

Различия в тяжести состояния пациентов, вероятно, могут быть обусловлены разными объемами употребляемого продукта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Коровкина, Е.С. Ботулотоксин и ботулизм. Случай из практики /Е.С. Коровкина, Е.И. Каширская, Л.П. Черенова, М.П. Костинов // Журнал инфектологии. – 2024. – Том 16, №3. – С.151-154.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Соловей К. К., Панцевич П. А.

Гродненский государственный медицинский университет

Научный руководитель: канд. мед. наук Парфёнова И. В.

Актуальность. Острый пиелонефрит у детей занимает одно из ведущих мест среди причин госпитализации детей и может приводить к развитию уросепсиса и летального исхода. Широкая распространенность, возможные рецидивы и реинфекции, а также не всегда гладкое течение острых пиелонефритов у детей требует детального анализа развития данного заболевания, что и явилось целью нашего исследования.

Цель. Изучить клиничко-лабораторные изменения у детей с острым пиелонефритом.

Методы исследования. Было проанализировано 52 истории болезни пациентов, находившихся на лечении в 2023-2024 годах в Гродненской областной детской клинической больнице с диагнозом острый пиелонефрит. Течение заболевания характеризовали по клиническим симптомам и изменениям лабораторных показателей. Диагноз всем детям выставлен впервые. Статистическая обработка данных проводилась при помощи программ Microsoft Excel.

Результаты и их обсуждение. Возраст пациентов составил 7,2 (0,1-17) лет. Девочек было 90,4% и мальчиков – 9,6%. Клинические проявления острого пиелонефрита проявлялись в виде температурной реакции у большинства детей (76,9%), дизурических явлений – 12 человек (23,1%), болевого синдрома в поясничной области – 13 (25%). Симптомы общей слабости отмечали 5 (9,6%) пациентов, боль в животе – 8 (15,4%), рвота – 4 (7,7%) детей, изменения в общем анализе мочи наблюдали у 5 (9,6%) детей. Отмечено, что жалобы отсутствовали у 3 пациентов женского пола (5,7%). Заболевание возникало на фоне острого

назофарингита у каждого третьего ребенка (36,5%), среднего отита – 4 (7,7%), кандидозного вульвовагинита – 4 (7,7%), двухстороннего катарального гайморита – 1 (1,9%). Установлено, что у 1 девочки сопутствующим заболеванием был сахарный диабет I типа. При этом заболевание заканчивалось полным выздоровлением у каждого четвертого ребенка (28,8%). Анализ лабораторных данных установил, что лейкоцитоз отмечался у более половины детей (71,1%), ускоренное СОЭ у 84,6%, для каждого третьего ребенка была характерна – лимфопения (32,7%). Лимфоцитоз определяли только у 10 детей (19,2%). При этом у каждого третьего ребенка отмечался рост сегментоядерных нейтрофилов, а у 32,7% детей рост палочкоядерных нейтрофилов. Анемия присутствовала у 13,5% детей. Значения креатинина, мочевины и общего белка были в пределах референтных значений, однако у одного пациента мочевина превышала норму в три раза. У каждого исследуемого мальчика был превышен показатель СРБ (более 5 мг/л), у 76% девочек отмечалась такая же картина. У каждого пациентка наблюдали изменения в общем анализе мочи. Так лейкоцитурия встречалась у 92,3% пациентов, протеинурия – у каждого третьего ребенка (34,6%), бактериурия – 44,2% детей и у каждого второго слизь (48%). Гематурия – 6 (11,5%) и повышенное количество эпителий – 10 (19,2%) детей. Кетоновые тела в общем анализе мочи встречались только у 3 девочек (5,7%).

Выводы. Острый пиелонефрит встречается чаще у девочек, чем у мальчиков. Основным клиническими проявлениями было повышение температуры тела (6,9%) и боли в пояснице (25%). Основными лабораторными изменениями были лейкоцитоз с лимфоцитозом и повышение СОЭ, в анализе мочи – лейкоцитурия, бактериурия, присутствие слизи и эпителия, гематурия, в общем анализе мочи. Заболевание чаще всего возникало на фоне острых респираторных инфекций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шikuнова, Я. В. Этиология и патогенез острых пиелонефритов у детей / Я. В. Шikuнова, А. В. Гудков, В. С. Бощенко, [и др.] // Экспериментальная и клиническая урология. – 2021. – №14. – С. 135-139. <https://doi.org/10.29188/2222-8543-2021-14-1-135-139>