

РОЛЬ РАННЕЙ АКТИВИЗАЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ ОТДЕЛЕНИЙ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Абдуллаев Ш.Ш., магистр 1 курс

Научный руководитель: доцент Нурмухамедов Х.К.

ТашПМИ, кафедра Анестезиологии и реаниматологии, детской анестезиологии и реаниматологии

Актуальность. Активное внедрение методов восстановительного лечения у больных, переживших критическое состояние, способствует снижению частоты возникновения инфекционных, тромботических, трофических осложнений связанных с длительной иммобилизацией.

Цель исследования. Разработка методов ранней мобилизации больных переживших критическое состояние.

Материалы и методы. В исследование было включено 44 пациентов, которые находились на лечении в ОРИТ более 7 суток и длительностью проведения искусственной вентиляции лёгких (ИВЛ) более 72 ч. Пациенты были разделены на две группы: 1-я группа исследования (22 пациента), в комплекс интенсивной терапии включена программа ранней реабилитации; 2-я группа контроля -(22 пациентов), которым проводили стандартную комплексную интенсивную терапию.

Результаты и обсуждение. Среди показателей длительности нахождения в ОРИТ достоверных различий не выявлено - 30 дней в группе исследования и в контрольной группе ($p=0,82$), то при оценке сроков ИВЛ в группе исследования этот показатель был статистически значимо меньше, чем в контрольной группе, и составлял 20 дней и 26 дней соответственно ($p=0,025$).

При анализе частоты развития нозокомиальной пневмонии также обнаружены статистически значимые различия между группой исследования и контрольной группой: 83% и 92% пациентов соответственно ($p=0.007$). Данные клинических показателей в группе больных длительность лечения в ОРИТ которых составила более 28 дней.

Мобильность пациентов оценивали с использованием индекса мобильности Ривермид, отражающего способность пациентов к передвижению, начиная от самостоятельных поворотов в кровати, способности сидеть без поддержки и стоять более 10 с, перемещаться с кровати в кресло, ходить и пр. Пациенты основной группы еще на этапе перехода из ОРИТ имели достоверно лучшие показатели мобильности ($p= 0.021$). Так при переводе из ОРИТ пациенты 1 группы где проводилась активная мобилизация, могли самостоятельно поворачиваться в постели, самостоятельно сидеть, некоторые - стоять более 10 с.

Выводы.

1. Применение ранней мобилизации приводит к уменьшению длительности ИВЛ, снижению частоты развития нозокомиальной пневмонии.
2. Использование ранней мобилизации улучшает функциональное состояние пациентов к моменту перевода их из ОРИТ.
3. В результате проведённой работы предлагаем следующий алгоритм проведения ранней мобилизации пациентов в ОРИТ методом этапного проведения мобильности, с использованием индекса мобильности Ривермид.

Список литературы:

1. Юсупов, Азат Салихович, Дилара Азатовна Юсупова, and Наргиза Азатовна Юсупова. "Способ фотодинамической терапии микозов кожи, слизистых и ногтей." (2011).
2. Satvaldieva, E. A., Fayziev, O. Y., Ashurova, G. Z., Shakarova, M. U., & Ismailova, M. U. (2022). Criteria for choosing antibiotic therapy for surgical sepsis in children. Russian Journal of Pediatric Surgery, Anesthesia and Intensive Care, 12(2), 145-156.
3. Усманова, Г. М., Нурмухамедов, Х. К., Юсупалиева, Г. А., Бектураева, М. У., Маматкулов, И. Б., & Ишанходжаев, Н. А. (2013). Обеспечение качества лечения детей. Новый день в медицине, (1), 28-30.

4. Агзамходжаев, Т. С., Юсупов, А. С., Файзиев, О. Я., & Маматкулов, И. А. (2013). Послеоперационное обезболивание промедолом после абдоминальных операций у детей. Вестник экстренной медицины, (3), 250-251.
5. Акалаев, Р. Н., Э. А. Сатвалдиева, and А. А. Стопницкий. "Эпидемиология и особенности интенсивной терапии острых отравлений медикаментами у детей." III съезда Ассоциации врачей медицинской помощи Узбекистана.-Ташкент, 2015.-298 с (2015).
6. Хайдаров, М., И. Маматкулов, Н. Зокирова, и М. Толипов. «Осложнения инфузионной терапии в реанимации и интенсивной терапии», in Library, т. 22, вып. 1, март 2021 г., сс. 120- 5, <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/18898>.
7. Липатова, Л. В. "Нейроиммунные механизмы эпилепсии как ключ к патогенетическому лечению заболевания." Эпилепсия и пароксизмальные состояния 2.3 (2010): 20-27.
8. Мищенко, Т. С., et al. "Новые возможности в патогенетической терапии хронической ишемии головного мозга." Международный неврологический журнал 1 (2011): 37-42.
9. Маджидова, Ё. Н., Д. Д. Усманова, and Ж. М. Байтурсунова. "Динамика проявлений хронической ишемии мозга в процессе лечения цитофлавином." Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова 112.9 (2012): 57-62.