

Данные таблицы отображают, что риски возникновения ТЭО соответствуют срокам выполнения операции. У пациентов, которым выполнили операцию на 3-е сутки, шанс возникновения ТЭО в 2 раза больше, чем у тех, кому операция была выполнена в 1-е сутки после получения травмы.

Выводы

1. Частота возникновения ТЭО у пациентов с переломами проксимального отдела бедренной кости составляет 32 % случаев независимо от способа лечения перелома проксимального отдела бедренной кости.

2. Чаще ТЭО развиваются у лиц преклонного и старческого возраста (78,6 %) что вероятно связано с тяжелым преморбидным фоном и изначальной гиподинамией пациентов.

3. Вероятность развития тромбоземболических осложнений увеличивается, пропорционально времени от момента получения травмы до выполнения операции. ТЭО чаще развиваются, если операционное пособие выполнено спустя 3–10 дней после получения травмы. Это связано с патофизиологическими процессами системы гемостаза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тромбоземболические осложнения при лечении проксимальных переломов бедренной кости / С. В. Власов [и др.] // Политравма. 2015. № 1. С. 23–28.
2. Особенности антеградного кровотока и венозные тромботические осложнения у больных с переломами костей голени и бедра / В. В. Писарев [и др.] // Травматология и ортопедия России. 2016. № 2. С. 33–38.
3. Нарушения венозной гемодинамики и тромбоземболические осложнения при остеосинтезе переломов нижних конечностей / В. В. Лукьянов [и др.] // Политравма. 2015. № 2. С. 32–38.

УДК 616.928.8:578.833.2:616.61]-053.2

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ У РЕБЕНКА

Потайчук Ю. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент С. В. Коньков

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) — это природно-очаговое вирусное заболевание, клинически проявляющееся интоксикацией, лихорадкой, явлениями геморрагического диатеза, поражением почек воспалительного характера и нарушением их функций [1].

В последние десятилетия в республике Беларусь отмечается рост числа случаев ГЛПС. Максимальное количество заболевших людей было зарегистрировано в 2013 и 2014 гг. (151 и 84 человека соответственно). В 2018 г. показатель заболеваемости ГЛПС по республике составил 0,65 случаев на 100 тыс. населения с абсолютным количеством заболевших 62 человека (2017 г. — 65 человек). Заболеваемость ГЛПС в Беларуси представлена как спорадическими случаями, так и вспышками [2].

Сложная эпидемиологическая ситуация в РБ, отсутствие тенденции к снижению заболеваемости ГЛПС, течение заболевания с многочисленными и разнообразными клиническими проявлениями и трудности своевременной диагностики заболевания приводят к более поздней госпитализации больных. Тяжесть клинического течения с развитием опасных осложнений, таких как синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС-синдром), острая почечная недостаточность (ОПН) и инфекционно-токсический шок (ИТШ) с до-

статочной высокой летальностью (5,6–15,5 %) определяют актуальность изучения проблемы [3–7].

Цель

Провести анализ клинико-лабораторных данных у ребенка с диагнозом ГАПС, находящегося на стационарном лечении в отделении Анестезиологии и реанимации (ОАиР).

Материал и методы исследования

Проведен анализ истории болезни ребенка, возрастом 4 года с диагнозом ГАПС, находившегося на стационарном лечении в учреждении «Гомельская областная детская клиническая больница». Материалом исследования были клинико-лабораторные данные пациента.

Результаты исследования и их обсуждение

Клинический случай, пациент Р. 4 года, переведен в У «ГОДКБ» из районной больницы с диагнозом — ГАПС, тяжелой степени, осложненная ССВО (острая двусторонняя пневмония, ДНО, тромбоцитопения, анемия тяжелой степени).

Ребенок поступил в отделение анестезиологии и реанимации, где находился с 18.10 по 25.10. В первый день был произведен осмотр дежурным анестезиологом-реаниматологом: состояние на момент осмотра тяжелое за счет общей интоксикации и выраженного болевого синдрома в области поясницы. Сознание ясное, менингеальные знаки отрицательные, при нажатии в заушных областях слева и справа — резкая болезненность. Оценка по шкале ком Глазго — 15 баллов. Судорожная готовность отсутствует; кожные покровы серые, теплые. $T = 36,8 \text{ }^{\circ}\text{C}$. Клиническая картина первого дня (18.10) пребывания в отделении ОАиР была следующей: АД = 90/60, ЧСС = 96, ЧД = 22, $\text{satO}_2 = 97 \%$, $T = 37 \text{ }^{\circ}\text{C}$, суточный диурез — 1500 мл. В качестве лабораторных исследований произведены: общий анализ крови (ОАК), общий анализ мочи (ОАМ), анализ кислотно-основного состояния (КОС) венозной крови, биохимический анализ крови (таблица 1).

Таблица 1 — Динамика показателей ОАК пациента Р

Показатели	18.10	21.10	23.10
СОЭ, мм/ч	18	15	2
WBC, $10^9/\text{л}$	17,3	14,1	19,4
RBC, $10^{12}/\text{л}$	3,6	4,36	5,32
ЦП г/л	0,87	0,8	0,84
Hb г/л	104	124	150
HCT	—	0,34	0,4
PLT, $10^9/\text{л}$	62	77	220
Миелоциты, %			3
Нейтрофилы палочкоядерные, %	3	3	4
Нейтрофилы сегментоядерные, %	60	34	51
Эозинофилы, %	2	3	1
Моноциты, %	2	16	3
Лимфоциты, %	34	44	39

Как мы можем заметить, в первые дни заболевания показатели СОЭ были повышены (СОЭ от 18.10 = 18 мм/ч), а в последующем прогрессивно снижались (СОЭ от 23.10 = 2 мм/ч); Лейкоциты с первого дня заболевания остаются высокими, что соответствует текущему инфекционному процессу. Эритроциты имеют тенденцию к росту с нижней границы нормы для данного возраста (RBC от 18.10 = $3,6 \times 10^{12}/\text{л}$) по приемлемую величину (RBC = $5,32 \times 10^{12}/\text{л}$), однако превышающую верхнюю границу. Гемоглобин на 23.10 составляет 150 г/л, что достигнуто в результате корректирующей терапии с момента поступления пациента. Гемоглобин при поступлении составлял 104,0, что находится за нижней границей нормы. Гематокритное число на всем протяжении заболевания — в пределах нормы. Показатель тромбоцитов на 18.10 составил $62 \times 10^9/\text{л}$, на 23.10 он составил $220 \times 10^9/\text{л}$ (таблица 2).

Таблица 2 — Динамика биохимических показателей пациента Р

Показатели	18.10	21.10	23.10
Мочевина, ммоль/л	6,57	7,35	8,64
Креатинин, мкмоль/л	48,5	35,3	21,9
К, ммоль/л	4,23	3,96	4
Na, ммоль/л	139,4	140	141,9
Cl, ммоль/л	110,4	111,2	111,8
СРБ, мг/мл	126	102,5	11,8
ЛДГ, мкмоль/л	584	498	—
Общий билирубин, мкмоль/л	10,9	9,9	9,5
АсАТ, ЕД/л	34,1	28,4	26,0
АлАТ, ЕД/л	48,9	40,6	24,6
Общий белок, ммоль/л	38,3	40,4	66,4

Показатели ЛДГ и СРБ резко за пределами нормы, что свидетельствует об острой фазе воспалительного процесса. Общий белок на момент поступления резко снижен (общий белок от 18.10 = 38,3 ммоль/л), в результате проведенной терапии общий белок на 23.10 составил 66,4 ммоль/л. Показатели мочевины увеличиваются: (мочевина от 18.10 = 6,57 ммоль/л, мочевина от 23.10 = 8,64 ммоль/л), в то время как креатинин снижается (креатинин от 18.10 = 48,5 мкмоль/л, креатинин на 23.10 = 21,9 мкмоль/л). Показатели электролитов, как и общего билирубина, печеночных трансаминаз — в пределах нормы. Суточный диурез: 18.10 — 1500 мл, 19.10 — 1650 мл, 23.10 — 1080 мл (таблица 3).

Таблица 3 — Динамика показателей КОС пациента Р

Показатели	18.10	22.10
ph	7,259	7,461
pCO ₂	32,9	30,9
pO ₂	57	—
ctHb	87	—
cK	3,7	4,8
cNa	136	137
cCl	113	112
cGLU	3,9	6,2
cLAC	1,3	1,8
ctBil	14	—

Стоит отметить, что данные показатели КОС на момент поступления от 18.10 отражают состояние венозной крови. Показатели ph = 7,259 при нормальных значениях — 7,350–7,450, что свидетельствует об ацидозе, значение pO₂ = 57, что снижено по отношению к норме — 60–100.

Электролиты cK, cNa, cCl — в пределах нормы. Метаболиты cGLU, cLAC, ctBil также нормальны.

Данные КОС от 22.10 относятся к капиллярной крови, и, судя по данным таблицы, все основные показатели скорректированы до нормальных значений.

На основании клинических и лабораторных данных пациенту был выставлен диагноз ГЛПС, тяжелая форма, осложненная синдромом системного воспалительного ответа, двусторонняя интерстициальная пневмония, ДНО, тромбоцитопения, анемия тяжелой степени. После коррекции водно-электролитных, реологических показателей и кислотно-основного состояния, пациент был переведен в педиатрическое отделение.

Выводы

Таким образом, проанализировав историю болезни ребенка с диагнозом ГЛПС, можно сделать вывод о сложности диагностирования данной патологии, крайней тяжести стабилизации пациента и коррекции основных симптомов и

синдромов, затрагивающих все органы и системы, имитируя другие тяжелые заболевания как инфекционной, так и неинфекционной природы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Оценка эпидемиологической ситуации по геморрагической лихорадке с почечным синдромом в мире и России, прогноз на 2020 г. / Т. А. Савицкая [и др.] // Проблемы особо опасных инфекций. 2020. № 2. С.62–70.
2. Вирусные геморрагические лихорадки / Т. Е. Дороженкова [и др.]; под ред. А. В. Лесив. Минск: БГМУ, 2020. 44 с.
3. Мирсаева, Г. Х. Сосудистая стенка и тромбогеморрагический синдром при ГЛПС / Г. Х. Мирсаева, Г. Ф. Амирова, В. Ф. Казанцева // ГЛПС в БАССР: сб. науч. тр. Уфа, 1989. С. 48–52.
4. Фазлыева, Р. М. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом в Республике Башкортостан / Р. М. Фазлыева, Д. Х. Хунафина, Ф. Х. Камилов. Уфа, 1995. 243 с.
5. Федорченко, Ю. А. Сосудистая проницаемость, микроциркуляция и активные вещества у больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом / Ю. А. Федорченко, Б. З. Сиротин, Е. Н. Рожковская // Тер. архив. 1990. № 5. С. 71–74.
6. Фигурнов, В. А. Некоторые особенности и закономерности поражения сердечно-сосудистой системы при тяжелом течении геморрагической лихорадки с почечным синдромом / В. А. Фигурнов, А. А. Жаворонков, А. Б. Пирогов // Тер. архив. 1987. Т. 59, № 8. С. 69–71.
7. Зильбер, А. П. Респираторная медицина: в 3 ч. / А. П. Зильбер. Петрозаводск: Издательство ПГУ, 1996. Ч. 2: Этюды критической медицины. 488 с.

УДК 616-089.5-031.83

ПРОВОДНИКОВЫЕ БЛОКАДЫ КАК КОМПОНЕНТ КОМБИНИРОВАННОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЯХ У ДЕТЕЙ

Розин Ю. Э.¹, Колесников Ю. Г.¹, Лавриненко М. А.¹, Толкачева М. В.¹.

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. Е. Кулагин²

¹Учреждение здравоохранения

«Могилевская областная детская больница»

г. Могилев, Республика Беларусь,

²Учреждение образования

«Белорусская медицинская академия последипломного образования»

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Количество операций в мире на нижних конечностях у детей неуклонно растет. Это связано как с ростом детского травматизма, так и с улучшением диагностики врожденных аномалий опорно-двигательного аппарата. Одной из наиболее сложных проблем оказания помощи детям при ортопедо-травматологической патологии является выполнение эффективной и безопасной анестезии.

Цель

Оценить возможности использования и эффективности проводниковых блокад под контролем УЗИ как компонента анестезиологического обеспечения оперативных вмешательств на нижних конечностях у детей.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ методов анестезиологического обеспечения при ортопедо-травматологических операциях на нижних конечностях за период с 1.01.2016 по 1.01.2021 гг. Общее количество анестезий составило 1913. Из них с применением проводниковых блокад 293 (15 %) анестезии. 102 пациентам проведена многокомпонентная комбинированная анестезия с ИВА. Выполнена 101 блокада седалищного нерва и 99 блокад бедренного нерва. Возраст детей составлял от 1 года до 17 лет (10 (7; 12) лет), масса тела — 33 (24; 49) кг, рост — 142 (123; 157) см. Из них лиц мужского пола было 49 (48 %), лиц женского пола 53 (52 %). Операции выполнялись по поводу травматических повреждений нижних конечностей, плосковальгусной деформации стоп, врожденной косолапости, новообразований (экзостозы бедра, голени, стопы, кист подколенной ямки), ДЦП. Продолжительность операций составляла от 30 мин до 3 часов. При по-