

у 1 (8,33 %) — кишечный сепсис. Самым распространенным осложнением является вторичная артериальная гипертензия на фоне ОПП или хронической болезни почек (в 58,3 % случаев). В г. Молодечно у 4 из 5 пациентов (80 %) развилась острая почечная недостаточность, у 3 (60 %) развился ДВС-синдром.

Сроки нахождения пациентов в отделении анестезиологии и реаниматологии г. Гомеля составили в среднем 8,25 дней. В г. Молодечно сроки значительно меньше — 1,2 дня.

Во 2-ю городскую клиническую больницу г. Минска были переведены все пациента из г. Молодечно (100 %), из г. Гомеля было переведено 4 (33,3 %) ребенка.

В осенне-зимний период болезнь проявилась у 10 (58,8 %) пациентов из общего числа изученных, у 7 (41,2 %) — в весенне-летний период.

Выводы

Исходя из полученных результатов, можно сделать выводы, что как в г. Гомеле так и в г. Молодечно чаще болеют мальчики. Средний возраст в двух выборках младше 5 лет. Острая почечная недостаточность развилась у 11 (91,67 %) детей в г. Гомеле, у 4 из 5 пациентов (80 %) в Молодечно. Но при этом в городе Молодечно не успевала развиваться вторичная артериальная гипертензия на фоне поражения почек. Среднее нахождение в ОАиР г. Гомеля в 6,875 раз выше, чем в г. Молодечно. Во 2-ю городскую клиническую больницу г. Минска были переведены все пациента из г. Молодечно (100 %), из г. Гомеля было переведено 4 (33,3 %) ребенка. Пик заболеваемости в двух городах приходится на осенне-зимний период.

Тем самым рассмотрев одно заболевание, но в разных городах, можно заметить как схожесть: пол, возраст, пик заболеваемости в зависимости от времени года, а так же типичное поражение почек при гемолитико-уремическом синдроме. Но также можно выявить и различия: сроки нахождения в ОАиР, развитие ДВС-синдрома и вторичной артериальной гипертензии.

В связи с тем, что в г. Минске и Минской области (в том числе в городе Молодечно) заболеваемость встречается чаще, чем в г. Гомеле и Гомельской области, диагностика заболевания и постановка диагноза «Гемолитико-уремический синдром» осуществляется на ранних этапах. Это позволяет провести своевременную терапию во 2-й городской клинической больнице г. Минска, что значительно улучшает прогноз заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гребенникова, В. А. Анестезиология и интенсивная терапия в педиатрии / В. А. Гребенникова; под ред. В. А. Михельсона, В. А. Гребенникова. М.: ИЛ, 2016. 512 с.
2. Запруднов, А. М. Детские болезни: в 2 т. / А. М. Запруднов, К. И. Григорьев, Л. А. Харитоновна. М.: Высш. шк., 2016. Т. 2. 764 с.
3. Запруднов, А. М. Педиатрия с детскими инфекциями / А. М. Запруднов, К. И. Григорьев. М.: СИНТЕГ, 2016. 572 с.

УДК 616.8-052:614.212

ОЦЕНКА НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Дервянко Д. Д., Нестеров В. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. Н. Усова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Оценка функционального состояния организма в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии является неременным условием адекватно-

сти терапии, но в большинстве отделений мониторинг ограничивается параметрами артериального давления, частоты сердечных сокращений, записью ЭКГ, и крайне редко используются количественные методы оценки неврологического статуса [1]. В то же время именно адекватность функционирования центральной нервной системы, которая клинически проявляется различными уровнями бодрствования, является результирующей реакцией организма на любое патологическое или лечебное воздействие.

Оценка функционирования центральной нервной системы позволяет объективизировать глубину воздействия критического состояния на церебральный гомеостаз, динамику состояния и качество терапии. Длительная депрессия сознания пациентов, перенесших критическое состояние различной этиологии, является плохим прогностическим признаком. Она свидетельствует о выраженности расстройств интегративной деятельности мозга, являющиеся маркером тяжелой степени течения фоновой соматической патологии (в том числе синдрома полиорганной недостаточности [2]). Не смотря на обилие инструментальных и лабораторных методов диагностики ведущим критерием оценки неврологического дефицита является нейромониторинг.

Неврологический осмотр — ведущее средство нейромониторинга. Он должен учитывать: Общемозговую и очаговую неврологическую симптоматику, показатели гемодинамики, дыхательные нарушения, температурную реакцию, гомеостатические нарушения. В течение 3–10 минут неврологический осмотр позволяет сформулировать топический диагноз и произвести оценку динамики общемозговой и очаговой неврологической симптоматики.

Своевременная и полная оценка сознания (реакция на обращенную речь, выполнение инструкций), реакций на болевые и струйные раздражения лица и роговиц, стволовых рефлексов, рефлекторно-двигательной сферы, дислокационной и менингеальной симптоматики — является одним из наиболее сложных и важных методов диагностики для выбора грамотной тактики ведения пациента с неврологическим дефицитом в отделении реанимации и интенсивной терапии [3].

Цель

Провести сравнение объективных данных лабораторно-инструментальных результатов с показателями нейромониторинга в условиях динамического контроля клинической картины реанимационных пациентов неврологического профиля с последующей оценкой эффективности нейромониторинга на современном этапе.

Материал и методы исследования

На базе Гомельского областного клинического госпиталя инвалидов Отечественной войны в отделении «Анестезиологии и реанимации» и блока интенсивной терапии отделения «Неврологии № 1» был проведен нейромониторинг пациентов.

Неврологический осмотр включал: оценку сознания (реакция на обращенную речь, выполнение инструкций), реакция на болевые и струйное раздражение лица и роговиц, оценку стволовых рефлексов, рефлекторно-двигательную оценку, оценку дислокационной и менингеальной симптоматики.

Результаты исследования и их обсуждение

Был произведен сравнительный анализ полученной информации инструментально-лабораторных методов исследования и неврологического осмотра. Данные инструментально-лабораторных методов исследования (такие как ОАК, БХ, МРТ головного мозга, ЭКГ, СМАД) позволяют установить неврологическую патологию и выявить возможные патогенетические звенья острого неврологического дефицита. Однако данные, полученные этими методами не способны отражать динамику неврологического дефицита на фоне интенсивной терапии (рисунок 1). На графике представлено сравнение изменчивости показателей нейромониторинга и инструментально-лабораторных методов исследования,

где шкала от 0 до 10 — отражение динамики показателей на разных этапах интенсивной терапии.

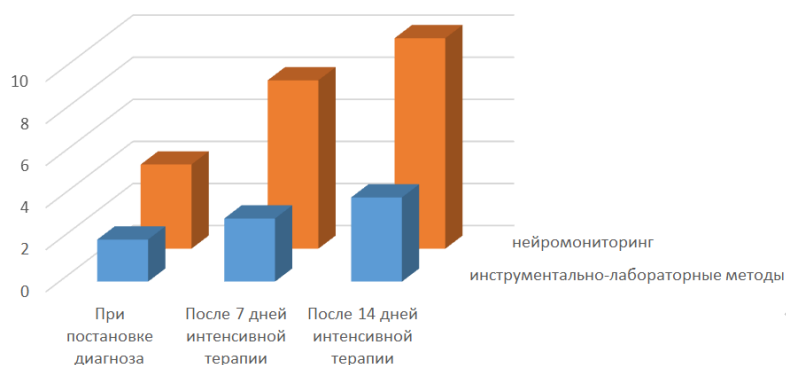


Рисунок 1 — Сравнение изменчивости показателей на разных этапах интенсивной терапии

Выводы

Несмотря на современные технологические возможности динамическая неврологическая оценка продолжает оставаться одним из наиболее простых и самое главное достоверных способов мониторинга адекватности интенсивной терапии. Данные инструментальных методов всегда должны рассматриваться только в сопоставлении с клинической картиной.

При эффективности лечебных мероприятий повышается уровень бодрствования, регрессируют двигательные нарушения, восстанавливаются функции черепных нервов, что непосредственно регистрируется благодаря нейромониторингу.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пирадов, М. А. Пути развития современной нейрореаниматологии / М. А. Пирадов, В. В. Мороз // Вестник РАМН. 2012. № 9. С. 27–30.
2. Петриков, С. С. Современные технологии нейромониторинга при внутричерепном кровоизлиянии / С. С. Петриков, В. В. Крылов // Украинский нейрохирургический журнал. 2007. № 4. С. 65–69.
3. Беневоляская, Н. Г. Мониторинг расстройств сознания и современные методы их коррекции в отделении реанимации и интенсивной терапии / Н. Г. Беневоляская, С. А. Румянцева // Атмосфера. Нервные болезни. 2004. № 1. С. 36–38.

УДК 616-001-053.2(476.2)

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДЕТСКОГО ТРАВМАТИЗМА ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

**Завадская А. М., Крупень Н. М., Ромачко В. В.,
Карсюк А. А., Винник А. В., Трач О. В.**

**Научный руководитель: Г. В. Дивович
Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

На сегодняшний день детский травматизм является одной из актуальных проблем современного мира.

Ежедневно во всем мире жизнь более 2000 семей омрачается из-за гибели ребенка по причине неумышленной травмы или «несчастливого случая», которые можно было бы предотвратить. Ежегодно по этой причине погибает более 1 млн детей и молодых людей моложе 18 лет. Это означает, что каждый час ежедневно гибнет более 100 детей [1].