

мозы представляли хорошо сформированные соустья, рубцовые деформации и явления острого или хронического воспаления отсутствовали. Дистальная часть поджелудочной железы, включенная в анастомоз, в эти сроки наблюдения сохраняла макроскопически нормальное строение. При наружном осмотре панкреатикоэнтероанастомозов через 90 суток обращало на себя внимание отсутствие воспалительных гранул вокруг проленовых нитей, нить максон на этот срок макроскопически в зоне анастомоза не определялась. Гистологически выявлялось отсутствие признаков внутрипротоковой гипертензии, отмечены незначительные склеротические и атрофические изменения только в субкапсулярных отделах.

Заключение. Таким образом, по результатам исследования во все сроки наблюдения установлено, что наименьшее воспаление в зоне лигатурных каналов в поджелудочной железе вызывают нити пролен и максон. Применение для наложения панкреатодигестивного анастомоза этих биологически инертных шовных нитей в сочетании с использованием прецизионной техники формирования соустья обеспечивает необходимый уровень интраоперационных профилактических мер несостоятельности панкреатикоэнтероанастомоза.

ВЫЯВЛЕНИЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОПРЕДЕЛЯЕМЫХ ПРИ БАКТЕРИЕМИИ МИКРООРГАНИЗМОВ И АНАЛИЗ ИХ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ И РЕЗИСТЕНТНОСТИ К РАЗЛИЧНЫМ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ

Мартынюк С.А., Тайрова Е.Ш.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра педиатрии №1

Научный руководитель – ассист. Дагаева А.А.

В современный период отмечается рост количества штаммов микроорганизмов, устойчивых к существующим антибактериальным препаратам (АБП). Следовательно, анализ чувствительности и резистентности возбудителя заболевания необходим для рационального выбора антибиотика в различных клинических ситуациях. Резистентность микроорганизмов бывает естественной и приобретенной. Актуальной проблемой является приобретенная резистентность, характеризующаяся способностью отдельных штаммов бактерий сохранять жизнеспособность при концентрациях антибиотиков, подавляющих основную часть микробной популяции. Появление и распространение приобретенной резистентности составляет основную клиническую проблему, поскольку ее наличие у конкретной бактерии-возбудителя инфекционной болезни трудно прогнозировать.

Целью работы явилось выявление наиболее часто определяемых при бактериемии микроорганизмов и определение их чувствительности и резистентности к различным АБП.

Работа была проведена на базе УЗ «ГОДКБ» и КДЛ УЗ «ГОКБ» на бактериологическом анализаторе ВАСТЕС. Нами проанализирована 91 история болезни детей 2006 – 2009 года рождения с подозрением на бактериемию, проходивших лечение в соматических отделениях стационара. Возрастные группы были представлены детьми от 0 до 7 дня жизни – 22,0%, 8 – 28 дней жизни 40,7%, 29 – 180 дней 30,8% и более 180 дней жизни 6,5%. Из них девочек было 28 (30,8%), мальчиков – 63 (69,2%). С наибольшей частотой в диагнозе фигурировали такие заболевания, как – пневмония 56,1%, менингит 16,5%, остеомиелит 5,5%, из них у 18,7% имелись врожденные пороки развития, а у 67,0% установлена врожденная инфекция.

Наиболее часто высеваемыми из крови микроорганизмами явились *Staphylococcus epidermidis* у 17,6% обследованных, *Staphylococcus haemolyticus* у 14,3% и *Bacillus cereus* у 13,2%. Все названные микроорганизмы были чувствительны к тетрациклину (в 71% – 100%), причем чувствительность повышалась при более высоких цифрах АСТ ($p=0,009$), рифампицину (в 84% -100%) с увеличением его эффективности при лимфоцитозе ($p=0,08$), а также к линезалиду и гликопептидам (в 100% случаев). Тогда как к пенициллинам, цефалоспорином, аминогликозидам,

фторхинолонам, карбопенемам, сульфаниламидам, макролидам выделенные микроорганизмы оказались резистентны (от 80% до 100% случаев).

Таким образом, нами определены наиболее вероятные микроорганизмы, способные вызывать бактериемию и спектр их чувствительности. На основании полученных данных можно сделать вывод о наибольшей эффективности тетрациклина, рифампицина, линезалида и группы гликопептидов при эмпирическом назначении антимикробной терапии при подозрении на бактериемию.

Литература:

1. Орехов, К.В. Внутриутробные инфекции и патология новорожденных / К.В. Орехов. – Москва, 2002. – 156 с.

2. Цинзерлинг, В.А. Перинатальные инфекции (вопросы патогенеза, морфологической диагностики и клинико-морфологических сопоставлений): практ. руководство / В.А. Цинзерлинг, В.Ф. Мельникова. – Санкт-Петербург, 2002. – 195 с.

ВЛИЯНИЕ ЛАКТАТА В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ НА НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЕ И ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Маслова В.Т.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра педиатрии № 2

Научный руководитель – асс. Гурина Л.Н.

Гипоксия – это патологическое состояние, которое возникает в результате недостаточного поступления в организм кислорода. Лактат определяет тяжесть гипоксии. Молочная кислота (лактат) – это конечный продукт анаэробного обмена глюкозы, которая образуется при недостаточном содержании кислорода [1]. При полноценном снабжении кислорода тканями лактат разрушается до нейтральных продуктов и выводится из организма. В условиях гипоксии лактат накапливается и нарушает процесс тканевого дыхания, вызывая патологические изменения в органах и системах.

Целью нашей работы являлось изучение влияния уровня лактата капиллярной крови в неонатальном периоде на дальнейшее физическое и нервно-психического развитие детей первого года жизни.

Проведен анализ 33 медицинских карт стационарного больного, 33 амбулаторных карт развития ребенка, родившихся в 2007–2008 годах и проживающих в городе Гродно. Исследованы основные параметры нервно-психического и физического развития младенцев на первом году жизни. В зависимости от уровня лактата в капиллярной крови (7-10 сутки жизни) дети были разделены на 3 группы: 1-ю группу (n=20) составили новорожденные с уровнем лактата до 2,2 ммоль/л, во 2-ю группу включили детей (n=10) с содержанием лактата от 2,3 до 8,0 ммоль/л и 3-ю группу сформировали из младенцев (n=3), уровень лактата у которых был выше 8,0 ммоль/л. Статистическую обработку данных осуществляли с помощью пакета прикладных программ Statistica 6,0. Сравнение качественных признаков в двух группах проводилось при помощи точного критерия Фишера (двусторонний тест).

Гестационный возраст детей трех групп колебался от 37 до 39 недель. Все дети родились с оценкой по шкале Апгар на 1-й минуте 8 баллов, на 5-й минуте 8 баллов, 2 младенца (1 из 1-й и 1 из 2-й группы) на 5-й минуте жизни нуждались в респираторной поддержке. При рождении средние показатели физического развития у пациентов 1-й группы составили: масса тела 2740±990 г, длина тела 48,0±7,0 см; во 2-й – масса тела – 3700±740 г, длина тела 51,0±4,0 см, в 3-й масса тела была 4100±540 г, длина тела 56,0±3,0 см, без достоверной разницы по группам (p>0,05). Темпы нарастания массы тела у детей исследуемых групп были практически одинаковыми и к году достигли в 1-й группе – 9690±570 г, во 2-й – 10500±430г, в 3-й – 9150±490 г (p>0,05). Длина тела детей 1-й группы к году достигла 74,0±2,0 см, во 2-й – 76,0±1,8 см, в 3-й – 78,0±1,3 см (p>0,05). На первом году жизни у 13 детей из 1-й группы, 4-х из 2-й и всех детей из 3-й отмечались нарушения центральной нервной