

16], соответственно в основной и контрольной группах, нами были выявлены статистически значимые различия, в сторону меньших значений контрольной группы (критерий Манна — Уитни, $p < 0,05$). Аналогичная зависимость наблюдалась и при оценке количества койко-дней, проведенных в отделении интенсивной терапии, которые составили в основной группе по медиане 9 дней [13; 18] и в контрольной группе 7 дней [3; 10] ($p < 0,05$).

Выводы

1. Введение тоцилизумаба в схему интенсивной терапии ограничивает поражение легочной паренхимы и прогрессирование дыхательной недостаточности, что доказывается уменьшением потребности в применении искусственной вентиляции легких в 3,85 раз, кроме этого пациенты основной группы в 2,2 раза чаще обходились респираторной поддержкой 1 уровня, при этом сатурация статистически значимо была выше, а поток увлажненного кислорода ниже в 2,5 раза ($p < 0,05$).

2. Применение лекарственного средства «Тоцилизумаб» снижает вероятность на развитие острой сердечно-сосудистой недостаточности и на потребность пациентов в вазопрессорной поддержке, что доказывается в 3,3 раза более частым применением вазоактивных лекарственных средств в группе пациентов, не получивших тоцилизумаб по сравнению с группой пациентов, получивших тоцилизумаб ($p < 0,05$).

3. Пациенты основной группы, находились в отделении интенсивной терапии и реанимации в 1,3 раза дольше, чем в контрольной и в 2 раза дольше находились в стационаре, чем пациенты, у которых в интенсивную терапию не включался тоцилизумаб ($p < 0,05$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Teijaro, J. R. Cytokine storms in infectious diseases / J. R. Teijaro [et al.] // Semin Immunopathol. 2017. Vol. 39(5). P. 501–503.
2. BACC Bay Tocilizumab Trial Investigator / J. H. Stone [et al.] // Efficacy of Tocilizumab in patients Hospitalized with Covid-19. Engl J Med. 2020. Vol. 383(24). P. 2333–2344.
3. Interleukin-6 as a therapeutic target / J. F. Rossi [et al.] // Clin Cancer Res. 2015 Mar 15. Vol. 21(6). P. 1248–1257.
4. Procalcitonin. A new diagnostic parameter for severe infections and sepsis / M. Oberhoffer [et al.] // Anaesthesist. 1998 Jul. Vol. 47(7). P. 581–587.

УДК [616.15+616.61]-053.2(476)

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТРУКТУРЫ ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ В ОТДЕЛЕНИИ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАТОЛОГИИ В Г. ГОМЕЛЬ И Г. МОЛОДЕЧНО

Гриневич Ю. Д., Бобрович Г. А.

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Гемолитико-уремический синдром (ГУС) — клинико-лабораторный симптомокомплекс, включающий микроангиопатическую гемолитическую анемию, тромбоцитопению и острое почечное повреждение (ОПП). Пусковым фактором развития заболевания чаще всего служит *Escherichia coli*, продуцирующая шигаподобный токсин (Stx), типичное проявление заболевания — диарея (ГУС Д+), часто кровянистого характера. В 10–15 % случаев ГУС может протекать без диареи (ГУС Д–). ОПН наблюдается в 55–70 % случаев.

ГУС относится к тромботическим микроангиопатиям, характеризующимся тромбозом сосудов почек. Современная классификация исключает понятия ГУС Д+ и Д-, а содержит варианты в зависимости от причины заболевания: типичный (тГУС), атипичный (аГУС).

Клиническая классификация ГУС основана на определении тяжести заболевания: 1) легкая степень — триада симптомов (анемия, тромбоцитопения, ОПП) без нарушений скорости мочеотделения; 2) средняя степень — та же триада, осложненная судорожным синдромом и (или) артериальной гипертензией, без нарушений скорости мочеотделения; 3) тяжелая степень — триада в сочетании с олиго-анурией (или без нее), когда необходима диализная терапия; триада на фоне олигоанурии с артериальной гипертензией и (или) судорожным синдромом, требующая проведения диализа.

Заболеваемость ГУС в Беларуси — одна из самых высоких в Европе: в среднем 4 случая (от 2,7 до 5,3) на 100 тыс. детского населения в возрасте до 5 лет и 1,5 (1–2) младше 15 лет. Наибольшее количество заболевших регистрируют в Витебской, Гродненской и Минской областях; наименьшее — в Брестской и Гомельской.

Цель

Сравнить структуру гемолитико-уремического синдрома у детей, находящихся в отделении анестезиологии и реаниматологии в г. Гомель и г. Молодечно.

Материал и методы исследования

В ходе написания научной работы были использованы истории болезни детей с основным диагнозом «Гемолитико-уремический синдром», в г. Гомель — 12 историй в период с января 2017 г. по декабрь 2021 г., в г. Молодечно — 5 историй в период с января 2012 г. по декабрь 2021 г.

Статистическая обработка данных проведена в программах «Statistica» 6.0 и «Microsoft Excel 2013».

Результаты исследования и их обсуждение

В данном исследовании изучены истории болезни пациентов с основным диагнозом «Гемолитико-уремический синдром», находящихся на лечении в отделении анестезиологии и реаниматологии в г. Гомеле (число пациентов — 12) и г. Молодечно (5 пациентов).

В г. Гомеле из 12 детей 8 (66,67 %) — мальчики и 4 (33,33 %) — девочки. В г. Молодечно — 4 (80 %) мальчика и 1 (20 %) девочка. Данные приведены в таблице 1.

Таблица 1 — Половая структура

Город	Мальчики	Девочки	Всего
Гомель	8 (66,67 %)	4 (33,33 %)	12
Молодечно	4 (80 %)	1 (20 %)	5

Оценив возрастную структуру, можно сказать, что в г. Гомеле пациентами были дети с 9 месяцев до 12 лет, средний возраст при этом составил 4,4 года. В г. Молодечно — с 1 года и 1 месяца до 5 лет, средний возраст составил 2,45 года. Данные приведены в таблице 2.

Таблица 2 — Возрастная структура

Город	До 1 года	1–2 года	2–3 года	3–4 года	4–5 лет	5–6 лет	6–7 лет	7–8 лет	8–9 лет	9–10 лет	10–11 лет	11–12 лет
Гомель	1	3	2	0	3	1	0	0	0	0	1	1
Молодечно	0	2	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0

Из историй болезни пациентов находящихся на лечении в г. Гомеле следует, что у 11 (91,67 %) детей развилось ОПП, у 1 (8,33 %) ребенка — гепатомегалия и

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-