

Кендыш А.Д.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СЕПСИСА У ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Научные руководители: ст. преп. Шматова А.А.¹, Солоненко Д.А.²

Кафедра анестезиологии и реаниматологии

¹Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

²ГУ «Республиканский научно-практический центр детской онкологии, гематологии и иммунологии», г. Минск

Актуальность. Сепсис у педиатрических пациентов является одной из главных причин внутрибольничной летальности, причем к этому приводит поздняя диагностика и, соответствующее, запоздалое начало терапии. При этом среди данных пациентов можно выделить особую группу: дети с онкогематологическими заболеваниями, которые, в связи со специфической иммуносупрессивной терапией, имеют высокий риск по развитию сепсиса.

Цель: изучить клинико-лабораторные особенности течения сепсиса у онкогематологических пациентов.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ 38 историй болезней пациентов находившихся на лечении на базе ГУ «РНПЦ детской онкологии, гематологии и иммунологии» в отделении анестезиологии и реанимации (ОРИТ) в период с 1 января 2023 года по 30 ноября 2023 года.

Критерии включения: наличие 2 и более баллов по шкале SOFA/pSOFA у пациентов с химиоиндуцированной фебрильной нейтропенией.

Статистическая обработка проводилась с помощью Microsoft Excel 2010 и STATISTICA (v.10.0). С целью сравнения двух исследуемых групп между собой применялся критерий Манна-Уитни, различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Структура распределения по заболеваниям: гемобластозы - 28 (74 %), первичные иммунодефициты - 3 (8%), солидные опухоли - 7 (18 %). Половая структура: женский пол-37 % (n=14), мужской-63 % (n=24).

Результаты и их обсуждение. Средняя длительность пребывания в ОРИТ (Me) – 6,5 [4;18] дней. Летальный исход – n=10 (26,3%), причем летальность у пациентов до года составила 100 % (n=4). У 7 из 10 (70%) пациентов с неблагоприятным исходом клиника септического шока развилась в течение первых суток.

Чаще высевалась грамотрицательная флора, в которой преобладала *Klebsiella pneumoniae* с экстремальной резистентностью (XDR). Из грамположительной флоры чаще высевался метициллин-устойчивый *Staphylococcus spp.*

Полученные данные по уровню ЛДГ между выжившими и умершими статистически значимо отличались: благоприятный исход - 274,4 [74,4;610,4] МЕ/л, при этом у пациентов с неблагоприятным исходом - 308,9 [95;4020] МЕ/л, $p < 0,05$. Уровень HCO_3^- : неблагоприятный исход – 19,3 [18,3;22,0] ммоль/л, благоприятный – 21,9 [19,5;25,9] ммоль/л, $p < 0,05$. Уровень АВЕ у лиц с неблагоприятным исходом составил -6,7 [-7,8; -4,2] ммоль/л, благоприятный – -1,9 [-4,9;1,7] ммоль/л, $p < 0,05$. Значения уровня прокальцитонина (ПКТ), СРБ и лактата на момент перевода в ОРИТ по поводу развившегося сепсиса статистически значимо не отличались в зависимости от исхода. Значение ПКТ: умершие - 2,3 [0,7;13,5] нг/мл, выжившие – 0,7[0,2;3,4] нг/мл, $p \geq 0,05$. Уровень СРБ: неблагоприятный исход – 21,8 [0,5;26,9] мг/дл, благоприятный - 10,4 [3,3;24,0] мг/дл, $p \geq 0,05$. Лактат: неблагоприятный исход – 2,2 [1,3;4,7] ммоль/л, благоприятный – 2,3 [1,5;3,4] ммоль/л, $p \geq 0,05$.

Выводы. Наиболее частыми микроорганизмами при бактериальном исследовании биологических сред (кровь, лаваж, моча) являлись: XDR *Klebsiella pneumoniae* и метициллин-устойчивый *Staphylococcus spp.* Предикторами неблагоприятного исхода являются: возраст до 1 года, развитие септического шока в течение первых суток с момента поступления в ОРИТ, более высокие значения ЛДГ и HCO_3^- , более выраженный дефицит оснований (АВЕ).