

вели в стационаре по $16 \pm 5,91$ койко-дней. Выздоровлением закончилось заболевание у 72,83 % больных ($n = 67$). С улучшением выписано 23,91 % больных ($n = 22$). Летальных исходов за данный период не было. Осложнения заболевания возникли у 25 % больных ($n = 23$), из которых ИТШ — в 21,74 % ($P = 0,0384$ по сравнению с прочими осложнениями) случаев ($n = 5$), отек головного мозга — в 34,78 % случаев ($n = 8$). Без осложнений заболевание протекало у 75 % больных.

Заключение

Расхождение диагнозов направившего учреждения и клинических диагнозов составило 52,47 %. На первичном этапе диагноз гнойный менингит не был установлен в 71 % случаев, а серозный менингит не был выявлен в 75 % случаев. Наименьший процент расхождения был у больных с диагнозами менингоэнцефалит (40 %) и менингококкцемия (37,5 %). Большинство больных (84,78 %) — городское население, их которых 61,98 % — жители г. Гомеля. Среди больных преобладали дети (65,2 %). Клинические проявления у больных гнойными и серозными менингитами не отличались. В редких случаях у больных гнойными менингитами в начале заболевания отмечался лимфоцитарный плеоцитоз, а у больных серозным менингитом — цитоз смешанного характера.

ЛИТЕРАТУРА

1. Деконенко, Е. Бактериальные менингиты / Е. Деконенко // Врач. — 2001. — № 6. — С. 20–27.
2. Шувалова, Е. П. Инфекционные болезни / Е. П. Шувалова // Медицина. — 2001. — С. 624.
3. Лучшев, В. И. Менингококковая инфекция / В. И. Лучшев // Российский медицинский журнал. — 2009. — № 6. — С. 33–37.

УДК 616.34 – 002: 616.9] – 053.2

КАТАМНЕСТИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ, ПЕРЕНЕСШИМИ ОСТРЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ

Бутьковец Т. П.

Научный руководитель: к. м. н., доцент Е. Л. Красавцев

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

По статистическим данным Республики Беларусь, совпадающим с данными ВОЗ, большая часть заболеваемости острыми кишечными инфекциями (ОКИ) приходится на детский возраст. Так 60–65 % всех заболеваний ОКИ регистрируется среди детей, при этом высока заболеваемость детей раннего возраста (до 70 %) [1]. Острые кишечные инфекции до настоящего времени занимают ведущее место в инфекционной патологии детского возраста, уступая по заболеваемости только острым респираторным инфекциям, и являясь одной из главных причин летальности у детей раннего возраста. По данным ВОЗ, ежегодно в мире умирают от ОКИ и их осложнений более 5 млн детей. Повсеместная распространенность, высокая частота развития тяжелых и осложненных форм болезни и постинфекционных нарушений пищеварения, высокая летальность у детей раннего возраста ставят эту проблему в ряд наиболее социально значимых [2].

Одним из самых важных звеньев терапии ОКИ у детей была и остается этиотропная терапия. На первичном этапе выбор терапии является эмпирическим, без учета возбудителя и его чувствительности к антибиотикам, в качестве препаратов первого ряда часто используются недорогие препараты широкого спектра для перорального приема. Как следствие, довольно часто приходится менять препарат, что неблагоприятно сказывается на здоровье детей [3].

Цель исследования

Наблюдение за детьми, перенесшими ОКИ, анализ их заболеваемости до болезни и после.

Материалы и методы исследования

Нами проведен анализ 30 медицинских карт детей 2006–2009 гг. рождения, перенесших ОКИ в период с января 2009 г. по май 2010 г. Для статистического анализа были использованы программы «Excel» и «Statistica» 6.0.

Результаты и их обсуждение

Из числа детей, перенесших ОКИ, 3,3 % (n = 1) родились в 2006 году, 26,7 % (n = 8) детей родились в 2007 г., 43,3 % (n = 13) детей появились на свет в 2008 г. и 26,7 % (n = 8) детей родились в 2009 г.

На первом году жизни ОКИ перенесли 9 детей (30 %), на втором году жизни — 18 детей (60 %), на третьем — 3 детей (10 %).

В 90 % случаев (n = 27) был выставлен диагноз острый гастроэнтероколит, из них у 26 детей он имел среднюю степень тяжести и у 1 ребенка он протекал в тяжелой форме. В 6,7 % случаев (n = 2) установлен диагноз «сальмонеллез», один ребенок (3,3 %) находился в инфекционной больнице по поводу носительства сальмонеллеза.

Чаще всего причиной острого гастроэнтероколита являлся *Citrobacter freundii*: 30 % случаев (n = 9), вторым по частоте встречаемости был *Proteus mirabilis*: 26,7 % (n = 8) случаев. *Klebsiella pneumoniae* была выявлена у 4-х детей (13,3 %), трижды был высеян *Staphylococcus aureus* (10 %), в 2-х случаях острый гастроэнтероколит был обусловлен ротавирусом (6,7 %) и у 1-го одного ребенка возбудителем являлся *E. aerogenes* (3,3 %). У больных сальмонеллезом, а также у носителя сальмонеллеза (n = 3) во всех случаях высеялась *Salmonella enteritidis*.

Антибиотикотерапия проводилась всем больным. В 14 случаях (46,7 %) была назначена монотерапия, 13 детей (43,3 %) получали комплексную этиотропную терапию из двух препаратов, в 10 % случаев (n = 3) в комплексную терапию входило 3 антибактериальных препарата.

Чаще всего препаратами выбора являлись цефалоспорины третьего поколения: цефотаксим, цефтриаксон — 18 случаев использования. Из них в 6 случаях (33,3 %) препараты данной группы использовались в качестве монотерапии. В остальных 12 случаях (66,7 %) они были назначены в комплексе с другим антибактериальным препаратом. Цефалоспорины первого поколения (цефазолин) назначались 5 детям. Из них было 2 случая (40 %) самостоятельного применения цефазолина, что является нецелесообразным в лечении ОКИ. Трижды (60 % случаев) данный препарат назначался в комплексе с другим этиотропным препаратом. Широкое использование при лечении ОКИ имел нифуроксазид: 14 случаев использования. Данный препарат чаще использовался в комплексной терапии ОКИ: 11 случаев назначения (78,6 % от общего числа использования нифуроксазида). Трём детям (21,4 % от общего числа использования нифуроксазида) этот препарат был назначен в качестве монотерапии. В трех случаях в дополнение к другому антибактериальному препарату был назначен амикацин (аминогликозид третьего поколения). У 8 детей в состав комплексной терапии входили аминопенициллины (ампициллин, амоксициллин). Причиной назначения препаратов данной группы являлось наличие у детей сопутствующих респираторных заболеваний. При наблюдении за детьми в течении двух лет после перенесения ОКИ было отмечено увеличение частоты возникновения дисбактериоза кишечника. Данная патология возникла у 6 детей (20 % от всего количества исследуемых), причем, у двоих детей дисбактериоз имел рецидивирующий характер. Четверо детей (13,3 %) менее, чем за 6 месяцев до заболевания уже имели дисбактериоз в анамнезе, что могло послужить благоприятным фоном для развития ОКИ.

В 33,3 % случаев (n = 10) после перенесения ОКИ у детей возникла аллергия, проявляющаяся атопическим дерматитом. 30 % детей (n = 9) в первые полгода после ОКИ заболели острым фарингитом. У 4 из них данная патология имела рецидивирующий характер. У 1 ребенка возник фарингомикоз.

Если сравнивать частоту острых респираторных заболеваний за год предшествующий перенесению ОКИ и за два последующих года, то она повысилась в 2,2 раза. Таким образом, за год предшествующий ОКИ среднее количество острых респираторных заболеваний на одного больного составило 1,5 раза в год. Последующие 2 года после перенесения ОКИ дети болели респираторными заболеваниями в среднем 3,35 раза в год. У одного ребенка после перенесенной ОКИ возникла рецидивирующая респираторная инфекция (за два года было 13 случаев респираторных заболеваний).

В течение двух лет после перенесения кишечной инфекции значительно увеличилось количество курсов этиотропной терапии: 27 детей (90 %) принимали антибактериальные препараты. Из них 7 детей прошло один курс, 9 детей — два курса, 8 детей — три курса, 2-е детей — четыре курса и 1 ребенок прошел шесть курсов антибактериальной терапии.

Заключение

В лечении ОКИ во всех случаях назначалась антибактериальная терапия, не зависимо от степени тяжести патологии. Комбинированная антибактериальная терапия назначалась в 26,6 % случаев из-за наличия сопутствующей патологии, в остальных 26,7 % случаях назначение являлось не обоснованным. Проведенные курсы антибактериальной терапии привели в 20 % случаев к дисбактериозу, увеличению ОРЗ — в 2,2 раза, атопическому дерматиту — в 33,3 % случаев. В дальнейшем эти дети получали неоднократно антибактериальные препараты, что может привести к дальнейшему усугублению токсических и аллергических реакций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ключарева, А. А. [и др.] // Здоровоохранение. — 2004. — № 7. — С. 45–53.
2. Лечение острых кишечных инфекций у детей: Пособие для врачей / Сост. А. В. Горелов, Л. Н. Милотина, Д. В. Усенко. — М., 2003.
3. Астапов А.А., Германенко И.Г., Лагир Г.М., Ключко Н.Л. // Иммунопатология. — 2000. — № 3. — С. 62–63.

УДК 616.98:578.828 HIV] – 036.88 -053.2

АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ И ВИЧ-ЭКСПОНИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ

Бутьковец Т. П.

Научный руководитель: к. м. н., доцент Е. Л. Красавцев

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Основным путем передачи ВИЧ-инфекции является половой, который реализуется при гетеросексуальном, а также гомосексуальном контакте. Другими путями передачи ВИЧ могут быть парентеральный, вертикальный — реализуется во время беременности (трансплацентарно), при родах и кормлении грудью — при наличии язвочек, трещин на сосках и в ротовой полости ребенка [1]. При клинически бессимптомной ВИЧ-инфекции у матерей риск инфицирования плода составляет 30–50 %. СПИД развивается приблизительно у 20 % инфицированных новорожденных.

У ВИЧ-инфицированных новорожденных отмечается низкая масса тела при рождении, задержка внутриутробного развития, иногда микроцефалия. Большинство из них не имеют признаков инфекции. Признаки заболевания обычно развиваются на 3–5-м мес. жизни, но могут проявляться и позже. Характерны генерализованная лимфоадено-