

раза, у детей старше 1 года он не отличался от нормы. Наиболее резко ККП возрастал у детей старше года и менее выражено в других возрастных группах. Резкие сдвиги ЛИИ отмечены в сравнении с нормой: у детей первых трех месяцев жизни почти в 4 раза, от 3 месяцев до 1 года в 5 раз, старше 1 года до 3 лет в 7 раз. Показатели ГПИ возрастали особенно резко: до 3 месяцев ГПИ увеличился в 6 раз; от 3 месяцев до 1 года в 17 раз, а у детей старше 1 года в 27 раз. Таким образом, наряду со сходством общих закономерностей во всех возрастных группах имело место и различия в количественных показателях гемограммы (лейкоцитоз, выраженность изменений нейтрофильного ростка, степень угнетения эозинофилов). Интегральные показатели отражали выраженность интоксикации. Наиболее информативными были ЛИИ и особенно ГПИ.

Худовцова А.В.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЕРИФИКАЦИИ ТЯЖЕЛОГО СЕПСИСА У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ТРЕХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ (данные отделения реанимации и интенсивной терапии инфекционного стационара)

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: Васильев А.В., к.м.н., доцент

Сепсис, как своеобразная патология, обусловлен не только полиэтиологичностью, но и резкой выраженностью и многообразием иммунопатологических сдвигов в организме, пестротой клинических проявлений, что и привлекает к ней специалистов, работающих с этой болезнью. Особое место занимает сепсис у детей 1 года жизни, равно как и гинекологический сепсис, так как может быть прослежена патогенетическая связь в связи с возможностью внутриутробного инфицирования плода. Цель: анализ особенностей сепсиса у детей первых 3-х месяцев жизни, уточнение возможностей его патогенетической связи с внутриутробным инфицированием. Методы. Наблюдалось 23 ребенка с тяжелым сепсисом в возрасте до 3 мес жизни, поступивших в ОРИТ инфекционной клиники. Только у 7 из них в диагнозе направления был сепсис, в остальных случаях (16) выставлялся диагноз патологии с «масками» клинических проявлений самого различного характера: менингит и менингоэнцефалит (17), поражение органов дыхания (11), что сопровождалось увеличением печени (20), спленомегалией (6), диареей (4) умеренной частоты, без патологических примесей и дегидратации. У 5 детей были признаки омфалита. В 19 случаях заболевание начиналось остро, хотя имело место ненадежность анамнестических данных о начале заболеваний. Зафиксирована угроза внутриутробного инфицирования, что привело матерей к госпитализации по угрозе прерывания беременности. 5 детей родились недоношенными. Развитие сепсиса у 7 – произошло в течение первых 2-х недель жизни, у 3 в конце 1-ого месяца, у 6 на втором месяце и у 3 на 3-м месяце жизни. Результатом верификации стало выделение культур возбудителей, среди которых наиболее часто обнаруживался *Str.pneumoniae* (8), *St.aures* (3), по 1 случаю *St.epidermidis*, *B.Citrobacter*, *Klebsiella*, *Ps. aeruginosae* и *Candida*. В 2-х случаях при бактериоскопии ликвора обнаружен вне – и внутриклеточно гр+ диплококк, что с определенной долей вероятности м. б. расценить как обнаружение *Str. pneumoniae* ввиду идентичности тинкториальных свойств. В 2 случаях при пневмококковом сепсисе ПЦР-диагностикой была выявлена ДНК возбудителя. В 5 случаях – пупочный сепсис. В наблюдаемой группе были отмечены признаки первичного иммунодефицита (8). Предрасположенность у лиц мужского пола. В особенностях гемограммы в остром периоде болезни имеется заметная анемизация (эритроциты – $3,85 \pm 0,08 \cdot 10^{12}/л$; Hb – $125 \pm 2,84$ г/л). Ускорение СОЭ – $17,8 \pm 1,17$ мм/час. Количество лейкоцитов – $18,7 \pm 1,30 \cdot 10^9/л$. Изменения гемограммы: резкий нейтрофилез со сдвигом влево вплоть до миелоцитов, метамиелоцитов, причем с высоким уровнем сегментоядерных ($41,78 \pm 1,75\%$) и палочкоядерных нейтрофилов ($17,01 \pm 1,72\%$). Отмечена выраженная эозинопения ($0,45 \pm 0,06\%$). Это указывало на выраженное напряжение гемопоэза, как ответ на тяжелую инфекцию. У 13 детей сепсис был расценен как неонатологический. Остальные больные оставались в ОРИТ до 29,6 дня и выписались здоровыми. У больных сепсисом первых 3-х месяцев жизни имеет место пролонгирование внутриутробной инфекции с манифестацией её в постнатальном периоде. Проявления патологии нужно расценивать как декомпенсацию защитных сил организма. Клиническая полиморфность сепсиса у детей 1-х месяцев жизни позволяет заранее установить сепсис.