

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

следующим образом: иерсиниоз – 3%, сальмонеллез – 30,3%, ОКИ инфекционной неуточненной этиологии – 66,7%. У всех детей при поступлении в стационар была диагностирована средняя степень тяжести ОКИ. Чаще всего отмечено повышение уровня креатинина, изменения рН и протеинурия. Повышение мочевины отмечено у 9,1% детей. Максимально высокий показатель мочевины – 10,7 ммоль/л. Повышение креатинина выше возрастной нормы зарегистрировано у 45,5%, максимальный показатель – 120,5 мкмоль/л. Изменение плотности мочи отмечено в сторону ее повышения. Если при поступлении в стационар у всех детей реакция мочи была кислой, то после отмены амикацина у 5 – реакция мочи стала щелочной, а у 2-х детей – нейтральной. Максимальные показатели содержания белка в моче после отмены амикацина – 0,72 г/л, цилиндров – 10 шт/поле зрения (за счет зернистых). Выводы. После назначения амикацина детям с острыми кишечными инфекциями регистрируется нефропатия, что проявляется увеличением содержания креатинина в плазме у 45% детей, мочевины у 9,1%, протеинурией у 22,1%, повышением плотности мочи у 9,1%, эритроцит – и цилиндрурией у 3% детей.

**Ордынец И.Ю., Шпель Э.Т.**

### ГЕСТОЗ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: Фурс В.В.

Плацентарная недостаточность (ПН) – синдром, обусловленный морфофункциональными изменениями, возникающий в результате сложной реакции плаценты и плода в ответ на различные патологические состояния материнского организма. Среди осложнений беременности, наиболее часто приводящих к развитию плацентарной недостаточности, первое место принадлежит гестозу, т.к. существует единство в их патогенезе: диффузно – перфузионная недостаточность маточно-плацентарного кровообращения. Гестоз – это осложнение беременности, которое возникает во второй ее половине и характеризуется нарушением функций жизненно важных органов и систем. В Беларуси частота гестоза увеличивается, достигая 16-21%. Цель: Определить группы риска по развитию гестоза, осложненного плацентарной недостаточностью. Материалы и методы. 60 историй беременности женщин в сроке гестации 29-38 недель. Пациентки были разделены на группы: 1 группа – контрольная, в неё вошли 20 здоровых беременных женщин, 2 группа – 21 женщина с беременностью осложнённой ПН, 3 группа – 19 беременных женщин с гестозом и ПН. Результаты: Среди здоровых женщин служащие составили 55%, рабочие – 25%, не работающие – 5%, студенты – 15%. Во второй группе беременных с ПН социальный статус распределился так: служащие – 35%, рабочие – 20%, не работающие – 25%, студенты – 20%. В группе беременных с гестозом осложненным ПН служащих было 52,6%, рабочих – 21,05%, не работающих – 21,05%, студентов – 5,26%. Количество предыдущих беременностей в 1 группе: первая беременность – 11(55%), вторая беременность – 5 (25%), третья беременность – 3(15%), четвёртая – 1(5%). Во второй группе: первобеременных – 13(62%), вторая беременность – 3(14%), третья беременность – 4(19%), четвёртая беременность – 1(5%). В третьей группе результаты распределились так: первобеременные – 11 (57,9%), вторая беременность – 3(15,8%), третья беременность – 3(15,8), четвёртая – 2 (10,50%). Количество искусственных абортов в группе здоровых беременных – 5 случаев, в группе беременных с ПН – 3 случая, в группе беременных с гестозом и ПН – 3 случая. Самопроизвольные аборты среди здоровых женщин встретились 1 раз, среди женщин с ПН – 4 раза, среди женщин с гестозом и ПН – 4 раза. Мертворождение в анамнезе выявлено в одном случае у беременной женщины с ПН. Среди перенесённых заболеваний лидирует ОРВИ, в группе здоровых – в 4 случаях (25%), в группе беременных с ПН в 13 случаях (62%), в группе беременных с гестозом и ПН в 9 случаях (47,36%). Выводы: В группу риска по развитию ПН и гестоза мы можем выделить женщин занятых умственным трудом. Так же отмечается рост ПН и гестоза с увеличением числа беременностей, так третья беременность преобладает в группе беременных с ПН (19%), четвёртая беременность – в группе беременных с гестозом и ПН (10,50%). В отдельную группу риска входят женщины с акушерским анамнезом, отягощенным самопроизвольным абортom и мертворождением. Инфекционные заболевания перенесенные во