

ствующих патологий и сочетанных пороков развития, сроков поступления, своевременности диагностики, рационального выбора предоперационной подготовки, метода оперативного пособия и послеоперационной интенсивной терапии с учетом особенностей новорожденных.

Операции планировались после предоперационной подготовки в течение 24-72 часов жизни, которая включала в себя инфузионную и антибактериальную терапию, респираторную поддержку (ИВЛ), коррекцию гемостаза. При необходимости проводилась иммунокорригирующая терапия (Пентаглобин, Октагам, Неоцитотек). Интраоперационная инфузионная терапия имела цель поддержания гемодинамики и проводилась со скоростью 3-5 мл/кг/час. Качественный состав инфузионной терапии определялся 5% раствором глюкозы, 0,9% Натрия хлорида, сбалансированным электролитным раствором Стерофундин и по показаниям свежемороженая плазма. Базисный наркоз проводился введением 0,005% раствора Фентанила в дозе насыщения из расчета 20-30 мкг/кг. Поддерживающая доза анестетика соответствовала 10 мкг/кг/час.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РОНКОЛЕЙКИНА В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ СЕПСИСА У ДЕТЕЙ

*Бегимбетов Б.М., Аушинов К.Е., Бекулы А.
ГКП на ПХВ «Областная многопрофильная детская больница»,
г. Талдыкорган, Республика Казахстан*

Септические заболевания (сепсис) как инфекционный процесс, характеризуется разнообразием возбудителей, своеобразием клинической симптоматики и злокачественным (ациклическим) течением, вследствие сопутствующей иммунной недостаточности. Именно иммунная недостаточность предопределяет сепсис как первично злокачественное инфекционное заболевание, при котором спонтанное выздоровление недостижимо. Таким образом, сепсис является иммунозависимым забо-

В послеоперационном периоде для обезболивания вводился 0,005% раствор Фентанила, начиная с 5 мкг/кг/сут путем титрования, по шаговой методике снижения дозы, индивидуально на каждого ребенка. По показаниям при травматичных операциях применяли проводниковую анестезию препаратом Наропин (эпидуральная, каудальная). В среднем послеоперационная анальгезия проводилась в течение 3 суток снижая дозировку анальгетика от 5мкг/кг/сут до 1мкг/кг/сут. Седацию проводили только по показаниям. Расчет инфузионной терапии проводили в зависимости от срока гестации и тяжести состояния, от наличия сопутствующей патологии, и назначали индивидуально, что включало в себя раствор глюкозы, микроэлементы, аминокислоты, жировые эмульсии.

Применяемая у нас методика периоперационного анестезиологического обеспечения при хирургических коррекциях у новорожденных позволила достичь более благоприятное течение послеоперационного периода, улучшить результаты хирургического лечения и повысить показатель выздоровления прооперированных новорожденных.

лением, и его терапия должна включать иммунокорригирующие средства. Эффективным является внутривенное использование препаратов цитокинов, в частности Интерлейкина-2, который направленно влияет на пролиферацию тимоцитов, стимулирует активацию, рост и дифференцировку Т- и В-лимфоцитов, потенцирует микрооцидную функцию макрофагов, способствует активации и пролиферации естественных киллерных клеток.

Цель. Ронколейкин можно рассматривать как один из компонентов комплексной терапии при сепсисе, конечно обязательными компонентами являются антибактериальная, дезинтоксикационная, методы экстракорпоральной детоксикации, симптоматическая терапия, по показаниям гемотрансфузии.

Материал и методы. В отделении реанимации за период 2017-2018 годы, пролечено 12 детей с тяжелой генерализованной микст-инфекцией в возрасте от 1 месяца до 3 лет. В постановке диагноза сепсиса в условиях нашего стационара были использованы следующие маркеры: прокальцитонин, лактат, СРБ, гемокультура (в половине случаев результаты бактериологического исследования крови были с отсутствием роста, в силу ранней антибактериальной терапии в амбулаторных условиях и в ЦРБ), так же использовалась шкала оценки тяжести сепсиса SOFA. У всех больных был выявлен иммунный дефицит не гуморального

звена (уровень иммуноглобулинов А,М,Г в пределах нормы), а именно клеточного (снижение Т- и В-лимфоцитов, НК-клеток, Т-NK-клеток, Т-хелперов/индукторов CD3+, CD4+). В комплексном лечении применялся препарат Ронколейкин в дозе 0,125мг (125.000МЕ) - 0,25мг (250.000МЕ) в/в капельно с интервалом 3 дня, с курсом 1-3 введения.

Результаты. На фоне проводимой иммунозаместительной терапии, проводился контрольный анализ иммунного статуса, выявлено улучшение, а в некоторых случаях и нормализация Т- и В-лимфоцитов. Отмечалось постепенное клинико-лабораторное улучшение, с последующей стабилизацией состояния. Летальности в группе детей получавших иммунозаместительную терапию Ронколейкином не было.

Заключение. Применение Ронколейкина в комплексном лечении сепсиса, показало свою эффективность и доступность (относительная не дороговизна препарата).

ОЦЕНКА НУТРИТИВНОГО СТАТУСА У МЛАДЕНЦЕВ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ

*Бердиярова Г.С., Цой В.В., Урстемова К.К., Саулебекова У.А.
Научный Центр Педиатрии и Детской Хирургии, Алматы, Казахстан
Казахский медицинский университет непрерывного образования, Алматы, Казахстан*

Современными исследованиями доказана взаимосвязь между недостаточностью нутритивного статуса и выживаемостью больных с новообразованиями. По данным Европейской ассоциации парентерального и энтерального питания в нутритивной поддержке нуждаются 60% пациентов перед госпитализацией в онкологический стационар. Вместе с тем, развитие технологий нутритивной поддержки в последние годы, улучшение качества сред для нутритивного обеспечения и широкая доступность большого ассортимента, все еще не решает целый ряд причин приводящих к неполноценному клиническому питанию больных. Основной из них является отсутствие еди-

ного подхода и должной подготовки врачей по диагностике недостаточности питания у тяжелобольных. Среди детей, поступивших в отделения реанимации за 2017 год, было выявлено в 74% случаях недостаточность питания 1-2 степени.

Цель. Улучшить исходы интенсивной терапии у детей до года с новообразованиями, путем исследования особенностей нутритивного статуса и оптимизировать программу нутритивной поддержки.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 14 медицинских карт детей до года с новообразованиями, госпитализированных в Научный центр педи-