

стул, иногда с примесью слизи, примеси крови не было. Болезнь продолжалась в течение 1–2 недель. Для энтеровирусной инфекции наблюдалась летне-осенняя сезонность. Ведущую роль в развитии сезонных подъемов заболеваемости энтеровирусной инфекцией определял водный путь передачи инфекции, чему способствовало широкое бессимптомное носительство энтеровирусов среди населения и практически постоянная циркуляция их в окружающей среде.

Заключение. Для ЭВИ характерна гастроэнтеритическая форма, которая протекает с острым началом, болями в животе, жидким стулом, метеоризмом, кратковременной лихорадкой, которая может иметь двухволновой характер. Интоксикация выражена умеренно, состояние нарушалось незначительно, наблюдалась летне-осенняя сезонность. При любых вспышках ОКИ, особенно возникающих в детских организованных коллективах, пациентов необходимо обязательно обследовать на вирусную этиологию (включая весь спектр известных вирусов), что позволит оптимизировать не только способы лечения пациентов, но и противоэпидемические мероприятия.

ЛИТЕРАТУРА

1 Тихомирова, О. В. Вирусные диареи у детей: особенности клинического течения и тактика терапии / О. В. Тихомирова // Детские инфекции. – 2003. – № 3. – С. 7-10.

2. Мазанкова, Л. Н. Современные аспекты диагностики и лечения острых кишечных инфекций у детей / Л. Н. Мазанкова, Н. О. Ильина // Рос. вестн. перинатол. и педиатр. – 2007. – № 2. – С. 4-10.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ ПРОТЕЙНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Пронько Н.В.¹, Ключник Е.В.²

¹Гродненский государственный медицинский университет,

²Гродненская областная инфекционная клиническая больница

Актуальность. Внимание к изучению острых кишечных инфекций (ОКИ), вызванных условно-патогенной флорой (УПФ), было привлечено их тяжестью и склонностью к поражению детей ранней возрастной группы [1]. Отмечается увеличение частоты данной патологии, схожесть местных изменений желудочно-кишечного тракта с другими кишечными инфекциями [2].

Цель. Изучение клинико-эпидемиологических особенностей ОКИ протейной этиологии у детей на современном этапе.

Методы исследования. Проанализировано течение болезни у 98 детей с ОКИ протейной этиологии (*Proteus mirabilis*, *Proteus vulgaris*) 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 кишечных инфекций

Гродненской областной инфекционной клинической больницы за период с 2007 по 2011 год. Этиологическая диагностика диарей проводилась на основании сведений анамнеза, клинико-эпидемиологических данных, бактериологического исследования испражнений и промывных вод желудка для выявления УПФ. Статистическую обработку полученных данных проводили по общепринятым критериям вариационной статистики.

Результаты и их обсуждение. Среди детей, перенесших ОКИ протейной этиологии, пациентов в возрасте до 1 года было 37 (37,76%). Заболевание протекало преимущественно в среднетяжелой форме (94,9%). В группе наблюдения протеоз был вызван преимущественно *Proteus mirabilis* (59 пациентов – 60,20%), *Proteus vulgaris* выделен у 39 (39,80%). Чаще всего наблюдалась гастроэнтеритическая форма заболевания – 52 случая (53,06%), энтероколитическая форма отмечена у 23 (23,47%) пациентов, гастроэнтероколитическая форма – у 17 (17,35%), реже регистрировался энтерит – всего у 6 (6,12%) пациентов. Заболевание начиналось остро с появления рвоты, изменения характера и кратности стула, повышения температуры. Явления интоксикации отмечались у 78 пациентов (79,59%). Наиболее характерной была фебрильная температура, которая наблюдалась у 62 (63,27%) пациентов, субфебрильная температура была у 24 (24,49%). Рвота отмечалась у 69 (70,41%) пациентов. Обильный водянистый зловонный стул от 7 до 10 раз в сутки отмечался у 72 детей (73,47%), живот был умеренно вздут, характерным симптомом был метеоризм, боли в животе, болезненность в эпигастрии. При энтероколите со 2-3-го дня болезни стул был скудным со значительной примесью слизи, зелени, крови. В периферической крови у пациентов с протеозом в 36,73% случаев отмечался умеренный лейкоцитоз с нейтрофилезом, в 14,29% случаев лейкопения с лимфоцитозом в начале заболевания, у 48,98% пациентов формула крови и общее количество лейкоцитов периферической крови не менялись. Умеренное ускорение СОЭ отмечалась у 22 (22,45%) пациентов, повышение мочевины – у 17 (17,35%) детей. У пациентов с протеозом чаще выявлялись изменения в анализе мочи в остром периоде заболевания в виде лейкоцитурии (59,18%), альбуминурии (46,94%), бактериурии (14,29%). Сезонность не отмечалась.

Выводы. Для ОКИ у детей, вызванных протеом, не характерна сезонность заболевания. У большинства детей заболевание развивалось на неблагоприятном преморбидном фоне. Чаще болели дети раннего возраста, особенно находящиеся на искусственном вскармливании.

ЛИТЕРАТУРА

1. Препараты, восстанавливающие микробиоценоз, как этиотропная терапия острых кишечных инфекций у детей / И. Б. Ершова [и др.] // Актуальная инфектология. – 2015. – № 2. – С. 45-50.
2. Sadkowska-Todys, M.A. Infectious diseases in Poland in 2014 / M. A. Sadkowska-Todys, A. Zieliński, M.S. Czarkowski // Przegl. Epidemiol. – 2016. – V. 70, № 2. – P. 167-181.