

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-

шечных инфекций Гродненской областной инфекционной клинической больницы в период с 2008 по 2015 год. Этиологическая диагностика диарей проводилась на основании сведений анамнеза, клинко-эпидемиологических данных, бактериологического исследования испражнений и промывных вод желудка для выявления УПФ. Статистическую обработку полученных данных проводили по общепринятым критериям вариационной статистики и корреляционного анализа с использованием пакета программ STATISTICA 6.0.

Результаты исследований и их обсуждение. ОКИ, вызванная синегнойной палочкой, зарегистрирована у 49 пациентов. Распределение пациентов по полу было примерно одинаковым: 23 (46,9%) мальчиков, 26 (53,1%) девочек. Дети первых трех лет жизни составили 36 (73,5%). Большинство детей первого года жизни находилось на искусственном вскармливании (64,3%). Диагноз острый гастроэнтерит выставлен 28 (57,1%) пациентам, острый энтероколит – 15 (30,6%) больным, острый гастроэнтероколит – 6 (12,3%) больным. У всех детей заболевание протекало в среднетяжелой форме. Симптомы интоксикации были выражены незначительно. Температура тела субфебрильная или нормальная у 65,3% пациентов. Рвота отмечалась у 34 (69,4%) пациентов, была умеренно выражена: 2-4 раза в сутки. Стул кашицеобразный или жидкий до 4-8 раз в сутки, с небольшой примесью слизи и зелени у 28 (57,1%). Испражнения зловонные, с большим количеством слизи, зелени, наблюдались прожилки крови у 21 (42,9%) пациентов. При пальпации живота определялось урчание, вздутие и болезненность по ходу тонкого кишечника. Состояние пациентов улучшалось на 2-3-й день заболевания.

Заключение. Сравнительный анализ клинических проявлений болезни у наблюдаемых детей показал, что по топике поражения желудочно-кишечного тракта преобладала гастроэнтеритическая форма заболевания. Ведущим синдромом ОКИ, обусловленных синегнойной палочкой, явилась инвазивная диарея. Дети первого года жизни, особенно новорожденные, наиболее восприимчивы к синегнойной инфекции. Новорожденные составляют группу риска и легко инфицируются госпитальными штаммами возбудителя. В дальнейшем они могут длительное время оставаться носителями синегнойной палочки, что является причиной развития вспышек острых кишечных инфекций в детских учреждениях.

Литература:

1. Учайкин, В. Ф. решенные и нерешенные проблемы инфекционной патологии у детей// Детские инфекции. – 2003. – №4. – с. 3-7.
2. Заболевания, протекающие с диарейным синдромом: учебно-метод. пособие / под редакцией Т. В. Сологуб. – СПб., 2006. – 43 с.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ КЛЕБСИЕЛЛЕЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Рыбак Т.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра инфекционных болезней

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

Актуальность. Возрастание частоты клебсиеллеза, схожесть местных изменений желудочно-кишечного тракта с другими кишечными инфекциями делает актуальным изучение данной патологии.

Цель исследования: изучить особенности течения клебсиеллезной кишечной инфекции у детей на современном этапе.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 33 детей в возрасте от 1 месяца до 14 лет, находившихся на стационарном лечении в Гродненской областной инфекционной клинической больнице с 2008 по 2015 годы, у которых была диагностирована кишечная инфекция клебсиеллезной этиологии. У 21 из них выделена *Klebsiella pneumoniae*, у 7 – *Klebsiella fridlandery* и у 5 *Klebsiella oxytoca*. Уточнение диагноза проводилась на основании результатов бактериологического исследования кала.