

процедуры достоверно увеличилось среднее артериальное давление с $71,4 \pm 3,4$ мм. рт. ст. до $78,2 \pm 4,6$ мм. рт. ст. ($p < 0,05$).

При биохимическом исследовании имеет место достоверное уменьшение концентрации общего билирубина с $511,7 \pm 46,7$ ммоль/л до $281,4 \pm 42,8$ ммоль/л ($p < 0,05$).

Наряду со снижением токсических метаболитов, при изучении связывающей способности альбумина произошло улучшение качественного состава альбумина. Связывающая способность альбумина до первой процедуры составила 31,5 (19;44) %, после 62,3 (47;82)% ($p < 0,05$). Так же достоверное увеличение связывающей способности отмечено и после 2 процедуры 82,1 (62;97)%. После всех проведенных процедур связывающая способность альбумина составила 83,2 (73;98)%, что достоверно выше, чем до начала терапии.

Вывод. Применение экстракорпоральной поддержки печени с помощью системы «Prometheus» у пациентов с печеночной недостаточностью приводит к значительному клиническому улучшению, позволяет стабилизировать гемодинамические показатели, способствует регрессу печеночной недостаточности, увеличению связывающей способности альбумина.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЦИТРОБАКТЕРНОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Пронько Н.В.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. В инфекционной патологии детского возраста все большую значимость приобретает условно-патогенная флора (УПФ): клебсиеллы, протей, синегнойная палочка, цитробактер, энтеробактер и др. [1]. Заболеваемость диареями, вызванными УПФ, постоянно растет. Этиологическая структура спорадической заболеваемости ОКИ, вызванными УПФ, не является постоянной: в различные периоды времени и в различных регионах она может варьировать [2,3]. Частота встречаемости гастроэнтеритов, вызванных УПФ, степень их выраженности, а также частота регистрации у детей и взрослых по данным разных авторов, имеют существенные различия [4,5].

Установлено, что основной причиной диарей, вызванных УПФ, является протей, распространенность остальных диарей изучена мало, а клиническая картина охарактеризована недостаточно [4]. Внимание к изучению ОКИ цитробактерной этиологии было привлечено их тяжестью, схожестью местных изменений желудочно-кишечного тракта с другими кишечными инфекциями, склонностью к поражению детей ранней возрастной группы [3,5].

Целью настоящего исследования явилось изучение этиологических особенностей, сезонного распределения, клинико-лабораторных особенностей цитробактерной кишечной инфекции у детей.

Методы исследования. Проведен анализ 61 историй болезни детей с цитробактерной кишечной инфекцией (ЦКИ) в возрасте от 1 месяца до 14 лет, лечившихся в детском отделении кишечных инфекций Гродненской областной инфекционной клинической больницы (ГОИКБ) на протяжении 2008-2012 годов. Диагноз был подтвержден выделением возбудителя *Citrobacter freundii*. Обследование проводилось согласно клиническим протоколам, утвержденным МЗ РБ.

Результаты и их обсуждение. Как показали исследования, за последние годы в этиологической структуре бактериальных ОКИ возрос удельный вес УПФ (стафилококка, протей, клебсиеллы, цитробактера, энтеробактера). Так, если в 2008 году среди пациентов, госпитализированных в детское отделение ГОИКБ, на долю ОКИ, вызванных УПФ, приходилось до 8,9% от числа бактериологически подтвержденных кишечных инфекций, то в 2012 году их доля увеличилась до 15,8%. Наибольшим был удельный вес ОКИ протейной этиологии (29,1% случаев), стафилококковая кишечная инфекция отмечалась в 26,4% случаев. Менее часто регистрировалась клебсиеллезная кишечная инфекция (10,8% случаев).

Удельный вес цитробактерной кишечной инфекции в структуре острых кишечных инфекций, согласно данным литературы, невелик и составляет от 3 до 7% [1, 5]. При анализе структуры расшифрованных ОКИ у детей, вызванных УПФ, по стационару установлено, что если в 2008 г. на долю цитробактерной кишечной инфекции у детей, госпитализированных в ГОИКБ, приходилось только 2,1% от числа бактериологически подтвержденных

кишечных инфекций, вызванных УПФ, то в 2012 г. их доля увеличилась до 17,2%.

При анализе возрастной структуры пациентов с ЦКИ установлено, что в возрасте от 1 месяца до 1 года было 28 (45,9%) пациентов; от 1 до 3 лет – 24 (39,3%) пациентов; от 4 до 6 лет – 5 (8,2%) пациента. В возрасте от 7 до 14 лет были 4 (6,6%) пациента. Максимальное количество случаев зарегистрировано в возрастной группе 0-3 года (85,2%).

Таким образом, наиболее уязвимой является группа детей первых лет жизни, где случаи ЦКИ отмечались более чем в 85%. С меньшей частотой ЦКИ выявлялась в возрастных группах детей старше 3 лет. Увеличение удельного веса ЦКИ у детей первых лет жизни может быть связано как с улучшением диагностики, так и с реальным ростом заболеваемости.

Среди госпитализированных детей с ЦКИ существенных различий по полу не отмечено, преобладала среднетяжелая форма ЦКИ. Доля детей, посещающих детские дошкольные учреждения, составила 31,1%, не посещающих детские дошкольные учреждения – 68,9%. По нашим данным, совпадающим с данными городского центра гигиены и эпидемиологии, дети, не посещающие детские коллективы, болеют чаще, чем организованные дети. Это соотношение сохраняется в течение всего анализируемого периода.

При изучении распределения заболевших детей по сезонам года за рассматриваемый период нами не отмечено четкой сезонности в динамике заболеваемости ЦКИ. Случаи заболевания регистрировались равномерно в течение года. Наши данные согласуются с результатами других исследователей, которые также не выявили сезонности у пациентов с ЦКИ [1]. ЦКИ, в основном, протекала в виде моноинфекции (98,4%), сочетанная инфекция отмечена у 1 пациента (1,6%): наблюдалось сочетанное выделение *Citrobacter freundii* 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 гастроэнтерита (65,6%), реже – топическим диагнозом был энтероколит (34,4%). Начало заболевания в 95,1% случаев было острым. ЦКИ начиналась с появления рвоты, повышения температуры тела, метеоризма, изменения характера и кратности стула. При поступ-

лении в стационар у пациентов были выражены жажда, мраморность кожных покровов, поведение ребенка менялось, отмечалось беспокойство или вялость. Стул был частым, жидким, иногда с примесью слизи, зелени, до 10 раз в сутки. Диарея была ведущим симптомом. Признаки эксикоза были выражены умеренно и кратковременно. Симптомы токсикоза купировались, как правило, к 3-5 дню. Продолжительность диареи составила $6,1 \pm 0,8$ дней. Температура тела повышалась до 38 градусов у 19 (31,1%) пациентов, продолжительность лихорадочного периода составила $3,9 \pm 0,4$ дня. В первые 3 дня заболевания поступили 54 пациента (88,5%), в более поздние сроки – 7 (11,5%).

Оценка преморбидного фона показала, что среди госпитализированных детей с ЦКИ только 17 (27,9%) детей относились к группе практически здоровых. У 44 детей (72,1%) отмечались фоновые заболевания: у 23 детей (37,7%) выявлена анемия, у 12 детей (19,7%) – экссудативный диатез у 5 пациентов (8,2%) – рахит, у 4 детей (6,5%) – белково-энергетическая недостаточность. На искусственном вскармливании находились 37 детей (60,7%).

Одна из основных причин заболеваемости ОКИ у детей первого года жизни – неправильное питание (слишком раннее введение прикорма, не соответствующего возрасту младенца). Другой причиной является контакт с родителями, которые могут быть носителями возбудителей, выделяя их во внешнюю среду без каких-либо клинических проявлений. У детей старшей возрастной группы развитию ОКИ способствует употребление инфицированных пищевых продуктов, употребление термически недостаточно обработанных продуктов, немытых овощей и фруктов. Все это подчеркивает актуальность бактериологических исследований при сравнительно однообразных симптомах кишечных расстройств различной этиологии.

Выводы:

1. Мониторинг ОКИ, вызванных УПФ, показал, что данная патология не имеет тенденции к снижению и является одной из частых причин инфекционных диарей у детей в Гродненской области. Высокая заболеваемость ЦКИ отмечается у детей первых трех лет жизни.

2. Клинические особенности ЦКИ характеризуются острым началом, лихорадкой, диареей. Заболевание протекает в среднетяжелой форме, характеризуется тенденцией к развитию рас-

пространенных форм поражения желудочно-кишечного тракта. Отсутствует четко выраженная сезонность цитробактерной кишечной инфекции.

3. ЦКИ чаще встречается у детей с неблагоприятным преморбидным фоном. Наиболее уязвимым контингентом являются дети первых лет жизни, находящиеся на искусственном вскармливании, у которых инфекция протекала тяжелее. Клиническое течение ЦКИ зависит от предрасполагающих факторов: белково-энергетической недостаточности, рахита, анемии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Учайкин, В.Ф. Решенные и нерешенные проблемы инфекционной патологии у детей / В.Ф. Учайкин // Детские инфекции. – 2003. – №4. – С. 3–7.

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.

3. Пронько, Н.В. Синдром острой диареи у детей: особенности этиологии, эпидемиологии и клинико-лабораторных проявлений / Н.В. Пронько, Н.А. Данилевич, Т.Г. Рыбак // Медицинская панорама. – 2016. – № 1. – С.9-12.

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

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.

«ДИЗАЙНЕРСКИЕ НАРКОТИКИ» - ПРОБЛЕМА XXI ВЕКА?..

*Протасевич П.П., Сергиенко В.К., Голешев С.А.,
Луковский В.М.*

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. В последние годы весьма актуальным стал вопрос острых отравлений «дизайнерскими наркотиками»[1]. Дизайнерские наркотики (от англ. todesign — проектировать, разрабатывать) — это психоактивные вещества (ПАВ), разрабатываемые с целью обхода действующего законодательства, синтетические заменители какого-либо натурального вещества, полностью воспроизводящие наркотические свойства последнего, либо