

нормальной температурой тела, дыхательной недостаточностью 1 степени, сухими «свистящими» хрипами при аускультации.

#### **Список литературы:**

1. Острые респираторные заболевания у детей: пособие для врачей / С.О. Ключников [и др.]. – М., 2009. – 35 с.
2. Синдром бронхиальной обструкции у детей раннего возраста с респираторными инфекциями различной этиологии: особенности клинических проявлений и иммунного ответа / В.К. Котлуков [и др.]. // Педиатрия. – 2006. – № 3. – С. 14-21.
3. Овсянникова, Е.М. Бронхообструктивный синдром инфекционного генеза у детей / Е.М. Овсянникова // Педиатрия. - Приложение к Consilium Medicum. – 2005. – № 2, Т. 7. – С. 33-35.
4. Мачулина, Л.Н. Хронические расстройства питания у детей первого года жизни: учеб. пособие / Л.Н. Мачулина, Н.В. Галькевич. – Мн.: БелМАПО, 2002. – 40 с.

### **КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ДИАГНОСТИКА СЕПСИСА У ДЕТЕЙ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Сергиенко В.К., Кухарчик Н.А., Пригон К.С.*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,  
кафедра анестезиологии и реаниматологии, Гродно, Беларусь

**Введение.** Педиатрический сепсис, рассматривается как тяжёлое состояние, которое возникает в результате инфицирования организма бактериями, вирусами, грибами или паразитами. Врачи по-прежнему сталкиваются со значительными трудностями при лечении пациентов данной патологии. Тяжелый сепсис и септический шок до сих пор остается одной из основных причин смертности детей в отделениях анестезиологии и реанимации, несмотря на достигнутые успехи в терапии и диагностике сепсиса в мире [1].

У большинства детей во всем мире, наиболее частыми причинами бактериального сепсиса являются: *H influenzae type b (Hib)*, *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis*, и *Salmonella species*. В Соединенных Штатах Америки и в других развитых странах преобладают *E coli*, *S aureus*, *S pneumoniae*, и *N. meningitidis predominate* [2].

**Задачи и методы исследования.** Целью настоящего исследования было установление клинико-эпидемиологических особенностей течения сепсиса у детей на современном этапе. Дизайн исследования – эпидемиологическое, ретроспективное. В качестве источника информации использовались данные «Медицинских карт стационарного пациента» № 003/у-07 детей находящихся на лечении в УЗ «Гродненская областная инфекционная клиническая больница» с диагнозом сепсис за последние 10 лет. Статистический анализ проводился с использованием компьютерной программы Excel (Microsoft Software, USA).

**Результаты и их обсуждение.** В ретроспективном исследовании, при анализе карт стационарного пациента 49 детей, госпитализированных в отделение реанимации и интенсивной терапии УЗ «ГОИКБ» с диагнозом

сепсис, установлено, что из районов области доставлено 28 (13,7%) пациентов по направлению врачей центральных районных больниц, непосредственно из города поступил 21 (10,3%) ребенок. По гендерному признаку дети распределились: мальчики 31 (63,3%), девочек 18 (36,7%). Возраст пациентов колебался от 15 дней до 16 лет. До 1 года в инфекционный стационар поступило 34 пациента (69,4%), в том числе 14 детей (28,6%) до 1 месяца. В возрасте от 1 года до 5 лет госпитализировано 9 детей (18,4%) и от 6 до 16 лет – 6 детей (12,2%). Продолжительность заболевания до поступления в стационар варьировала от нескольких часов до 40 дней. Длительность заболевания до поступления в больницу составила: в течение первого дня госпитализировано 12 детей (24,5%), от 2 до 5 дней – 23 пациента (46,9%), от 6 до 10 дней – 5 человек (10,2%), от 11 до 20 дней – 5 пациентов (10,2%), от 21 до 40 дней – 4 (8,2%) ребёнка. Пик госпитализации пациентов с сепсисом пришелся на весенний период – 17 человек (34,7%), в зимний – 12 (24,5%), в летний период – 11 (22,4%), в осенний – 9 (18,4%). В большинстве случаев диагноз сепсис выставлен в течение первых трёх суток после госпитализации, что говорит в пользу своевременной диагностики критических состояний.

При анализе клинической картины выявлено, что у 42 (85,7%) пациентов заболевание начиналось остро с поднятия температуры тела. С жалобами на вялость, снижения аппетита, слабость поступило 13 (26,5%) пациентов, у 10 (20,4%) человек отмечался кашель, 8 (16,3%) детей поступило с сыпью различного характера и 4 (8,2%) младенцев развился генерализованный судорожный припадок. В симптоматике клинических проявлений у детей раннего возраста в большинстве случаев доминировали симптомы менингита и менингоэнцефалита (12,3%), у 8,8% детей наблюдались признаки пневмонии. В 7,2% случаев сепсис протекал на фоне острого энтероколита, и в 4,5% в патологический процесс были вовлечены практически все органы и системы. Средняя длительность пребывания в стационаре составила 17,08 дней. Среди всех госпитализированных пациентов с сепсисом 6 (12,2%) человек нуждались в искусственной вентиляции лёгких.

Этиологическая картина сепсиса, основываясь на данные посева крови на флору и чувствительность к антибиотикам, представлена: *St. Pneumonia* (3), *N. meningitidis* (2), *St. hominis* (1), *St. haemolyticus* (1), *Kocuria varians* (1), *Burkholderia cepacia* (1), *S. enteritidis* (1), *Citro freundii* (1), грамотрицательная палочка, неферментирующая (1), и в 26 исследованиях кровь была стерильна. Анализ ликвора показал рост: *Diplococcus* (1), *Streptococcus* (1), *Acinetobacter lowoffi/haemolyticus*, *micrococcus* (1), *H. influenzae* (1), *St. pneumoniae* (1), *N. meningitidis* (1). При исследовании мокроты выделены: *Candida albicans* (2) и *St. pneumoniae* (2). В мазке со слизистой задней стенки глотки обнаружены: *St. aureus* (3), *St. pneumoniae* (1). Исследование мочи выявило: *Streptococcus* (1), а при посевах кала выделены: *Candida albicans* (4), *St. aureus* (1).

#### **Выводы:**

1. Клиническая картина сепсиса на современном этапе характеризуется выраженной интоксикацией (85,7%), а также симптомами менингоэнцефалита (12,3%).

2. Необходимо постоянное эпидемиологическое наблюдение внутри

лечебно-профилактических учреждений с эпидемиологическим анализом результатов этого наблюдения и проведение на основе эпидемиологической диагностики целенаправленной антибактериальной терапии для повышения качества медицинской помощи.

#### **Список литературы:**

1. Patient and Hospital Correlates of Clinical Outcomes and Resource Utilization in Severe Pediatric Sepsis. / Folafoluwa O [et al.] // Pediatrics. – 2007. – Vol. 119. – P. 487-494.
2. Changing epidemiology of bacteremia in infants aged 1 week to 3 months / Greenhow TL [et al.] // Pediatrics. – 2012. – Vol. 129 – P. 590.

### **ПРИМЕНЕНИЕ НЕИНВАЗИВНОЙ МАСОЧНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЁГКИХ У ДЕТЕЙ: ОСОБЕННОСТИ И РЕЗУЛЬТАТЫ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

*Сергиенко В.К., Бусел Я.В., Клочко А.И. \*, Кажина В.А. \**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,  
кафедра анестезиологии и реаниматологии, Гродно, Беларусь

\*УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница», Гродно, Беларусь

**Введение.** Неинвазивная вентиляция лёгких является новым видом респираторной поддержки в педиатрической практике, которая все чаще используется при различных типах дыхательной недостаточности [1]. Внедрение данного метода в лечебный процесс, направленного на увеличение функциональной остаточной емкости лёгких, снижения дыхательной работы со стабилизацией газообмена, является актуальным на сегодняшний день [2]. Данный метод позволяет произвести раннюю экстубацию пациента и уменьшить количество осложнений, связанных с длительной интубацией. Целью исследования было определение эффективности неинвазивной масочной вентиляции лёгких (НМВЛ) по сравнению с применением кислородной маски у пациентов с различными типами дыхательной недостаточности.

**Объект и методы исследования.** В качестве источника информации использовались данные «Медицинских карт стационарного пациента» форма № 003/у-07 детей, находящихся на лечении в УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница». НМВЛ осуществлялась при помощи аппарата ИВЛ Hamilton C<sub>2</sub> с режимом NIV, с помощью цельной полнолицевой маски NovaStar TS с клапаном для предотвращения асфиксии (AAV). Использовались определённые размеры – S, M и L в зависимости от возраста пациента. Устанавливались параметры респираторной механики (P<sub>под.</sub>, PEEP/CPAP, F<sub>триг.</sub>, FiO<sub>2</sub>), контролировались показатели газообмена (SpO<sub>2</sub>, pO<sub>2</sub>, pCO<sub>2</sub>), капнографии (EtCO<sub>2</sub>) и гемодинамики (АД сист., АД диаст., АД ср., ЧСС). Статистический анализ полученных данных проводился с использованием программы статистической обработки материала STATISTICA 10.0 («StatSoft», США).

**Результаты и их обсуждение.** Было проанализировано 22 карты стационарного пациента детей, находившихся в отделении анестезиологии и реанимации УЗ «ГОДКБ», после торакальных операций. По гендерному признаку дети распределились следующим образом – 19 мальчиков и 3 – девочки. Средний возраст 14,8±1,7 лет. Пациенты были разделены на 2 группы, первая группа – 9