

Проведен анализ антибактериальной терапии детей с острой респираторной инфекцией, без учета пневмоний. Антибактериальная терапия проводилась 192 (49,4 %) пациентам с ОРЗ, 197 (50,6 %) человек не получали антибактериальные препараты,  $p > 0,05$ . Для лечения использовались: цефалоспорины — в 84,9 % случаев (163 ребенка), из них: 160 (98,2 %) детей получали препараты внутривенно, 3 (1,8 %) ребенка — перорально,  $p < 0,05$ , антибиотики пенициллинового ряда получали 22 (11,5 %) пациента, из них: 21 (95,4 %) ребенок перорально, 1 (4,6 %) — внутривенно,  $p < 0,05$ , макролиды получали 7 (3,6 %) детей: 6 (85,7 %) — внутривенно, 1 (14,3 %) — перорально,  $p < 0,05$ .

Средняя продолжительность госпитализации детей 1 года жизни составила 4 (2; 7) дня, детей 2–3 лет жизни — 5 (2; 7) дней, 4–6 лет — 4 (2; 7) дня, 7–13 лет — 3,5 (1,75; 7) дня. Длительность пребывания на стационарном лечении для детей всех возрастных категорий составила 4 (2; 7) дня.

#### **Выводы**

Наиболее часто госпитализировались дети первого года жизни с острым ринофарингитом. Средний возраст детей, госпитализированных с поражением верхних и нижних дыхательных путей составил 0,9–1,85 лет, за исключением детей с острым бронхитом, средний возраст которых составил 3 года. Большинство детей были госпитализированы в первые 3 дня от начала заболевания, одинаково часто в тяжелом состоянии и состоянии средней степени тяжести, при этом на первом году жизни чаще дети госпитализировались в состоянии средней степени тяжести, в остальные возрастные периоды — в тяжелом состоянии. Каждый четвертый ребенок имел неблагоприятный аллергический фон, каждый пятый — анемию. На современном этапе картина крови в половине случаев характеризовалась нейтрофильным лейкоцитозом. Антибактериальная терапия была назначена в 49,4 % случаев. Основным антибактериальным препаратом являлся антибиотик цефалоспоринового ряда, вводимый внутривенно.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Возможности повышения эффективности терапии острых респираторных вирусных инфекций различной этиологии у детей / Т. А. Руженцова [и др.] // Инфекц. болезни. 2019. № 2. С. 46–52.
2. Шамшева О. В. Грипп и ОРВИ у детей / О. В. Шамшева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 90 с.

**УДК 616.34-002.2-053.2(476.2)**

### **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Яромич Н. В., Цыкуненко Я. А., Саливончик К. А.**

**Научный руководитель: к.м.н., доцент А. И. Зарянкина**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Острые кишечные инфекции (ОКИ) — группа острых инфекционных заболеваний человека, характеризующихся поражением желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) с развитием диареи, интоксикации, абдоминального синдрома. Ведущим механизмом заражения является фекально-оральный. Этиологическими факторами ОКИ являются патогенные и условно-патогенные бактерии, вирусы, простейшие и грибы [1].

ОКИ остаются серьезной проблемой здравоохранения во всех странах и принадлежат к числу ведущих причин заболеваемости, госпитализации и летальности, особенно в детском возрасте [2].

### **Цель**

Изучить особенности течения острых кишечных инфекций у детей.

### **Материал и методы исследования**

Материалом исследования послужили 274 медицинские карты стационарных пациентов с острыми кишечными инфекциями, которые находились на лечении в УЗ «Гомельская областная детская клиническая больница» в период с января 2021 г. по сентябрь 2021 г. Статистическая обработка результатов выполнена с использованием табличного редактора MS Excel 2019 и программы «Statistica 10».

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

В анализируемую группу вошли 274 ребенка в возрасте от 0 до 13 лет. В возрастном аспекте дети первого года жизни составили 48,5 % (133 человека), 2–3 лет — 35,8 % (98 человека), 4–6 лет — 11,7 % (32 человек), 7–13 лет — 4 % (11 человек). Медиана возраста составила 2 (1; 3) года.

Тяжесть состояния при госпитализации. Подавляющее большинство детей поступило в стационар в тяжелом состоянии (218 человек, 79,6 %). В состоянии средней степени тяжести было госпитализировано 56 (20,4 %) детей,  $p < 0,05$ .

В 48,5 % (133 ребенка) в стационар были госпитализированы дети первого года жизни, из которых 103 (77,4 %) человека находились в тяжелом состоянии, 30 (22,6 %) — в состоянии средней степени тяжести,  $p < 0,05$ .

На долю детей 2–3 лет жизни пришлось 98 (35,8 %) человек, среди них: 78 (79,6 %) человек в тяжелом состоянии, 20 (20,4 %) — в состоянии средней степени тяжести,  $p < 0,05$ .

Из 32 (11,7 %) детей возрастной категории 4–6 лет жизни 27 (84,4 %) человек поступили в тяжелом состоянии, 5 (15,6 %) — в состоянии средней степени тяжести,  $p < 0,05$ .

В возрасте 7–14 лет (11 (4 %) человек) на момент госпитализации 10 (91 %) детей находились в тяжелом состоянии, 1 (9 %) ребенок — в состоянии средней степени тяжести,  $p < 0,05$ .

Сроки госпитализации от начала заболевания. В 1 день болезни госпитализировано 64 (23,4 %) ребенка. На 2–3 день болезни в стационар поступили 127 (46,4 %) человек, на 4–7 день болезни — 55 (20,1 %) ребенок. Спустя неделю от момента начала заболевания было госпитализировано 25 (9,1 %) человек. В среднем дети госпитализировались на 2 (2; 4) день болезни.

Уровень поражения желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Клинически у 29 (10,6 %) детей наблюдалось изолированное поражение желудка (острый гастрит), у 39 (14,2 %) — поражение тонкого кишечника (острый энтерит). Чаще всего наблюдалось сочетанное поражение желудка и тонкого кишечника (острый гастроэнтерит) — у 103 (37,6%) детей. Диагноз острого энтероколита был выставлен 51 (18,6%) ребенку, из них: у 20 (39,2 %) детей имелась примесь крови в кале (гемоколит), у 31 (60,8 %) — нет,  $p < 0,05$ . Острый гастроэнтероколит был выставлен 51 (18,6 %) детям, у 18 (35,3 %) из которых в стуле была кровь (гемоколит), у 33 (64,7 %) человек стул был без крови,  $p < 0,05$ .

Этиологическая диагностика. В большинстве случаев (211 (77 %) детей) этиология поражения ЖКТ у детей оставалась не выявленной. Всего в данную группу вошли: 92 (43,6 %) ребенка первого года жизни, 82 (38,9 %) — 2–3 года, 26 (12,3 %) детей — 4–6 лет, 11 (5,2 %) — 7–13 лет. Возрастная медиана: 1 (0,9; 2) год. Дети раннего возраста (от 0 до 3 лет) составили 174 (82,5%) ребенка, дети старшего возраста (от 4 до 13 лет) — 37 (17,5 %) человек,  $p < 0,05$ .

У 42 (15,3 %) детей кишечная инфекция была вызвана условно-патогенной флорой. Среди условно-патогенных микроорганизмов наиболее часто встречались представители Gr- флоры: *Enterobacter aerogenes*, *Enterobacter cloacae*, *Proteus vulgaris*, *Proteus mirabilis* — у 2 (4,7 %) человек каждый, *Citrobacter diversus*,

*Citrobacter freundii* — у 1 (2,4 %) человека каждый, *Klebsiella pneumoniae* — у 11 (26,2 %) человек.

На долю *Staphylococcus aureus* пришлось 33,3% (14 человек). Так же встречались комбинации золотистого стафилококка с Гр- микроорганизмами: с *Citrobacter freundii*, *Enterococcus faecalis*, *Enterobacter cloacae* — по 1 (2,4 %) человеку соответственно, с *Klebsiella pneumonia* — у 2 (4,7 %) человек.

В единичных случаях были выявлены сочетания различных представителей семейства *Enterobacteriaceae*: комбинация *Proteus vulgaris* и *Enterobacter cloacae* — у 1 (2,4 %) человека, и *Citrobacter freundii* с *Escherichia coli* — у 1 (2,4 %) человека.

Возрастная структура детей с кишечными инфекциями, вызванными условно-патогенной флорой, распределилась следующим образом: дети первого года жизни — 28 (66,7 %) человек, 2–3 лет — 12 (28,6 %) человек, 4–6 лет — 2 (4,7 %) человека. Дети более старшего возраста в данной категории пациентов не встречались. Медиана возраста: 2 (1; 3) года. Дети раннего возраста (от 0 до 3 лет) составили 40 (95,2 %) человек, старшего возраста (от 4 до 13 лет) — 2 (4,8 %) человека,  $p < 0,05$ .

Сальмонеллез диагностирован у 21 (7,7 %) ребенка: у 13 (62 %) детей первого года жизни; количество детей 2–3 года жизни и 4–6 лет было равным и составило по 4 (19 %) человека. Дети более старшего возраста не поступали с данным диагнозом. Медиана возраста составила 1,2 (1; 3) года. При этом на долю детей раннего возраста (от 0 до 3 лет) пришелся 81 % (17 человек), детей старшего возраста (4–13 лет) — 19 % (4 человека),  $p < 0,05$ .

Сопутствующая патология. Дети с кишечными инфекциями имели сопутствующую патологию в виде неблагоприятного преморбидного фона, аллергических заболеваний, инфекции мочевых путей, острых заболеваний органов дыхания, врожденных пороков развития.

У 272 (99,3 %) детей с кишечной инфекцией отмечались острые проявления со стороны органов дыхания, которые были представлены ринофарингитом (188 (69,1 %) человек), ларинготрахеитом (66 (24,3 %) человек), бронхитом (13 (4,8 %) человек), пневмонией (5 (1,8 %) человек).

Проявления инфекции мочевых путей диагностированы у 6 (2,1 %) детей.

В 11,7 % (32 человека) случаев кишечная инфекция у детей развилась на фоне атопического дерматита, в 6,2 % (17 детей) — на фоне пороков развития, в 1,8 % (5 детей) — на фоне хронических расстройств питания, в 1,1 % (4 ребенка) — на фоне рахита.

Анемия легкой степени диагностирована у 34 (9,3 %) человека.

Длительность пребывания в стационаре. Средняя длительность пребывания на стационарном лечении для детей всех возрастных категорий составила 5 (3; 7) дней. Средняя длительность пребывания детей 1 года жизни составила 6 (4; 7) дней, детей 2–3 лет жизни — 5 (2; 6) дней, 4–6 лет — 3,5 (2; 6) года, 7–13 лет — 4 (2; 6) дня.

### **Выводы**

С острыми кишечными инфекциями чаще госпитализировались дети раннего возраста с преобладанием детей первого года жизни. Ведущим клиническим проявлением был острый гастроэнтерит (37,6 %), одинаково часто (18,6 %) госпитализировались дети с острым гастроэнтероколитом и энтероколитом, каждый третий из которых имел гемоколит. Преимущественно госпитализировались дети в тяжелом состоянии. В большинстве случаев (77 %) верификация возбудителя заболевания не уточнена. На долю условно-патогенной флоры пришлось 15,3 %, основным возбудителем являлась *Klebsiella pneumonia*. Сальмонеллез диагностирован в 7,7 % случаев, преимущественно у детей первого года жизни, госпитализированных в тяжелом состоянии. Тяжесть состояния усугублялась наличием сопутствующих заболеваний, ведущими из которых являлись острые