

Анализ обеспеченности кадрами лечебно-профилактических и высших медицинских учебных заведений доказал необходимость подготовки магистров медсестринства. Образовательные стандарты подготовки в полной мере обеспечивают необходимый квалификационный уровень таких специалистов и удовлетворяют потребности сферы здравоохранения Украины, которое сегодня реформируется.

Выводы

Министерство здравоохранения Украины постоянно работает над развитием медсестринского образования. В Украине осуществляется подготовка дипломированной медицинской сестры, медицинской сестры-бакалавра, магистра медсестринства и создана завершенная система уровневого сестринского образования, которая отвечает международным стандартам. Профессия медицинской сестры в Украине предоставляет возможности для личностного и карьерного роста, позволяет заниматься преподавательской деятельностью. Дает возможности реализовываться в научной деятельности, проводить научно-исследовательскую работу в медсестринстве.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пирогова, В. І. Від бакалаврату до магістратури перспективи розвитку / В. І. Пирогова // Медсестринство в Україні. — 2005. — № 2. — С. 10–11.
2. Чернишенко, Т. І. Застосування інноваційних методик в медсестринській освіті / Т. І. Чернишенко, Н. Б. Галіаш, Н. В. Ревчук // Медсестринство. — 2008. — № 2. — С. 6–9.
3. Шатило, В. Й. Ступенева медична освіта в Україні (з досвіду роботи Житомирського інституту медсестринства) / В. Й. Шатило, І. Р. Махновська // Медсестринство. — 2008. — № 2. — С. 9–12.

УДК:616.61-002.3-053.2

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Алейник А. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. И. Зарякина

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Инфекции мочевой системы относят к наиболее распространенным бактериальным инфекциям в педиатрической практике, особенно у детей раннего возраста. У детей в первые 5 лет жизни пиелонефрит встречается в 3–4 раза чаще, чем в последующие годы [1].

Высокая распространенность с неуклонным нарастанием частоты инфекций мочевой системы в детской популяции, склонность к рецидивирующему течению с развитием необратимых повреждений паренхимы почек и формированием хронической почечной недостаточности, диктуют необходимость пристального внимания к данной проблеме [2].

Цель

Изучить клинико-лабораторные особенности течения острого пиелонефрита у детей раннего возраста.

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе Гомельской областной детской клинической больницы (ГОДКБ).

Были проанализированы 54 медицинские карты стационарных больных детей раннего возраста с острым пиелонефритом, которые находились на стационарном лечении в инфекционном отделении для детей раннего возраста в 2010–2011 годах.

Результаты исследования и их обсуждение

Острым пиелонефритом чаще болеют девочки (45; 83,3 %), по сравнению с мальчиками (9; 16,7 %), что согласуется с литературными данными [1]. В возрастном аспек-

те преобладали дети до года — 63 % (34 ребенка), реже острый пиелонефрит встречается в возрасте от года до 2-х лет — 29,6 % (16 детей), еще реже — от 2-х до 3-х лет — 7,4 % (4 ребенка).

Преобладающую часть детей с острым пиелонефритом составили домашние дети (не посещающие ДДУ) — 49 (90,7 % случаев) и всего лишь 5 детей (9,3 % случаев) посещали детский сад.

Анализируя время поступления в стационар от начала заболевания было выявлено, что в 1-й день заболевания в стационар поступило 9 детей (16,7 %), на 2–3 сутки — 16 (29,6 %), на 4–5-е — 12 детей (22,0 %), от 5-ти суток и более — 17 детей (31,5 %).

Дети раннего возраста с острым пиелонефритом чаще поступали в стационар с диагнозом ОРИ — 55,6 % (30 детей), 37,0 % (20 детей) — острый пиелонефрит под вопросом, 7,4 % (4 ребенка) — с диагнозом инфекция мочевыводящих путей.

Чаще дети (37; 68,5 %) поступали в стационар в среднетяжелом состоянии, 17 детей (31,5 %) находились в тяжелом состоянии.

Основными синдромами острого пиелонефрита у детей раннего возраста являлись: интоксикационный, астеновегетативный, дизурический, реже — диспепсический, болевой, изолированный мочевого синдромы.

Интоксикационный синдром наблюдался в 100 % случаев. Выраженность его определялась высотой и длительностью температурной реакции. Нормальная температура отмечалась у 6 (11,1 %) детей, субфебрильная (37–38 °С) — у 8 (14,8 %) детей, температура 38,1–39 °С — у 16 (29,6 %) детей, 39,1 °С и выше — у 24 (44,4 %). Длительность лихорадки составила: до 3-х дней — 9 (16,7 %) детей, до 7 дней — 30 (55,6 %) детей, более 7 дней — 9 (16,7 %) детей.

Астеновегетативный синдром (капризность, вялость, беспокойство) отмечался у 48 (88,9 %) детей. Дизурический синдром в виде учащенного болезненного мочеиспускания встречался у 11 (20,4 %) детей. Диспепсический синдром, проявлявшийся рвотой и учащенным жидким стулом, наблюдался у 2 (3,7 %) детей. Болевой синдром у детей раннего возраста наблюдался только у 1 (1,9 %) ребенка. Анемический синдром встречался у 23 (42,6 %) детей. У 5 (9,3 %) детей острый пиелонефрит проявился изолированным мочевым синдромом, который был выявлен амбулаторно и дети поступили в стационар для углубленного обследования.

При сравнении показателей периферической крови на момент поступления с возрастной нормой были выявлены изменения в виде: лейкоцитоза ($> 11 \times 10^9/\text{л}$) — у 34 (63 %) детей, сдвига лейкоцитарной формулы влево (палочкоядерные нейтрофилы ($> 5\%$) — у 23 (42,6 %) детей, сегментоядерные нейтрофилы ($> 40\%$) — у 28 (53,7 %) детей, ускоренной СОЭ — у 45 (83,3 %) детей, анемия наблюдалась у 23 (42,6 %) детей, преимущественно легкой степени у 22 (95,7 %) детей, средняя степень анемии выявлена у 1 (4,3 %) ребенка. Возрастная норма показателей периферической крови наблюдалась только у 2 (3,7 %) детей.

В исследуемой группе детей изменения в общем анализе мочи на момент поступления были в виде: лейкоцитурии (> 7 в п/з) — в 100 % случаев, протеинурии до 0,1 г/л — в 46,3 % (25 детей), гематурии — 13 % обследованных (7 детей), бактериурии — 1,9 % (1 ребенок), оксалатурии — 5,6 % (3 детей), уратурии — 1,9 % (1 ребенок).

В анализах мочи по Нечипоренко в 100 % случаев была выявлена лейкоцитурия, в 5,6 % (3 ребенка) — гематурия. Контрольное исследование проводилось в 51,9 % случаев (28 детям). Из них санация мочи к 7-м суткам произошла в 57,1 % случаев (у 16 детей), к 14 суткам и более — в 42,9 % случаев (у 12 детей).

При посеве мочи на флору и чувствительность к антибактериальным препаратам в большинстве случаев (64,8 %; 35 детей) рост получен не был. Наиболее частым возбудителем явилась кишечная палочка, которая высеялась в 18,5 % случаев (у 10 детей),

реже сеялась клебсиелла — в 7,4 % (у 4 детей), энтерококк — в 3,7 % (у 2 детей), по 1 случаю энтеробактер, псевдомонас аэрогеноса, протей, что составило 5,6 %. При контрольном посеве в 100 % случаев рост не получен.

Выводы

1. В раннем возрасте острый пиелонефрит чаще встречается у детей на первом году жизни, преимущественно у девочек.

2. Острый пиелонефрит у детей раннего возраста чаще протекает под маской «ОРИ», именно с таким диагнозом в стационар поступает больше половины детей, в состоянии средней тяжести, на 5-е и более сутки от начала заболевания. Клинически проявляется интоксикационным и астеническим синдромами.

3. Общий анализ крови в большинстве случаев характеризуется воспалительными изменениями в виде нейтрофильного лейкоцитоза со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, ускорения СОЭ и анемией, чаще легкой степени тяжести.

4. В общем анализе мочи в 100 % случаев характерна лейкоцитурия, часто — микропротеинурия, реже гематурия. Бактериурия — редкий лабораторный признак у детей раннего возраста.

5. Исследование показало низкий уровень высева флоры из мочи. Основным возбудителем острого пиелонефрита является *E. Coli* и *Kl. pneumoniae*.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гасилина, Е. С. Пиелонефрит у детей раннего возраста / Е. С. Гасилина, Г. А. Маковецкая, Л. И. Мазур // III Российский конгресс педиатров-нефрологов России: материалы конгресса. — СПб., 2003. — С. 99–100.

2. Особенности пиелонефрита у детей грудного возраста / Л. С. Зыкова [и др.] // Рос. педиатрический журнал. — 2003. — № 2. — С. 8–10.

УДК 616.917-036.1-036.2-053.2

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СКАРЛАТИНЫ У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Алейнова В. В., Арещенко Д. С.

Научный руководитель: ассистент О. В. Калачева

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Стрептококковые заболевания в настоящее время регистрируются во всех регионах земного шара. Стрептококки, особенно группы А, продолжают наносить значительный социально-экономический ущерб и оставаться в числе актуальных проблем здравоохранения многих стран. По данным М. И. Брико (2009 г.), экономический ущерб, наносимый стрептококковыми инфекциями и их последствиями, примерно в 10 раз выше, чем таковой от вирусного гепатита. На современном этапе для стрептококковой инфекции характерна убиквитарность распространения, устойчивость возбудителя во внешней среде, множественность хозяев, принадлежность к индигенной флоре и высокая изменчивость (множественность серологических вариантов).

Скарлатина — это инфекционное заболевание, вызываемое *Streptococcus pyogenes* при первичном инфицировании человека бета-гемолитическим стрептококком группы А (БГСА). Скарлатина относится к неуправляемым инфекционным заболеваниям и встречается преимущественно в детском возрасте, но единичные случаи заболеваний бывают и среди взрослых. Частота легких и стертых форм заболевания приводит к поздней диагностике,