

Меры профилактики инфекции *E. Coli* O157:H7 сходны с мерами, рекомендуемыми для профилактики других кишечных инфекций. Однако для бактерий ЭГКП некоторые меры должны быть усилены, особенно это важно по отношению к уязвимым группам населения, таким как дети и пожилые люди.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Письмо Министерства Здравоохранения Республики Беларусь «Об особенностях назначения антибактериальных лекарственных средств при инфекции, вызванной *E. coli* O104:H4» от 07.06.2011 г. № 02-2-04/1783.
2. Antimicrobial effects of weak acids on the survival of *Escherichia coli* O157:H7 under anaerobic conditions / H. J. Lu, F. Jr. Breidt, I. M. Pérez-Díaz [et al.] // J, Food Prot. – 2011. – Vol. 74 (6). – P. 893 – 898.
3. Пронько Н. В. Эпидемиологические и клинические особенности синдрома острой диареи у детей / Н. В. Пронько, Н. А. Данилевич, Л. А. Конюк // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2014. – № – С. 92 – 95.
4. Large and ongoing outbreak of haemolytic uraemic syndrome, Germany, May 2011. / C. Frank, M. S. Faber, M. Askar [et al.] // Euro Surveill. – 2011. – Vol. 16. – № 21. – P. 19878.
5. Polymerase Chain Reaction Screening for *Salmonella* and Enterohemorrhagic *Escherichia coli* on Beef Products in Processing Establishments / W. E. Hill, R. Suhaim, H. C. Richter [et al.] // Foodborne Pathog. Dis. – 2011. – Vol. 8 (9). – P. 1045 – 1053.

## СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ КЛЕБСИЕЛЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Пронько Н. В.

*Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь*

**Актуальность.** В инфекционной патологии детского возраста все большую значимость приобретает условно-патогенная флора (УПФ) такая как клебсиеллы, протей, синегнойная палочка, цитробактер, энтеробактер и др. [1,2]. Внимание к изучению острых кишечных инфекций (ОКИ), вызванных условно-патогенной флорой (УПФ), было привлечено их тяжестью и склонностью к поражению детей ранней возрастной группы [3,4]. До настоящего времени не установлена роль ряда условно-патогенных микробов в этиологии кишечных заболеваний у детей, недостаточно полно изучены клинические аспекты диарей, вызванных УПФ, зависимость особенностей клиники от состояния преморбидного фона, возраста пациентов [5]. Возрастание частоты клебсиеллеза, схожесть местных изменений желудочно-кишечного тракта с другими кишечными инфекциями делает значимым изучение данной патологии [1,3,5].

**Цель работы** – изучение этиологических особенностей, сезонного распределения, клинико-лабораторных особенностей клебсиеллезной кишечной инфекции у детей.

**Методы исследования.** . Материалом данного исследования стали 47 пациентов в возрасте от 1 месяца до 14 лет с подтвержденной клебсиеллезной инфекцией (КИ), находившихся на стационарном лечении в отделении детских кишечных инфекций Гродненской областной инфекционной клинической больницы (ГОИКБ) и выписанных с клиническим выздоровлением. Клинический материал основывался на анализе историй болезни, журналах приемного отделения пациентов с подтвержденной КИ. У всех пациентов диагноз был подтвержден выделением возбудителей. У 18 детей выделена *Klebsiella pneumoniae*, у 15 – *Klebsiella oxytoca* и у 14 – *Klebsiella fridlandery*. Стандартный алгоритм обследования пациентов включал в себя общеклинические и биохимические исследования. Для расшифровки этиологического диагноза проводилось комплексное лабораторное обследование, включающее посев испражнений на кишечную группу бактерий, ПЦР диагностики фекалий на наличие РНК вирусов. Диагноз КИ устанавливали на основании тщательного изучения анамнеза, совокупности клинико-эпидемиологических и лабораторных данных. Обследование проводилось согласно клиническим протоколам утвержденным МЗ РБ. Статистическую обработку полученных данных проводили по общепринятым критериям вариационной статистики. При сравнении двух независимых групп использовали t-критерий Стьюдента, а трех независимых групп – метод ANOVA. Достоверными считали различия в группах при уровне значимости  $p < 0,05$ .

**Результаты и их обсуждение.** Как показали наши исследования, за последние годы в этиологической структуре бактериальных ОКИ, госпитализированных в ГОИКБ возрос удельный вес УПФ (стафилококка, протей, клебсиеллы, цитробактера, энтеробактера). Удельный вес КИ в структуре острых кишечных инфекций, согласно данным литературы, невелик и составляет от 3 до 7% [1,2]. При анализе структуры расшифрованных ОКИ у детей установлено, что КИ составила 17,2% от числа подтвержденных кишечных инфекций, вызванных УПФ. Самым большим был удельный вес ОКИ протейной этиологии – 29,1% случаев, стафилококковая кишечная инфекция отмечалась в 26,4% случаев. При анализе возрастной структуры пациентов с КИ установлено, что КИ отмечалась среди всех возрастных групп. В возрасте от 1 месяца до 1 года было 26 (55,3%) пациентов; от 1 до 3 лет – 15 (31,9%) пациентов; от 4 до 6 лет – 4 (8,5%) пациента. В возрасте от 7 до 14 лет был только 2 (4,3%) пациента. Таким образом, наиболее уязвимой является группа детей первых лет жизни, где случаи КИ отмечались более чем в 87%. Существенных различий по полу не отмечено, преобладала среднетяжелая форма КИ. Детей, посещающих детские дошкольные учреждения, оказалось 38,3%, не посещающих детские дошкольные учреждения – 61,7%.

Нами не отмечено сезонности в динамике заболеваемости КИ. Случаи клебсиеллеза регистрировались равномерно в течение года. КИ, в основном, протекала в виде моноинфекции 44 (93,6%), сочетанная инфекция отмечена у 3 пациентов (6,4%): наблюдалось сочетанное выделение клебсиеллы со стафилококками.

Дети поступали в стационар в первые дни от начала заболевания в состоянии средней тяжести или ближе к тяжелому. В большинстве случаев заболевание протекало по типу энтероколита 36 (76,6%), реже – топоческим диагнозом был гастроэнтероколит 11 (23,4%). КИ начиналась остро с появления срыгивания, вялости, метеоризма, изменения характера и кратности стула, повышения температуры. Наблюдалась потеря массы тела и жидкий стул с примесью слизи. При поступлении в стационар у пациентов были выражены слабость, жажда, мраморность кожных покровов, поведение ребенка менялось, отмечалось беспокойство, тахикардия. В первые 3 дня заболевания поступил 41 пациент (87,2%), в более поздние сроки – 6 (12,8%).

Фебрильная лихорадка отмечена у 24 пациентов (51,1%), субфебрильная температура – у 16 пациентов (34,0%), у 7 (14,9%) пациентов температура тела оставалась нормальной. У 17 (36,2%) детей первого года жизни диагностирован токсикоз с эксикозом I – II ст.; потеря массы тела достигала 6-8%.

Рвота была отмечена у 11 (23,4%) пациентов 1-3 раз в сутки преимущественно у детей первого года жизни. У детей старше года отмечалась клиника энтероколита. Доминировало поражение толстого кишечника. Стул учащался до 6-8 раз в сутки, имел энтероколитный характер (жидкий, с примесью слизи и прожилок крови).

При лабораторном обследовании пациентов с КИ изменения в периферической крови проявлялись снижением уровня гемоглобина в 65,7% случаев, умеренным лейкоцитозом с нейтрофилезом в 88,6% случаев; у 11,4% пациентов формула крови и общее количество лейкоцитов периферической крови не менялись.

Умеренное ускорение СОЭ отмечалось у 55,3% пациентов. У 29 пациентов (61,7%) отмечались изменения в анализе мочи: умеренная лейкоцитурия, альбинурия. Повышение содержания мочевины более 5,6 ммоль/л выявлено у 13 наблюдаемых пациентов (27,7%). Изменение в копрограмме определялось у 34 (72,3%) больных (наличие нейтрального жира, непереваренной клетчатки, зерен крахмала, слизи, лейкоцитов).

Оценка преморбидного фона показала, что среди госпитализированных детей с КИ только 19 (40,4%) детей относились к группе практически здоровых. У 28 детей (59,6%) отмечались фоновые заболевания: у 15 детей (31,9%) выявлена анемия, у 8 детей (17,0%) – экссудативно-катаральный диатез у 3 пациентов (6,4%) – рахит, у 2 детей (4,3%) – гипотрофия. На искусственном вскармливании находились 35 детей (74,5%).

Таким образом, причиной роста удельного веса ОКИ, вызванных УПФ, может быть не только увеличение ежегодного числа заболевших этими инфекциями

и реальный рост заболеваемости, но и расширение возможностей, и улучшение лабораторной диагностики, а также увеличение числа лабораторно обследованных лиц, главным образом детей в возрасте до 3 лет.

#### **Выводы.**

1. Заболеваемость КИ у детей за последние годы имеет тенденцию к росту. Высокая заболеваемость КИ отмечается у детей первых трех лет жизни.

2. Клинические особенности КИ характеризуются острым началом, лихорадкой, диареей. Заболевание протекает в среднетяжелой форме. Отсутствует четко выраженная сезонность КИ.

3. Клебсиеллез чаще встречается у детей с неблагоприятным преморбидным фоном. Наиболее уязвимым контингентом являются дети первых лет жизни, находящиеся на искусственном вскармливании. Клиническое течение КИ зависит от предрасполагающих факторов: недоношенности, гипотрофии, рахита, анемии.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Острые кишечные инфекции у детей (диагностика, классификация, лечение): Пособие для врачей / В.Ф. Учайкин, А.А. Новокшенов, Л.Н. Мазанкова, Н.В. Соколова – Москва, 2003. – 34 с.

2. Бондаренко, В.М. Дисбактериоз кишечника как клинико-лабораторный синдром: современное состояние проблемы / В.М. Бондаренко, Т.В. Мацулевич – М., 2007. – 300 с.

3. Романцов, М.Г. Патогенетически обоснованная иммуотропная терапия кишечных инфекций у детей (клинический обзор) / М.Г. Романцов, О.В. Тихомирова // *Фундаментальные исследования*. – 2010. – № 3 – С. 122–137.

4. Pronko, N.V. Epidemiologic, etiological and age aspects of the syndrome of diarrhea in children / N.V. Pronko // *Interfaces and Controversies in Gastroenterology* – Mainz. – 2012. – P. 62.

5. Dennehy, P.H. Acute diarrheal disease in children: epidemiology, prevention, and treatment / P.H. Dennehy // *Infect Dis Clin North Am.* – 2005. – V. 19 (Suppl. 3). – P. 585-602.

#### **ПРИМЕНЕНИЕ ТАП-БЛОКА, КАК КОМПОНЕНТА ДЛЯ ПОСТОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ**

**Протасевич П. П.<sup>1</sup>, Якубцевич Р. Э.<sup>1</sup>, Карпович В. Е.<sup>2</sup>, Калацкий М. В.<sup>1</sup>**

*Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь<sup>1</sup>,  
Гродненская университетская клиника<sup>2</sup>*

**Актуальность.** Надежное обезболивание после оперативных вмешательств является важнейшей задачей современной анестезиологии. При этом следует стремиться к минимизации системного применения наркотических анальгетиков с целью снижения респираторных осложнений. Одним из таких методов является