

Д.А. Шкурупій

## СУЧАСНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ КРИТИЧНИХ СТАНІВ У НОВОНАРОДЖЕНИХ

*Курс анестезіології та реаніматології*

*ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)*

**Вступ.** На сучасному етапі розвитку медичної науки слід констатувати зміни в перебігу класичних процесів умирання, оскільки етапи танатогенезу безпосередньо зазнали впливу впровадження новітніх підходів до лікування пацієнтів у критичних станах [1]. Розвиток медичної науки, що полягає в удосконаленні медичної техніки, апаратури, фармакологічної терапії, впровадженні принципів доказової медицини та протокольного лікування, був спрямований на пролонгацію життя агонуючого хворого і безперечно збільшив шанси пацієнта відділення інтенсивної терапії на вживання. Однак, намагання врятувати такого хворого за будь-якої умови призвело до формування своєрідної новітньої патології, яка у науковій літературі має назву «хвороба інтенсивної терапії» чи «хронічний критичний стан»[2].

Клінічним еквівалентом цього процесу є розвиток синдрому поліорганної недостатності (СПОН), який має своєрідний патогенетичний механізм і не є банальним комплексом різних органних дисфункцій [3].

Прояви даного синдрому найбільш виражені у новонароджених дітей, що пояснюється низькою функціональною здібністю їх органів та систем і високоефективними медичними технологіями протезування цих функцій. Окрім того, розвиток СПОН у новонароджених має своєрідний характер через анатоμο-фізіологічні особливості. Тобто, дослідження процесів діагностики, перебігу, профілактики та інтенсивної терапії СПОН у новонароджених є одним з актуальних питань медицини критичних станів [4, 5].

**Мета дослідження:** визначення особливостей формування СПОН у новонароджених у критичних станах

**Матеріали та методи:** для досягнення сформульованої мети було проведено ретроспективне дослідження 60 медичних карт стаціонарного хворого і історій розвитку новонародженого пацієнтів відділень інтенсивної терапії Полтавської дитячої міської клінічної лікарні і Полтавського міського клінічного пологового будинку. Новонароджені знаходились на лікуванні у вказаних лікувальних закладах в період з 2001 по 2005 роки.

Наявність СПОН діагностували за таблицею критеріїв поліорганної недостатності [6]. Для верифікації синдрому використовували наявність ураження двох і більше органів чи систем. Визначення прогностично значимих критеріїв СПОН проводилось методом А.

Вальда на основі формули Байєса з обчисленням діагностичних коефіцієнтів після вирахування ступеня інформативності (i) за формулою Кульбака [7].

**Результати та обговорення.** Отримані дані свідчать про те, що розвиток СПОН мав місце у 55% (33 дитини), а у 24 оперованих новонароджених цей синдром розвився в 100% випадків. При цьому, якщо серед соматичних хворих на 1-2 добу ознаки СПОД були наявні лише у 40% випадків, то у дітей хірургічного профілю - 91,6% випадків.

Найбільш імовірно розвиток СПОН можна очікувати у новонароджених, які народились від 5-ої і більше вагітностей, з малим гестаційним віком і низькою масою тіла при народженні. В той же час, кількість і шлях пологів, перенесені під час вагітності захворювання не є достовірними факторами ризику розвитку СПОН у новонароджених.

Не має статистичного значення і низька оцінка за шкалою Апгар. Цей факт підтверджує думку інших науковців про те, що дана шкала не може слугувати оціночним фактором для визначення подальшого перебігу неонатального періоду і прогнозу розвитку захворювання [14].

Прогностично несприятливими факторами, що свідчать про загрозу розвитку СПОН є також показники лабораторних досліджень і клінічного моніторингу, а саме – низький рівень гемоглобіну, гіпонатріємія, гіпокаліємія, гіпопротеїнемія, креатинінемія, уремія та олігурія.

Потреба в ШВЛ і симпатоміметичній терапії свідчать про функціональну недостатність дихальної функції легень і системи гемодинаміки відповідно, а отже, в разі приєднання порушень з боку інших органів і систем дозволяє констатувати СПОН.

**Висновки.** Таким чином, проведенні дослідження дозволяють констатувати, що:

1. Частота розвитку СПОН у новонароджених в середньому складає 55%;
2. Новонароджені з вродженою хірургічною патологією є найбільш загрозливою групою патентів по розвитку СПОН;
3. Розвиток СПОН з високою імовірністю можна очікувати у новонароджених, які народились від 5-ої і більше вагітностей, з малим гестаційним віком і низькою масою тіла при народженні;
4. Прогностично несприятливими факторами, що свідчать про загрозу розвитку СПОН у новонароджених є низький рівень гемоглобіну, гіпонатріємія, гіпокаліємія, гіпопротеїнемія, креатинінемія, уремія та олігурія, потреба в проведенні ШВЛ і симпатоміметичній підтримці гемодинаміки.

**Література:**

1. Ває А.Е. Multiple organ failure – introduction // Word Journal of Surgery.-1996.-Vol.20, №4.-Р. 385.

2. Кижаяева Е.С., Закс И.О. Полиорганная недостаточность в интенсивной терапии // Вестник интенсивной терапии.-2004.-№1.- С. 14-18.
3. Онищенко Н.А., Сускова В.С., Цыпин А.Б., Мармешаов А.М., Ермакова Л.П. Полиорганная недостаточность как проявление иммунной дисрегуляции репаративных процессов в органах при критических состояниях // Анестезиология и реаниматология.-2001.-№3.-С. 54-58.
4. Володин М.В., Дегтярева Ф.С., Симбирцев Ф.С. и др. Роль про- и протитвовоспалительных цитокинов в иммунной адаптации новорожденных // International Journal on Immunorehabilitation.-2000.-Vol.2, N1.-P.175-185.
5. Tantalean J.A., Leon R.J., Santos A.A., Sanchez E. Multiple organ dysfunction in children // Pediatric Critical Care Medicine.-2003.-Vol.2, № 4.- P. 181-185.
6. Таблиця критеріїв поліорганної недостатності. Свідцтво про реєстрацію авторського права на твір № 15669 від 15.02.2006 / Д.А. Шкурупій.
7. Гублер Е.В., Генкин А.А. Применение непараметрических критериев статистики в медико-биологических исследованиях. - Л.: Наука, 1973. - 141 с.