

Мета. Це використання прокальцитонінового тесту при ранній діагностиці септичних ускладнень.

Методи. Включають: комплекс клінічних, інструментальних, біохімічних, імунологічних і бактеріологічних методів, спрямованих на виявлення вогнища інфекції у хворих дітей з ознаками синдрому системної запальної відповіді, підбір адекватної етіотропної і патогенетично обумовленої ефективної терапії септичних ускладнень.

Результати. Дослідження поглиблюють існуючі знання про синдром поліорганної недостатності у дітей.

Висновки. Тест на прокальцитонін, в зіставленні з температурною, гемодинамічною і лейкоцитарною реакцією дозволяє представити кількісну характеристику вираженості системної запальної реакції і є предиктором синдрому поліорганної недостатності у дітей.

УДК 616-001.17-053.2-085

ОСОБЛИВОСТІ ІНФУЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ ОПІКОВОГО ШОКУ У ДІТЕЙ

Петрюк Б.В., Хомко О.Й., Сидорчук Р.І., Попович О.В., Хомко Б.О.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Мета дослідження. Визначити особливості проведення інфузійної терапії опікового шоку (ОШ) у дітей. Найважливішим компонентом протишокової терапії у випадку термічних опіків є корекція гемодинамічних порушень і відновлення ефективної мікроциркуляції. Основним методом боротьби з ОШ є інфузійна (інфузійно-трансфузійна) терапія.

Матеріали та методи. Під спостереженням перебували 15 дітей віком 3-10 років із термічними опіками I-III ст. площею 12-46% поверхні тіла, котрі супроводжувалися розвитком ОШ.

Результати та їх обговорення. Як показали дослідження, у опечених дітей важливо відразу катетеризувати центральну, у гіршому випадку периферійну вену для проведення інфузій. За належного догляду катетер може слугувати тривалий час, однак його перебування слід обмежити до 7 діб. У разі катетеризації периферійної вени кінцівку бажано фіксувати шиною з картону. Протишокову терапію у дітей варто починати вже при площі поверхневого опіку від 10%, глибокого – 5% поверхні тіла. Розрахунок потрібного об'єму середовищ можливий за формулою: До 1 року: $[5 \text{ мл}] \times [\% \text{ опіку}] \times [\text{маса тіла}]$; 1-3 року: $[4,5 \text{ мл}] \times [\% \text{ опіку}] \times [\text{маса тіла}]$; 3-14 років: $[4 \text{ мл}] \times [\% \text{ опіку}] \times [\text{маса тіла}]$.

Загальний об'єм рідини у дітей можна визначити з урахуванням:

1) Фізіологічної потреби у рідині (1-2 міс – 150-130 мл/кг; 2 міс-1 рік – 130-110 мл/кг; 1-3 роки – 110-90 мл/кг; 4-10 років – 90-70 мл/кг; 11-15 років – 70-50 мл/кг).

2) Втрат, пов'язаних із наявністю опіку, за формулою: а) у першу добу: $2 \text{ мл} \times [\% \text{ опіку}] \times [\text{маса тіла, кг}]$; б) на другу добу: $1 \text{ мл} \times [\% \text{ опіку}] \times [\text{маса тіла, кг}]$.

Висновки. Розраховуючи потрібний об'єм інфузійно-трансфузійних середовищ у опечених дітей слід зважати на їх вищу фізіологічну потребу у рідині. Однак навіть у першу добу після ураження бажано, щоб об'єм введених розчинів не перевищував 10% від маси тіла дитини.

КОРЕКЦІЯ МІКРОЦИРКУЛЯТОРНИХ РОЗЛАДІВ ТОНКОЇ КИШКИ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІЙ ОПІКОВІЙ ХВОРОБИ У ЩУРІВ ІНФУЗІЙНИМ РОЗЧИНОМ HAES-LX-5%

Яковлева О.О., Вітрук Т.К.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Реакція організму на термічні uszkodження є складним процесом, який потребує знайти зв'язок між безпосередньо ураженими ділянками тіла та внутрішніми органами. Під час опікового шоку відбувається гіпоперфузія тонкої кишки, що буде призводити до ішемічного uszkodження її слизової оболонки з порушенням бар'єрної функції кишечника, зростанням проникності судинних стінок і поступлення в кров'яне русло токсинів і бактерій із шлунково-кишкового тракту. Саме тому корекції мікроциркуляторних розладів тонкої кишки необхідно приділяти велику увагу.

Метою роботи була порівняльна оцінка кровопостачання та кисневого режиму тонкої кишки щурів в умовах експериментальної опікової хвороби на тлі окремого введення 0,9% розчину NaCl, лактопротеїну з сорбітолом та інфузійного розчину HAES-LX-5% на основі гідроксиетилкрахмалу.