

УДК 616.34 – 022-036.11 – 053.32

*Е.Д. Верхогляд***КАТАМНЕСТИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ, ПЕРЕНЕСШИМИ ОСТРЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ**

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

*УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель*

**Актуальность темы.** Острые кишечные инфекции (ОКИ) – полиэтиологическая группа инфекционных заболеваний, сопровождающихся нарушением моторики желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) с развитием диареи, интоксикации, а в ряде случаев – обезвоживания. Актуальность проблемы ОКИ в детском возрасте связана не только с высоким уровнем заболеваемости, но и высокой вероятностью развития осложнений и даже – летального исхода. Особенно высокая летальность у детей первого года жизни [6]. По статистическим данным РБ, 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%) [5]. Заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) являются одними из наиболее распространенных в детском возрасте, уступая по заболеванию только гриппу и острым респираторным инфекциям. По данным экспертов ВОЗ, ежегодно в мире регистрируется до 1-1,2 млрд. заболеваний по типу диареи и около 5 млн. детей ежегодно умирают от кишечных инфекций и их осложнений [3].

Одним из самых важных звеньев терапии ОКИ у детей была и остаётся этиотропная терапия. На первичном этапе выбор терапии является эмпирическим, без учёта возбудителя и его чувствительности к антибиотикам, в качестве препаратов первого ряда часто используются недорогие препараты широкого спектра для перорального приёма. Как следствие, довольно часто приходится менять препарат, что неблагоприятно сказывается на здоровье детей [1]. От своевременности и адекватности назначения терапии при ОКИ зависят длительность заболевания и исходы. По современным представлениям, терапия ОКИ у детей должна быть комплексной и этапной с индивидуальным подходом к выбору препаратов с учетом этиологии, тяжести, фазы и клинической формы болезни, возраста ребенка и состояния макроорганизма к моменту заболевания [2, 3]. ВОЗ абсолютным показанием для назначения антибиотиков считает следующие заболевания: дизентерию, брюшной тиф, амебиаз, холеру (независимо от тяжести течения болезни). В практической деятельности педиатра эти показания расширены.

Антибиотики и химиопрепараты показаны:

1. При инвазивной диарее (колиты, энтероколиты, гастроэнтероколиты шигеллезной, сальмонеллезной, иерсиниозной, кампилобактерной, эшерихиной и неустановленной этиологии) в острой фазе болезни и при клинически выраженном обострении (рецидиве):

а) при тяжелых формах болезни (независимо от этиологии и возраста);  
б) при среднетяжелых формах болезни: детям до 2 лет; больным из группы риска независимо от возраста; при шигеллезах — независимо от возраста; при явлениях геморрагического колита;

в) при легких формах болезни: детям до года «группы риска»; при явлениях геморрагического колита.

2. Больным холерой, брюшным тифом и амёбной дизентерией — независимо от возраста больного и тяжести болезни.

3. Больным любого возраста с генерализованными (тифоподобными, септическими) формами ОКИ [4].

**Целью** настоящего исследования было наблюдение за детьми первого года жизни, перенесшими ОКИ, анализ их заболеваемости до болезни и после, а также исходы ОКИ с применением антибиотикотерапии и без нее.

**Материалы и методы.** Нами проведен анализ 33 медицинских карт детей 2013-2014 годов рождения, перенесших ОКИ в период с января 2013 года по октябрь 2014 года. 60,6% (n=20) родились в 2013 году и 39,4% (n=13) детей родились в 2014.

В 90,9% случаев (n=30) был выставлен диагноз острый гастроэнтерит, из них у 29 детей он имел среднюю степень тяжести и у 2 детей он протекал в тяжелой форме. В 9,1% случаев (n=2) установлен диагноз сальмонеллез. Чаще всего причиной острого гастроэнтерита являлся ротавирус 22,1% случаев (n=7), вторым по частоте встречаемости был *Staphylococcus aureus*: 15,2% (n=5) *Proteus mirabilis* был найден в 12,1% случаев (n=6). У больных сальмонеллезом 6,1% (n=2) высеялась *Salmonella enteritidis*. Детей с неуточненной этиологией заболевания было 15 (45,5%). Антибиотикотерапия проводилась всем больным кроме детей, у которых был выявлен ротавирус (22,1%, 7 детей). В 15 случаях (57,7%) была назначена монотерапия, 11 детей (42,3%) получали комплексную этиотропную терапию из двух препаратов. При этом внутримышечное введение антибиотиков получали 13 детей (50%), а внутривенное 10 больных (38,5%), перорально 3 ребенка (11,5%), 36,4% детей (n=12) проходили лечение в инфекционной больнице.

Для статистического анализа были использованы программа Excel.

**Результаты и обсуждение.** Чаще всего препаратами выбора были цефалоспорины третьего поколения: цефотаксим, цефтриаксон – 14 случаев использования (53,8%). Из них в 4 случаях (28,6%) препараты данной группы использовались в качестве монотерапии. В остальных 10 случаях (71,4%) они были назначены в комплексе с другим антибактериальным препаратом. Широкое использование при лечении ОКИ имел нифуроксазид: 6 случаев использования (23,1%). Данный препарат чаще использовался в комплексной терапии ОКИ: 4 случаев назначения (66,7% от общего числа использования нифуроксазида). Двум детям (33,34% 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 10 детей в состав комплексной терапии входили

макролиды второго поколения (азитромицин). Причиной назначения препаратов данной группы являлось наличие у детей сопутствующих респираторных заболеваний.

После перенесения ОКИ у детей первого года жизни, которым применялась антибиотикотерапия, было отмечено увеличение частоты возникновения атопического дерматита. Данная патология возникла у 13 детей (39,4% от всего количества исследуемых), которым вводили внутримышечно цефалоспорины третьего поколения: цефотаксим, цефтриаксон.

В 15,2% случаев (n=5) после перенесения ОКИ у детей возник дисбактериоз кишечника (внутримышечное введение цефалоспоринов третьего поколения: цефтриаксон, цефотаксим), причем у всех детей не было данной патологии в анамнезе, что означает, антибиотикотерапия послужила благоприятным фоном для развития дисбактериоза.

15,2% детей (n=5) в первые три месяца после ОКИ заболели острым фарингитом, 1 ребенка (3%)- острым бронхитом, острым ларингитом – 2 случая (6%).

**Заключение.** В лечении ОКИ во всех случаях, кроме инфекции вызванной ротавирусом назначалась антибактериальная терапия, не зависимо от степени тяжести патологии. Антибиотикотерапия была назначена в 78,8% случаев. Комбинированная антибактериальная терапия назначалась в 42,3% случаев и монотерапия в 57,7%. Проведенные курсы антибактериальной терапии привели в 15,2 % случаев к дисбактериозу, возникновению в первые три месяца после ОКИ острого фарингита-15,2%, острого бронхита-3% (применение цефотаксима внутривенно) острого ларингита-2 случая (15,2%)(применение цефотаксима внутривенно), атопическому дерматиту в 39,4% случаев. (применялся цефотаксим и цефтриаксон внутримышечно). У детей, которые антибиотикотерапию не получали, в первые три месяца наблюдения после ОКИ заболеваний не было.

*Литературные источники:*

1. Астапов А.А., Германенко И.Г., Лагир Г.М., Ключко Н.Л. // Иммунопатология. – 2000. – N 3. – С. 62 – 63.
2. Горелов А.В., Малеев В.В., Милютин Л.Н., Воротынцева Н.В. Эмпирическая антибиотикотерапия ОКИ у детей// Антибиотики и химиотерапия 2001. Т.46, с. 19-24.
3. Горелов А.В. Терапия ОКИ в современных условиях // Вопросы современной педиатрии. 2004. Т.3, №4. – с.72-78
4. О.В.Калачева, Е.Л.Красавцев. Острые кишечные инфекции у детей. //Учебное пособие. Гомель-2013
5. Ключарева А.А., Малякко Д.В., Гриневич О.В. и др.// Здоровоохранение.- 2004.-N 7.-С. 45 – 53.
6. Инфекционные болезни у детей./ Под редакцией Д. Мари. – М.: практика, 2006 –с. 903.

7. Учайкин В. Ф., Новокшенов А. А., Мазанкова Л. Н., Соколова Н. В. Классификация острых кишечных инфекций у детей по типу диареи, критерии диагностики и лечение / Пособие для врачей. — М.: «Литера-К», 2004. — 32 с.

*Verkhoglyad E. D.*

**FOLLOW-UP CARE FOR CHILDREN IN THE FIRST YEAR OF LIFE, NE-RENESSME ACUTE INTESTINAL INFECTIONS.**

*Gomel State Medical University, Gomel*

**Summary**

Acute intestinal infections (AII) - polietiologic group of infectious diseases associated with impaired motility of the gastrointestinal tract (GIT) with the development of diarrhea, intoxication, and in some cases dehydration. The relevance of the OKA in childhood is associated not only with high incidence, but high probability of complications and even death. In the modern view, therapy OKA children should be comprehensive and step with an individual approach to the choice of drugs with regard to etiology, severity, and phase clinical form of the disease, the age of the child and the state of the host to the disease. The aim of the study was the observation of children in the first year of life, undergoing OKA, analysis of their disease before the disease and after, as well as the outcomes of the OKA with the use of antibiotic therapy and without it. We carried out an analysis of 33 medical charts of children 2013-2014 birth, undergoing OKA in the period from January 2013 to October 2014. After analyzing the data obtained, it was found that in the treatment of OKA in all cases, except infection caused by rotaviruses was administered antibiotic therapy, regardless of the severity of the pathology. Antibiotic therapy was appointed in 78.8% of cases. Combined antibiotic therapy was administered in 42.3% of cases and monotherapy 57.7%. Courses of antibiotic therapy has led to the emergence in the first three months of follow-up in patients dysbacteriosis, acute pharyngitis, acute bronchitis, acute laryngitis, atopic dermatitis. In children, which EN-tibiotalar not received, in the first three months of observation after the OKA diseases was not.