

условиях не может решить полностью, так как не предупреждает развитие осложнений: кровотечение, перфорацию, малигнизацию и, что особенно важно, затрудняет возможность их раннего распознавания. По литературным данным за последние годы частота перфораций возросла в 3 раза, кровотечений – в 5 раз, число плановых операций уменьшилось на 40 процентов, общая летальность при язвенной болезни увеличилась до 2,8 процентов, т.е. фактически – на 25 процентов. Цель исследования: определить структуру осложнений язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, а также объем оперативного вмешательства у больных в условиях городской больницы. 45 больных с прободной язвой желудка и 12-перстной кишки, находившихся в хирургическое отделение Барановичской городской больницы. В хирургическое отделение Барановичской городской больницы в течение 2011 года поступило 45 больных с прободной язвой желудка (17 пациентов) и 12-перстной кишки (28 случаев), что больше, чем в 2010 г. в 1,5 раза (30 больных). Все больные были оперированы. Следует отметить, что 8 пациентов (17,8 процентов) поступили в стационар через 24 часа от начала первых симптомов заболевания, в связи с чем, 6 выполнена резекция 2/3 желудка. Как правило, в случае прободной язвы, как желудка, так и 12-перстной кишки выполнены органосохраняющие оперативные вмешательства. Наиболее часто в условиях хирургического отделения городского стационара проводили иссечение язвы с дуоденопластикой – 16 (35,5 процентов), иссечение язвы с пилоропластикой – 14 (31 процент) случаев, ушивание язвы – 9 (20 процентов). Осложнений не было ни у одного пациента. С гастродуоденальными язвенными кровотечениями поступило 149 пациентов, что больше, чем в 2010 году в 1,5 раза (95 больных). Оперировано 22 больных (14,8 процента). Прошивание язвы выполнено у 3, иссечение язвы у 4, резекция двух третей желудка произведено у 15 пациентов. При анализе характера сопутствующей патологии была обнаружена существенная зависимость язвенных кровотечений с числом системных поражений органов. У 92 процентов пациентов наблюдалась сопутствующая патология: сочетание двух и более заболеваний. Наиболее частыми были проявления ишемической болезни сердца, хронических неспецифических заболеваний легких и цереброваскулярной болезни, а также декомпенсированный цирроз печени с печеночной недостаточностью и хроническая почечная недостаточность. Таким образом, проблема диагностики и лечения осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки сохраняет свою актуальность до настоящего времени. Поэтому для них наиболее справедливо положение о том, что проще эту патологию предупредить, чем лечить ее проявления. Профилактика рецидивов болезни состоит не только в проведении адекватной антисекреторной терапии, необходимой большинству пациентов, но и в лечении органной недостаточности и стабилизации состояния больного. Важным является предупреждение диагностических, тактических, технических ошибок на всех этапах оказания медицинской помощи, что будет способствовать улучшению результатов лечения.

**Омельчук О.С., Стецкая Н.А., Данилевич Н.А.**

#### **КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

УЗ «Гродненская областная инфекционная клиническая больница»

Научный руководитель: Парфенчик И.В.

Среди больных острыми кишечными инфекциями (ОКИ) детей, госпитализированных в реанимационные отделения, острая почечная недостаточность (ОПН) выявляется у 11% пациентов, включая одно из ее проявлений – гемолитико-уремический синдром (ГУС) [1]. ГУС считается заболеванием преимущественно детей грудного и младшего возраста, однако заболеть им могут и дети старшего возраста. Общая заболеваемость ГУС составляет примерно 2,1 на 100 000 населения в год с пиком заболеваемости у детей до 5 лет (6,1:100 000). ГУС – полиэтиологический синдром, вторичный по отношению к другим заболеваниям. По причинам возникновения он может быть разделен на инфекционные и неинфекционные формы. Типичной формой, встречающейся в основном у детей, является ГУС, ассоциированный с диареей – (ГУС-D+). Цель исследе-

дования. Изучить клинико-эпидемиологические особенности ГУС – D+ у детей Гродненской области. Материалы и методы исследования. Были изучены истории болезни 17 детей с диагнозом ГУС, находившихся на стационарном лечении в Учреждения здравоохранения г. Гродно «Областная инфекционная клиническая больница» в период 1995-2011 годы. Результаты. Средний возраст пациентов составил  $3,3 \pm 1,0$  года. Дети до года составили – 41,2%, от года до пяти – 41,2%, старше пяти лет – 17,6%. Мужской пол – 29,4%, женский пол – 70,6%. Среди детей 29,4% были жителями Г.Гродно, 23,5% – жители районных центров, 47,1% – жители сельской местности. Возникновению ГУС предшествовало ОКИ. Заболевания началось с высокой лихорадки у 52,9% детей (у остальных отмечена субфебрильная температура), многократной рвоты у 94,1% детей, частого жидкого стула с примесью слизи и прожилок крови у 100%. Развитие ГУС в среднем на  $4,24 \pm 0,63$  день. У 58,8% детей ГУС развился в стационаре на фоне лечения ОКИ. Манифестация ГУС клинически характеризовалась: вновь появившейся рвотой и лихорадкой на фоне некоторого клинического улучшения – у 100% детей, у 11,8% наблюдались тонико-клонические судороги. Средний койко-день составил  $5,76 \pm 1,61$  дней. Большинство детей для дальнейшего лечения были переведены в г. Минск для проведения гемодиализа – 82,4%, 17,6% получали консервативное лечение в ОРИТ УЗ «ГОИКБ», один из них умер (5,9%). Причиной смерти стала полиорганная недостаточность и сепсис. Этиология ОКИ была подтверждена только у 5 детей, что составило 29,4%. Были выделены *Shigella Sonnei*, *Shigella Flexneri*, *Salmonella* группы C1, *Klebsiella pneumoniae*, *Staph. Aureus*. Выводы. 1. ГУС является редко встречающейся патологией детей младшего возраста (82,4% составили дети первых пяти лет жизни). 2. У 100% детей развитию ГУС предшествовал гемоколит. 3. Летальность составила 5,9%, что соответствует мировой статистике.

Литература: 1. Воротынцева, Н.В. Гемолитико-уремический синдром у детей / Н.В.Воротынцева // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2003. – № 6. – С.39-42.

**Омельчук О.С., Стецкая Н.А., Данилевич Н.А.**

#### ЧАСТОТА АМИНОГЛИКОЗИДНОЙ НЕФРОПАТИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

УЗ «Гродненская областная инфекционная клиническая больница»

Научный руководитель: Парфенчик И.В.

Острые кишечные инфекции (ОКИ) являются актуальной проблемой в связи с повсеместной распространенностью и развитием у части пациентов состояний, представляющих непосредственную угрозу жизни. Среди больных ОКИ детей, госпитализированных в реанимационные отделения, острая почечная недостаточность (ОПН) выявляется у 11% пациентов. Функциональная ОПН, обусловленная снижением объема циркулирующей крови, приводит к ишемии коркового слоя почки, снижению скорости клубочковой фильтрации. Ишемическое поражение почек усугубляется дополнительным токсическим повреждением почек эндотоксинами возбудителей ОКИ. Нефротоксическим действием обладают и антибактериальные препараты, применяемые для лечения ОКИ в соответствии с клиническими протоколами. Известно, что аминогликозидные антибиотики эффективны в отношении инфекций, вызванных грамотрицательной флорой, к которым относятся, в основном, возбудители ОКИ. Однако их широкое применение в клинике ограничивается развитием прямых токсических эффектов в виде нефро- и ототоксичности. Цель исследования. Изучить частоту нефропатии при лечении острых кишечных инфекций у детей аминогликозидными антибиотиками. Материалы и методы исследования. Было обследовано 33 ребенка находившихся на стационарном лечении во 2 отделении Учреждения здравоохранения г. Гродно «Областная инфекционная клиническая больница». Все дети получали амикацин в дозировке 10 мг/кг веса в сутки, курсом 5-7 дней. Наличие нефропатии оценивали по следующим клинико-лабораторным показателям: в крови – по содержанию мочевины и креатинина, в моче – по содержанию эритроцитов, белка и цилиндров. Результаты. Средний возраст пациентов составил  $6,45 \pm 0,66$ . Мужской пол – 48,5%, женский пол – 51,5%. По нозологиям больные распределились