

КАЧЕСТВО ДИАГНОСТИКИ САЛЬМОНЕЛЛЁЗА У ДЕТЕЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Тихончук Н.Н., Кондратович И.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра инфекционных болезней с курсом детских инфекций

Научный руководитель – к.м.н., доцент Богуцкий М.И.

Сохраняющийся высокий уровень заболеваемости острыми кишечными инфекциями, в том числе сальмонеллёзом у детей, требует пристального внимания к изучению этой патологии [1, 2].

Цель исследования. Изучить состояние диагностики сальмонеллёза у детей на догоспитальном этапе.

Материал и методы. Материалом для исследования была медицинская документация приёмного отделения областного инфекционного стационара. Метод исследования – статистический ретроспективный анализ.

Результаты. В ходе исследования установлено, что среди 72 детей, больных сальмонеллёзом, средний возраст которых составил 1,9 года, мальчиков было 37 (51,4±5,89%), девочек – 35 (48,6±5,89%). Преобладали жители города – 59 больных (81,9±4,53%; $P<0,01$). Большинство больных были направлены врачами областной детской больницы – 39 (54,2±5,87%), бригадами скорой медицинской помощи – 24 (33,3±5,56%), врачами детских поликлиник города – 8 (11,1±3,70%) и 1 ребенок направлен на госпитализацию врачом сельской амбулатории. Высокий процент направления больных дежурными врачами детского стационара был обусловлен тем, что, учитывая острое начало болезни и наличие болевого синдрома в животе, дети первоначально бригадами скорой помощи доставлялись для осмотра хирургом в областную детскую больницу.

Диагнозы, выставленные врачами при направлении в инфекционный стационар, были следующими: сальмонеллёз – 18 (25,0±5,10%), острый гастроэнтерит – 20 (27,8±5,28%), острый гастроэнтероколит – 3 (4,2±2,35%), острый энтерит – 8 (11,1±3,70%), острый энтероколит – 5 (6,9±3,0%), острая кишечная инфекция (ОКИ) – 12 (16,7±4,39%), ОРВИ – 4 (5,6±2,70%), ротавирусная инфекция – 2 (2,8±1,94%).

После осмотра дежурными врачами приёмного отделения инфекционного стационара диагнозы распределились следующим образом: сальмонеллёз – 20 (27,8±5,28%), острый гастроэнтерит – 19 (26,4±5,19%), острый гастроэнтероколит – 9 (12,5±3,90%), острый энтерит – 8 (11,1±3,70%), острый энтероколит – 12 (16,7±4,39%), ОКИ – 2 (2,8±1,94%), ОРВИ – 2 (2,8±1,94%). Таким образом, в условиях приёмного отделения была произведена определенная корректировка выставленных ранее диагнозов за счет синдромальной расшифровки диагноза ОКИ, увеличения случаев острого гастроэнтероколита, исключения ротавирусной инфекции и, в двух случаях, ОРВИ. Диагноз сальмонеллёза на основании клинических проявлений и эпидемиологических данных был дополнительно выставлен лишь двум пациентам. Последующее динамическое наблюдение в условиях стационара и результаты бактериологического обследования позволили выставить диагноз «Сальмонеллёз» всем 72 больным детям.

Заключение. Диагностика сальмонеллёза у детей на догоспитальном этапе достаточно сложна и позволяет выставить диагноз лишь в 27,8% случаев. Окончательный этиологический диагноз может быть выставлен лишь с учетом результатов бактериологического обследования.

Литература:

1. Богуцкий, М.И. Сальмонеллёзная инфекция в современный период / М.И. Богуцкий [и др.] // Медицинская панорама, 2009. – №7. – С. 3–4.
2. Дмитраченко, Т.И. Сальмонеллезы, клинико-эпидемиологические и микробиологические аспекты терапии / Т.И. Дмитраченко, В.М. Семенов. – Витебск : Изд-во ВГМУ, 2001. – 148 с.