

ры (ЭхоКГ), зертхана тексерулерінің деректері меңгерілді.

Нәтижелері және талқылауы. Өмірдің алғашқы үш айындағы балалардың жартысынан көбінің жағдайлары нашарлауының интракардиальды факторлары жүрек дамуының сәйкес кінәраттары болып табылады. Нәрестелердің кардиалдан тыс компенсаторлы механизмдері оң жақ қарыншаға түсетін жүксалмақтың артуына себепші болады. Өмірдің үшінші айында балалардағы ауыр пневмония кезіндегі компенсаторлы механизмдердің бұзушылықтары қан айналымының үлкен ортасының пайдасына қайта құрылды.

Қорытынды. Өмірдің алғашқы екі айында балалардағы ауыр пневмония кезіндегі жағдайдың нашарлауы жүрек дамуының көптеген кінәраттарының сәйкестігімен түсіндіріледі. Өмірінің үшінші айында жүректің сол жақ бөлімдеріне жүксалмақтың арту белгілері байқалады.

Негізгі сөздер: пневмония, алғашқы, өтемақы механизмі, нәресте.

SUMMARY

H.N. MUHITDINIVA¹, E.A. SATVALDIEVA², T.M. ABDUSALIEVA⁴, Z.J. DAVLETBAEVA¹, D.K. TURSUNOV¹

¹Tashkent Institute for Advanced Medical Education, Tashkent c., Uzbekistan,

²Republican Scientific Center of Emergency Medical Aid, Tashkent c., Uzbekistan,

³Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent c., Uzbekistan,

⁴City Children's Hospital No 1, Tashkent c., Uzbekistan

MECHANISMS OF COMPENSATION FOR HEMODYNAMIC DISORDERS IN SEVER PNEUMONIA IN THE FIRST THREE MONTH OF LIFE

Actuality. Insufficiency of information about children mechanisms of compensation for hemodynamic disorders in sever pneumonia in the first three month of life.

Purpose of the study. Indication mechanisms of compensation for hemodynamic disorders in sever pneumonia in the first three month of life.

Material and methods. Cardial ultrasound researchs of hemodynamic disorders in sever pneumonia in the first three month of life.

Results and discussion. Intracranial factors of worsening conditions in more than half development. Extracardial compensatory mechanisms in newborns increase the pressure on the right stomach. Compensatory mechanisms of hemodinamical disorders in sever pneumonia in children in their first 3 month of life is considerably restored to the benefit due to the large blood circle.

Conclusion. Intracranial factors of worsening conditions in more than half development. Compensatory mechanisms of hemodinamical disorders in sever pneumonia in children in their first 3 month of life is considerably restored to the benefit due to the large blood circle.

Key words: pneumonia, mechanisms of compensation, newborns.

Для ссылки: Мухитдинова Х.Н., Сатвалдиева Э.А., Абдусалиева Т.М., Давлетбаева З.Ж., Турсунов Д.К. Механизмы компенсации гемодинамических нарушений при тяжелой пневмонии в первые три месяца жизни // *Medicine (Almaty)*. - 2017. - No 4 (178). - P. 154-157

Статья поступила в редакцию 06.04.2017 г.

Статья принята в печать 10.04.2017 г.

УДК 616.24-005.7

Ф.Б. ИКЛАСОВА

Городская детская больница №2, г. Астана, Республика Казахстан

ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ДЕЛИРИЯ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

По словам Joss Thomas (2011), на сегодняшний день «открывая любой анестезиологический журнал, трудно не обнаружить статьи о нейротоксичности анестетиков». Медико-социальную значимость данной проблемы трудно переоценить. Послеоперационный делирий приводит к повышению количества осложнений и отсроченной летальности, удлинению сроков госпитализации, увеличению стоимости лечения, ухудшению качества жизни оперированных пациентов (Фёдоров С.А. и соавт., 2007; Большедворов Р.В. и соавт., 2009; Monk T.G. et al., 2008; Rasmussen L.S. et al., 2008; Peruansky M. et al., 2011).

Делирий - это обратимое, острое нарушение функции головного мозга, которое возникает на фоне болезней или

после операций, а также после отмены некоторых лекарственных препаратов.

Выделяют три подтипа делирия:

1) гипоактивный делирий, характеризующийся психомоторной замедленностью, спокойствием, отрешенностью, ослаблением реактивности и речевой продукции;

2) гиперактивный делирий, характеризующийся выраженной психомоторной активностью, беспокойством, настороженностью, быстрой возбудимостью, громкой и настойчивой речью;

3) смешанный делирий представляет собой сочетание двух подтипов делирия.

Педиатрический делирий (PD) является серьезным

Контакты: Икласова Фатима Бауржановна, анестезиолог-реаниматолог Городской детской больницы №2, г. Астана, Республика Казахстан. Тел.: + 7 701 513 34 72, e-mail: fotikiki@mail.ru

Contacts: Fatima Baurzhanovna Iklassova, Anesthesiologist-resuscitator of the City Children's Hospital No. 2, Astana c., Republic of Kazakhstan. Ph.: + 7 701 513 34 72, e-mail: fotikiki@mail.ru

заболеванием, аналогичным взрослому. Важно правильно диагностировать делирий у детей, для того, чтобы сделать возможным раннее вмешательство. У взрослых гипоактивный делирий часто упускается, данные свидетельствуют о том, что гипоактивная форма может быть еще более распространена в педиатрической популяции.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В Городской детской больнице №2 г. Астана в период с января по декабрь 2016 г. проводилось первичное наблюдательное аналитическое исследование случаев контроля.

Критерии включения: дети от 1 месяца до 3 лет после плановых колопроктологических операций, под общим наркозом. Исключались дети в анамнезе с задержкой нервно-психического развития, черепно-мозговой травмой, пациенты после нейрохирургических операций, после проведенных реанимационных мероприятий, недоношенные новорожденные.

Предоперационная оценка проводилась в течение 24 ч после поступления в стационар. Первичный функциональный статус, сопутствующая патология и прием лекарств оценивались в процессе беседы с родителями или опекунами, при необходимости изучали амбулаторную карту.

Оценка психоневрологического состояния проводилась по шкале PAED, разработанной Sikich и Lerman. В исследовании «On the utility of diagnostic instruments for pediatric delirium in critical illness: an evaluation of the Pediatric Anesthesia Emergence Delirium Scale (PAED), the Delirium Rating Scale 88 (DRS 88), and the Delirium Rating Scale-Revised R-98 (DRS-R-98)» (Intensive Care Med (2011) 37:1331–1337 DOI 10.1007/s00134-011-2244-y) провели сравнительный анализ информативности шкал для оценки делирия у детей различного возраста. Авторы сравнили шкалы PAED, DRS 88 и DRS-R-98, принимая во внимание потенциально опасный характер бреда, высокую нагрузку на ОИТ, дефицит детских психиатров и тот факт, что 75% детей в ОИТ младше 3-х лет. Шкала PAED, отвечая данным требованиям, оказалась наиболее подходящей для оценки наличия делирия.

Шкала состоит из пяти пунктов, которые оцениваются по 5-балльной системе, начиная от "крайне" до "не за что". 10 баллов и выше, указывает на наличие делирия. Оценка проводилась дежурным медицинским персоналом каждые 6 часов, оценивался зрительный контакт ребенка, осознанность движений, осознания своего окружения, беспокойство и безутешность. Каждый из пяти компонентов оценивался от 0 до 4, общая оценка представляла собой сумму оценок пяти компонентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

С января по декабрь 2016 г. были обследованы 54 ребенка в возрасте от 3 месяцев до 2 лет 7 месяцев. У 9 (16,6%) был выявлен диагноз: делирий. Средний возраст детей в группе с педиатрическим делирием 12,33 месяца (стандартное отклонение = 7,57, ДИ= 5,69) по сравнению с 11,44 месяцами (стандартное отклонение = 2,73, ДИ=0,8) в группе без педиатрического делирия. В двух группах

для оценки тяжести использовались показатели индекса физиологической стабильности (PSI) и риск летального исхода в педиатрии (PRISM II). Средний балл в PSI группе с делирием 8,8 (стандартное отклонение = 16,7) и 3,6 (стандартное отклонение = 5,6) у пациентов без делирия. PRISM II в группе с делирием составила 8,8 (стандартное отклонение = 19,2) и 3,6 (стандартное отклонение = 5,8) у пациентов без делирия. Средняя длительность пребывания в группе с делирием была 7,4 дня (стандартное отклонение = 4,9) по сравнению с 3,9 дней (стандартное отклонение = 3,3) в группах без делирия.

ВЫВОДЫ

Данное исследование показало, что частота распространенности послеоперационного делирия в детской популяции составила 16,6%. Несмотря на достижения в патофизиологии, фармакологии, нейробиологии, проблемы предупреждения, диагностики и лечения послеоперационного делирия остаются актуальными. Результаты научных исследований свидетельствуют о том, что послеоперационный делирий связан с увеличением длительности госпитализации, ростом госпитальных расходов, повышением заболеваемости и смертности. Современные методы профилактики и лечения делирия имеют ограниченную доказательную базу. Основным направлением профилактики послеоперационного делирия являются попытки модификации факторов риска его развития. Необходимы дальнейшие исследования с целью разработки правильных и научно обоснованных методов профилактики и терапии послеоперационного делирия.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

- 1 Nathalie JJ, Janssen F, Eva YL. Tan On the utility of diagnostic instruments for pediatric delirium in critical illness: an evaluation of the Pediatric Anesthesia Emergence Delirium Scale, the Delirium Rating Scale 88, and the Delirium Rating Scale-Revised R-98. *On Intensive Care Med.* 2011;37:1331-7 DOI 10.1007/s00134-011-2244-y
- 2 American Psychiatric Association (2000) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edn. American Psychiatric Association, Washington,
- 3 Smith HA, Fuchs DC, Pandharipande PP, Barr FE, Ely E.W. Delirium: an emerging frontier in the management of critically ill children. *Crit Care Clin.* 2009;25:593-614
- 4 Leentjens AF, van der Mast RC. Delirium in elderly people: an update. *Curr Opin Psychiatr.* 2005;18:325-30
- 5 Milbrandt EB, Deppen S, Harrison PL, Shintani AK, Speroff T, Stiles RA, Truman B, Bernard GR, Dittus RS, Ely EW. Costs associated with delirium in mechanically ventilated patients. *Crit Care Med.* 2004;32:955-62
- 6 Nightingale S, Holmes J, Mason J, House A. Psychiatric illness and mortality after hip fracture. *Lancet.* 2001;357:1264-5
- 7 Schieveld JN, Leentjens AF. Delirium in severely ill young children in the pediatric intensive care unit (PICU). *J Am Acad Child Psychiatry.* 2005;44:392-4