

Мательский Н. А.

ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ СЕПСИС У ПАЦИЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Научные руководители канд. мед. наук, доц. Кулагин А. Е.,

канд. мед. наук, доц. Горбич Ю. Л.

Кафедра детской анестезиологии и реаниматологии

Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск

Актуальность. Сепсис является серьезной проблемой в системе здравоохранения. С течением времени определения сепсиса неоднократно претерпевали изменения, однако в 2016 году было принято, что сепсис – это жизнеугрожающее нарушение функции органа(ов), вызванное дисрегуляторным ответом на инфекцию. Смертность от данной патологии может достигать 60-80%. Актуальность проблемы сепсиса также обусловлена тем, что у больных с клиническими проявлениями сепсиса, бактериемия обнаруживается лишь в половине случаев, что в значительной мере затрудняет его диагностику.

Цель: установить прогностически неблагоприятные клинико-лабораторные критерии, а также структуру этиологии сепсиса у хирургических пациентов с гнойно-септическими осложнениями.

Материалы и методы. Объект исследования – 30 пациентов с диагнозом сепсис, которые находились в отделении интенсивной терапии и реанимации (далее – ОИТР) двух детских учреждений здравоохранения г. Минска с 2010 по 2018 год. Статистическая обработка данных проводилась в программе Statistica 10.0 с использованием критерия Манна-Уитни. Указанные ниже различия между исследуемыми группами были статистически достоверны ($p < 0.05$).

Количество мальчиков и девочек среди пациентов, включенных в настоящее исследование, было равным (по 15 человек). По возрастному показателю: новорожденные – 14 пациентов (46,7%), дети первого года жизни – 10 (33,3%), старше года – 6 (20,0%), медиана по возрасту=30 (1;210) дней. По весу 10 (33,3%) пациентов родились недоношенными, самый низкий вес в исследуемой выборке составил 780 г, медиана по весу – 3125 (1850;4400) г. Первичный очаг: абдоминальный – 16 (53,3%), криптогенный – 10 (33,3%), инфекция области хирургического вмешательства – 2 (6,7%), мочевыводящие пути – 2 (6,7%).

Результаты и их обсуждение. В первой группе (сепсис) медиана по количеству тромбоцитов – 211 (127,5;322) $\times 10^9$ /л, медиана среднего объема тромбоцитов (Mean Platelet Volume (MPV)) – 10,5 (10,3;11,0) fl. Медиана по весу – 3600 (2500;11000) г. Во второй группе (септический шок) медиана по количеству тромбоцитов – 76,5 (68,2;121,3) $\times 10^9$ /л, медиана MPV – 11,0 (10,3;11,8) fl. Медиана по весу – 1850 (1320;3050) г. В обеих группах преобладали грамотрицательные микроорганизмы, характерным отличием явилось то, что в первой группе (сепсис) на грибковую этиологию пришлось 10,0%, в то же время во второй группе (септический шок) – 26,3%. Для пациентов в благоприятном исходе были получены следующие данные: лактат – 1,6 (1,0;2,1) ммоль/л, С-реактивный белок (СРБ) – 39,9 (21,3; 58,2) мг/л, лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) – 1,2 (0,8;2,2), активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ) – 36,7 (29,8;41,4) с, международное нормализованное отношение (МНО) – 1,3 (1,1;1,6). Для пациентов с неблагоприятным исходом: лактат – 4,4 (3,7;5,6) ммоль/л, СРБ – 78,3 (75,6;109,4) мг/л, лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) – 3,4 (2,3; 5,4), АЧТВ – 57,5 (41,5;93,3) с, МНО – 1,7 (1,2;3,0).

Выводы. Выявлено, что в развитии сепсиса и септического шока у детей, госпитализированных в хирургические стационары, чаще является грамотрицательная флора. Более высокие значения СРБ, ЛИИ, АЧТВ, МНО, а также длительное течение септического процесса, сопровождаемое высокими значениями лактата, вне зависимости от наличия либо отсутствия артериальной гипотензии, приводит к неблагоприятному исходу. Для пациентов с септическим шоком характерны более низкие значения количества тромбоцитов, большее значение MPV и меньшая масса пациента на момент поступления.