

Цель исследования явилось повышение эффективности и безопасности анестезиологическое обеспечение при цистоскопии у детей.

Материалы и методы. Исследовались 25 детей в возрасте от 1 до 7 лет с заболеваниями уротрогидронефроз, стеноз устья мочеточника. Цистоскопические вмешательства проводились в клинике ТашПМИ, получено информированное согласие родителей. Проводилась стандартная предикация (в/м): в составе атропин (0,1%- 0,01 мг/кг), мидазолам (0,5%- 0,3мг/кг), кетамин (5%-2,5 мг/кг). Анестезию проводили в/в, в основной группе 15пациентам доза препаратов пропофол 1%- 2мкг/кг +кетамин 5%-3мг/кг. В контрольной группа 10 детям осуществляли анестезия сибазон 0,5%-80мг/кг, кетамин 5%-5мг/кг. Проводилась клиническая оценка течение анестезиологическое обеспечение с изучением ЧСС, ЧД, АДс, АДд, АДср.

Результаты. В Основной группе больных на вводимом периоде зафиксировано значимое снижение ЧСС на 15,2% у второй группы больных по сравнению с первой группой ($p<0,05$). При сравнении СДД на втором этапе, между основной группой детей и группами было отмечено значимое снижение СДД на 2,4%. в наиболее травматичные периоды операции отмечалось увеличение ЧСС на 7,42% и СИ на 20,65%. СДД на 3 этапе на 6,5%, а также на 4 этапе на 8,8%.

На период поддержания ЧСС значимо уменьшилась у пациентов обеих групп на 9%, Не значимое повышение ЧСС было зафиксировано на этапе пробуждения, на 10% и второй группе на 8,3%. На этапе пробуждения исследования СДД снижалась на 7,4% со сравнениу второй группы детей. При сравнительном анализе значений СИ на 3 этапе, между первой и второй группами клинического сравнения были отмечены значимые различия, происходило снижение СИ на 2,2%, соответственно. При сравнении данных, на 5 этапе пробуждения наблюдалось снижение СИ контрольной группы на 3,5% При этом показатель УПС не значительно уменьшался с исходными данными ($P<0,05$). Остальные показатели, как ФИ и СДД имели тенденцию к уменьшению соответственно на 2,88%, 1,92%.

Заключение. Результаты свидетельствуют о том что пропофол и кетамин при цистоскопии благоприятно влияет на центральную гемодинамику, способствует ранней активации и реабилитации больных с урологической патологии.

УРОСЕПСИС У ДЕТЕЙ: МИКРОБНЫЕ ФАКТОРЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ПРОГНОЗЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Сатвалдиева Э.А., Ашурова Г., Шакарова М.У., Исмаилова М.У.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Сепсис остаётся одной из актуальных проблем современной медицины в силу неуклонной тенденции к росту числа больных и стабильно высокой летальности (30-60%) (Грицук С.Ф., 2004; Салтанов А.И. 2005; Vincent J.L. et al. 2006). Риск развития уросепсиса повышается при инфекционном процессе, вызванном штаммами *E.coli*, которые имеют в своей структуре Р-фимбрии, обладающие способностью к продукции таких факторов вирулентности, как гемолизин, цитотоксический некротизирующий фактор и маннозрезистентный гемагглютинин (Журавлев В.Н., Руднов В. А., 2015).

В настоящее время установлено, что сам процесс взаимодействия инфекта (микроорганизма) и макроорганизма более сложен, чем представлялось ранее, и характеризуется многогранностью ответа последнего на микробную инвазию, проявления которого определяют пол, возраст, раса, генетические факторы, характер сопутствующей патологии [Kwan A.,2013; Руднов В. А., 2015].

Цель исследования: оптимизация диагностики и схем патогенетической терапии уросепсиса у детей на основе оценки биологических особенностей инфекта (патогена).

Материал и методы исследования Исследование проспективное, нерандомизированное, типа случай-контроль. Срок исследования – 2018-2021 гг. За данный период госпитализировано в ОРИТ 59 детей с уросепсисом (инфекции мочевыводящих путей), из них у 12 детей (20%) отмечалась почечная дисфункция и необходимость в экстракорпоральной детоксикации. Средний возраст больных – $7,5 \pm 0,8$ лет. Микробиологический мониторинг с определением чувствительности микроорганизма к антибиотикам проводился до, на этапах и после лечения (моча, рана, кровь, содержимое из дренажей). Оценивались предикторы воспаления (лейкоциты, средние молекулы, С-реактивный белок, прокальцитонин), показатели азотистого обмена (мочевина, креатинин), биохимические показатели крови на этапах лечения.

Результаты исследования: Учитывали объективные показатели органной дисфункции (79% случаев). Лабораторные признаки полиорганной недостаточности: гипоксия, гиперкарбия, ацидоз, изменение кривой сатурации кислорода и ЦВД, гипербилирубинемия, гипертрансфераземия, гипергликемия, гипогликемия, гиперазотемия. В оценке СВР у детей ведущими являются лабораторные показатели: лейкоцитоз $> 15 \times 10^9/\text{л}$, лейкопения $< 5 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилез $> 6 \times 10^9/\text{л}$, нейтропения $< 1,5 \times 10^9/\text{л}$, юные формы нейтрофилов $> 1,5 \times 10^9/\text{л}$, токсическая зернистость нейтрофилов, нейтрофильный индекс $> 0,2$, уровень СР-белка > 6 мг/л, уровень прокальцитонина > 2 нг/мл, уровень интерлейкина-8 > 100 пг/мл

Микробиологический мониторинг показал, что при неосложнённых ИМВП отмечен высокий рост *E.coli* в 45% случаях, *Klebsiella spp* - 9%, *S.aureus* -7%, *Enterococcus spp.* - 7%. При осложнённых ИМВП (структурные изменения в почках, сопутствующая патология) росла значимость *Enterococcus spp.*-20%, *Pseudomonas aeruginosae* -19 %, *S.aureus* -12%. У больных (20%) с длительно стоящим уретральным катетером и высоким

индексом тяжести общего состояния (APACHE-II > 18 баллов), длительно пребывающих в ОРИТ (>3-х недель), находящихся на полном парентеральном питании, у лиц с тяжелой почечной дисфункцией, потребовавшей проведения экстракорпоральной детоксикации высевалась *Candida* в сочетании с Гр-флорой.

На развитие бактериемии у больных с неосложненными ИМВП с высокой достоверностью указывают появление лихорадки, лейкоцитоза, подъем уровня креатинина и снижение содержания альбумина. У 79,6% пациентов с уросепсисом в сочетании с бактериемией выделялись Гр отрицательная микрофлора (в 45%-*E.coli*, *Klebsiella spp* - 9%,). Среди грамположительных бактерий чаще всего встречались *S.aureus* -7% и *Enterococcus spp.* (7%). При развитии сепсиса на фоне хронических осложненных ИМВП доля грамположительных бактериемий возрастает: *S.aureus* -12% и *Enterococcus spp.* (20%).

В целом, при суммировании полученных результатов из других биологических сред больного, представители Гр- флоры (*E.coli*, *Pseudomonas*, *Kl.Pneumonia*) явились основными возбудителями сепсиса в 73% случаев, Гр+ (*S. aureus*, *Enterococcus*) – в 46%, полимикробной (в том числе и *Candida*) – в 20%. При Гр- сепсисе применяли деэскалационный режим АБТ защищенными ЦФ 3-4 поколения в комбинации с АГ 3 поколения, далее при необходимости и по данным микробиологического мониторинга шла смена курсов АБТ на КБ, ФХ. При Гр+ сепсисе, акцент делали на применение Линезолидов и Гликопептидов. При наличии метициллинрезистентного *S.aureus* (MRSA), коагулазонегативного стафилококка использовали гликопептиды (ванкомицин, тейкопланин), а в случае ванкомицинрезистентных штаммов – линезолид. По показаниям в схему АБТ включали противогрибковые препараты не более 5 дней. Длительность АБТ составила 7-10 дней. Всем пациентам с сепсисом проводилась посиндромная терапия

Заключение. Эффективность комплексной интенсивной терапии составила 86,4%. Четыре пациента (6,7%) погибли на фоне тяжелой почечной дисфункции, требующей проведения экстракорпоральных методов детоксикации и множественных органно-системных повреждений.

РОЛЬ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОЧЕК В ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДОВ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ НА РАННИХ ЭТАПАХ ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ

Сафаров З.Ф., Шарипов А.М., Алимов А.А., Усманов Р.Р.

Ташкентский Педиатрический Медицинский институт

Актуальность: Оценочные шкалы необходимы для принятия решения о тактике ведения больного, его транспортировке, об оптимальной терапии