

«ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ СЕПСИС»: РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ

Ханова И. М.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Сатвалдиева Эльмира Абдусаматовна
Кафедра анестезиологии и реаниматологии, детской анестезиологии и реаниматологии
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Контактная информация: Ханова Ирода Маруфхоновна — студентка 5 курса, 2 педиатрический факультет.
E-mail: iroda.kh@mail.ru

Ключевые слова: сепсис, органная дисфункция, дети.

Актуальность исследования: сепсис, как жизнеугрожающая проблема современной медицины, неоднократно пересматривался международными медицинскими сообществами на протяжении последних 3-х десятилетий (Сепсис-1-Сепсис-2-Сепсис-3), менялись дефиниции, подходы к ранней диагностике и интенсивной терапии, разрабатывались оценочные шкалы тяжести и прогноза при сепсисе [1, 3]. Все изменения касались в основном взрослых пациентов и в меньшей степени детей [2].

Цель исследования: оптимизация диагностики и схем патогенетической интенсивной терапии хирургического сепсиса у детей.

Материал и методы: проведен ретроспективный анализ 73 историй болезни детей с хирургическим сепсисом, находившихся на лечение в ОРИТ клиники ТашПМИ (2018-2020). Изучены результаты клинико-лабораторных (прокальцитонин, С-реактивный белок, тромбоциты, общий белок, лейкоциты, креатинин, газы крови, электролиты) и инструментальных исследований. Средний возраст детей $6,4 \pm 1,5$ лет. ИВЛ осуществлялась 27 пациентам (36,9%).

Результаты: учитывали объективные показатели органной дисфункции (ОД) в 100% случаев. Лабораторные признаки ОД: гипоксия, гиперкарбия, ацидоз, изменение кривой SpO_2 , гипертрасфераземия, гипергликемия, гипогликемия. В оценке СВР у детей ведущими являлись лабораторные показатели: лейкоцитоз $> 15 \times 10^9/\text{л}$, лейкопения $< 5 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилез $> 6 \times 10^9/\text{л}$, нейтропения $< 1,5 \times 10^9/\text{л}$, юные формы нейтрофилов $> 1,5 \times 10^9/\text{л}$, токсическая зернистость нейтрофилов, уровень СР-белка > 6 мг/л, уровень прокальцитонина > 2 нг/мл. Анализ результатов микробиологического исследования показал, что из дренажей высевалась в 57% случаях *Kl.Pneumonia*, в 49% *P. Aeruginosa*, в 27% *St.Aureus*. Из альвеолярного аспирата — *Kl.Pneumonia* — 51%, *P. Aeruginosa* — 45%, *St.Aureus* — 32%, *Pneumococcus* — 17%. В целом, при суммировании полученных результатов из других биологических сред больного, представители *Gr⁻* флоры (*Enterobacteriaceae*, *Pseudomonas*, *Kl.Pneumonia*) явились основными возбудителями сепсиса в 47,6% случаев, *Gr⁺* (*St. aureus*, *Enterococcus*, *Pneumococcus*) — в 30%, полимикробной — в 21,8%.

Расчет ИТ в среднем, 4–6 (4+2) мл/кг/час. Применялись кристаллоиды (Рингера лактат, 0,9% раствор натрия хлорида), а также коллоиды (альбумин) до достижения АД $\text{ср} \geq 60$ мм рт. ст., ЦВД 8 мм рт. ст. (1В). При жидкостно-рефрактерном шоке (если циркуляция не восстанавливалась после 3-х болюсов по 20 мл/кг) подключали допамин, адреналин, норадреналин (1С). Гидрокортизон 1–2 мг/кг/сут внутривенно, при резистентности к катехоламинам. С 4 дня болезни — в/в иммуноглобулин Биовен в дозе 0,4 г/кг/сутки, показал относительную стабилизацию клинических проявлений сепсиса через несколько дней интенсивной терапии.

Выводы: эффективность ранней диагностики и комплексной интенсивной терапии хирургического сепсиса у детей отмечена в 86,3% случаях. Прогрессирование органной дисфункции с развитием летального исхода, несмотря на патогенетическую интенсивную терапию, выявлено в 13,7% случаях.

Литература

1. Rudnov V.A., Kulabukhov V.V. Sepsis and teragnostics on the way to personalized medicine. Bulletin of Anesthesiology and Reanimatology. 2015. –№ 6. –page. 60–67.
2. Souza DCde, Brandão MB, Piva JP. From the International Pediatric Sepsis Conference 2005 to the Sepsis-3 Consensus. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, 2018; 30(1):1-5. <https://doi.org/10.5935/0103-507x.20180005>
3. Vincent J.L., Beumier M. Diagnostic and Prognostic Markers in Sepsis Expert Rev. Antiinfect. Ther. 2013. Vol. 11. P. 265– 275.