

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

УДК: 616.34-022-036-053.3(571.620-25)

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ТРЕХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ, ПРОЖИВАЮЩИХ В Г. ХАБАРОВСКЕ

Л.И. Заварцева, К.А. Копачевская

ГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава России, кафедра детских инфекционных болезней, г. Хабаровск, Россия

Проведен клинико-лабораторный анализ острых кишечных инфекций у 42 детей от 1 до 3 месяцев жизни, госпитализированных в инфекционное отделение краевой детской клинической больницы г. Хабаровска в 2014 году. Выявлены клинические особенности течения ряда этиологических форм инфекционных диарей у данной возрастной категории больных, проведена оценка эффективности терапии.

Ключевые слова: дети, кишечные инфекции, диарея

FEATURES OF CLINICAL COURSE OF INTESTINAL INFECTIONS AMONG 1-, 2-, AND 3-MONTH-OLD CHILDREN IN Khabarovsk

L.I. Zavartseva, K.A. Kopachevskaya

Department of infectious diseases of the Far Eastern State Medical University, Khabarovsk

A clinical laboratory analysis of intestinal infections among 42 1-, 2-, and 3-month-old children, hospitalized to infectious diseases department of regional clinical hospital in 2014, was performed. Some features of clinical course of infectious diarrhea were revealed; furthermore, the evaluation of treatment effectiveness was performed.

Key words: children, intestinal infections, diarrhea

Кишечные инфекции у детей – острые бактериальные и вирусные инфекционные заболевания, сопровождающиеся кишечным синдромом, интоксикацией и дегидратацией. В структуре инфекционной заболеваемости в педиатрии кишечные инфекции занимают второе место после ОРВИ [1, 4]. Восприимчивость к кишечной инфекции у детей в 2,5-3 раза выше, чем у взрослых. Около половины случаев кишечной инфекции у детей приходится на ранний возраст (до 3 лет). Кишечная инфекция у ребенка раннего возраста может протекать в тяжелой форме с развитием осложнений: гиповолемического шока, ДВС-синдрома, отека легких, острой почечной недостаточности, острой сердечной недостаточности, инфекционно-токсического шока и сепсиса, непосредственно угрожающих жизни ребенка. В дальнейшем, может сопровождаться гипотрофией, развитием дисбактериоза и ферментативной недостаточности, снижением иммунитета [3]. Повторение эпизодов кишечной инфекции вызывает нарушение физического и нервно-психического развития детей. Раннее выявление и адекватная терапия обеспечивают полное выздоровление детей после кишечной инфекции [1, 2, 4].

Перенесенная кишечная инфекция усугубляет изначальный структурный дисбиоз [2, 3]. Длительные дисбиотические нарушения оказывают негативное влияние на состояние здоровья ребенка, способствуют поддержанию длительного эндотоксикоза и неблагоприятно сказываются на состоянии иммунной системы и обменных процессов организма. Прослеживается связь между дисбиотическими состояниями, сформировавшимися на ранних этапах развития ребенка и возникновением инфекционных, воспалительных, аллергических заболеваний в дальнейшей его жизни [1].

Острые кишечные инфекции у детей первых месяцев жизни характеризуются многообразием клинических форм с разнообразной симптоматикой. Характер и тяжесть заболевания зависят от возраста ребенка, преморбидного фона, массивности инфицирования и пути заражения.

Цель исследования - изучить клиническо-эпидемиологические особенности и лабораторные данные у детей первых 3-х месяцев жизни, больных острыми кишечными инфекциями.

Материалы и методы

Под наблюдением находилось 42 ребенка в возрасте от 1 до 3 месяцев, госпитализированных в инфекционное отделение ДККБ им А.К. Пиотровича г. Хабаровска в 2014 году.

Диагноз ОКИ установлен на основании клинических, эпидемиологических и лабораторных данных. У 22 больных диагноз был этиологически расшифрован, а у 20 выявить возбудителя заболевания не удалось.

Результаты и обсуждение

Среди больных детей до 2-х месяцев жизни было 10 человек (23,8%), 2-х - 3-х месяцев жизни 32 человека (76,2%). Перед поступлением 12 детей (28,6%) находились на искусственном вскармливании и 30 (71,4%) - на естественном. Кроме того, при анализе анамнестических данных у 27 (64,3%) больных было выявлено наличие неблагоприятных факторов преморбидного фона. Так у 7 (16,7%) установлен рахит, у 11 (26,2%) — анемия, у 6 (14,3%) — гипотрофия. В анамнезе 9 (21,4%) детей отмечены патологические беременности или роды, 3 (4,8%) родились недоношенными, у 6 (14,3%) отмечались проявления атопического дерматита. До заболевания в анамнезе 10 (23,8%) детей были указания о перенесенных ОРВИ, из них у 5 (11,9%) — острых кишечных инфекциях, у 2 (4,8%) — пневмониях, у 3 (7,1%) — бронхитах. Лечение перенесенных заболеваний у 14 детей (61,34%) осуществлялось с применением антибиотиков.

Большая часть больных поступила на 1-2 день заболевания – 25 человек (59,5%); на 3-4 день – 10 человек (23,8%); на 4-7 день – 7 человек (16,8%), при этом 31 ребенок поступил из различных районов г. Хабаровска (73,8%) и 11 детей - из различных сел пригорода г. Хабаровска (26,2%). Распределение данных показателей у больных с уточненными и неуточненными кишечными инфекциями существенно не различались.

Анализ сезонности заболеваний в течение года показал, что наибольшее количество случаев приходилось на весну – 16 случаев (38,9%); меньше на осень - 11 случаев (26,1%) и зиму - 10 случаев (23,8%). Наименьшее количество больных было госпитализировано в летние месяцы (5 случаев или 11,9%).

Среди уточненных кишечных инфекций этиология заболеваний распределилась следующим образом: было обнаружено 7 случаев ротавирусной инфекции (33,3%), из них 2 случая в составе микст-инфекций; 3 случая стафилококковой инфекции (14,3%); 8 случаев энтеробактероза (38,1%) из них 2 случая в составе микст-инфекции; 3 случая протейной инфекции (14,3%), из них 1 случай в составе микст-инфекции, и 1 - цитробактероза. Таким образом, в этиологии кишечных инфекций детей до 3-х месяцев жизни преобладали условно-патогенные бактериальные агенты (15 случаев - 68,2%) и у 7 больных (31,8%) имела место ротавирусная инфекция. Частота микст-инфекции среди больных с расшифрованной этиологией заболевания составила 22,7 %.

Топика заболевания в большинстве случаев была представлена гастроэнтеритом у 16 больных (38,1%) и энтероколитом у 16 (38,1%). У 8 пациентов отмечался энтерит (19%) и у 2-х - гастроэнтероколит (4,8%). Среди уточненных кишечных инфекций большую часть составили случаи гастроэнтерита – 68% (11 из 16 случаев гастроэнтерита), среди неуточненных – энтероколита - 62% (10 из 16). Топические синдромы поражения ЖКТ у больных ОКИ раннего возраста свидетельствуют о сочетанном поражении разных отделов кишечника и о частом вовлечении в патологический процесс толстого кишечника, что связано с преобладанием кишечных инфекций бактериальной этиологии. Заболевание у 15 больных протекало в легкой форме тяжести (35,7%), у 25 – в среднетяжелой (59,5%) и у 2-х – в тяжелой (4,5%).

У части больных отмечалось наличие сопутствующих заболеваний: ОРВИ, ринофарингит - 4 случая (9%); анемия легкой степени тяжести – 8 случаев (19%); перинатальная энцефалопатия – 8 случаев (19%); инфекция мочевыводящих путей – 6 случаев (14%).

Анализ клинического течения ОКИ показал, что симптом лихорадки регистрировался у 35 больных (83,3%): большинство случаев протекало с фебрильной лихорадкой 38-39°C - 15 (42,9%), выше 39°C – 12 (34,3%) и субфебрильной температурой тела 37-38°C - 8 (22,8%). У 7 пациентов диарейный синдром протекал на фоне нормальной температуры тела (16,7%). Длительность лихорадки в большинстве своем составила 1 день – у 9 (25,7%) больных, 2-3 дня - у 15 (42,9%), 3-4 дня – у 5 (14,3%) и более 4-х дней – у 6 (17,1%) детей. Таким образом, лихорадка у детей первых 3-х месяцев жизни больных кишечной инфекцией часто достигала достаточно высоких цифр, но быстро купировалась (около 70%, в первые 3 дня наблюдения в стационаре). У небольшой части больных заболевание протекало без повышения температуры тела, а также имела длительная лихорадка (более 4-х дней).

У большей части больных детей (26 случаев или 61,9%) заболевание протекало без рвоты. Только у 12 больных регистрировалась рвота до 5 раз и у 4 - более частая. Продолжительность рво-

ты составила: 1 день – у 7 пациентов в (58,3%) и до 3-х дней – у 5 (41,7%). Отсутствие рвоты в большинстве случаев нехарактерно для других возрастных групп [4].

Дисфункция кишечника в большинстве случаев проявлялась в виде жидкого стула у 39 детей (92,9%), в том числе с примесями слизи он был у 15 больных (38,5%); зелени – у 13 (33,3%) и крови – у 1 (2,6%) ребенка. Максимальная частота жидкого стула до 4 раз в сутки была у 16 больных (41%), до 5-10 раз в сутки – у 18 (46,2%) и более 10 раз в сутки – у 5 (12,8%) детей. Длительность диареи составила 3-4 дня у 47,6% больных, 1-2 дня – у 30,9% и более 4-х дней – у 21,4%. Следовательно, доминирующим синдромом кишечной инфекции у детей в возрасте до 3-х месяцев жизни являлся диарейный синдром, чаще всего в виде жидкого стула без примесей от 4-х до 10 раз в сутки, на протяжении 4-5 дней. Данный синдром расценивался как среднетяжелый и, в некоторых случаях, требовал парентеральной регидратации/детоксикации.

В общем анализе крови изменения белой крови были представлены следующими показателями: у 19 больных (45,2%) регистрировался лейкоцитоз от 9 до 15×10^9 /л, у 17 (40,5%) количество лейкоцитов было в пределах $4-9 \times 10^9$ /л и у 5 (11,9%) количество лейкоцитов превышало 15×10^9 /л. В лейкоцитарной формуле крови у 19 (45%) пациентов отклонений не наблюдалось, в 10 случаях (24%) отмечался нейтрофилез более 50%; в 13 случаях (31%) был лимфоцитоз свыше 60%. Ускоренная СОЭ более 10 мм/ч отмечалась только у трети больных (14 случаев или 33,3%), чаще СОЭ оставалась в пределах нормы.

В лечении детей антибактериальная терапия использовалась у 23 больных (54,8%); противовирусная терапия – у 10 (23,8%); сочетание антибактериальной и противовирусной терапии – у 5 (11,9%) и у 4 больных (9,5%) этиологическая терапия не назначалась. Учитывая доминирующую бактериальную этиологию кишечных инфекций у детей в возрасте 1-3 месяцев, более частое эмпирическое назначение антибактериальной терапии, вероятно, было оправданным.

Инфузионная терапия использовалась в 9 случаях (21,4%) и проводилась во всех случаях не более 2-х дней. Показаниями для назначения инфузионной терапии являлись выраженные симптомы дегидратации и интоксикации, которые купировались в течение 1-2 дней, доказывая эффективность назначенного лечения. Патогенетическая и симптоматическая терапия назначалась в виде сорбентов у 38 (90,5%) больных, биопрепаратов – у 31 (73,8%), ферментных средств – у 19 (45,2%). У всех больных заболевание закончилось выздоровлением.

Из всего вышеизложенного можно сделать следующие **выводы**:

1. Дети первых трех месяцев жизни с неблагоприятным преморбидным фоном чаще болеют кишечными инфекциями, вызванными УПБ.
2. Среди клинических форм преобладали сочетанные поражения кишечника среднетяжелой степени. В клинической картине заболевания отмечалась умеренная лихорадка, не частая рвота и отчетливый диарейный синдром. Изменения в общем анализе крови были не выражены.
3. При лечении данной категории больных целесообразно назначение антибактериальных препаратов, сорбентов, биопрепаратов.

Литература

1. Бондаренко В.М. Роль условно-патогенных бактерий кишечника в полиорганной патологии человека. - М.-Тверь: ООО «Издательство «Триада», 2007. - 64 с.
2. Егорова С.А., Макарова М.А., Кафтырева Л.А. //Этиологическая значимость условно патогенных бактерий при острых кишечных заболеваниях и дисбиотических состояниях кишечника // Инфекция и иммунитет. – 2011. - Т. 1, № 2. -С. 181–184.
3. Л.Н. Мазанкова, С.Г. Горбунов, Л.А. Павлова// Совершенствование патогенетической терапии острых кишечных инфекций у детей раннего возраста // Лечение и профилактика. – 2013. - № 4(8). -С. 54-57.
4. В.П. Молочный, Л.И. Заварцева. – Диареи у детей. – Хабаровск: Изд-во ДВГМУ. - 2010. – 124 с.
5. А.А. Плоскирева, А.В. Горелов, С.Н. Жучкова и др. Современные подходы к интенсивной терапии острых кишечных инфекций // Инфекционные болезни. – 2012. - Т. 10, № 1.

Сведения об авторах

Л.И. Заварцева – к.м.н., доцент кафедры детских инфекционных болезней ДВГМУ,

E-mail: dib1962@mail.ru

К.А. Копачевская – аспирант кафедры детских инфекционных заболеваний ДВГМУ