

учетом антибиотикорезистентности высеваемой флоры из раневой поверхности и биологических сред, коррекция КОС и гемостаза. Проведен статистический анализ полученных результатов.

**Результаты исследования и их обсуждение**

По нозологическим формам среди пациентов было: 8 — с острым панкреонекрозом, 3 — с бактериальными пневмониями, у 1 — острый холангит, у 1 — гастроинтестинальный свищ, у 1 — трахеопищеводный свищ, осложненный пневмонией и 1 пациент с карбункулом почки. Возраст пациентов в среднем составил 55 лет [45,6; 65,1],  $P > 0,05$ . По массо-половому признаку пациенты в группе распределились следующим образом: средний вес пациентов составлял 89,5 кг [68,3; 104,7],  $P > 0,05$  и женщины составили 27 %,  $n = 4$  человека, 73 % мужчины  $n = 11$ .

У всех пациентов при поступлении производился забор биологических сред на стерильность и чувствительность к антибиотикам, результат положительной культуры отмечался на 9 [7,5; 15,3] сутки. С-РБ оценивался ежедневно повышение отмечалось с первых суток 12 мг/мл [5,7; 20,3], ( $p < 0,05$ ,  $P > 0,05$ ) и относительно стабильно удерживался на одном уровне до 5-х суток 104,5 [99,8; 115,3], ( $p < 0,05$ ,  $P > 0,05$ ) у 87 %,  $n = 13$  пациентов был получен рост гемокультуры. Прокальцитонин в ходе лечения выполнялся дважды на 5 и 14 сутки и составил соответственно 5,6 нг/мл [2,3; 8,4], ( $p < 0,05$ ,  $P > 0,05$ ) у  $n = 12$ , и 16 нг/мл [8,9; 18,6] у  $n = 3$ , у  $n = 7$  превышал НРЗ по сравнению с первыми сутками и составил 7,8 нг/мл [6,5; 14,7], ( $p < 0,05$ ,  $P > 0,05$ ). Пресепсин выполнялся однократно на 10-е сутки у  $n = 7$  составил 356,3 пг/мл [321,5; 468,1], ( $p < 0,05$ ,  $P > 0,05$ ), у  $n = 5$  — 852 пг/мл [813,6; 910,3], ( $p < 0,05$ ,  $P > 0,05$ ), у  $n = 3$  — 985 пг/мл [956,1; 1015], ( $p < 0,05$ ,  $P > 0,05$ ).

Из исследуемых пациентов в течение всего периода наблюдений на 24 [16; 30,3] сутки погибли от сепсиса и септических осложнений  $n = 3$ , ( $p < 0,05$ ,  $P > 0,05$ ). К 36 [28; 45,3] суткам  $n = 5$ , ( $p < 0,05$ ,  $P > 0,05$ ). Остальные продолжили лечение в ОРИТ.

**Выводы**

В качестве наиболее перспективных биомаркеров для дифференциальной диагностики и мониторинга системных воспалений можно считать С-реактивный белок (СРБ), пресепсин (ПС) и прокальцитонин (ПКТ) оценивая динамику этих показателей.

С учетом клинических исследований, рекомендуется определять содержание ПКТ как скринингового метода при подозрении на развитие сепсиса, и при получении результата более 0,5 нг/мл, дополнительно количественно определять концентрацию ПС.

Комплекс представленных маркеров поможет своевременно верифицировать септическое состояние и отследить динамику выбранной схемы интенсивной терапии.

УДК 618.5-089.888-089.5:616.12-008.331.1

**ВЛИЯНИЕ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ РОДОРАЗРЕШЕНИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

*Мельников А. А., Голубова Д. А.*

Научные руководители: ассистент *А. М. Карамышев*;  
к.м.н., ассистент *М. С. Недосейкина*

Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
Гомель, Республика Беларусь

**Введение**

Патогенетической основой гипертензивных расстройств беременности является генерализованная вазоконстрикция, повышение общего периферического сопротивле-

ния и связанного с ним нарушения в системе микроциркуляции с гипоперфузией тканей. Декомпенсация этих процессов является одной из теорий патогенеза преэклампсии (ПЭ) с утяжелением течения и влиянием на состояние плода вследствие снижения маточно-плацентарного кровотока, что требует оперативного родоразрешения. В условиях склонности показателей гемодинамики к гипертензии анестезиологическое пособие должно обеспечивать не только адекватную защиту организма матери от операционной травмы, но и обладать минимальным влиянием на перфузию органов и фетоплацентарный кровоток.

### Цель

Оценить динамику показателей гемодинамики на фоне спинальной анестезии у беременных с гипертензивными расстройствами при оперативном родоразрешении путем сравнительного анализа среднего АД и ЧСС.

### Материал и методы

На базе родильного отделения учреждения «Гомельская клиническая областная больница» обследовано 62 беременных, которые родоразрешены операцией кесарево сечение под спинальной анестезией. В группу I вошли женщины с умеренной или тяжелой ПЭ (n=30), в группу II — женщины с гестационной гипертензией с незначительной протеинурией (n=32). У всех пациенток измеряли систолическое артериальное давление (САД), диастолическое артериальное давление (ДАД), частоту сердечных сокращений (ЧСС) на 7 этапах операции: при поступлении в операционную (1), после анестезии (2), разрез кожи (3), извлечение плода (4), травматическая часть операции (5), окончание операции (6), через час после поступления в отделение реанимации (7). Рассчитывали срАД по формуле:  $(САД+2*ДАД)/3$ . Оценена потребность в вазоактивных лекарственных средствах в группах сравнения.

Медиана возраста пациенток группы I составила 29 [27;35] лет; группы II – 30 [29;34] лет. Медиана индекса массы тела группы I – 30 [25;34], для группы II – 32 [29;35]. Статистически значимых различий между группами по возрасту и антропометрическим данным не выявлено ( $p>0,05$ ). Качество обезболивания оценивали по 10-бальной ВАШ, моторный блок по шкале Bromage.

Количественные данные приведены в виде Ме [Q1; Q3]. Для сравнения двух зависимых групп использовался критерий Вилкоксона (T). Для сравнения двух независимых групп использовался критерий Манна-Уитни (U). Различия считали статистически значимыми при  $p\leq 0,05$ .

### Результаты исследования и их обсуждение

Полученные данные показателей гемодинамики (срАД, ЧСС) на семи этапах операции в группах исследования представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Динамика изменений срАД и ЧСС на различных этапах анестезиологического пособия, Ме [Q1; Q3]

Этап операции	Группа I (n=30)		Группа II (n=32)	
	срАД, мм рт. ст.	ЧСС, уд/мин	срАД, мм рт. ст.	ЧСС, уд/мин
1	107 [103; 142]*	90 [86; 96] <sup>0</sup>	99 [96; 103] <sup>0</sup>	79 [73; 80] <sup>0</sup>
2	106 [100; 113] <sup>0</sup>	87 [81; 94] <sup>0</sup>	84 [82; 91] <sup>0</sup>	91 [88; 97] <sup>0</sup>
3	101 [93; 107] <sup>0</sup>	90 [83; 94]	80 [75; 85] <sup>0</sup>	87 [83; 93] <sup>0</sup>
4	95 [90; 105] <sup>0</sup>	87 [79; 95] <sup>0</sup>	85 [82; 95] <sup>0</sup>	74 [73; 77] <sup>0</sup>
5	94 [90; 99]*	82 [75; 88] <sup>0</sup>	89 [86; 91]*	70 [69; 73] <sup>0</sup>
6	96 [91; 97] <sup>0</sup>	80 [73; 85]*	95 [90; 96] <sup>0</sup>	69 [68; 70]*
7	101 [95; 105] <sup>0</sup>	79 [69; 86]*	94 [87; 96] <sup>0</sup>	71 [66; 74]*

Примечание. \* — Статистически значимые различия (критерий Манна — Уитни,  $p < 0,05$ ); <sup>0</sup> — статистически значимые различия (критерий Вилкоксона,  $p < 0,05$ ).

Выявлены статистически значимые различия срАД между группами I и II на всех этапах исследования ( $p < 0,05$ ). При сравнении зависимых переменных в группе I различия выявлены на 3-м, 4-м и 7-м этапах; в группе II: на 2-м, 3-м, 4-м и 7-м этапах ( $p < 0,05$ ).

Статистически значимые различия по ЧСС между группами выявлены на всех этапах исследования ( $p < 0,05$ ) за исключением 3-го ( $p > 0,05$ ). При внутригрупповом сравнении с предыдущим этапом в группе I различия выявлены на 2-м и 5-м этапах, в группе II — на 2-м, 3-м, 4-м и 5-м этапах исследования. Подобная динамика показателей гемодинамики может свидетельствовать о патологической гипердинамии сердечно-сосудистой системы, обусловленной патологическим вазоспазмом и увеличением ОПСС у пациенток с ПЭ. Это подтверждается и статистически значимым различием в потребности вазоактивных лекарственных средств (фенилэфрина) в сторону более частого их применения в группе 2 (критерий Пирсона,  $p < 0,05$ ).

При оценке болевого синдрома по ВАШ и моторного блокады статистически значимых различий между группами не выявлено ( $p > 0,05$ ). Все изменения показателей гемодинамики не превышали 20 % от исходных, что соответствует физиологическим изменениям при спинальной анестезии.

#### **Выводы**

Спинальная анестезия не вызывает патологических изменений гемодинамики у пациенток с гипертензивными расстройствами, оказывая при этом более выраженное депримирующее влияние на пациенток гестационной гипертензией. Патологический тип кровообращения у пациенток с ПЭ требует дальнейших исследований центральной гемодинамики.

УДК 616.52-002.4:615.9

### **СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ЛАЙЕЛЛА**

*Новиков А. А.*

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

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Синдром Лайелла (токсический эпидемический некролиз, ТЭН, L51.2 по МКБ-10) — тяжелое, иммуноаллергическое, лекарственно индуцированное заболевание, угрожающее жизни больного, представляющее собой острую кожно-висцеральную патологию и характеризующееся отслойкой и некрозом эпидермиса с образованием обширных пузырей и эрозий на коже и слизистых оболочках.

В мире тяжелые побочные эффекты принятых лекарственных препаратов занимают 4-е место среди основных причин смертности населения. В странах СНГ по некоторым данным частота осложнений, вызванных приемом медикаментов составляют 2–3% среди амбулаторных пациентов и около 10–15% лежащих в стационаре. Синдром Лайелла составляет 0,3% от всех побочных реакций на лекарства.

#### **Цель**

Оценить маркеры воспалительного ответа у пациентов с синдромом Лайелла по соответствующим диагностическим критериям и возможные пути терапии.

#### **Материал и методы исследования**

Проведен ретроспективный анализ медицинской документации комбустиологического отделения государственного учреждения здравоохранения «Гомельская городская клиническая больница» г. № 1 Гомеля за период 2017–2019 гг. Данные ретроспективно-