

етіологічної ролі. У дітей віком до 6 місяців життя, літніх та ослаблених іншими захворюваннями людей титри антитіл можуть бути незначними або серологічні зрушення повністю відсутні. Негативні результати підвищення титру специфічних антитіл не можна розглядати як безумовний доказ відсутності етіологічного зв'язку ГКІ з виявленням УПМ.

Варіанти формулювання діагнозу ГКІ, зумовлених УПМ:

1 Гостра кишкова інфекція (епідеміологічно, клінічно, бактеріологічно: *Pr.vulgaris*  $10^{-6}$ /г, серологічно (1:10-1:80), гастроентеритична форма, середнього ступеня тяжкості. Зневоднення II ступеня.

2 Гостра кишкова інфекція (епідеміологічно, клінічно, бактеріологічно: *St.aureus*  $10^{-7}$ /г, серологічно: РА (1:20-1:80), гастритична форма, середній ступень тяжкості.

Не рекомендуються до практичного застосування такі формулювання діагнозу, як "протеоз", "протеїзм", "цитробактеріоз" та ін.

С.І. Кругляк, С.Д. Татаренко

## **ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ**

Міська дитяча клінічна лікарня, м.Суми

Гострі кишкові інфекції (ГКІ) у дітей – це одна з найбільш розповсюджених груп захворювань. Вони займають друге місце після ГРВІ.

Незважаючи на різноманітність етіологічних факторів, клінічні прояви ГКІ у дітей можуть бути аналогічними. Подібність клініки створює значні труднощі в клінічній діагностиці. Серед хворих цієї групи багато дітей, захворювання у яких викликається різноманітними умовно-патогенними бактеріями та вірусами, або кишкові розлади є результатом дисбактеріозу.

Особливості перебігу дизентерії у дітей. У дітей першого року життя частіше спостерігається диспептична форма

дизентерії. Захворювання виявляється порушенням апетиту, блюванням, зригуванням. Випорожнення водяві, патологічні домішки спостерігаються рідко. У дітей старше 3-х років частіше буває дизентерія, що має перебіг за типом харчової токсикоінфекції.

У дітей першого року життя весь симптомокомплекс виражений слабше, ніж у хворих старшого віку. Випорожнення частіше мають ентероколітичний характер. Симптоми гемоколіту більш рідкі. Еквіваленти тенезмів – почервоніння обличчя під час дефекації, податливість зовнішнього сфінктера ануса. Поруч з переважанням легких форм у дітей першого року життя виразно визначається схильність до більш повільної репарації кишечника, а також до затяжного перебігу дизентерії.

У дітей часте поєднання дизентерії з іншими інфекціями, особливо з ГРВІ, часто розвивається дегідратаційний синдром, що спричиняє гіпоксію та ацидоз. Часта відсутність характерних колітичних змін приводить до того, що діагноз “дизентерія клінічно” у дітей спостерігається дуже рідко.

Кишкові колі-інфекції у дітей частіше мають тяжкий перебіг, і важкі для клінічної діагностики. Найбільш характерне поєднання вираженого токсикозу та ексикозу з місцевими проявами: здуття та болючість живота, довготривалість метеоризму, наявність патологічних домішок у калі, уповільнення репаративних процесів у кишечнику. Блювання – частий симптом при кишкових захворюваннях, викликаних ешерихіями всіх груп.

Сальмонельоз. Провідний шлях передачі - харчовий, але у дітей, особливо в ранньому віці, переважає контактний шлях зараження, при якому фактором передачі інфекції є руки персоналу, предмети догляду, сповивальні столики. Можливі внутрішньолікарняні спалахи. До особливостей сальмонельозу у дітей першого року життя відноситься більша тяжкість захворювання та більш висока летальність. У них переважає ентероколітична форма, що зумовлено анатомо-фізіологічними

особливостями. Місцевий процес найбільше виражений у випорожненнях. Часто спостерігаються домішки крові, які інколи бувають настільки значні, що хворобу треба диференціювати від інвагінації. Блювання у дітей першого року життя буває досить рідко. Підвищення температури триваліше. Токсикоз настає частіше, тримається більш тривалий час. Нерідко спостерігається змішана інфекція (поєднання з ГРВІ), що призводить до розвитку тяжких форм хвороби і ускладнень, подовжує період одужання.

Значна патологія, особливо у дітей першого року життя - ентероколіти стафілококової етіології. Вони мають тривалий перебіг, важко піддаються лікуванню. Дуже часто поєднуються з дисбактеріозом кишечника. При цьому у дітей знижений апетит, недостатнє збільшення маси тіла. Симптом ентероколіту стійкий, часто з гемоколітом. Характерне раннє приєднання гнійних ускладнень. Часто шлунково-кишкові захворювання стафілококової етіології у дітей раннього віку поєднуються з катаральними явищами. У ряді випадків стафілококовий ентероколіт може бути причиною сепсису.

При захворюваннях, викликаних умовно-патогенною флорою, у дітей частим збудником є клебсієли, протей, рідко – інші. Ці захворювання не мають характерних клінічних проявів, але у дитячому віці заслуговують на серйозну увагу, бо часто виникають у дітей з несприятливим преморбідним фоном і викликають тяжкі форми хвороби з вираженим токсикозом і швидким розвитком ексикозу. Вищесказане притаманне і великій групі кишкових захворювань, викликаних вірусами. Етіологічне розшифрування цієї групи ускладнено і вона часто приховується за діагнозом “гостра кишкова інфекція невстановленої етіології”, яка в структурі кишкових інфекцій у дітей за літературними даними становить 50 – 70%.