

Выводы:

1. Частота рождения крупного плода у женщин за 2015 год в ГПЦ составила 2,8%. При этом в 16,8% случаев крупного плода была проведена операция кесарево сечения.

2. У женщин с макросомией плода достоверно чаще встречались аборт в анамнезе и предыдущие роды с крупным плодом.

3. У повторнородящих частота рождения крупного плода была выше, чем у первородящих и составила 35,6 %

4. У женщин с крупным плодом во время беременности часто встречались такие осложнения, как гестационная гипертензия и варикозное расширение вен.

5. Травмы мягких тканей родовых путей – разрыв промежности и разрыв шейки матки достоверно были больше в группе женщин с макросомией плода.

Литература

1. Н.К.Никифоровский, В.Н.Покусаева, Л.И.Стась и др. Акушерские и перинатальные исходы при крупном плоде // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2013. — №1. — С. 55-58.
2. С.В.Бегова, И.А.Магомедова. Перинатальные исходы при макросомии у повторнородящих и многорожавших женщин // Вестник новых медицинских технологий. — 2010. — Т.14, №1. — С. 90-91.
3. Гульченко О.В. Перинатальные и акушерские исходы при крупном плоде: Автореф. дис. ... на получение степени к.м.н. Москва, 2010. — 25 с.
4. X.Zhang, A.Decker, R.W.Platt et al. How big is to big? // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2015. — Vol. 198 (5). — P. 4-6.
5. P.H.Labmann, R.A.Wills, M.Coory. Trends in birth size and macrosomia in Queensland, Australia, from 1988 to 2005 // Pediatr. Perinat. Epidemiol. — 2009. — Vol. 23 (6). — P. 533-541.
6. V.Tomic, K. Bosnjak, B.Petrov et al. Macrosomic births at mostar clinical hospital: a 2-year review // Bosnian journal of basic medical sciences. — 2007. — Vol. 7 (3). — P. 271-274.
7. В.В.Литвинчук, Г.О.Костромін, Л.І.Дяченко. Особливості перебігу вагітності, пологів та періоду новонародженості при макросомії // Український медичний часопис. — 2005. — №5 (19). — С. 110- 114

КЛИНИКО ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРОЙ ДИЗЕНТЕРИИ У ДЕТЕЙ ДО 3-Х ЛЕТ

Надирбекова Р.А.

Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Обследовано 132 детей до 3-х лет проживающих в южном регионе страны (г. Ош) больных дизентерией, госпитализированных в городскую инфекционную больницу. Этиологический фактор уточнен у каждого второго больного, чаще всего заболевание вызвано шигеллой Флекснера, протекала в тяжелой форме с формированием микстинфекции и осложнений на фоне анемии, которая выявлена у 70,4% детей. Необходимо поиск эффективных методов лабораторной диагностики.

Ключевые слова: дети, дизентерия, диагностика, лечение.

3 ЖАШКА ЧЕЙИНКИ БАЛДАРДЫН КУРЧ ДИЗЕНТЕРИЯСЫНЫН КЛИНИКАЛЫК ЖАНА ЛАБОРАТОРИЯЛЫК МҮНӨЗДӨМӨСҮ

Надирбекова Р.А.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Өлкөнүн түштүк регионунда (Ош ш.) жашаган 3 жашка чейинки дизентерия менен оорун, шаардык жугуштуу оорулар бей-тапканасында жаткырылган 132 бала текшерилди. Ар бир экинчи оорулууда оорунун себеби аныкталды, көп учурларда оору шигелла Флекснерден келип чыккан, 70,4 % балада оору оор абалда микстинфекция менен откон, отушуп кетүү жана как аздуулук менен коштолгон. Лабораториялык дартты аныктоонун натыйжалуу ыкмаларын издөө керек.

Негизги создор: балдар, дизентерия, аныктоо, дарылоо.

CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF ACUTE DYSENTERY IN CHILDREN UP TO 3 YEARS

Nadirbekova R.A.

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Achunbaev, Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: We examined 132 children under 3 years living in the southern region of the country (Osh) dysentery patients, hospitalized to the city infectious hospital. Etiological factor is updated in every second patient, the disease most often caused by *Shigella flexneri*, proceeded in a severe form with formation of extinderii and complications on the background of anemia, which was diagnosed in 70.4% of children. Need to search for effective methods of laboratory diagnostics.

Key words: children, dysentery, diagnostics, treatment.

Введение. Шигеллезы занимают одно из самых ведущих мест в инфекционной патологии у детей. Среди них значимый вес принадлежит острой дизентерии до 3-х летнего возраста [1,2,3]. Заболеваемость дизентерией в мире трудно поддается достоверно-

му учёту, но по данным ВОЗ ежегодно происходит до 80 миллионов случаев заболевания шигеллёзами, из них 700 000 завершается неблагоприятным исходом [4,5]. Несмотря на продолжающиеся интенсивные исследования клинико-патогенетических механизмов

развития болезни и методов диагностики дизентерии, остается много нерешенных вопросов. Так, сохраняется низкий уровень бактериологической расшифровки этиологической структуры дизентерии, что определяет необходимость дальнейшей разработки новых методов диагностики. Активная антибиотикотерапия, проводимые противоэпидемиологические мероприятия не снижают летальность детей от дизентерии [3,4,5]. Решение этой проблемы требует углубленных информативных методов их выявления, использование ПЦР может быть отнесено к числу удобных методов ранней диагностики.

Цель работы: представить эпидемиологические и клиничко лабораторные особенности диагностики дизентерии у детей в южном регионе (г. Ош).

Материал и методы исследования: Проведено изучение клиничко-эпидемиологических особенностей дизентерии у 132 детей в возрасте от 0 месяцев до 3 лет, госпитализированных в 2010-2013 гг. в детское отделение инфекционного стационара при Ошской городской больнице. Диагноз «Острая дизентерия» устанавливали на основании клиничко-эпидемиологических данных, результатов бактериологического исследования и ПЦР диагностики. Чувствительность к антибиотикам определяли методом диффузии в агаре с использованием различных дисков.

Кроме этого использовали общепринятые в стационаре лабораторные методы исследования и статистическую обработку ма-

териала.

Результаты и их обсуждения.

Наблюдаемые нами дети раннего возраста поступали в стационар в основном в летние месяцы года. Одинаково часто болели как мальчики (50%), так и девочки (50%). Преобладали (64,3%) дети городских жителей над сельскими (35,7%). Все больные дизентерией дети поступали в поздние сроки болезни, так дети до года на $5,0 \pm 1,6$ сутки болезни, от 1 года до 3 лет на $4,5 \pm 1,5$ день болезни. До поступления в амбулаторных условиях получали лечение дети до года в течение $2,3 \pm 0,7$ дней, а старше года - $3,6 \pm 1,2$ дней. Переводы из других детских стационаров и повторные поступления в инфекционный стационар после выписки зарегистрировано у 18,1% больных детей из-за внутрибольничного инфицирования и формирования микст-инфекции, где один из возбудителей оказался нерасшифрованным. Пребывание в других стационарах у детей до года продолжалось в течение $7,3 \pm 2,4$ дней, у детей до 3 лет $3,6 \pm 1,2$ дней. Эти сроки лечения в стационарах оказались достаточными для внутрибольничного инфицирования. В тоже время, при выяснении эпидемиологического анамнеза семейные очаги заболевания острыми кишечными инфекциями выявлены у 92,4% больных.

Преморбидный фон детей был отягощен у 59,8% детей: анемией – 70,4%, ГИЭ – 12,6%, недоношенность – 12,0%, тяжелые нарушения питания – 5,0% (рис. 1).

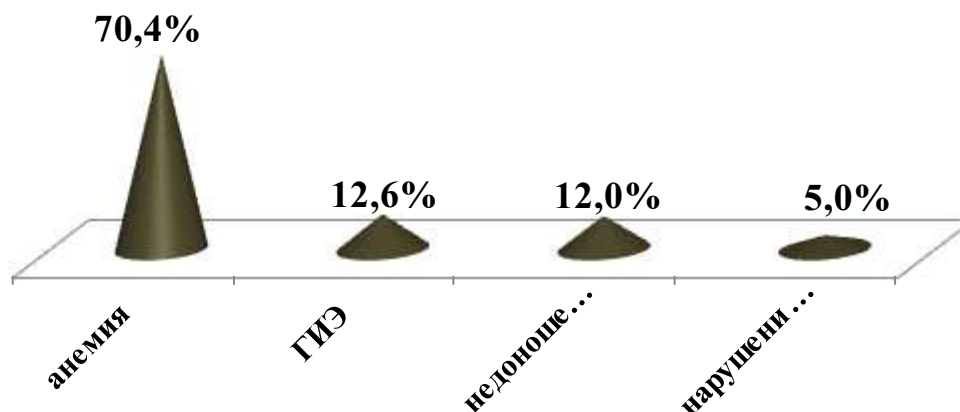


Рис. 1. Преморбидный фон у детей раннего возраста больных дизентерией.

Заболевание начиналось остро, с повышением температуры тела до высоких цифр, а также развитие других симптомов интоксикации, который был выражен у 80,3% больных и сочетался с симптомами умеренного обезвоживания у 60,6% больных. Развитие умеренного обезвоживания у детей с шигеллезом, где имеет место инвазивный вариант развития острой кишечной

инфекцией свидетельствует о вероятности развития сопутствующей секреторной диарее, т.е., микст-инфекции, которая также усиливает тяжесть проявления болезни.

Дизентерия у детей, госпитализированных в инфекционную больницу южного региона (г. Ош) протекала типично, чаще в тяжелой форме (рис. 2) болезни (68,1%).

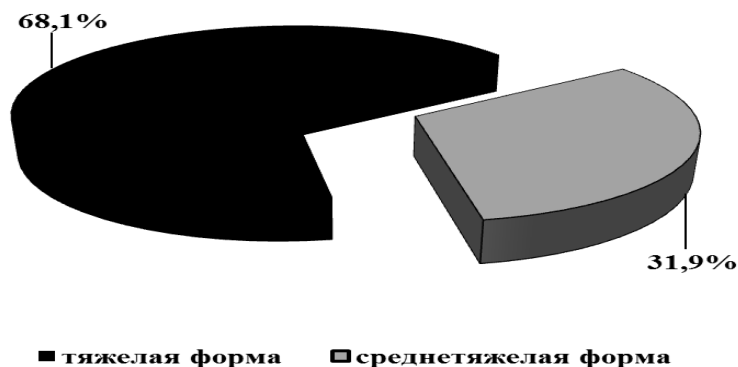


Рис. 2. Соотношение тяжелых и среднетяжелых форм дизентерии.

Наиболее частым синдромом, характеризующим поражение желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) был колитический синдром, на втором месте – энтероколитный синдром. Критерием тяжести дизентерии был синдром интоксикации и выраженность колитного или энтероколитного синдрома. Наличие других неотложных синдромов (умеренное обезвоживание), а также развитие осложнений: анемии (42,4%), выпадение слизистой прямой кишки (5,3%), безбелковые отеки (3%) отрицательно влияли на течение болезни и обуславливали тяжесть состояния. Частота стула зависела от тяжести болезни и

колебалась от 10 до 25 раз в сутки с наличием патологической примеси: слизи, зелени и крови.

При бактериологическом исследовании кала у детей раннего возраста этиологическая расшифровка удалась лишь у каждого второго, преобладали шигелла Флекснера - 49,2%, редко (2,3%) шигелла Зонне. Клинически диагноз дизентерия был установлен на основании типичной картины (синдром интоксикации и колита), характерных осложнений (выпадение слизистой прямой кишки) у 48,5% детей (рис. 3).

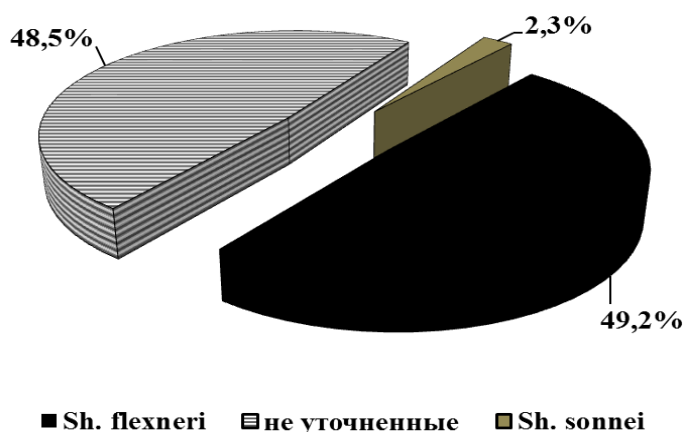


Рис. 3. Этиологическая структура дизентерии.

При исследовании показателей периферической крови более выраженные сдвиги лейкоцитарной формулы были выявлены у детей старше 1 года.

Всем детям назначалась этиотропная терапия, с учетом антибиотикограммы (чувствительности), диетотерапия, дезинтоксикация и регидратация при наличии микстинфекции, которая определяла развитие умеренного обезвоживания. Большинство больных шигеллезом (70,8%) получили антибактериальную монотерапию, лишь 29,2% детей получили комбинированную антибактериальную терапию. Чаще всего применяли ципрофлоксацин и цефтриаксон в виде монотерапии.

Длительность антибактериальной терапии в среднем составила 5-7 дней. Анализ этиотропной терапии позволил выявить нерациональное применение некоторых антибиотиков, таких как ампициллин, цефазолин, гентамицин. Пробиотики, ферменты и симптоматическая терапия была рекомендована уже в амбулаторных условиях после выписки.

Выводы:

1. Шигеллез широко распространен у детей раннего возраста проживающих в южном регионе страны, что свидетельствует о неблагоприятной эпидемиологической ситуации в условиях жаркого климата и отсутствии чистой питьевой воды, так как наиболее частым этиологическим фактором была шигелла Флекснера.

2. Дизентерия у детей раннего возраста с отягощенным анемией (70,4%) фоном протекала преимущественно (68,1%) в тяжелой форме с развитием микстинфекции (60,0%) и характерных для нее осложнений.

3. Сохранение низкого уровня этиологической расшифровки (51,5%) диктует необходимость поиска эффективных методов лабораторной диагностики для снижения внутрибольничного инфицирования и летальности.

Литература:

1. Бакрадзе, М.Д. Диагностические и терапевтические подходы при остром гастроэнтерите у детей [Текст] / М.Д. Бакрадзе, В.К. Таточенко, Е.В. Старовойтова // Вопросы современной педиатрии. – 2007. – Том 6, № 3, – С.18-23.
2. Бусуек, Г.П. Актуальные проблемы эпидемиологии перинатальных инфекций [Текст] / Г.П. Бусуек, И.А. Шагинян, С.А. Марголина и др. // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2006. – №1. – С. 4-7.
3. Клинико-эпидемиологическая характеристика дизентерии Зонне в очаге [Текст] / Л.М. Косенко, М.Д. Субботина, И.В. Ульянова // Тез. 1-го конгресса педиатров-инфекционистов России «Актуальные вопросы инфекционной патологии у детей». М, 2002. – С. 83-84.
4. Тихомирова О.В. Особенности течения дизентерии Флекснера и рациональная этиотропная терапия у детей на современном этапе [Текст] / О.В. Тихомирова // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2002. – №6. – С. 46-52.
5. Antibiotic use for acute gastroenteritis in ambulatory care of children before and after implementation the healthcare system reform in Poland [Text] // Pol. Merkur. Lekarski. – 2006. – Vol. 20, № 116. – P. 155-158.