

Disorders of the Central Nervous System. *Neurohospitalist*. 2013;3(2):53-64

4 Barry P, Morris K, Ali T. Paediatric Intensive Care. Oxford University Press; 2010. Available from: <http://www.library.uhmb.nhs.uk>

5 Cydni Williams, Tamara D. Simon, Jay Riva-Cambrin, Susan L. Bratton. Hyponatremia with intracranial malignant tumor resection in children. *J Neurosurg Pediatr*. 2012;9(5):524-9

6 Tumor-Related Hyponatremia. Adedayo A. Onitilo, Ebenezer Kio, Suhail A. R. Doi, Tumor-Related Hyponatremia. *Clin Med Res*. 2007;5(4):228-37

7 Philip A. Pizzo, David G. Poplack. Pediatric oncology. 6 edition; 2011. P. 354. Available from: <https://shop.lww.com>

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

**Б.К. НҰРМАҒАМБЕТОВА, А.С. АХМЕТҚАЛИЕВА,
А.М. ӘБЕНОВ, С.М. БАЙТҰРОВА**

«University Medical Center» корпоративтік қоры Ана мен Бала Ұлттық Ғылыми Орталығы, Астана қ., Қазақстан Республикасы

ОРТАЛЫҚ ЖҮЙКЕ ЖҮЙЕСІ ІСІКТЕРІМЕН НАУҚАСТАНҒАН БАЛАЛАРДАҒЫ СОЗЫЛМАЛЫ ГИПОНАТРИЕМИЯ

Атипиялық тератоидтық рабдоидтық ісік ми ісіктерінің арасындағы ең қатерлі және сирек кездесетін ісіктің түріне жатады және химиотерапияның жоғары дозалары мен сәулелі емді қажет етеді. Сондықтан ем қолданылған кезде тек қана интенсивті химиотерапияның ғана емес, сонымен қатар орталық жүйке жүйесінің ісік процесі нәтижесінде болатын электролитер

алмасуының бұзылуы жиі орын алады. Уақытында жүргізілген диагностика, осы бұзылулардың дұрыс емделуі тек қана жедел асқинулардың ғана алдын алып қана қоймай, ем аяқталғаннан кейін дамитын неврологиялық жетіспеушіліктердің де алдын алып, арнайы емнен кейінгі өмір сапасын жақсартады.

Негізгі сөздер: балалар, орталық жүйке жүйесі ісіктер, гипонатриемия, қарқынды терапия.

SUMMARY

**B.K. NURMAGAMBETOVA, A.S. AKHMETKALIYEVA,
A.M. ABENOV, S.M. BAITUROVA**

Corporate fund "University Medical Center" National Scientific Center of Motherhood and Childhood, Astana c., Republic of Kazakhstan

CHRONIC HYPONATREMIA IN CHILDREN WITH CNS TUMORS

Atypical teratoid-rhabdoid tumor is one of the most aggressive and rare CNS tumors, which requires high-dose regimens of chemotherapy and radiotherapy.

In this regard, one of the expected serious complications is electrolyte disorders, which arise not only due to intensive chemotherapy courses, but also due to the presence of a tumor process in the central nervous system.

Diagnosis in time, accurate correction of these disorders can prevent the development of both complications, as acute life-threatening conditions as distant neurological deficits, which in turn will improve the quality of life of children after the completion of specialized treatment.

Key words: children, tumors of CNS, hyponatremia, intensive care.

Для ссылки: Нурмагамбетова Б.К., Ахметкалиева А.С., Абенов А.М., Байтурова С.М. Хроническая гипонатриемия у детей с опухолями центральной нервной системы // *Medicine (Almaty)*. – 2017. – № 4 (178). – Р. 146-148

Статья поступила в редакцию 30.03.2017 г.

Статья принята в печать 10.04.2017 г.

УДК 616-001.17-053.2:615.211

Т.А. ДЖУМАБЕКОВ, У.Е. МАХАНОВА, Н.И. ПИРМАТОВА

Казахский медицинский университет непрерывного образования, г. Алматы, Республика Казахстан

СЕВОФЛУРАН В АНЕСТЕЗИИ У ДЕТЕЙ С ТЕРМИЧЕСКИМИ ОЖОГАМИ

Для больных с термической травмой характерен ряд особенностей, создающих определенные трудности при проведении общей анестезии. В отличие от других критических состояний, ожоговые больные подвергаются целой серии оперативных вмешательств, включая ранние некрэктомии, что для больных с ожоговой травмой не является безразличным. До настоящего времени остаются нерешенными вопросы обеспечения стабилизации гемодинамики во время операции у детей, находящихся в состоянии ожогового шока.

Цель исследования - обеспечение адекватной анестезии во время перевязок и при проведении операции на ранних стадиях развития ожоговой болезни по поводу некрэктомии с аутодермопластикой.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Нами разработан метод использования ингаляционного анестетика севофлурана при проведении низкопоточной анестезии у ожоговых больных, при оперативных вмешательствах и манипуляциях.

Контакты: Джумабеков Тулеген Алтаевич, д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой детской и неонатальной анестезиологии и реаниматологии КазМУНО, г. Алматы, Республика Казахстан. Тел.: + 7 777 225 71 61, e-mail: tolegen.altay@mail.ru

Contacts: Tulegen Altayevich Dzhumabekov, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Pediatric and Neonatal Anesthesiology and Reanimatology, Kazakh medical university of continuing education, Almaty c., Republic of Kazakhstan. Ph.: + 7 777 225 71 61, e-mail: tolegen.altay@mail.ru

Анестезия по описанной методике проводилась у 6 больных в возрасте от 1 года до 6 лет с I-II степенью анестезиологического риска по классификации ASA, у детей с термической травмой 6-17% ожоговой поверхности, глубиной поражения I-II-III АБ степени - 5 детей, 1 ребенок после полученной электротравмы, электроожог I-II-III пальцев левой кисти. Среднее время анестезии составляло от 20 минут до 1 час 15 минут.

Интраоперационный мониторинг включал в себя измерение концентрации углекислого газа на выдохе, динамическое наблюдение за дыхательным объемом, МВЛ и давлением в дыхательных путях, пульсоксиметрию, ЭКГ, неинвазивное измерение артериального давления.

Принцип проведения анестезии

Нами использовался метод «болусной» индукции, который заключался в следующем. Дыхательный контур наркозного аппарата заполняется смесью кислорода и севофлурана с концентрацией анестетика на вдохе 8 об% с подачей кислорода в объеме 6-8 л/мин, и одновременно включается испаритель с показателем подачи анестетика в концентрации 6-8%. Дыхательный контур наркозного аппарата продувается данной газонаркоотической смесью с заполнением и опорожнением дыхательного мешка аппарата три раза. Не меняя показателей испарителя, накладывали маску. Через 30-40 секунд сознание утрачивалось. После выключения сознания обеспечивался венозный доступ для введения анальгетиков (фентанил из расчета 4,5-12,5 мкг/кг,

болусно) и миорелаксантов, проводилась интубация трахеи. После чего концентрация севофлурана во вдыхаемой смеси устанавливалась в зависимости от возрастной МАК и состояния системной гемодинамики, концентрация кислорода при этом снижалась до 40-50%, скорость потока газовой смеси при этом составляла 1,5-2 л/мин. После окончания операции больным прекращали подачу газонаркоотической смеси и переходили на ингаляцию чистым кислородом, при этом происходило быстрое восстановление внешнего дыхания, параметров гемодинамики. Пробуждение у этих больных происходило быстро, через 3-6 минут. У 1 больного отмечалось возбуждение, которое купировалось введением брюзапама из расчета 0,5 мг/кг. При проведении анестезии во время индукции отмечалось повышение частоты дыхания на 40% при сатурации кислорода 99-100%. При достижении хирургической стадии отмечалось умеренно выраженное угнетение частоты дыхания с повышением EtCO₂ до 45 мм рт.ст., причем хирургическая агрессия лишь незначительно влияла на частоту и глубину дыхания. Отмечалось снижение среднего АД (САД) на 25% от исходного уровня, ЧСС повышалась перед индукцией и приходила в норму после выключения сознания, а у некоторых опускалась на 10-20%.

Таким образом, при проведении анестезии севофлураном отмечались быстрая индукция в наркоз, быстрое пробуждение, относительно стабильная гемодинамика, что считается важным для больных детей с ожоговой травмой.

УДК 616-089.5-053.2

Т.А. ДЖУМАБЕКОВ, У.Е. МАХАНОВА

Казахский медицинский университет непрерывного образования, г. Алматы, Республика Казахстан

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДЕТСКОЙ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАТОЛОГИИ

С расширением круга задач и развития детской хирургии потребность в оказании анестезиологического пособия с каждым годом становится больше. В то же время специфические особенности детского организма требуют проведения общей анестезии, разработки и выбора метода обезболивания при хирургических вмешательствах. Особенно это касается новорожденных, у которых частота пороков развития не имеет тенденции к снижению. Единственным радикальным методом лечения их является хирургический, длительность которого, как правило, составляет до нескольких часов. При этом адекватно проведенная анестезия и ведение детей после операции во многом определяют исход хирургического метода лечения. В свете происходящей реорганизации и реформы в здравоохранении на службу

анестезиологии детского возраста возлагают высокую ответственность. Увеличиваются требования и нагрузка на врачей на фоне усиления интенсивности работы.

В современных условиях за развитие службы анестезиологии и интенсивной терапии все ответственны, начиная от руководителей лечебных учреждений до простых исполнителей. Хорошо поставленная организационно-методическая работа на фоне укомплектованности компетентными кадрами и оснащенности службы новой технологией является доказательно обоснованным критерием успешного решения обсуждаемой проблемы. Выбор и определение анестезиологической тактики и интенсивной терапии в клиниках, соответствующих требованиям по стандарту, решаются проще, быстро и адекватно, что повышает результативность вмешательства.

Контакты: Джумабеков Тулеген Алтаевич, д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой детской и неонатальной анестезиологии и реаниматологии КазМУНО, г. Алматы, Республика Казахстан. Тел.: + 7 777 225 71 61, e-mail: tolegen.altay@mail.ru

Contacts: Tulegen Altayevich Dzhumabekov, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Pediatric and Neonatal Anesthesiology and Reanimatology, Kazakh medical university of continuing education, Almaty c., Republic of Kazakhstan. Ph.: + 7 777 225 71 61, e-mail: tolegen.altay@mail.ru