

(51,9%), в возрасте от 1 года до 3 лет - 11 (40,7%), старше 3 лет – 2 (7,4%). Заболевание протекало в среднетяжелой форме (100%). В группе наблюдения эшерихиоз был вызван преимущественно E. Coli O44 (16 пациентов – 59,3%), E. Coli O55 выделена у 5 детей (18,5%), E. Coli O126 у 4 пациентов (14,8%), E. Coli O25 выделена у 2 (7,4%). Чаще всего наблюдалась гастроэнтеритическая форма заболевания – 18 случаев (66,7%), энтероколитическая форма отмечена у 9 (33,3%) пациентов. Заболевание начиналось остро с появления рвоты, изменения характера и кратности стула, повышения температуры. Явления интоксикации отмечались у 15 пациентов (78,9%). Наиболее характерной была фебрильная температура, которая наблюдалась у 12 (63,2%) пациентов, субфебрильная температура была у 7 (36,8%). Рвота отмечалась у 15 (78,9%) пациентов. Обильный водянистый стул желтого цвета от 7 до 10 раз в сутки отмечался у 14 детей (73,7%), характерным симптомом был метеоризм, боли в животе. При энтероколите со 2-3-го дня болезни стул был со значительной примесью слизи. В периферической крови у пациентов с эшерихиозом в 57,9% случаев отмечался умеренный лейкоцитоз с нейтрофилизом, в 10,5% случаев не резко выраженная лейкопения с лимфоцитозом в начале заболевания, у 31,6% пациентов формула крови и общее количество лейкоцитов периферической крови не менялись. Умеренное ускорение СОЭ отмечалась у 5 (26,3%) пациентов, повышение мочевины – у 3 (15,8%) детей. Сезонность не регистрировалась.

Заключение. Для ОКИ у детей, вызванных эшерихиями, не выявлена сезонность заболевания. Чаще болели дети первых трех лет жизни. Существенных клинических признаков, патогномоничных для эшерихиозов нет. В связи с этим, наряду с клинико-эпидемиологическими данными важная роль принадлежит лабораторной диагностике.

Литература:

1. Покровский В. И. и др. Инфекционные болезни и эпидемиология. М.: ГЭОТАР, 2003. С. 256–264.
2. Руководство по инфекционным болезням // под. ред. Ю. В. Лобзина. СПб.: Фолиант, 2000. – 932 с.
3. Frank C., Faber M.S., Askar M., et al. Large and ongoing outbreak of haemolytic uraemic syndrome, Germany, May 2011. // Euro Surveill. – 2011. – Vol. 16. – № 21. – P. 19878.

ОСТРОФАЗОВЫЕ БЕЛКИ ПРИ ГНОЙНОМ МЕНИНГИТЕ ГЕМОФИЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Слижевская Е. Е., Купцевич О. В.

Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра детских инфекционных болезней

Научный руководитель – канд. мед. наук, доцент Астапов А.А.

Актуальность. Определение содержания белков острой фазы в биохимическом анализе крови у детей с нейроинфекцией гемофильной этиологии наряду с такими классическими показателями, как лейкоцитоз, СОЭ, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, позволяет расширить возможности дифференциальной диагностики менингитов.

Цель: оценить изменение уровня белков острой фазы в динамике у детей с верифицированным гнойным менингитом гемофильной этиологии.

Материалы и методы. Ретроспективно были проанализированы 26 историй болезни пациентов, лечившихся по поводу гнойного менингита гемофильной этиологии в УЗ «ГДИКБ» г. Минска с 1998 по 2014 г.

Результаты. Уровень белков острой фазы оценивался в динамике заболевания до и после начала антибактериальной терапии. В первые дни заболевания у 20 пациентов ($90,9 \pm 6,3\%$) отмечалось увеличение содержания С-реактивного белка, и лишь у 2 ($9,1 \pm 6,3\%$) – нормальное его значение. Средний уровень СРБ составил $118,7 \pm 40,8$ мг/л. У 13 пациентов ($68,4 \pm 10,9\%$) отмечалось увеличение уровня фибриногена, а у 6 ($31,6 \pm 10,9\%$) – нормальные показатели. Средний уровень фибриногена составил $5,7 \pm 1,2$ г/л. Уровень альбуминов определялся у 17 пациентов, и у всех пациентов (100%) он был снижен. Среднее значение альбумина составило $47,2 \pm 3,9$ г/л. Уровень альфа-1-глобулина и альфа-2-глобулина определялся

у 9 пациентов, и у всех пациентов (100%) он был повышен. Среднее значение альфа-1-глобулина составило $8,4 \pm 1,5$ г/л, альфа-2-глобулина – $17,2 \pm 2,1$ г/л. На 2-4 день болезни содержание СРБ на повышенных цифрах сохранялось у 14 пациентов ($63,6 \pm 10,5\%$), у 8 пациентов ($36,4 \pm 10,5\%$) – нормальное его значение. Средний уровень СРБ составил $47,4 \pm 27,9$ мг/л. У 6 ($75 \pm 16,3\%$) пациентов отмечалось увеличение уровня фибриногена, а у 2 ($25 \pm 16,3\%$) – нормальное его значение. Средний уровень фибриногена составил $5,8 \pm 1,3$ г/л. Уровень альбуминов был снижен у 10 пациентов ($71,4 \pm 12,5\%$), у 4 пациентов ($28,6 \pm 12,5\%$) имел нормальное значение. Среднее значение альбумина составило $50,3 \pm 4,6$ г/л. Уровень альфа-1-глобулина и альфа-2-глобулина определялся у 11 пациентов. У 9 пациентов ($81,8 \pm 12,2\%$) на 2-4 день заболевания выявлялось повышенное содержание альфа-1-глобулина, у всех пациентов (100%) – альфа-2-глобулина. Среднее значение альфа-1-глобулина составило $6,0 \pm 1,2$ г/л, альфа-2-глобулина – $15,2 \pm 2,9$ г/л.

Выводы:

1. Общими закономерностями изменения концентрации белков острой фазы воспаления при гнойных менингитах гемофильной этиологии являются увеличение уровня С-реактивного белка и фибриногена, снижение уровня альбуминов, увеличение уровня альфа-1-глобулина и альфа-2-глобулина.

2. В период реконвалесценции отмечается постепенная нормализация уровня белков острой фазы.

3. Увеличение содержания белков острой фазы в период реконвалесценции должен рассматриваться как прогностический критерий возможного затяжного течения заболевания.

Литература:

1. Актуальные проблемы менингококковой инфекции и гнойных бактериальных менингитов / И. С. Королева [и др.] // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. – 2009. – №1. – С. 5-8.
2. Клиника, диагностика и лечение Hib-менингита у детей / Ю. Я. Венгеров [и др.] // Инфекц. болезни. – 2007. – №4. – С. 32-36.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С КОКЛЮШОМ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ГРОДНЕНСКУЮ ОБЛАСТНУЮ ИНФЕКЦИОННУЮ КЛИНИЧЕСКУЮ БОЛЬНИЦУ

Урбанович В.С., Грек Н.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра инфекционных болезней

Научный руководитель – канд. мед. наук, ассист. Лиопо Т.В.

Актуальность. Коклюш продолжает оставаться очень актуальной проблемой в настоящее время. Особую опасность данное заболевание представляет для детей в возрасте до одного года. В этом возрасте заболевание нередко дает осложнение со стороны дыхательной (бронхиты, пневмонии) и нервной системы [1,3]. К сожалению, статистика отражает только небольшое число бактериологически (или серологически) подтвержденных случаев. Большое число диагностических ошибок связано с наличием микст-инфекции, а также ранним применением антибиотиков [2].

Целью нашего исследования явилось изучение клинических и лабораторных особенностей данной инфекции, диагностической значимости общеклинических, бактериологических и серологических методов исследований.

Материал и методы. Нами изучены истории болезни 68 пациентов, госпитализированных в Гродненскую областную клиническую инфекционную больницу с октября 2014 по декабрь 2015 гг. с диагнозом коклюш. Диагноз устанавливался эпидемиологически, клинически и лабораторно. Все пациенты были дети в возрасте до 11 лет: до 3 мес. – 17 (25%), от 3 мес. до 1 года – 40 (58,8%), старше 1 года 12 человек (17,6%). Среди поступивших мальчиков было 37 (54,4%), девочек – 31 (44,6%). У 61 пациента (89,7%) направительным диагнозом был коклюш, у 3 пациентов (4,4%) – ОРВИ, у 4 детей (5,9%) – острый бронхит. Заключи-