

## ОСОБЕННОСТИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ПРИНЦИПЫ ИХ ТЕРАПИИ

Л. А. Кузнецова, Л. Я. Александрова, Р. А. Уразаев

Кафедра детских болезней (зав.— заслуж. деят. науки ТАССР, проф. Е. В. Белогорская)  
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института  
имени С. В. Курашова

Изучение неотложных состояний у новорожденных с целью дальнейшего совершенствования методов их интенсивной терапии является важным резервом снижения детской смертности.

Целью работы было изучение у новорожденных частоты и характера патологических синдромов, определяющих тяжесть неотложных состояний.

Под наблюдением находились 1865 детей в возрасте от 5 дней до месяца, госпитализированных в отделение патологии новорожденных; среди них 24% детей были недоношенными. Неотложные состояния наиболее часто возникали вследствие заболеваний органов дыхания (пневмония, ОРВИ, синдром дыхательных расстройств), сепсиса, родовых травм ЦНС, врожденных пороков сердца и мозга. Анализ позволил выделить синдромы, определявшие тяжесть состояния. Они наблюдались у 22% (410) детей, из них 30% (123) были недоношенными. Наиболее часто встречались следующие синдромы: токсический (у 60,5%), дыхательной недостаточности (у 51,2%), значительно реже гипертермический (16,6%), судорожный (9,5%), ДВС (у 5,2%), сердечной недостаточности (у 3,8%). У 58% новорожденных имелось сочетание 2—3 синдромов.

Токсический синдром чаще проявлялся вялостью, иногда беспокойством ребенка, мышечной гипотонией, гипорефлексией, анорексией, частыми срыгиваниями, рвотой, мраморностью или бледно-серым цветом кожи. Токсикоз с эксикозом отмечен у 20% таких больных. Ни в одном случае не выявлена типичная картина нейротоксикоза.

Дыхательная недостаточность у новорожденных не всегда сопровождалась учащением дыхания и изменением дыхательно-пульсового коэффициента. Так, одышка с изменением соотношения между частотой пульса и дыхания (от 1:2,5 до 1:1,5) отмечена у 81,2% больных. Нередко, особенно у недоношенных, дыхательная недостаточность проявлялась нарушением ритма дыхания, апноэ. Постоянными были цианоз, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания.

ДВС-синдром у половины новорожденных проявлялся кровоточивостью из мест инъекций; у  $1/3$  больных наблюдались петехии. Значительно реже были рвота с примесью крови, кровотечения из пупочной ранки, носа, кишечное кровотечение.

Гипертермия у новорожденных (повышение температуры выше  $38,5^{\circ}$ ) была редкой, лихорадка свыше  $39,5^{\circ}$  — лишь у 4,7% детей. Высокая температура чаще имела место у больных сепсисом (33,0%), при ОРЗ (31,0%), ОРЗ, осложненном пневмонией (30%), но особенно высокой она была у больных ОРЗ и сепсисом на фоне родовой травмы ЦНС. Гипертермический синдром встречался только у доношенных новорожденных и отличался кратковременностью (от 1 ч до суток), что, возможно, объясняется большей способностью новорожденных к теплоотдаче, чем к теплопродукции.

Судороги у большинства новорожденных были обусловлены органическим поражением центральной нервной системы (натальная травма, уродства ЦНС, гидроцефалия), а у одной трети, вероятно, гипоксическим отеком мозга на фоне тяжелой пневмонии. Судорожный синдром у этих детей был кратковременным, чаще в терминальном состоянии.

Синдром сердечной недостаточности наблюдался реже других, что связано, по-видимому, с анатомо-физиологическими особенностями сердечно-сосудистой системы у новорожденных. Важно отметить неспецифичность и выраженную лабильность симптомов недостаточности кровообращения у новорожденных, что создает большие диагностические трудности. Так, одышка, тахикардия, увеличение печени, отеки могут быть обусловлены не только недостаточностью кровообращения, но и дыхательной недостаточностью, токсикозом. Наиболее информативными признаками сердечной недостаточности у новорожденных, по нашим данным, следует считать тахикардию (учащение пульса в покое более чем на 20—30%), общий цианоз, увеличение печени.

Интенсивную терапию проводили под

контролем кислотоосновного состояния, коагулограммы, вязкости крови, гемокрита, уровня глюкозы, показателей ЭКГ, данных рентгенологических исследований, при этом большое внимание уделяли уходу за новорожденными, вскармливанию, созданию оптимальных условий внешней среды.

С целью дезинтоксикации, улучшения реологических свойств крови и гемодинамики применяли инфузионную терапию, кортикостероидные гормоны, ингибиторы протеаз, диуретики, этиотропную терапию.

Лечение дыхательной недостаточности начинали с восстановления проходимости дыхательных путей. Для этого использовали кислородно- и аэротерапию, по показаниям — метод самостоятельного дыхания под постоянным положительным давлением, искусственную вентиляцию легких. Коррекцию метаболических нарушений проводили дифференцированно, с учетом клиники и показателей кислотоосновного состояния. Поскольку ацидоз при дыхательной недостаточности у новорожденных носил нередко компенсированный характер, бикарбонат натрия при-

меняли с осторожностью. Так как гипертермический синдром чаще был кратковременным, предпочтение отдавали физическим методам охлаждения.

При лечении ДВС-синдрома учитывали стадию процесса по данным клиники и коагулограммы. Применяли средства, улучшающие микроциркуляцию (реополиглюкин, димедрол, эуфиллин, курантил), гепарин, ингибиторы протеаз. При выраженной клинике геморрагического синдрома переливали нативную плазму, свежую гепаринизированную кровь. При судорогах назначали седуксен, ГОМК (внутривенно капельно), сернокислую магнезию, фенobarбитал, с целью дегидратации мозга маннитол и лазикс. При сердечной недостаточности использовали гликозиды (строфантин, коргликон), препараты калия, диуретики. Применение дифференцированной интенсивной терапии у новорожденных позволило снизить летальность в отделении в 1,5 раза.

Таким образом, при проведении интенсивной терапии необходимо учитывать особенности патологических синдромов у новорожденных.

Поступила 25.08.87

УДК 547.484:616.152.112—053.2

## КЕТОАЦИДОЗ У ДЕТЕЙ

Р. А. Закирова, Л. А. Кузнецова

*Кафедра детских болезней лечебного факультета (зав. — проф. Е. В. Белогорская)  
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института  
имени С. В. Куратова, 2-я детская клиническая больница  
(главрач — Н. П. Иванцова), г. Казань*

Склонность детей к ацетоническим состояниям (кетонацидозу) связывают с функциональной незрелостью печени, повышенным тонусом симпатической иннервации и лабильностью нервной системы [1, 3, 4]. В развитии заболевания большое значение придается конституциональным аномалиям и нарушению диеты [2, 5].

Учащение случаев кетонацидоза у детей с выраженными клиническими проявлениями и недостаточное знакомство педиатров с лабильностью данного состояния побудили нас изучить особенности клиники, диагностики и лечения кетонацидоза у детей.

Под наблюдением было 119 больных, находившихся в последние 3,5 года на лечении во 2-й детской больнице г. Казани с диагнозом «кетонацидоз» (ацетонемическая рвота). Частоту случаев кетонацидоза по годам определяли в расчете на число детей, прошедших через ста-

ционар в данном году. В последние годы выявлено увеличение количества таких больных. Так, в 1983 г. этот показатель был равен 7%, в 1984 г. — 9,9%, в 1985 г. — 14,7% и за 6 мес. 1986 г. — 20,5%.

По возрасту преобладали дети от 1 до 7 лет: от 9 мес до 1 года — 3 ребенка, от 1 до 2 лет — 23, от 2 до 3 — 22, с 3 до 7 — 52, от 7 до 12 — 19.

В первые два дня болезни поступили 50,2% больных: в тяжелом состоянии — 19%, в среднетяжелом — 71%, в удовлетворительном — 10%. С диагнозом «ацетонемическая рвота» или «кетонацидоз» было направлено 39% больных; остальные дети поступили по поводу острого респираторного заболевания, гастрита, пиелонефрита, холецистита, отравления, миокардита, сахарного диабета, а также в связи с необходимостью обследования. Такая пестрая картина свидетельствует