

В. Л. Пикулик, Е. А. Вечера*
ТЕЧЕНИЕ ПОСТРЕАНИМАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ
Научный руководитель: ассист. А. А. Шматова
Кафедра анестезиологии и реаниматологии
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Резюме. В данной работе рассмотрено течение постренимационной болезни у детей до 5 лет. На основе проведенного ретроспективного анализа историй болезней и осмотров пациентов были проанализированы причины смертности детей в возрасте до 5 лет, стадии постренимационной болезни, ее лечение и выживаемость детей при данной патологии.

Ключевые слова: постренимационная болезнь, детская смертность.

Resume. In this scientific work, the course of postresuscitative disease in children under 5 years of age. Based on the retrospective analysis of the case histories, examinations of patients, the following data were analysed: causes of death of children under 5 years, stages of postresuscitative disease and its intensive therapy, child survival in this pathology.

Keywords: postresuscitative disease, child mortality.

Актуальность. Показатели детской смертности до 5 лет - характеризуют не только состояние здоровья детского населения, но и уровень социально-экономического благополучия общества в целом. В структуре детской смертности РБ на 1 месте - травмы, на 2 -заболевания дыхательной системы, далее - ВПР и др. причины. Показатель детской смертности до 5 лет в РБ на 2017 г.-3.7 %. Ведущими причинами в РБ, приводящими к клинической смерти, являются: травмы, заболевания дыхательной системы, врожденные пороки развития.

Постренимационная болезнь (ПРБ далее) - состояние, развивающееся после успешных реанимационных мероприятий, проведенных по поводу наступления клинической смерти. 1 стадия ПРБ (по Неговскому), длительностью первых 6-8 часов, характеризуется нестабильностью основных функций организма, в ходе которой развиваются такие осложнения, как: ДВС-синдром, РД-синдром, глубокие нарушения сознания (сопор, кома). На 2 стадии ПРБ, продолжающейся 8-24 часа после реанимационных мероприятий, происходит относительная стабилизация функций организма и улучшение общего состояния больных. На этой стадии сохраняется выраженное нарушение периферического кровообращения, регионарного кровотока, метаболических показателей. 3 стадия, конец 1-х-2-е сутки, характеризуется повторным ухудшением состояния больных по динамике клинических и лабораторных данных. При проведении адекватного лечения поражение почек, легких и печени носят обратимый характер. 4 стадия (3-4 сутки) может протекать по двум путям: период стабилизации и последующего улучшения ф-й организма с выздоровлением без осложнения; период продолжающегося ухудшения состояния больных, нарастание СПОН и ССВО.

Цель: проанализировать причины детской смертности в Республике Беларусь, течение постренимационной болезни, ее лечение.

Задачи:

1. Проанализировать причины клинической смерти у детей и эффективность проведенных реанимационных мероприятий по данным историй болезни.

2. Изучить течение ПРБ у детей.

3. Оценить ближайшие и отдаленные последствия ПРБ и их влияние на качество жизни.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 10 детей, поступивших в ОАиР №1,2 УЗ «ГДИКБ» г. Минска в период с 01.16 г. по 03.18 г., проведены осмотры детей, поступивших планово и находящихся на лечении в ОАиР №1,2 УЗ «ГДИКБ» г. Минска. Результаты обработаны в ППП Statistica 13.3.

Результаты и их обсуждение. Общее количество пациентов $n=10$, из которых 5 девочек и 5 мальчиков. Средний возраст $=2.5 \pm 2,1$ года. Причинами клинической смерти стали: пневмония $n=3$, др. причины $n=7$. В среднем дети до наступления клинической смерти провели в стационаре $2,3 \pm 2$ койко-дня (для $n=9$ детей, $n=1$ ребенок был реанимирован бригадой СМП). Типы остановки кровообращения: асистолия $n=8$, фибрилляция желудочков $n=2$. Фибрилляция желудочков развилась у детей с нарушением сердечной проводимости на фоне миокардита. Реанимационные мероприятия проводились: в ОАиР $n=8$, в кабинете компьютерной томографии $n=1$, бригадой СМП $n=1$. В зависимости от вида остановки кровообращения, были введены адреналин, амиодарон, сульфат магния, проведены электрическая дефибрилляция, кардиоверсия. Сердечная деятельность была восстановлена у всех детей $n=10$ через $47,2 \pm 4,3$ мин. Все дети после восстановления сердечной деятельности находились в ОАиР №1,2.

Лечение ПРБ включало в себя: 1.Использование в/в (был сделан у $n=8$ детей), в/к, с последующей постановкой ЦВК (у $n=2$ детей) доступов для восстановления перфузии тканей. 2.Коррекцию нарушений дыхания и устранения гипоксии (ИВЛ аппаратом HAMILTON-G5 в режиме нормовентиляции для всех детей) 3. Коррекцию нарушений кислотно-основного состояния (для $n=10$ детей) 4. Коррекцию водно-электролитных нарушений глюкозо-солевыми растворами(для $n=7$ детей) 5. Энергетическое обеспечение путем парентерального питания(для $n=9$ детей) 6. Профилактику и коррекцию нарушений коагулирующих свойств крови(путем налаживания инфузионной терапии) 7. Профилактику и лечение "шокового легкого". 8. Профилактику и лечение ОПН, используя почечно-заместительную терапию ($n=4$ детям). 9.Проведение дезинтоксикационной терапии. 10. Профилактику и лечение воспалительных, гнойных и септических осложнений (на антибактериальной терапии находились все дети $n=10$, препаратами выбора были цефалоспорины III, IV поколений, карбопенемы).

Смерть на 1 стадии ПРБ наступила на фоне дегидратации, развития гиповолемического шока, прогрессирования СПОН у одного ребенка ($n=1$). На 2 стадии ПРБ наступила смерть у одного ребенка ($n=1$) на фоне развития онкологического процесса (опухоли средостения). На 4 стадию ПРБ перешли $n=8$ детей, из которых: $n=3$ полностью восстановились, $n=4$ развились осложнения, $n=1$ ребенок умер.

За время течения ПРБ вне зависимости от стадии развивались осложнения: 1. Изменения в ЦНС: гипотермия ($n=10$), отек ГМ ($n=10$), тетрапарез ($n=1$), тетраплегия ($n=2$) кома III ($n=1$), смерть мозга ($n=3$). 2. Изменения в эндокринной системе: несахарный диабет ($n=2$) 3. Изменения дыхательной системы: РДС ($n=10$) с переходом в ДН. 4. Изменения сердечно-сосудистой системы: ОССН($n=10$) 5.

Изменения в мочевыделительной системе: о. почечная недостаточность (n=3) 6. Изменение в пищеварительной системе: о. печеночная недостаточность (n=2). На момент исследования после успешного проведения реанимационных мероприятий живы 7 детей, у 4 исследуемых наблюдаются неврологические нарушения (постгипоскическая энцефалопатия, внутримозговое кровоизлияние, гидроцефалия, тетрапарез), 3 ребенка не имеют неврологических отклонений, полностью восстановились, растут и развиваются соответственно возрастным нормам.

Выводы:

1. Заболевания дыхательной системы - наиболее частая причина развития клинической смерти у детей в возрасте до 5 лет.

2. На момент исследования после успешного проведения реанимационных мероприятий живы 7 детей, у 4 исследуемых наблюдаются неврологические нарушения, 3 ребенка полностью восстановились, растут и развиваются соответственно возрастным нормам.

*V.L. Pikulik, E.A. Vechyora**

CHILDREN'S POSTRESUSCITATION DISEASE

Tutor: assistant A. A. Shmatowa

Department of Anesthesiology and Reanimatology

Belarusian State Medical University, Minsk

Литература

1. Евтушенко С. В., Грачев С. С., Иванькович Н. К.. Анализ эффективности реанимационных мероприятий // Медицинский журнал. — 2015. — №3. — С. 61-65.
2. Неговский, В. А., Гурвич А. М. . Постреанимационная болезнь – новая нозологическая единица. Реальность и значение // Экспериментальные, клинические и организационные проблемы реаниматологии. — 1996. — №3. — С. 3–10.
3. Прасмыцкий, О. Т., Ржеутская Р. Е. . Сердечно-легочная реанимация: учеб.-метод. пособие.. — Минск : БГМУ, 2013. — 36 с.