 ‰ до 350 ‰ (по данным М. Н. Лебедевой, О. В. Гаврилова «Пульмонология» №3 2005г), в ЮВО заболеваемость внебольничными пневмониями сохраняется на уровне 35-45‰.

В текущем году в ФГКУ «1602 ВКГ» МО РФ увеличилось количество пациентов с внебольничной пневмонией тяжелого течения, пролеченных в отделении реанимации интенсивной терапии. В основном пациенты размещались в ОРИТ в связи с дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточностью. За первый квартал 2014 года госпитализация в отделение ОРИТ пациентов с внебольничной пневмонией увеличилось в полтора раза по сравнению с аналогичным периодом прошлого года, увеличился также средний койко день. В настоящее время отделения реанимации и интенсивной терапии ФГКУ «1602 ВКГ» МО РФ оснащены аппаратами ИВЛ премиум-класса, позволяющим проводить респираторную терапию с применением всех режимов. В данной работе мы хотим поделиться опытом проведения неинвазивной вентиляции легких пациенту с тяжелой двусторонней внебольничной пневмонией.

Пациент Д. рядовой 1994 года рождения поступил в ОРИТ на 9 коек из приемного отделения (перевод из военного госпиталя г.Новочеркасск) 22.01.2014г в 13<sup>15</sup>.

Анамнез заболевания: Считает себя больным с 10.01.2014 года, когда появились жалобы на редкий сухой кашель, боль в грудной клетке слева при кашле, недомогание, повышение температуры тела. Лечился в госпитале г. Новочеркасск с диагнозом: внебольничная левосторонняя (S3,4,5) пневмония, тяжелого течения. Получал антибактериальную, инфузионную терапию, отхаркивающие средства, противовоспалительную терапию. 21.01.14 года состояние пациента ухудшилось, выросла температура тела, появилась одышка, выросли симптомы интоксикации. 22.01.14 пациент переведен в ФГКУ «1602 ВКГ» МО РФ, зачислен за пульмонологическим отделением, размещен в ОРИТ 9 коек.

При обследовании пациента выявлена двухсторонняя полисегментарная пневмония, левосторонний плеврит.

Пациент продолжил лечение в условиях ОРИТ, продолжена антибактериальная, противовоспалительная, инфузионная терапия. 25.01.14 у пациента выросла дыхательная недостаточность: увеличилась одышка в покое до 30 в минуту, при дыхании кислородом с потоком 6 литров в минуту. В анализах газов крови рН-7,43; рСО<sub>2</sub>-30,6 мм рт. Ст.; рО<sub>2</sub>-50,5 мм рт. ст.; ВЕ -2,4mmol/l; SaO<sub>2</sub> -87,2%. Было принято решение о переводе пациента на неинвазивную вентиляцию легких аппаратом HAMILTON – G5. В режиме ВІРАР с параметрами FiO<sub>2</sub>-100%, PS-10 см вод. ст., РЕЕР-5 см вод. ст. f-10 в минуту, способ подключения к аппарату – рото – носовая маска. На этом фоне дыхательный объем составлял 350-450 мл, минутная вентиляция легких – 4,5л/мин. Через три часа от начала неинвазивной вентиляции легких одышка уменьшилась до 20-22 в минуту, в анализах газов крови рН-7,35; рСО<sub>2</sub>-42,1 мм рт. ст.; рО<sub>2</sub>-79,6 мм рт. ст.; ВЕ –(-)2,4mmol/l; SaO<sub>2</sub> -95,3%. После стабилизации состояния пациента была выполнена компьютерная томография органов грудной клетки на которой было выявлено тотальное поражение левого легкого, а также поражение 7 и 8 сегментов правого легкого. Несмотря на большой объем поражения легочной ткани неинвазивная вентиляция легких с помощью носо-ротовой маски была продолжена. Параметры проведения неинвазивной масочной вентиляции легких в течении шести дней представлены в таблице. Во время проведения респираторной терапии с применением неинвазивной масочной вентиляции легких пациент не испытывал неудобств связанных с проведением ВВЛ, быстро освоился с лицевой маской, научился регулировать степень прижатия маски к лицу, в конце первых суток от начала НВЛ начал принимать пищу естественными путем. Неудобств по поводу проведения респираторной поддержки не испытывал.

Таблица 1

Сутки 1 2 3 4 5 6 7

Режим

вентиляции

ВІРАР ВІРАР ВІРАР ВІРАР ВІРАР ВІРАР/

самосто

ятельное

самостоят

ельное

PS (см вод.

ст)

10 15 12 10 8 8 нет

РЕЕР(см

вод. ст)

5 7 5 5 3 3 нет

f (общ) 22 24 24 22 20 20 20

Vt (мл) 450 350 400 450 450 500 450

FiO<sub>2</sub> (%) 100 85 80 60 45 35 30

рСО<sub>2</sub> (мм.

Hg)

42,1 30,4 36.3 41,1 42,1 40,1 35,3

рО<sub>2</sub>(мм.

Hg)

79,6 78,5 80.7 95,1 98.2 106 88,4

SaO<sub>2</sub>(%) 95 93 96 96 96 98 96

На седьмые сутки пациент был отключен от аппарата ИВЛ, продолжал получать кислородотерапию (поток кислорода 2-3литра/мин), выполнял дыхательную гимнастику. Из отделения реанимации интенсивной терапии переведен на одиннадцатые сутки после стабилизации состояния, выполнения контрольной компьютерной томографии.

Исход лечения данного больного в отделении пульмонологии: выраженный пневмо-плеврофиброз левого легкого с карнификацией легкого. Больной освидетельствован ВВК, предоставлен отпуск по болезни. По окончании отпуска по болезни планируется хирургическое лечение больного.

Выводы.

- Неинвазивная вентиляция легких является эффективным методом проведения респираторной терапии.
- Проведение неинвазивной вентиляции является достаточно комфортным для пациента и персонала методом ИВЛ, не требующим седации пациента.
- Проведение неинвазивной вентиляции легких может быть показано пациентам с тяжелым течением внебольничной пневмонии с наличием дыхательной недостаточности на начальном этапе респираторной терапии, при отсутствии показаний к интубации трахеи и проведения ИВЛ в заведомо «жестких» режимах