

Набиев З.Н., Эгамбердиев М.М.
**СОСТОЯНИЕ ГИПОКОАГУЛИРУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ
ПРИ ТЕРМИНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЯХ**

*Государственное учреждение Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии,
г. Душанбе, Республика Таджикистан*

Цель исследования. Изучение влияния легких на гемокоагуляционные свойства крови у детей при терминальных состояниях.

Материал и методы. С 2010 по 2012 гг. поступил 51 ребенок в терминальном состоянии с признаками острой дыхательной недостаточности (ОДН) и нарушением сознания различной степени выраженности в возрасте от 1 года 5 лет. Причинами терминального состояния были травма и сепсис. Больные были распределены на три группы. В зависимости от влияния легких на коагуляционные свойства крови в 1 группу вошли 18 (35,3%) больных, у которых активированное время рекальцификации (АВР) плазмы после прохождения через легкие удлинняется, т.е. легкие гипокоагулируют кровь, проходящую через них. Со стороны АВР отмечается достоверная разница (на 12,5%) в сторону удлинения в оттекающей от легких артериальной крови (ОАК) по сравнению с СВК, снижение фибринолитической активности крови на 6%, при недостоверном повышении толенрантности к гепарину на 3,6%, т.е. отмечаются гемостатического потенциала крови после прохождения через легкие.

Во II группу вошли 16 (31,4%) больных, у которых АВР не меняется, как и другие показатели коагулограммы СВК и ОАК. Выявлена разница результатов: по АВР на 3,4%, свободному гепарину на 1,6%, фибринолитической активности крови на 0,9% в сторону уменьшения ОАК, чем СВК уровень фибриногена увеличился на 2%.

В III группу вошли 17 (33,3%) больных, у которых АВР после прохождения легочного кровообращения укорачивается на 15,7%, уровень фибриногена, свободного гепарина и фибринолитической активности крови уменьшались соответственно на 4,6%, 6,3%, 2,4% в ОАК, чем в СВК, т.е. отмечается повышение общего гемостатического потенциала крови, за счет укорочения АВР, при недостоверных изменениях других показателей коагулограммы, после прохождения легочного сегмента кровообращения.

Таким образом, у детей в терминальном состоянии нарушение гипокоагулирующей функции легких на регуляции гемостаза проходит постадийно, в первой стадии нарушения компенсированные (ОАК гипокоагулируется), соответственно она компенсированная.

Вторая стадия характеризуется как субкомпенсированная (гемостатический потенциал СВК и ОАК достоверно не различаются). Третья стадия декомпенсированная (ОАК гиперкоагулируется).

З.Н.Набиев, Р.А.Рахматова, Ш.С.Хукматова.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИОКСИДАНТОВ В ТЕРАПИИ ТЯЖЕЛЫХ ИНФЕКЦИЙ

*Государственное учреждение Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии,
г. Душанбе, Республика Таджикистан*

Актуальность. Антиоксиданты (АО) в клинической практике использовались еще до внедрения концепции свободнорадикальной биологии в медицину. В 80-е годы проблема роли СРО липидов в патогенезе заболеваний и применения АО в качестве лекарственных средств заинтересовала представителей почти всех клинических дисциплин. Общей чертой работ такого рода являлось применение природного (чаще всего а-токоферола) или синтетического АО (дибунол, дилудин) порой в произвольных дозах с произвольной продолжительностью, без учета природы и локализации патологии. В большинстве случаев не учитывалось сопутствующее поступление соединений прооксидантного действия (лекарства-окислители, ядохимикаты и др.).

Цель. Определить характер изменений системы антиоксидантной защиты и обосновать применение антиоксидантов в комплексной интенсивной терапии для улучшения результатов лечения больных сепсисом.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 136 новорожденных и детей раннего возраста с различными стадиями сепсиса, осложнившего течение острых воспалительных заболеваний органов брюшной полости, кожи и мягких тканей, мочеполовой системы и внебольничной пневмонии. Больные находились на лечении в отделении анестезиологии и интенсивной терапии Национального Медицинского Центра РТ в период с 2006 г. по 2010 г. Критериями включения в исследование служили: клинико-лабораторные признаки синдрома системной воспалительной реакции и проявлений органной дисфункции

У всех 136 пациентов имелся гнойно-воспалительный очаг той или иной локализации. Предоперационная подготовка пациентов с тяжелыми стадиями сепсиса проводилась в среднем в течение 2,5-4 часов и состояла из: 1) инфузионно-трансфузионной терапии изотоническими кристаллоидами со скоростью 8-10 мл/кг/час; 2) анальгезии наркотическими анальгетиками (промедол, фентанил); 3) кислородотерапии или респираторной

поддержки; 4) назогастральная интубация ЖКТ; 5) катетеризация центральной вены на фоне контроля гемодинамики (АД, ЧСС, ЦВД, пульс), почасового диуреза и лабораторных данных (клинический анализ крови, группа крови и Rh- фактор, б/химический анализ крови, анализ системы гемостаза, общий анализ мочи). Основными направлениями комплексной интенсивной терапии являлись:

1) Хирургическая санация очага инфекции. 2) Рациональная антибактериальная терапия, основанная на принципах начала лечения с момента поступления в отделение реанимации, комбинированного назначения антибиотиков в максимальных дозировках. 3) Устранение гиповолемии и оптимизация сердечного выброса, осуществленное посредством адекватной инфузионной программы. Инфузионно-трансфузионная терапия — кристаллоиды и коллоиды в соотношении 2:1. Темп инфузии определялся состоянием волемии и почасовым диурезом (в среднем 1-1,5 мл/кг в час). Анальгезия проводилась либо наркотическими анальгетиками (промедол 0,3-0,6 мг/кг или морфин 0,3-0,5 мг/кг), либо с помощью эпидуральной анальгезии. 4) Респираторная поддержка, включающая кислородотерапию, вспомогательную и/или полную искусственную вентиляцию легких (ИВЛ). 5) Профилактика тромбозомболических осложнений стандартным или низкомолекулярным гепарином.

Результаты исследования. Отмечена динамика изменений газообмена на этапах интенсивной терапии. Выявлена умеренная степень снижения респираторного коэффициента, которая увеличивалась на фоне стандартной интенсивной терапии с ИВЛ. Коэффициент оксигенации достоверно увеличивался в 1,5 раз у пациентов с 1-х суток и достигал максимальных значений к 5-м суткам, увеличиваясь в 1,9 раз. Аналогичные тенденции наблюдались у больных с ОРДС в увеличении коэффициента оксигенации на 1,2 раза.

Выводы. У больных с СВР, септическим шоком и тяжелым сепсисом регистрируются существенные изменения процессов свободнорадикального окисления, характеризующиеся преимущественно угнетением спонтанной антиокислительной активности липидов и ферментативной антиоксидантной защиты. Наибольшая активация липопероксидации и выраженное угнетение ферментативной антиоксидантной системы регистрируются у больных тяжелым сепсисом и СШ. Данные изменения, обнаруженные в ходе исследования, подтверждают существование тесной взаимосвязи и взаимообусловленности между параметрами свободнорадикального окисления и формированием синдрома системной воспалительной реакции, а также прогрессированием органной дисфункции у больных сепсисом. Полученные результаты дополнительно обосновывают необходимость включения антиоксидантов в комплексную терапию сепсиса с начальных этапов лечения.

Назарова Д.Ф., Курбонхолова С.Б., Бобохонова Р.Д., Кушаева М. Т.
**АДАПТАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ НОВОРОЖДЕННЫХ,
ИЗВЛЕЧЕННЫХ ПУТЕМ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ**

Родильное отделение Центральной районной больницы района Рудаки, Республика Таджикистан

Актуальность. Одним из основных требований к адекватной этиопатогенетической терапии бактериальных инфекций, вне зависимости от тяжести и локализации воспалительного процесса, является рациональная антибиотикотерапия.

Цель исследования: Оценить обоснованность патогенетической терапии бактериальных инфекций дыхательной системы у детей.

Пациенты и методы. Проведен анализ течения беременности, родов, особенностей ранней неонатальной адаптации 103 новорожденных после операции кесарева сечения, произведенной до начала и в процессе родовой деятельности с учетом типа и метода анестезии при срочных родах.

Результаты. Частота родоразрешения путем операции кесарева сечения в течении нескольких лет в нашем учреждении не превышает $2,5 \pm 0,8\%$. Показаниями к операции были - преждевременное излитие околоплодных вод и отсутствие эффекта от родовозбуждения – 22,5%, клинически узкий таз – 25,5%, слабость родовой деятельности, не поддающаяся коррекции – 31,6%, дискоординация родовой деятельности, не поддающаяся коррекции – 6,5%, острая гипоксия плода – 8,5%, многоплодная беременность – 2,1%, неправильные вставления и предлежания плода – 4,3%, отслойка нормально расположенной плаценты – 5,1%. КС характеризуется высокой степенью риска для новорожденного и сопровождается большим процентом асфиксий. Но наиболее вероятными причинами, способствующими столь высокому проценту асфиксий у детей, извлеченных путем КС, являются следующие: а) характер акушерской и экстрагенитальной патологии; б) степень доношенности плода; в) условия внутриутробного существования плода; г) продолжительность родов. По нашим данным, наиболее распространенной патологией перинатального периода было гипоксически-ишемическое поражение ЦНС 59,4%. По частоте встречаемости синдромов гипервозбудимости, судорожного, вегетативно-висцеральных дисфункций достоверной разницы по группам не получено. Однако новорожденных с гипертензионным синдромом во всех группах после КС было больше в сравнении с контрольной группой ($p < 0,05$). Синдром