

Выводы

1. В возрастной структуре детей с корригированными ВПС доминировали дети младшего школьного возраста (6–11 лет), при этом мальчики и девочки были представлены в одинаковом количестве.

2. В структуре корригированных ВПС у детей преобладали врожденные аномалии сердечной перегородки, при этом наиболее часто выявлялся ДМЖП. Комбинированные пороки сердца составили 45,4 % случаев.

3. Среди методов хирургической коррекции ВПС у большинства детей применялось оперативное вмешательство с использованием ИК.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белова, Ю. К. Хирургическое лечение врожденных пороков сердца у детей на современном этапе / Ю. К. Белова, П. А. Джавадова // Вестник совета молодых учёных и специалистов Челябинской области. Электронное издание. — 2017. — Т. 2, № 2.

УДК 616.34-008.314.4-022-053.3

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ ДИАРЕЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Королёва Н. С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Л. В. Кривицкая

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

Введение

Общеизвестным является тот факт, что диарейный синдром занимает одно из ведущих мест в инфекционной патологии детей раннего возраста, по частоте уступая только острым респираторным инфекциям. По данным ВОЗ ежегодно регистрируется более 1 млрд диарейных заболеваний в мире, до 5 млн детей ежегодно умирают от острых кишечных инфекций (ОКИ) и их осложнений [2, 3]. Среди причин детской смертности ОКИ занимают третье место. Антибактериальные препараты активно используются врачами различных специальностей, что все чаще приводит к развитию многочисленных побочных эффектов терапии, начиная от возможных аллергических реакций и заканчивая селекцией антибиотикоустойчивых штаммов микроорганизмов [1, 3].

В связи с вышеизложенным, актуальным представилось выяснить особенности течения инфекционных диарей у детей первых трех лет жизни, проживающих на территории Гомельской области.

Цель

Изучить причины и особенности инфекционных диарей у детей раннего возраста в Гомельской области.

Материал и методы исследования

Ретроспективно были проанализированы 62 медицинские карты стационарных пациентов до 3-х лет с диагнозами: гастроэнтерит, энтерит, энтероколит, гастроэнтероколит уточненной и неуточненной инфекционной этиологии. Данные были получены из архива инфекционного отделения № 1 Гомельской областной детской клинической больницы за период январь-сентябрь 2020 г.

Статистический анализ проведен с использованием приложения «Statistica» 10.0. Полученные данные представлены в формате Me (25 %; 75 %), где Me — медиана, 25 % — нижний квартиль, 75 % — верхний квартиль, так как данные не подчинялись закону нормального распределения по критерию Колмогорова-Смирнова. Результаты анализа считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

В ходе исследования установлено, что в анализируемой группе пациентов дети первого года жизни составляли 59,7 % (37 детей), в возрасте от 1 до 3 лет — 25 (40,3 %) детей. Среди детей до года болели преимущественно мальчики — 20 (54 %) детей, среди детей 1–3 года жизни преобладают девочки — 15 (60 %) детей. Данные о гендерном составе в зависимости от возраста представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Распределение детей по группам в зависимости от возраста

Пол	Дети до 1 года		Дети 1-3 года	
	количество	доля, %	количество	доля, %
Мужской	20	54	10	40
Женский	17	46	15	60

При анализе количества случаев в зависимости от месяца была замечена вариабельность: наибольшая заболеваемость фиксируется в марте — 13 (21 %) случаев и в августе — 9 (14,5 %) случаев. Мода данного ряда составила 4 случая заболевания в месяц. Подробные данные о частоте случаев заболеваний по месяцам представлены на рисунке 1.

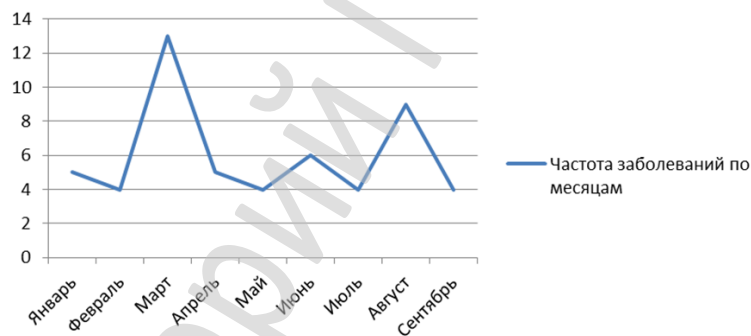


Рисунок 1 — Частота случаев заболеваний по месяцам

Учитывая локализацию патологического процесса в желудочно-кишечном тракте, установлено, что ведущую позицию занимает энтероколит — 30 (48,4 %) случаев. У 16 (25,8 %) детей отмечался энтерит, гастроэнтериты были выявлены у 6 (9,7 %) детей, гастроэнтероколиты — у 10 (16,1 %) детей. Причем у детей до года и у детей 1–3 лет жизни процентное соотношение диагнозов различается существенно ($p = 0,002$).

Лидерами среди сопутствующих заболеваний являлись различные ОРИ (95,2 %). Кроме ОРИ, у 3 (4,8 %) детей отмечалась пневмония, анемия — у 3 (4,8 %) детей, врожденные пороки развития отмечались у 7 (11,3 %) детей, рахит — у 1 (1,6 %) ребенка. Аллергические проявления присутствовали у 17 (27,4 %) детей. Пищевая погрешность отмечалась у 2 (3,2 %) детей. Контакт с инфекционными больными был выявлен у 7 (11,3 %) пациентов.

Анализируя характер вскармливания было выявлено, что 31 (50 %) ребенок находился на естественном вскармливании, 19 (30,6 %) детей — на искусственном, на смешанном вскармливании было 12 (19,4 %) детей.

В ходе исследования было отмечено, что наибольшее количество детей поступило на 2–4 сутки болезни: 19 детей до 1 года (51,4 %) и 10 детей в возрасте от 1 до 3 лет (40 %). В 1-е сутки было госпитализировано 12 детей в возрасте до 1 года (32,4 %) и 9 детей (36 %) в возрасте от 1 до 3 лет. Наименьшее количество детей было госпитализировано в сроке более 5 дней заболевания — по 6 детей в возрасте до 1 года и в возрасте 1–3 лет (16,2 и 24 % соответственно).

Данные о возрастном распределении количества детей в зависимости от сроков поступления в стационар представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Распределение детей по срокам поступления в стационар

Количество суток	Дети до 1 года		Дети 1-3 года	
	количество	доля, %	количество	доля, %
1	12	32,4	9	36
2-4	19	51,4	10	40
5 и более	6	16,2	6	24

По клиническим данным фебрильная лихорадка, интоксикационный синдром, патологический характер стула, снижение аппетита были в 100 % случаев. Длительность лихорадки колебалась в пределах 3–6 дней. Рвота была у 9,7 % исследуемых, катаральные явления — у 95,2 % исследуемых. Анализ лабораторных исследований показал незначительное снижение показателей гемоглобина у девочек. Во всех случаях наблюдался умеренный лейкоцитоз.

Данные результатов общего анализа крови (ОАК) представлены в таблице 3.

Таблица 3 — Результаты ОАК

Показатель ОАК	Мальчики	Девочки
Эритроциты, $10^{12}/\text{л}$	4,64 (4,15÷4,98)	4,24 (3,89÷4,47)
Гемоглобин, г/л	127 (115÷137,0)	114 (109÷126)
Лейкоциты, $10^9/\text{л}$	12,8 (10,9÷14,7)	
Тромбоциты, $10^9/\text{л}$	224 (209÷345)	

При изучении результатов бактериологического посева испражнений в 50 % случаев (31 реб.) патогенных микроорганизмов получено не было. У оставшейся половины исследуемых были выделены культуры *Staphylococcus aureus* (29 %), *Klebsiella pneumoniae* (19,4 %), *Klebsiella oxytoca* (6,5 %), *Salmonella enteritidis* (6,5 %), *Salmonella typhimurium* (3,2 %), *Enterobacter aerogenes* (6,5 %), *Pseudomonas aeruginosa* (3,2 %). У 25,8 % случаев (8 детей) — были выделены ассоциации микроорганизмов. В случаях микст-инфекций преобладали сочетания *Staphylococcus aureus* с *Klebsiella pneumoniae* (25 %) и с *Klebsiella oxytoca* (25 %).

Выводы

Исследование показало, что диарейные заболевания инфекционной природы встречаются преимущественно у детей первого года жизни (59,7 %). Течение диарейных заболеваний сопровождается развитием острых респираторных инфекций, что усугубляет тяжесть состояния детей и длительность заболевания. Анализируя результаты бактериологического посева испражнений, было выявлено, что наиболее часто встречаемые этиологические агенты — это *Staphylococcus aureus* (25,8 %) и *Klebsiella pneumoniae* (11,3 %).

Наиболее высокая восприимчивость к условно-патогенным микроорганизмам у детей первого года жизни обусловлена анатомо-физиологическими особенностями органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), незрелостью как специфических, так и неспецифических факторов иммунной защиты. В связи с этим актуальным является организация профилактической работы по пропаганде грудного вскармливания. Так как грудное молоко адаптирует ЖКТ ребёнка, обеспечивая правильное заселение его полезными микроорганизмами, препятствуя размножению патогенных бактерий. Благодаря этому флора кишечника может восстанавливаться без применения лекарственных средств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Горелов, А. В. Диарейные заболевания у детей с точки зрения педиатра и инфекциониста / А. В. Горелов, И. Н. Захарова // Эффективная фармакотерапия. Педиатрия. — 2017. — № 1(11). — С. 34–40.
2. Кудин, А. П. Неотложные состояния при острых кишечных инфекциях у детей: учеб-метод. пособие / А. П. Кудин, А. А. Астапов, Г. М. Лагир. — Минск: БГМУ, 2010. — 42 с.
3. Динамика распространенности гастроэнтеритов у детей в условиях индустриального центра / Е. Н. Скепьян [и др.] // Вопросы детской диетологии. — 2015. — Т. 13, № 2. — С. 83–84.