

сия в минилапаротомный доступ по техническим причинам), практически полностью заменив открытые доступы. Это позволило минимизировать как тяжесть самой операции, так и сократить срок послеоперационной реабилитации маленьких пациентов, по сравнению с ранее применявшимися традиционными лапаротомными операциями, качественно улучшить послеоперационные результаты.

#### **Выводы**

Своевременная диагностика врожденного гипертрофического пилоростеноза включает как клинические, так и инструментальные методы исследования (преимущественно УЗИ пилорического отдела желудка, а в спорных ситуациях и рентгенологические методики с контрастом).

Методом выбора в отделении детской хирургии при врожденном гипертрофическом пилоростенозе в настоящее время стала лапароскопическая пилоромиотомия.

Использование лапароскопической техники позволило создать более комфортную визуализацию пилоруса и брюшной полости во время операции, минимизировать травматичность самого вмешательства, качественно улучшить результаты послеоперационного лечения пациентов с данной патологией.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Баиров, Г. А. Срочная хирургия у детей / Г. А. Баиров // Руководство для врачей. — СПб, 1997. — 462 с.
2. Исаков, Ю. Ф. Хирургические болезни у детей / Ю. Ф. Исаков — М.: Медицина, 1988. — 701 с.
3. Кишковский, А. Н. Дифференциальная рентгенодиагностика в гастроэнтерологии / А. Н. Кишковский. — М.: Медицина, 1984. — 279 с.
4. Разиньков, А. Г. Результаты клиничко-лучевой диагностики и оперативного лечения врожденного пилоростеноза у детей / А. Г. Разиньков, О. В. Ришт // Материалы конф. «Настоящее и будущее детской хирургии». — М., 2001.
5. Шабалов, Н. П. Основы перинатологии / Н. П. Шабалов, Ю. В. Цвелев. — М.: МЕДпресс-информ, 2002. — 576 с.

**УДК 616.34-008.314.4-08-036.22:615.33**

### **КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С АНТИБИОТИКОАССОЦИИРОВАННОЙ ДИАРЕЕЙ**

*Кутовой А. И., Сидора Т. И.*

**Научный руководитель: д.м.н., доцент Е. Л. Красавцев**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Антибиотикоассоциированная диарея диагностируется при появлении неоформленного стула в сочетании с учащенной дефекацией в течение 2 или более последовательных дней на фоне антибактериальных средств или в течение 8 недель после окончания их приема [1]. Факторы риска развития антибиотикоассоциированной диареи: использование антибиотиков широкого спектра действия, пожилой возраст, хронические заболевания, контакт с внутрибольничными патогенами. Наиболее частой причиной диареи, возникшей у пациентов на фоне применения антибиотиков или после их приема, является нарушение количественного и качественного состава собственной микрофлоры кишечника. Эти изменения микробного гомеостаза снижают колонизационную резистентность, создают предпосылки к росту патогенной флоры: *Staphylococcus aureus*, бактерии рода *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Citrobacter*, *Proteus*, *Serratia* и другие. Наибольшую опасность представляет диарея, вызванная токсигенными штаммами *Clostridium difficile* [2].

По статистическим данным в Гомельской областной инфекционной клинической больнице (УЗ «ГОИКБ») за 2013 и 2014 гг. зарегистрировано по 132 случая госпитализации с антибиотикоассоциированной диареей. Для сравнения: в 2012 г. в УЗ «ГОИКБ» было госпитализировано 37 пациентов с данным диагнозом.

### **Цель**

Определить структуру по полу, возрасту, степени тяжести пациентов с антибиотикоассоциированной диареей, частоту рецидивов, структуру первичных заболеваний, в лечении которых применялись антибиотики, проанализировать предшествующую антибактериальную терапию.

### **Материалы и методы исследования**

Проведен анализ 100 медицинских карт стационарных больных с диагнозом «антибиотикоассоциированная диарея», находящихся на лечении в УЗ«ГОИКБ» в период с 5 февраля 2013 по 14 февраля 2014 гг. При статистическом анализе использовался пакет «Excel-2010» с параметрическим анализом.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Среди пациентов с диагнозом «антибиотикоассоциированная диарея» первично заболевших было 90 человек (90 %), с рецидивами — 10 человек (10 %). Женщин регистрировалось 67 (67 %) и мужчин — 33 (33 %); возраст колебался от 3 лет до 91 года (средний —  $52,2 \pm 2,4$ ), доля лиц возрастной категории более 60 лет — 43 %. Длительность пребывания в стационаре составляла от 3 до 23 дней (средняя длительности  $9,6 \pm 0,53$ ); частота диареи колебалась от 2 до 18 раз в сутки (средняя частота  $7,76 \pm 0,43$ ). 10 пациентов (10 %) поступили в тяжелом состоянии и находились в отделении реанимации со следующим переводом в отделение, среди них было 3 пациента с рецидивом (30 %). В структуре первичных заболеваний, в лечении которых применялись антибиотики с целью профилактики осложнений или терапии, доминировали: пневмония (27; 31 %), острый бронхит (19; 21 %), болезни хирургического профиля (16; 17,7 %), острый пиелонефрит (11; 12 %), острый гастроэнтерит (5; 6 %), мочекаменная болезнь (3; 3,3 %), сальмонеллез (2; 2 %), острый цистит (2; 2 %), хронический колит (2; 2 %), ангина (2; 2 %), лептоспироз (1; 1 %).

Антибиотикотерапия (моно/комбинированный режим), приведшая к развитию заболевания включали в себя препараты следующих групп: фторхинолоны (25; 25 %), пенициллины (7; 7 %), цефалоспорины 2–3 поколения (63; 63 %), в частности цефтриаксон (45; 50 %), макролиды (5; 5 %). Из фторхинолонов чаще использовали ципрофлоксацин (17; 68 %) и офлоксацин (6; 24 %), из группы пенициллинов — амоксилав/амоксициллин (7; 100 %), из группы макролидов — кларитромицин (3; 60 %).

Пациентам, поступившим в стационар, по поводу рецидива антибиотикоассоциированной диареи, ранее проводилась терапия фторхинолонами (3; 30 %), цефалоспорины 2–3 поколения (6; 60 %), пенициллинами (1; 10 %).

У пациентов, первично поступивших с антибиотикоассоциированной диареей (90; 90 %) клиническая манифестация антибиотикоассоциированной диареи наблюдалась в сроки от 1,5 до 3 недель после начала антибиотикотерапии. У пациентов, поступивших с рецидивирующей диареей, клиника проявлялась после 2–14 дней после выписки из стационара. Основными проявлениями были: диарея (частота дефекаций в зависимости от тяжести заболевания колебалась от 3–4 до 20 раз в сутки), абдоминальный синдром (боли, вздутие, тошнота), общая интоксикация (56; 56 %) и лейкоцитоз (58; 58 %).

У 45 пациентов не проводилось копрологическое исследование. Среди исследованных 55 пациентов только у 10 пациентов отсутствуют признаки колита (лейкоциты, эритроциты, слизь) (18 %).

По результатам посевов кала первичных пациентов (90) выявлено: *Citrobacter freundii* (25; 76 %), *Proteus mirabilis* (2; 6 %), *Proteus vulgaris* (2; 6 %); по результатам ИФА выделен токсин *Clostridium difficile* (4; 12 %). У пациентов с рецидивирующей диареей — высеяны *Citrobacter freundii* (3; 30 %), *Proteus mirabilis* (2; 20 %), токсин *Clostridium difficile* (1; 10 %) по ИФА.

Среди пациентов старше 60 лет (43) у 6 (14 %) человек были рецидивы антибиотикоассоциированной диареи, 7 (16 %) человек были в тяжелом состоянии и

первоначально проходили лечение в отделении реанимации, у 31 пациента (72 %) — по данным исследования крови (СОЭ, количество лейкоцитов) были признаки воспаления, у 24 (56 %) — частота стула более 5 раз в сутки.

Лечение от антибиотикоассоциированной диареи проводили по схемам лечения на протяжении, в среднем, 7–14 дней; пациенты с тяжелым состоянием — 15–39 дней. Терапия проводилась следующими препаратами: метронидазол 250–500 мг 3 раза в сутки, при отсутствии эффекта от метронидазола назначали ванкомицин 125–300 мг 2–3 раза в сутки. Летальных случаев не зарегистрировано.

#### **Выводы**

Среди пациентов с диагнозом «антибиотикоассоциированная диарея» преобладали женщины (67 %), средний возраст этих пациентов составил  $52,2 \pm 2,4$  года, доля лиц возрастной категории более 60 лет — 43 %. Наиболее частыми причинными антибиотиками были цефалоспорины (63 %), особенно 2 и 3 поколения, и фторхинолоны (25 %). Наиболее часто среди пациентов старше 60 лет с антибиотикоассоциированной диареей зарегистрированы рецидивы (60 % от всех пациентов с рецидивами) и тяжелое клиническое течение (70 % от всех пациентов с этой степенью тяжести), которое проявлялось длительной и частой диареей, абдоминальными синдромами, общей интоксикацией и лейкоцитозом.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Захарова, Н. А. Антибиотикоассоциированная диарея: патогенез, лечение / Н. А. Захарова // Врач. — 2013. — № 1. — С. 35–39.
2. Псевдомембранозный колит – актуальная проблема современной антибиотикотерапии / Ю. С. Лысюк [и др.] // Новости медицины и фармации. — 2012. — № 14(424). — С. 5.

**УДК 618.36-008.64-07-08**

## **ХРОНИЧЕСКАЯ НИКОТИНОВАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН: КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА**

*Кухта Е. А.*

**Научные руководители: к.м.н., доцент Е. Н. Кириллова, к.м.н., доцент Т. А. Бич**

**Учреждение образования  
«Белорусский государственный медицинский университет»  
г. Минск, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, 38 % мужчин и 23 % женщин в Европе являются курильщиками [1]. Так, и в Республике Беларусь: курят порядка 42 % жителей, при этом 64,1 % мужчины и 19,7 % женщины [2]. На сегодняшний день признано, что в развитых странах курение во время беременности является одним из важнейших предотвратимых факторов риска ее неблагоприятного исхода, как для матери, так и для плода. В связи с увеличением частоты табакокурения среди женщин, во всем мире возрос интерес к исследованию у беременных с никотиновой зависимостью функционирования жизненно важных систем организма в целом, и плаценты в частности. В то же время, данные литературы по настоящей проблеме крайне ограничены и зачастую противоречивы, поэтому изучение указанных взаимосвязей представляется актуальным.

#### **Цель**

Установление морфологических особенностей строения плаценты у беременных с хронической никотиновой интоксикацией (ХНИ) во взаимосвязи с клиническим течением беременности.

#### **Материалы и методы исследования**

В простое одномоментное исследование была включена 91 женщина, родившая в учреждении здравоохранения «5-я городская клиническая больница г. Минска» в пери-