

висимость заболеваемости рахитом от активности ультрафиолетового излучения. В 41% случаев дети имели ускоренные темпы прибавки в массе, у более половины детей отмечались повторные ОРЗ, железодефицитная анемия. В начальном периоде заболевания клинически преобладали внескелетные, вегето-висцеральные проявления (облысение затылка, нарушение сна, вздрагивание, потливость, снижение аппетита), мышечная гипотония, изменения со стороны костей черепа, которые выявлялись с 1–2-месячного возраста, нарастали в течение первого полугодия. К концу первого началу второго полугодия, определялось нарастание процессов гиперплазии костной ткани в виде усиления роста бугров черепа, уплотнения затылка, расширение нижней апертуры грудной клетки. Снижение содержания общего кальция в сыворотке крови было выявлено у 25 пациентов (32,8%), снижение содержания уровня фосфора в сыворотке выявлено лишь у 13 пациентов (18%). У 80% детей с рахитом выявлена дефицитная анемия разной степени тяжести, на что указывают и другие авторы.

**Заключение.** Ведущими факторами риска дефицита витамина Д и развития рахита являются перинатальные факторы, ускоренные темпы прибавки в массе, частые заболевания ОРЗ. Рахиту подвержены дети вне зависимости от характера вскармливания и проводимой специфической профилактики. Начальные проявления рахита в виде внескелетных, вегето-висцеральных симптомов, мышечная гипотония, изменения со стороны костей черепа требуют своевременного назначения лечебных доз витамина Д с целью предотвращения развития костных проявлений.

## Особенности течения кишечного иерсиниоза и псевдотуберкулеза у детей

Матуш Л.И.

*Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республика Беларусь*

Актуальность изучения иерсиниозной инфекции у детей обусловлена повсеместным ее распространением. Данные официальной статистики не отражают истинную заболеваемость этой инфекцией. Так, например, в РБ в 2013 г. было зарегистрировано только 56 детей с иерсиниозной инфекцией. Причем, в основном были дети с кишечным иерсиниозом (53 ребенка) и лишь у троих диагностирован псевдотуберкулез. С целью сравнительного изучения клинико-лабораторных проявлений кишечного иерсиниоза и псевдотуберкулеза у детей проведен анализ 70 медицинских карт детей с иерсиниозной инфекцией (50 детей с кишечным иерсиниозом, 20 – с псевдотуберкулезом), находившихся на лечении в Городской детской инфекционной клинической больнице города Минска. Диагноз устанавливался на основании клинической картины, инструментального (УЗИ) и лабораторного исследования (бактериологического, серологического (РПГА) и методом ПЦР). Анализ показал отсутствие патогномичного симптомокомплекса для этих инфекций. Обе инфек-

ции характеризовались синдромом интоксикации и гастроинтестинальным синдромом. Последний был более выраженным при кишечном иерсиниозе в виде тошноты, рвоты, болей в животе. Диарейный синдром протекал в виде энтерита или энтероколита. При псевдотуберкулезе преобладал экзантемный вариант течения в виде мелкоочечных высыпаний, что требовало проведение дифференциальной диагностики со скарлатиной. У части больных в обеих группах отмечался респираторный синдром, с одинаковой частотой встречалась гепатомегалия. Решающее значение в постановке диагноза имело место лабораторное исследование (серологическое – РПГА или ПЦР). Таким образом, при наличии у ребенка гастроинтестинального синдрома и отрицательных результатах бактериологического исследования кала, необходимо проводить диагностику иерсиниозной инфекции серологическими методами или методом ПЦР.

## Этиология гнойно-воспалительных заболеваний и чувствительность возбудителей к антибиотикам

Мирзаева М.А., Гафурова Н.С., Атаходжаева Д.Р., Эсамуратов А.И., Ходжаева Д.Х., Рахимов К.Л.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан;  
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, Узбекистан*

Гнойно-воспалительные заболевания (ГВЗ) вызываются различными микроорганизмами, относящиеся к разным родам и семействам. В связи с этим при патогенетическом лечении применение антибиотиков вполне оправдывается. Первоначальная антибиотикотерапия ГВЗ основывается на тяжести заболевания, вида этиологического агента, принимал ли пациент антибиотиков до этого и каких препаратов принимал. В процессе лечения учитываются результаты бактериологических анализов и результаты изучения возбудителей к антибиотикам, для того, чтобы выбрать правильный путь при корреляции.

С этой целью нами исследован патологический материал, взятый от больных с ГВЗ зарегистрированных в туманах г. Ташкента: острый проктатит (7), остеомиелит (15), фурункул в головной части тела (17), загрязненные язвы (13). Возраст обследованных больных варьировал от 3 до 14 лет.

С учетом, что этиологическими факторами могут быть разнообразные бактерии, патологический материал засеивали в различные питательные среды (нейтральный агар, среда Эндо, Сабуро, ЖСА, кровяной агар), с целью выделения чистой культуры.

От больных выделяли: *S.aureus*, *S.epidermidis*, *Proteus*, *Candida*, энтеробактерии. По росту в дифференциально-диагностических средах, степени роста, характер выросших колоний свойства трех сахарном агаре, биохимические активности, агглютинабельность с моноретсеторными свертками мы определяли принадлежность выделенных культур к виду и роду.