

Котова М.П.

ОСОБЕННОСТИ ПАТОГЕНЕЗА И КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ШОКА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Логина И.А.

2-ая кафедра детских болезней

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Шок – остро развившееся полиэтиологическое патологическое состояние, представляющее собой синдром циркуляторной дисфункции, проявляющийся нарушением перфузии тканей с вовлечением в процесс нескольких органов и систем. По мере своего развития шок сопровождается снижением артериального давления. Однако изолированное снижение данного показателя ниже нормативных значений для данного возраста и срока гестации без нарушения перфузии органов и тканей не является шоком и требует принципиально иных подходов к диагностике и лечению.

Цель: проанализировать особенности течения шока у новорожденных детей при различных патологических состояниях.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинских карт стационарных пациентов 44 новорожденных детей методом простой случайной выборки SRS (SIMPLE RANDOM SAMPLING), получавших лечение в отделении анестезиологии и реанимации для новорожденных (ОАРН) УЗ «5 ГКБ» г. Минска за период с 2015 по 2024 г.г. Всем детям проводились клинико-лабораторные и диагностические обследования для мониторинга течения шока. Одним из ключевых являлось проведение функциональной кардиографии.

Результаты и их обсуждение. В основе развития шока лежит снижение сердечного выброса (СВ) и/или снижение периферического сосудистого сопротивления. Диагностическими критериями шока, помимо определения АД, является функциональная кардиография с оценкой системного кровотока и сердечного выброса, оценкой функции миокарда, оценкой давления в легочной артерии.

Анализируя виды шока, развившегося у исследуемой выборки, нами было установлено следующее. Дистрибутивный шок был зафиксирован у 29 детей (65,9%), септический – у 11 детей (25%), кардиогенный – у 2 новорожденных (4,55%), гиповолемический – у 2 новорожденных (4,55 %). Все новорожденные изучаемой группы на момент установления у них шокового состояния находились в отделении анестезиологии и реанимации, где максимально рано была начата противошоковая терапия. Во всех случаях был осуществлен перевод ребенка на ИВЛ. Стартовой терапией было введение физиологического раствора 10-15мл/кг болюсно; затем начиналось введение допамина с быстрым наращиванием дозы. Повторная болюсная нагрузка требовалась 35 новорожденным (79,5%).

Обязательным этапом диагностики было проведение Эхо-КГ: при сниженном АД с нормальной сократительной функцией миокарда было продолжено наращивание дозы допамина; при снижении сократительной функции – кардиотоническая терапия была усилена добутамином от 5 мкг/кг/мин с наращиванием дозы на 2-5 мкг/кг/мин каждые 15 минут до 15 мкг/кг/мин. Летальность в изучаемой группе составила 15,9%.

Выводы. Исходя из данных проведенного анализа, можно сделать следующие выводы: залогом успеха лечения шока является раннее начало противошоковой терапии в стадии компенсации шока (профилактика артериальной гипотонии), а именно, введение волемиической нагрузки с последующей кардиотонической терапией; функциональная эхокардиография является обязательным методом диагностики состояния сократительной функции миокарда, что помогает в отношении необходимости усиления кардиотонической терапии.