

мальчиков после грыжесечения по Дюамелю, 3 девочек после грыжесечения по Ру-Краснобаеву и у 1 мальчика после грыжесечения по Мартынову.

С применением лапароскопической герниопластики были прооперированы 47 пациентов (5,2%). Лапароскопическая герниопластика была выполнена у 32 детей с двухсторонней грыжей (68%) и у 15 детей с односторонней грыжей (32%). Мальчиков было 13 (27,7%), девочек – 34 (72,3%). 27 пациентов (57,4%) – дети в возрасте 1-5 лет, 6-10 лет -19 детей (40,4%) и 1 ребенок в возрасте 13 лет (2,2%). Послеоперационный период у этих детей протекал без осложнений. Рецидивов не отмечалось. С 2015 года в клинике начала применяться однопортовая лапароскопическая герниорафия.

#### **Выводы.**

1. Паховые грыжи являются широко распространенной патологией у детей, преимущественно у мальчиков в возрасте 1-5 лет – 62,3 %.

2. Наиболее частым методом хирургического лечения паховых грыж остается открытое паховое грыжесечение,.

3. Использование лапароскопического метода оперативного лечения паховых грыж у детей позволяет сократить число осложнений и рецидивов и сопровождается хорошим косметическим результатом.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Атлас детской оперативной хирургии / под ред. П.Пури, М.Гольварта; пер. с англ., под общ. ред. проф. Т.К.Немиловой. – М.: МЕД пресс-информ, 2009. – 648 с.: ил.

2. Cheung T.T., Chan K.L. Laparoscopic inguinal hernia repair in children // Ann Coll Surg HK – 2003. – Vol. - P. 94-96.

3. Yeung C.K., Lee K.H. // Endoscopic Surgery in Infants and Children / Eds M. Klaas, A. Vax. – Berlin, 2008. – P.591-596

### **ЧАСТОТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ КАТЕХОЛАМИНРЕЗИСТЕНТНОГО СЕПТИЧЕСКОГО ШОКА У НОВОРОЖДЕННЫХ В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ**

***Козич А.А.<sup>1</sup>, Булай К.В.<sup>1</sup>, Синуца Л.Н.<sup>2</sup>, Устинович Ю.А.<sup>3</sup>***

*УЗ "Гродненский областной клинический перинатальный центр"<sup>1</sup>,*

*Гродненский государственный медицинский университет<sup>2</sup>,*

*УО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»<sup>3</sup>*

**Актуальность.** Сепсис с острой органной дисфункцией (тяжелый сепсис) остаётся и в начале третьего тысячелетия доминирующей причиной смерти в некардиологических отделениях интенсивной терапии и реанимации (ОИТР).

Сепсис каждый год уносит только в одних США ежедневно больше чем 2000 жизней, в то время как всемирные потери неизвестны. Случаи тяжелого сепсиса, как ожидается, в будущем будут увеличиваться из-за: углубления понимания этого процесса и корректного использования обновлённой и уточненной диагностической терминологии; расширения чувствительности и специфичности диагностических критериев; роста иммунокомпрометированных пациентов; продолжающегося использования агрессивных лечебно-диагностических и мониторинговых процедур; возрастания числа антибиотикоустойчивых микроорганизмов; увеличения рождаемости незрелых (недоношенных) детей с различными эмбрио- и фетопатиями; накопления генетических ошибок в генофонде популяции; увеличению рождаемости детей с врожденными пороками развития (ВПР) и метаболическими аномалиями [1].

В настоящее время сепсис рассматривается как инфекционно-воспалительное заболевание бактериальной природы, вызываемое условно-патогенной, патогенной микрофлорой или ассоциацией возбудителей, характеризующееся ациклическим течением, наличием первичного гнойно-воспалительного очага и/или бактериемии, генерализацией процесса на фоне сниженной или извращенной иммунологической реактивности организма, развитием синдрома системного воспалительного ответа (SIRS), стойких нарушений микроциркуляции, повреждением эндотелия сосудистой стенки, ДВС-синдрома и полиорганной недостаточности [2].

Проблема геморрагических расстройств не является редкостью и сопровождается высокой летальностью. Среди выживших детей многие имеют высокий риск развития стойких расстройств здоровья, снижающих качество последующей жизни [3].

**Цель.** Определить частоту возникновения геморрагических осложнений у новорожденных в раннем неонатальном периоде при проведении интенсивной терапии септического шока.

**Методы исследования.** Нами проведен сравнительный анализ 21 медицинской карты стационарного пациента (форма №003/у-07) новорожденных детей с клиническим диагнозом «катехоламинрезистентный септический шок». По клинической характеристике пациентов установлено, что они не различались по гестационному возрасту, физическому развитию и оценке по шкале Апгар при рождении.

Данная группа пациентов неоднородна по половому соотношению мальчиков и девочек. Из 21 ребенка было 13 мальчиков (61,9%) и 8 девочек (38,1%). Путем операции кесарева сечения родилось 11 детей (52,3%), через естественные родовые пути – 10 детей (47,6%). 4 детей (19,1%) родились путем операции экстренного кесарева сечения по показаниям плода. У 7 женщин (33,3%) во время родов отмечены признаки интранатальной гипоксии плода (зеленые околоплодные воды), синдром аспирации мекония не отмечен ни у одного из пациентов. У 5 женщин (23,8%), родивших детей из анализируемой группы, отмечен длительный

безводный промежуток (более 12 часов)

**Результаты и их обсуждение.** Мы провели сравнительный анализ двух групп, выделенных из этой категории пациентов, и разделили их по времени поступления в отделение анестезиологии и реанимации для новорожденных детей (ОАиРН). Первая группа – дети, которые поступили в ОАиРН из родильного зала сразу после рождения – 9 детей (42,8%), вторая – дети, переведенные из отделений для новорожденных (12 – 57,1%), состояние которых после рождения расценено как удовлетворительное и отмечался «светлый промежуток» отсутствия клинических симптомов гипоперфузии и полиорганной дисфункции после рождения в течение от нескольких часов до суток жизни.

У всех новорожденных детей (100%) в обеих клинических группах диагностирован сепсис-индуцированный острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС) тяжелой степени. Все дети на фоне проводимой противошоковой реанимации находились на высокочастотной осцилляторной вентиляции легких. Все получили сурфактантную терапию в дозе 100 мг/кг фосфолипидов. Средняя длительность ИВЛ в первой группе пациентов составила 158,4 часов, во второй – 175,2 часов.

Клинико-лабораторные признаки ДВС-синдрома отмечены у всех (100%) детей в обеих группах. Во всех случаях применялась комплексная гемостатическая терапия с применением препаратов шунтирующего действия.

При проведении анализа медицинской документации выделено 2 вида геморрагических осложнений: легочное кровотечение и внутричерепные кровоизлияния.

Волемическая реанимация при прогрессировании гипоперфузии, на фоне кардиотонической и вазопрессорной терапии, проводилась кристаллоидами и коллоидными препаратами в объеме болюсной нагрузки 20 мл/кг в течение 15 минут каждый, до стабилизации перфузии и появления адекватного диуреза. Средний суммарный объем волемической реанимации в первой группе пациентов составил 140 мл/кг, во второй группе – 250 мл/кг.

Проведенный анализ показал, что геморрагические осложнения у детей, перенесших катехоламинрезистентный шок, возникли у шести детей. Все осложнения возникли в группе детей, которые поступали в ОАиРН из отделений новорожденных (50% пациентов во второй группе). Всего отмечено семь случаев геморрагических осложнений у шести новорожденных детей. Четыре случая (19%) легочного кровотечения и три случая (14,3%) внутричерепных кровоизлияний, причем у одного пациента отмечена комбинация легочного кровотечения и внутрижелудочкового кровоизлияния III степени слева.

Геморрагические осложнения отмечались только во второй группе пациентов. Ввиду отсроченного начала интенсивной терапии данная группа требовала более агрессивной инфузионной терапии. В данной группе, при развернутой клинико-лабораторной картине септического шока, требовались на 56% большие объемно-скоростные характеристики жидкостного возмещения, для

стабилизации перфузии.

Ни в одной группе не отмечено летальных исходов.

#### **Выводы.**

1. Позднее начало интенсивной терапии септического шока требует более агрессивной тактики жидкостного возмещения.

2. Вынужденно высокая цена объемной реанимации способствует развитию геморрагических осложнений у новорожденных детей в раннем неонатальном периоде.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Васильцева, А. П. Современное состояние проблемы сепсиса. Лечебные аспекты : учеб.-метод. пособие / А. П. Васильцева. – Минск : БелМАПО, 2013. – 248 с.

2. Бактериальный сепсис новорождённого : учеб.-метод. модуль для врачей / Ю. А. Устинович[и др.]. – Минск : БелМАПО, 2018. – 27 с.

3. Геморрагические расстройства у новорожденных: учеб.-метод. пособие / Г. А. Шишко[и др.]. – Минск : БелМАПО, 2013. – 47 с.

### **ВЛИЯНИЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ БОЛЬШИХ КОЛИЧЕСТВ ЖИРА НА ЭНДОТЕЛИЙ-ЗАВИСИМЫЕ И ЭНДОТЕЛИЙ-НЕЗАВИСИМЫЕ КОРОНАРОРАСШИРЯЮЩИЕ РЕАКЦИИ В КОРОНАРНОМ РУСЛЕ МЫШЕЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ ДИЕТУ С ВЫСОКИМ СОДЕРЖАНИЕМ ЖИРА**

*Козловский В.И.<sup>1</sup>, Хлопицкий С.<sup>2</sup>*

*Гродненский государственный медицинский университет<sup>1</sup>,  
Ягеллонский университет<sup>2</sup>*

**Актуальность.** Ожирение является одним из ключевых факторов риска болезней системы кровообращения (БСК), в том числе и ишемической болезни сердца (ИБС). Показано, что повышенное потребление насыщенных жиров увеличивает риск БСК [4]. В то же время снижение содержания насыщенных жиров в пищевом рационе способствует уменьшению риска ИБС и других БСК. Так, сообщается, что средиземноморская диета, которая характеризуется значительным преобладанием овощей, фруктов, рыбы и морепродуктов в рационе и низким потреблением продуктов, богатых насыщенными жирами, снижает риск инфаркта миокарда, инсульта и сердечной недостаточности [2]. Известно, что одним из важнейших факторов патогенеза ИБС и большинства других БСК является развитие эндотелиальной дисфункции (ЭД), которая характеризуется нарушением эндотелий-зависимых вазодилататорных механизмов, которые необходимы для обеспечения адекватного метаболическим потребностям кровоснабжения тканей. В связи с этим представляется актуальным изучить