

Проведено общепринятое клинико-anamnestическое, лабораторное, инструментальное обследования. Лабораторное обследование включало: общий анализ крови, определение уровня С-реактивного белка в крови, иммуноферментный, бактериологические методы, полимеразно-цепная реакция.

Среди обследованных новорожденных, септикоциемия установлена у 46, септикопиемия у 42 новорожденного. У обследованных новорожденных септический процесс осложнялся диссеминированным внутрисосудистым свертыванием (6), энтероколитом (41), некротическим энтероколитом (22), венитрикулитом (19), менингитом (6), перикардитом (3), гематогенным остеомиелитом (17).

Установлено, что у новорожденных с сепсисом уровень НСЕ в 2,5 раза выше уровня новорожденных контрольной группы. Среди обследованных новорожденных со структурными поражениями отмечается наибольшая активность НСЕ. У новорожденных с инфекционно-воспалительными заболеваниями уровень ИЛ-6, ИЛ-1 $\beta$  достигает наивысшего уровня. Уровень ИЛ-1 $\beta$  в сыворотке крови у доношенных в 4,7 раз, а у недоношенных в 3,2 раз выше уровня новорожденных контрольной группы. Концентрация ИЛ-6 в сыворотке крови у доношенных достигала 22,9 $\pm$ 2,39 пг/мл, что в 5,5 раз выше уровня новорожденных контрольной группы. Содержание ИЛ-6 у недоношенных в 4,6 раза выше показателей контрольной группы. Высокий уровень НСЕ, ИЛ-6, ИЛ-1 $\beta$  в сыворотке крови при сепсисе свидетельствуют также о тяжелом поражении центральной нервной системы.

Определение нейтроиммунологических показателей в сыворотке крови у новорожденных с перинатальными инфекциями позволяет использовать их в качестве критериев ранней диагностики и прогнозирования тяжести перинатальных поражений ЦНС.

## **CLOSTRIDIUM DIFFICILE-ИНФЕКЦИЯ КАК АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОЙ ПЕДИАТРИИ**

*Радутная Е.А., Иванько О.Г., Пидкова В.Я., Круть А.С., Шульга А.А.*

Запорожский государственный медицинский университет  
Запорожье, Украина

По данным многочисленных исследований одной из основных причин антибиотик-ассоциированных диарей и колитов является Clostridium difficile-инфекция. С каждым годом в мире отмечается увеличение частоты и тяжести этого заболевания.

Целью исследования было усовершенствование ранней диагностики кишечных осложнений антибиотикотерапии, в том числе, обусловленных Clostridium difficile-инфекцией у детей.

Был обследован 131 ребенок в возрасте от 6 месяцев до 18 лет. Из них 116 детей с соматическими заболеваниями получали антибактериальные препараты. Контрольную группу составили 15 клинически здоровых детей. Всем проведены общеклинические, биохимические, копрологические, бактериологические, иммунохроматографические и иммуноферментные исследования. Обязательными критериями диагноза антибиотик-ассоциированной диареи, обусловленной Clostridium difficile-инфекцией, считали факт приема антибиотика, диарею, которая возникала на фоне антибиотикотерапии, положительный тест на токсины Clostridium difficile A+B в кале больных, отсутствие других (инфекционных и неинфекционных) причин диареи.

По результатам исследования наиболее частым кишечным осложнением антибиотикотерапии была острая диарея, которая выявлялась у 25% детей. Из них у 76% больных определялись токсины Clostridium difficile в кале. Установлено, что риск развития кишечного клостридиоза возрастает у детей, которые получали длительную, комбинированную антибиотикотерапию. Особенностью клинических проявлений

*Clostridium difficile*-инфекции был преимущественно колитный синдром со среднетяжелым и тяжелым течением. Кроме диареи, наиболее частыми симптомами были лихорадка (87,5% больных), метеоризм (69%), абдоминальные боли (75%), лейкоцитоз (69% детей), ускорение СОЭ (75%), эксикоз (31% больных). Анализ копрологических исследований выявил при клостридиальной инфекции показатели воспалительных изменений в кишечнике (кровь, лейкоциты, слизь).

Установлено, что определение токсинов *Clostridium difficile* в комплексе с клиническими данными и копрологическими исследованиями, высоко информативно в ранней диагностике прогностически неблагоприятных кишечных осложнений антибиотикотерапии.

## **КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ПЕРВИЧНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА У ДЕТЕЙ**

*Рыбинская В.А.<sup>1</sup>, Добренко О.В.<sup>1</sup>, Гузаревич В.Б.<sup>2</sup>, Конюх Е.А.<sup>1</sup>*

Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет»<sup>1,2</sup>  
Учреждение здравоохранения «Гродненская областная детская клиническая больница»<sup>2</sup>

Гродно, Беларусь

В течение более десятка лет первое место среди гемобластозов у детей занимают острые лейкозы (ОЛ). Несмотря на постоянное совершенствование методов диагностики и лечения заболевания при первичной диагностике ОЛ возникают сложности, связанные с неспецифической картиной заболевания.

Цель исследования: проанализировать эпидемиологические и клинико-лабораторные данные при первичной диагностике острого лейкоза у детей.

Объект и методы исследования. Для анализа отобраны медицинские карты детей, госпитализированных в соматические отделения детского стационара областного уровня, у которых при первичном обследовании диагностирован острый лейкоз.

Результаты. Проанализированы медицинские карты 25 детей с ОЛ: 1 ребенок – годовалого возраста, дети 2–6 лет составили 64% (16 человек), 7–10 лет – 16% (4 ребенка), 11–18 лет – 16% (4 человека). Из них 15 мальчиков, 10 девочек. Установлено, что жалобы на длительный кашель были у 37,5%, насморк – у 16,6%. У 83,3% обследуемых отмечалось повышение температуры, у 37,5% – боль в суставах при движении, полилимфоаденопатия встречалась у третьей части обследуемых (36,3%). Увеличение селезенки у детей с ОЛ встречалось в 50% случаев, гепатомегалия – в 45,8%. Боли в животе беспокоили 12,5% детей. У 29,1% отмечались петехиальная сыпь и экхимозы. 8,3% пациентов указывали на рецидивирующие носовые кровотечения. Следует отметить, что у 64,9% пациентов клинические проявления отмечались менее 1 месяца до момента выявления заболевания.

Анемия и тромбоцитопения встречалась в 62,5% случаев. Лейкопения и лейкоцитоз выявлены в одинаковом проценте случаев (по 29,1%), у остальных пациентов уровень лейкоцитов оставался в пределах нормы. У 54,1% детей отмечались признаки нейтропении. Повышение СОЭ было у 87,5% детей. По нашим данным лишь у 20,8% детей в периферической крови встречались бластные клетки. Остальным детям выполнена миелограмма для подтверждения диагноза. Количество бластных клеток в пунктате составляло от 51 до 88% у разных пациентов.

Таким образом, среди пациентов с ОЛ преобладают мальчики (1,5:1). Чаще ОЛ манифестирует в возрасте 2–6 лет. Клиническая картина при ОЛ у детей разнообразна, однако дифференциальной диагностики требует длительный кашель, артралгии, боли в животе, геморрагическая сыпь.