

ЭТИОЛОГИЯ ЛИХОРАДОК НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА У ДЕТЕЙ

Поляк Е.С., Жук Е.Н.

Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра детских инфекционных болезней

Научный руководитель – канд. мед. наук, ассист. Довнар- Запольская О.Н.

Лихорадка неясного генеза (ЛНГ) у детей является актуальной и зачастую крайне сложной в своем решении проблемой современной педиатрической практики. Причинами этого синдрома могут быть не только инфекционные процессы но, и заболевания соединительной ткани, и неопластические процессы [1].

Цель: определить этиологическую структуру ЛНГ у детей г. Минска.

Задачи: оценить основные клинические симптомы заболеваний, сопровождающихся ЛНГ, определить этиологию ЛНГ у детей г. Минска.

Методы исследования. Ретроспективно проанализированы стационарные карты 50 пациентов в возрасте от 2-х месяцев до 17 лет с диагнозом ЛНГ, находившихся на лечении в Городской детской инфекционной клинической больнице г. Минска в 2014-2015 гг.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст детей составил 8,3 (5-13) года. Длительность лихорадки до госпитализации составляла в среднем 13,3 (7-21) дня. Наиболее частыми сопутствующими симптомами у пациентов являлись кашель и насморк – у 34 (68%), головная боль – у 15 (30%) пациентов. Половина – 25 пациентов (50%) получали антибактериальную терапию перед поступлением в стационар в течение 2-10 дней без эффекта. У большинства детей – 37 (74%), была диагностирована острая респираторная инфекция, причем длительность лихорадки у них составила в среднем 7,2 (3-14) дня. ЛНГ была дебютом системной формы ювенильного ревматоидного артрита у 2 (4%) пациентов в возрасте 5 и 11 лет, фебрильная лихорадка у них длилась в среднем 18,5 (7-30) дней. Вегетативная дисфункция с нарушением терморегуляции была выявлена у 3 (6%) пациентов в возрасте 9 и 13 лет, при этом лихорадка у них была субфебрильной и длилась в среднем 40 (30-60) дней.

Выводы:

Наиболее частой причиной ЛНГ в виде фебрилитета, субфебрилитета в течение 3-14 дней у большинства детей явились острые инфекционные заболевания.

Фебрильная лихорадка более 18 дней может быть дебютом такого системного заболевания соединительной ткани в детском возрасте как ювенильный ревматоидный артрит.

Литература:

1. Безкаравайный, Б. А. Лихорадка неясного генеза у детей: оптимизация диагностического поиска (часть I) / Б. А. Безкаравайный [и др.] // Здоровье ребенка. – 2014. – №3 (54). – С. 110-113.

ОСТРЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Поплавская Е.И., Денисенко Ю.И.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

УЗ «Гродненская областная инфекционная клиническая больница», Гродно, Беларусь

Кафедра инфекционных болезней

Научный руководитель — ассист. Кашевник Т.И.

Актуальность проблемы острых кишечных инфекций у детей обусловлена широким распространением и стабильно высоким уровнем заболеваемости.

Цель исследования – изучить этиологическую структуру и клинические особенности острых кишечных инфекций у детей первого года жизни.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни детей первого года жизни с острыми кишечными инфекциями (ОКИ), находившихся на стационарном лечении в Гродненской областной инфекционной клинической больнице в 2015 году.

Результаты и обсуждение. За год в инфекционную больницу было госпитализировано 324 ребенка в возрасте до года с диагнозом острый гастроэнтерит, что составило 25,6 % от

всех детей, поступивших с диагнозом ОКИ. По полу дети распределились практически поровну: 51,4% – мальчики, 48,6% – девочки. На грудном вскармливании находились 18% детей, на смешанном – 34%, на искусственном вскармливании – 48% детей. У 37% детей отмечен неблагоприятный преморбидный фон – недоношенность, ферментопатия, дисбиоз кишечника, предшествующие заболевания, по поводу которых назначалась антибактериальная терапия. В 22% случаев наблюдалась сопутствующая ОРИ, в 34% – анемия. При поступлении в стационар у большинства детей (92,6% или 301 пациент) состояние расценено как среднетяжелое, тяжелое состояние отмечено у 23 пациентов. 87% детей были госпитализированы в стационар в 1-3 сутки от начала заболевания, 13% – после 3 дня болезни. Средняя продолжительность лечения составила $7,76 \pm 1,61$ койко-день. Начало заболевания у 207 (64%) детей было постепенным, у остальных – острым с более выраженным интоксикационным и диспептическим синдромом. Течение кишечного инфекционного процесса сопровождалось подъемом температуры тела до фебрильных цифр у 55% пациентов, субфебрилитет отмечался у 30%, а у 15% пациентов заболевание протекало на фоне нормотермии. Симптомы интоксикации сохранялись от 3 до 5 дней. У большинства детей (286 человек) наблюдалось снижение аппетита, продолжавшееся $4,88 \pm 0,28$ дней. У 187 детей (57,7%) отмечалась рвота или срыгивание в течение $2,45 \pm 0,12$ дней, кратностью за сутки до $3,25 \pm 0,17$ раз. Кишечный синдром проявлялся энтеритным стулом без патологических примесей в 29% случаев, у 57% детей наблюдался энтероколит с примесью слизи в стуле, а у 14% – гемоколит. Средняя продолжительность диареи была $6,25 \pm 0,33$ дня, частота стула за сутки составляла $7,37 \pm 0,24$ раза. К моменту поступления в стационар у 31% детей наблюдалось снижение диуреза. В анализе крови анемия легкой степени наблюдалась у 34% детей, лейкоцитоз – у 53,4%, ускоренная СОЭ – 37,7%. У 12% детей было выявлено кратковременное повышение уровня мочевины и (или) креатинина выше возрастной нормы. По диагнозам пациенты распределились следующим образом: вирусные диареи (ротавирусной, норовирусной, энтеровирусной этиологии) – 38,1% случаев, ОКИ, вызванные условно-патогенными возбудителями (чаще всего *P. mirabilis*, *C. freundii*, *R. ornithinolytica*) – 26,8% случаев, стафилококковая кишечная инфекция – 7%, сальмонеллез – 5,5% случаев, ОКИ неустановленной этиологии – 22,6% случаев. Моноинфекция регистрировалась в 72% случаев, 28% детей переносили микст-инфекцию вирусно-бактериальной этиологии.

Выводы. Таким образом, кишечные инфекции у детей первого года являлись одной из основных причин госпитализации в стационар. Чаще регистрировались ОКИ вирусной этиологии и инфекции, вызванные условно-патогенной микрофлорой. Кишечные инфекции только в половине случаев протекали с выраженной интоксикацией, и при этом в 70% случаев наблюдалось развитие энтероколита.

ОСТРЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННЫЕ СИНЕГНОЙНОЙ ПАЛОЧКОЙ, У ДЕТЕЙ

Рыбак Т.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра инфекционных болезней

Научный руководитель – канд. мед. наук, доцент Пронько Н.В.

Актуальность. В настоящее время значительно возрос интерес к изучению заболеваний, вызванных условно-патогенными микробами в связи с тем, что в сумме острых желудочно-кишечных заболеваний у детей повсеместно значительно снизился удельный вес острых кишечных инфекций (ОКИ), обусловленных патогенной флорой [1, 2].

Цель исследования: изучение клинико-эпидемиологических особенностей ОКИ у детей, вызванных синегнойной палочкой, на современном этапе.

Материал и методы. Проанализировано течение болезни у 49 детей с ОКИ, вызванной синегнойной палочкой (*Pseudomonas aeruginosa*), в возрасте от 1 месяца до 14 лет, выписанных с клиническим выздоровлением. Обследование проводилось согласно клиническим протоколам, утвержденным МЗ РБ. Дети находились на лечении в детском отделении ки-