

УДК 616-089-053.31

ОПТИМИЗАЦИЯ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

А.И. Заднепровская

КГКП «Детская областная клиническая больница», г. Павлодар

Summary

OPTIMIZATION OF THE NEONATAL INTENSIVE CARE OF CHILDREN WITH SURGICAL PATHOLOGY

Thus, the factors that contributed to improve health outcomes for children with developmental disabilities were: optimization and a new approach to intensive care and neonatal intensive care unit with surgical pathology, adequate organization of neonatal surgical care, team cohesion, improving intensive care for newborns; the use of modern drugs (curosurf, tahocomb, refortan, immunomodulators (Roncoleukin) and the latest generation of antibiotics, improved logistics department and surgical services and the further upgrading of equipment (incubators, heated tables, ventilator, nebulizer, perfusion pumps, suture materials); skills development in the leading centers of surgery and neonatal resuscitation.

Тұжырым

ХИРУРГИЯЛЫҚ ПАТОЛОГИЯСЫ БАР ЖАҢА ТУҒАН НӘРЕСТЕЛЕРДІҢ ЖЕДЕЛ ТЕРАПИЯСЫН ЖЕТІЛДІРУ

Сонымен, тәу пайда болған ақаулары бар балаларды емдеу нәтижелерін жақсартуға көмектескен келесі факторлар: хирургиялық патологиясы бар нәрестелердің реанимациясы мен қарқынды терапиясын жақсарту және жетілдіру, неонатальды хирургиялық көмекті адекватты ұйымдастыру, ұжым жұмысындағы мұдарағаттылық, нәрестелерге реанимациялық көмекті жақсарту, қазіргі замандағы дәрі-дәрмектерді қолдану (квросурф, тахокомб, рефортан, иммуномодуляторлар (ронколейкин) және ақырғы қатардағы антибиотиктерді бөлімнің және хирургиялық көмекті материалды-техникалық базасын жетілдіру, құрал-жабдықтарды модернизациялау (инкубаторлар, жылумен үстел, ЖӨЖ аппаратары, небулайзерлер, перфузионды насостар, тігу материалдары); алдыңғы қатарлы хирургия және нәрестелер реанимациясы орталықтарында мамандардың санатын жоғарлату.

По литературным данным в структуре хирургической патологии новорожденных ведущее место (до 65%) занимают врожденные пороки развития (ВГР), причем среди детей с пороками развития, требующими неотложного хирургического лечения, около 30% имеют множественные аномалии. Несмотря на прогресс в хирургии и интенсивной терапии новорожденных, результаты лечения младенцев с врожденными пороками, такими как диафрагмальная грыжа, гастрошизис и атрезия пищевода, не всегда утешительны. Летальность в группе детей (по данным России) с атрезией пищевода составляет -15-20%, при диафрагмальной грыже -40-80%, а при гастрошизисе -21-80%. Новорожденные с хирургической патологией относятся к группе повышенного риска, так как часто имеет место сочетание различных пороков развития, поэтому для повышения выживаемости этой группы больных важную роль, помимо хирургической коррекции и уделяют грамотной интенсивной терапии.

В отделении реанимации и интенсивной терапии Областной детской больницы г. Павлодара проводится лечение новорожденных с различными хирургическими патологиями: атрезия пищевода с трахеопищеводным свищем, атрезия 12-перстной кишки, атрезии прямой кишки и ануса, высокая кишечная непроходимость, удвоение тонкого кишечника с заворотом и некрозом кишечника, мекониальный илеус, эмбриональная грыжа пупочного канатика, диафрагмальная грыжа; гастрошизис, перфорация желудка с разлитым перитонитом; язвенно-некротический энтероколит с перфорацией кишечника; подкапсульный разрыв печени с геморагическим шоком; крестцово-копчиковая тератоматомой больших размеров, эпифизарный остеомиелит новорожденного и др.

Результаты многолетней работы отделения реанимации позволили разработать алгоритмы обследования и лечения. Практически по основным нозологическим формам мы представляем общие тенденции в лечении новорожденных детей с хирургическими заболеваниями. Основными критериями предоперационной подго-

товки являются: стабилизация центральной и периферической гемодинамики и получения диуреза до 1мл/кг/час; обеспечения адекватной вентиляции и газообмена, нормализация уровня гемоглобина и гематокрита.

Для выявления сопутствующей патологии в предоперационном периоде проводилась: клиническая, лабораторная, инструментальные методы исследования; ЭКГ, ультразвуковые методы, рентген, эндоскопия.

Т.е. чем стабильнее показатели гемостаза, тем ниже степень риска, и меньше вероятность проявления нарушений и негативных изменений в после операционном периоде. При поступлении в ОРИТ общим для всех детей с пороками развития были изменения кислотно-основного состояния полицилемия и снижения диуреза.

Важным фактором в интенсивной терапии новорожденных с хирургической патологией является соблюдение адекватного температурного режима, как в палате интенсивной терапии, так и в операционной - температура в операционной была в пределах 28 – 30⁰С.

В связи с имеющимися выраженными изменениями гемостаза в период адаптации и с целью снижения операционно-анестезиологического риска, подготовка проводилась не менее 24 часа. Всем детям выполнялась стандартная премедикация за 20-30 минут до операции, которая выполнялась с использованием комбинированной анестезии с ингаляцией Севофлюрана и внутривенным введением наркотических анальгетиков- промедол, фентанил. ИВЛ осуществлялась с контролем по объему CMV (синхронизированная управляемая механическая вентиляция). Инфузионная терапия проводилась из расчета от 15 до 30 мл/кг/час. В качестве основных инфузионных сред использовались 7,5%-10% растворы глюкозы и рефортан.

В исключительных случаях использовались СЗП и эритроцитарной массой. Поддержание адекватного органного кровотока и сердечного выброса достигалось путем постоянной инфузии дофамина в дозе до 5 мкг/кг/мин. Инфузионная терапия проводилась с учетом

физиологических потребностей в жидкости и в зависимости от показателей гемодинамики (степени сердечно-сосудистой недостаточности), почечной дисфункции, степени метаболических нарушений, анемии. Основной инфузионной средой являлись растворы глюкозы с концентрацией 12,5%, препараты ГЭК - рефортан.

Антибактериальная терапия проводилась в предоперационном периоде, раннее назначение карбопенемов и цефалоспоринов IV поколения, существенно снизило частоту и тяжесть послеоперационных осложнений. Искусственная вентиляция легких занимает отдельное место в интенсивной терапии новорожденных, некоторые больные требовали применения ИВЛ с момента рождения, в предоперационном и в послеоперационном периоде. В отделении применялась продленная ИВЛ с увлажнением и подогревом дыхательной смеси, с постепенным переходом к экстубации через триггерный режим и СРАР, с жесткими параметрами ИВЛ у больных с высоким внутрибрюшным давлением до 30 см. вод. ст. В послеоперационном периоде интенсивная терапия включала в себя адекватное обезболивание (титрование фентанила от 5-10 мкг/кг/час от 2 до 5 суток в зависимости от патологии в сочетании с продленной ИВЛ), респираторную поддержку с акцентом на оптимизацию параметров вентиляции для раннего ухода от ИВЛ, коррекцию анемии, диспротеинемии, КЩС. Нутритивная поддержка Обеспечение питательными и энергетическими ингредиентами проводилось уже через сутки после операции с применением частичного парентерального питания с использованием аминокислот (аминоплазмаль), жировые эмульсии (липофундин). Энтеральное питание начинали после нормализации перистальтики кишечника, ликвидации застойных явлений в желудке, появлением отделяемого по стулу или стула. В нашей больнице для повышения эффективности лечения аспирационной пневмонии, в комплексную терапию было включено применение экзогенного сурфактанта. В качестве экзогенного сурфактанта использовали препарат свиного сурфактанта "КУРОСУРФ", который максимально содержит активное поверхностное вещество, стимулирует выработку эндогенного сурфактанта, обладает бактериостатическим эффектом, что делает возможным его использование при тяжелой пневмонии. С применением «Куросурфа» удавалось значительно уменьшить подаваемую концентрацию кислорода, снизить параметры ИВЛ (PIР, РЕЕР), быстро купировать симптомы дыхательной недостаточ-

ности, что облегчало ранний перевод больного на самостоятельное дыхание.

Применение экзогенного сурфактанта в комплексном лечении новорожденных с атрезией пищевода и аспирационной пневмонией является высокоэффективным способом лечения тяжелой дыхательной недостаточности, которая позволяет ускорить сроки разрешения воспалительного процесса, сократить время проведения ИВЛ и пребывания больного в отделении реанимации. В пери- и послеоперационном периоде как элемент контроля за эффективностью интенсивной терапии проводился мониторинг: гемодинамики; газов крови, КЩС; электролитов; глюкозы крови.

Послеоперационная летальность с 2001 года снизилась с 83,3 % до 18,2 %, коэффициент выживаемости снизился до 16,7 % в 2001 г. до 81,8 %.

Вывод:

Факторами, способствовавшими улучшению результатов лечения детей с пороками развития, явились: оптимизация и новый подход к интенсивной терапии, и реанимации новорожденных с хирургической патологией, адекватная организация неонатальной хирургической помощи; преемственность в работе коллектива; совершенствование реанимационной помощи новорожденным; применение современных препаратов (куросурф, тахокомб, рефортан, иммуно-модуляторов (ронколейкин) и антибиотиков последнего поколения; улучшение материально-технической базы отделения и хирургической службы и дальнейшая модернизация оборудования (инкубаторы, столы с подогревом, аппараты ИВЛ, небулайзеры, перфузионные насосы, шовный материал); повышение квалификации специалистов в ведущих центрах хирургии и реанимации новорожденных.

Литература:

1. Гомелла Т. Неонатология - 1998г.
2. Шабалов Н.П. Справочник терапии в неонатологии-2000г
3. Фомичев М. Респираторная поддержка в неонатологии - 2002г
4. Шабалов Н. Иванов С. Боль и обезболивание в неонатологии. Интенсивная терапия в неонатологии. - 2003г.
5. Белобородов В. Антимикробная терапия тяжелых инфекций в стационаре-2003г.
6. Горелик К.Д. Энтеральное и парантеральное питание в неонатологии. - 2005г.

УДК 616.728.2+615.477.22

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

О.В. Дыриев

НИИ травматологии и ортопедии, г.Астана

Summary

Application of the technique of kinesitherapy with passive mechanic on the unit Artromot early after arthroplasty in 54 patients with fractures and pseudarthrosis of the femoral neck allowed us to obtain 36.3% of patients excellent, in 52.8% good and 7.5% - satisfactory functional results.

Тазобедренный сустав – важнейший сустав для опоры и передвижения человека. Формирование деформирующего артроза тазобедренного сустава влечет за собой ухудшение функционирования опорно-

двигательного аппарата. В последние годы одним из наиболее эффективных и перспективных методов хирургического лечения данной патологии является эндопротезирование тазобедренного сустава. При нерацио-