

был выделен *Staphilococcus aureus*, являющийся, вероятно, возбудителем пищевой токсикоинфекции, и антибактериальная терапия в данных случаях вообще не была показана. В то же время, среди бактерий, которые были устойчивы к используемым АБ оказались *S. Enteritidis*, *P. Vulgaris*, *Citr. Freundii* и *Ps. Aeruginosa*, что диктовало необходимость замены АБ.

Девять пациентов (10,7%) несмотря на наличие в биологическом материале бактериальных агентов не получали антибактериальную терапию. Чаще всего в биологическом материале данных пациентов были выделены условно-патогенные бактерии, чем можно обосновать отсутствие антибактериальной терапии.

Выводы. Как правило, эмпирическая антибактериальная терапия у пациентов с ОКИ соответствует чувствительности выделенного впоследствии микроорганизма, тем не менее необходимо усилить контроль за проведением рациональной антибактериальной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Lim M.L., Wallace M.R. Infectious diarrhea in history // Infect Dis Clin North Am. – 2004. – Т. 18(2). – С. 261-74.

ДЕСТРУКТИВНЫЕ ФОРМЫ ПАНКРЕАТИТА

Митрофанова М. Д.

Гродненский государственный медицинский университет

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Шейбак В. М.

Актуальность. Некротический панкреатит – редкая патология детского возраста. Ранняя диагностика затруднена, поскольку клинические проявления значительно различаются. Однако это следует учитывать при дифференциальной диагностике болей в животе в детской возрастной группе [1].

Цель. Изучить особенности клиники, диагностики, лечения деструктивного панкреатита и его осложнения.

Методы исследования. Анализ историй болезни пациентов с диагнозом деструктивного панкреатита, находившихся на лечении в ГОДКБ в период с 2010 по 2024 год.

Результаты и их обсуждение. В период с 2010 по 2024 год на базе ГОДКБ было 6 случаев деструктивного панкреатита. Мальчиков и девочек поровну. 5 детей старшего школьного возраста, 1 – младшего школьного. Половина детей переведены из ЦРБ. При поступлении предъявляли жалобы на боли во всех отделах живота – 2 ребёнка, в мезогастрии – 1, в нижних отделах живота – 2, 1 – в

области послеоперационных ран. 3-их детей беспокоили жалобы более 2-ух недель перед обращением за медицинской помощью. С жалобами на многократную рвоту поступали 2 пациента, 1- или 2-кратную – также 2. У 50% детей отмечалось повышение температуры тела до субфебрильных значений. При поступлении у 2 детей сомнительные симптомы раздражения брюшины. Лейкоцитоз отмечался 5 раз, нейтрофиллез – 4, ускорение СОЭ – 3. Повышение амилазы отмечалось у 4 пациентов, причем у 3 показатель превышал нормальный показатель более чем в 3 раза. Диастаза мочи у всех пациентов превышала норму в 3 раза и более. Повышение уровня глюкозы – у 4, С-реактивного белка – у 3, повышение печеночных ферментов АлАт и АсАТ – у 3. Во всех случаях назначалось УЗИ, на котором обнаружены общие признаки: увеличение ПЖ, изменение её эхогенности, увеличение печени и наличие свободной жидкости в БП. МРТ выполнялось 4 пациентам, обнаружены признаки острого деструктивного панкреатита у всех исследуемых.

Все дети прооперированы: 2 в ЦРБ, 1 в РНПЦ, 4 – на базе ГОДКБ. В брюшной полости у всех детей геморрагический выпот, наложение стеариновых бляшек, фибрина. Выполнены санация и дренирование брюшной полости. В 4 случаях дополнительно подвели дренаж непосредственно в сальниковую сумку. Выпот в брюшной полости характеризовался повышенным значением амилазы. Лечение оперативное совместно с консервативным: антибиотикотерапия, спазмолитическая, антиферментная. Во время основного заболевания развивались следующие осложнения: асцит, кетоацидоз, токсическая энцефалопатия, парапанкреатит с ферментативным перитонитом и сепсис.

2 детей выписаны без осложнений, 2 был диагностирован сахарный диабет 1 типа, 1 – киста поджелудочной железы и 1 ребенок со смертельным исходом. Средний койко-день составил 28,6.

Выводы.

1. Дети болеют независимо от пола
2. Болеют преимущественно пациенты старшего школьного возраста
3. Патология часто приводит к развитию осложнений

ЛИТЕРАТУРА

1. Jha SK, Jha P, Karki P. Necrotizing pancreatitis in an 8-year-old girl: a case report from Nepal. Ann Med Surg (Lond). 2024 Aug 14;86(9):5639-5642. doi: 10.1097/MS9.0000000000002456. PMID: 39239060; PMCID: PMC11374229.