

Баялиева М.М.

КЛИНИКА ВНУТРИБОЛЬНИЧНОГО САЛЬМОНЕЛЛЕЗА
У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Баялиева М.М.

ЫМЫРКАЙ БАЛДАРДЫН БЕЙТАПКАНАДА КЕЗДЕШКЕН
САЛЬМОНЕЛЛЕЗ ООРУСУНУН КЛИНИКАСЫ

М.М. Bayalieva

CLINICAL MANIFESTATION OF NOSOCOMIAL SALMONELLOSIS
AT CHILDREN OF AN EARLY AGES

УДК:616-57/16.3

Проведен анализ историй болезни 67 детей, больных с клинико-эпидемиологическими данными внутрибольничного сальмонеллеза. Выявлены особенности течения внутрибольничного сальмонеллеза у детей раннего возраста.

Ключевые слова: дети, клиника, внутрибольничный сальмонеллез, исход.

Бейтапканада жуккан сальмонеллез оорусу менен ооруган 67 оорулу балдардын клиника-эпидемиологиясы изилденген. Ымыркай балдарда оорунун өзгөчөлүктөрү аныкталган.

Негизги сөздөр: балдар, клиника, бейтапканадан жуккан сальмонеллез, оорунун бүтүшү.

The analysis of case histories of 67 children with clinical and epidemiological data of nosocomial salmonellosis. The features of nosocomial salmonellosis at children of early ages.

Key words: children, clinical features, nosocomial salmonellosis, outcome.

Введение. Заболеваемость острыми кишечными инфекциями, в том числе внутрибольничного сальмонеллеза, остается одной из наиболее актуальных проблем как для практического здравоохранения, так как наносит значительный ущерб здоровью населения и материальной затраты. Одно из ведущих мест среди кишечных инфекций бактериальной этиологии, в том числе внутрибольничных инфекции у детей занимает сальмонеллез. Заболеваемость сальмонеллезом у детей в возрасте от 1 до 3 лет в 10–15 раз выше, а в возрасте 4–6 лет в 2 раза выше, чем у детей школьного возраста и взрослых [2,5].

Диагностика сальмонеллеза остается одной из важных проблем в мире. Известно множество (2500 серотипов) сальмонелл, однако продолжает преобладать серотип *Salmonella thyphimurium*, который отличается резистентностью к действию многих антибиотиков, дезинфицирующих средств и часто способствует формированию микстинфекций, которые у детей раннего возраста протекают в тяжелой форме с развитием осложнений и неблагоприятных исходов болезни [3].

Актуальность внутрибольничного сальмонеллеза обусловлена высокой частотой инфициро-

вания, но и несвоевременностью обследования в период ухудшения состояния больных, что затрудняет диагностику и лечение [1,4].

Целью настоящего исследования явилось изучение клинико-эпидемиологических особенностей внутрибольничного сальмонеллеза у детей раннего возраста.

Материалы и методы исследования

Нами проведен анализ 67 историй болезни детей раннего возраста с клинической симптоматикой внутрибольничного сальмонеллеза. Дети были госпитализированы в Республиканскую клиническую инфекционную больницу (РКИБ) в летне-осенний период 2014 года.

Для постановки диагноза были использованы эпидемиологические, общеклинические, бактериологические методы исследования. Статистическая обработка данных проведена с помощью компьютерной программы SPSS.

Результаты и их обсуждение

Возрастная структура была представлена следующим образом: от 0 – 3 мес. 7,5% детей, 4 – 6 мес. 19,4%, 7–9 мес. 22,4%, 10–12 мес. 10,4% больных и старше 1 года 40,3% детей.

Как показано на рисунке 1, внутрибольничный сальмонеллез встречается чаще у детей первого года жизни, чем у старше 1 года.

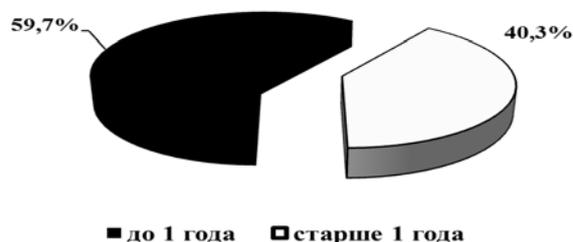


Рис. 1. Возрастная структура детей с внутрибольничным сальмонеллезом

Среди заболевших детей немного преобладали жители города Бишкека 58,2%, тогда как жители села составили 41,8%. Они, в основном поступали из-за тяжести состояния из различных районов республики. Следует отметить, что 86,6% детей

были из малообеспеченных семей, где родители не имели постоянного места работы.

При выяснении эпидемиологического анамнеза у 40,3% больных детей на 3-4 день от момента поступления в инфекционный стационар было отмечено ухудшение состояния на фоне лечения предшествующих заболеваний (ОКИ, ОРВИ). Поступили повторно через 2-4 день после выписки из инфекционного стационара – 38,8% детей, из других стационаров поступили – 20,9% больных из-за ухудшения состояния.

По тяжести состояния 49,3% больных поступили в РКИБ без направления врачей. Скорой медицинской помощью были доставлены 17,9% больных, из них 9,0% с признаками умеренного обезвоживания, поликлиниками города (ЦСМ) направлены 32,8% детей с диагнозом острый гастроэнтероколит не уточненной этиологии. Сразу в отделение реанимации и интенсивной терапии (РИТ) поступило 6,0% больных с внутрибольничной инфекцией, где находились в течение $1,7 \pm 0,5$ дней.

Следует отметить, что 71,6% детей до поступления в РКИБ уже получали амбулаторно антибактериальную терапию, представленную в основном цефотаксимом - у 24,9% детей, ампициллином - у 18,4% больных в течение 2-3-х дней. Реже использовали ципрофлоксацин, рифампицин, фуразолидон, гентамицин.

Преморбидный фон был отягощенным у каждого второго (59,7%) ребенка с ВБИ и был представлен в основном анемией 40,8% детей, гипоксически-ишемической энцефалопатией 11,9%, реже отмечались рахит, внутриутробные инфекции, нарушение питания.

Основными жалобами были: повышение температуры тела, рвота, частый жидкий стул зеленого цвета со слизью и у некоторых больных с прожилками крови.

Симптомы интоксикации были выражены в различной степени: повышение температуры тела до $38,5^{\circ}\text{C}$ выявлено - у 61,8%, выше $38,5^{\circ}\text{C}$ - у 38,8% больных детей, в течение $2,4 \pm 0,7$ дней; повторная рвота у 79,1% больных, в течение $1,7 \pm 0,6$ дней.

У всех больных с внутрибольничным сальмонеллезом было отмечено одновременно с ухудшением общего состояния также учащение стула, характер которого в основном был энтероколитный с большим количеством слизи и зелени, реже примесь крови. Частота стула составляла: до 5 раз в сутки у 22,4% больных, до 10 раз у 59,7% и больше 10 раз у 17,9% детей.

Заболевание преимущественно (89,6%) протекало в тяжелой форме, реже в средне-тяжелой.

Анализ периферической крови больных позволил выявить воспалительный характер изменений: лейкоцитоз, нейтрофилез, повышение СОЭ лишь у 25,3% детей.

Анализ результатов копрологического исследования показал преобладание энтероколитного синдрома (наличие слизи, лейкоцитов, эритроцитов).

Положительные результаты бактериологического исследования отмечены у всех больных, где были представлены: *Pr. vulgaris*, *Pr. mirabilis* – 29,9%; *Kl. pneumoniae*, – 20,9%; *S.typhimurium* – 17,7%; *E.coli* – 10,5%; энтеробактер – 7,5%; *St. aureus* – 7,5%; и у *Sh. flexneri*, *Sh. boydii* – 6,0%. Низкая этиологическая расшифровка внутрибольничного сальмонеллеза возможно связана с назначением антибактериальной терапии еще до поступления в стационар больных ОКИ детей, т.е., в амбулаторных условиях, в других соматических детских стационарах и повторный курс при ухудшении состояния ребенка и появления стула характерного для сальмонеллеза, а также отсутствия повторного диагностического бактериологического исследования кала в период ухудшения состояния ребенка. Несмотря, на облегчения, штрафных санкции эпидемиологов сохранилась поведение врачей для маскировки под обострение ОКИ внутрибольничной кишечной инфекции. Этиологическая структура внутрибольничных ОКИ свидетельствует о низком уровне подтверждения внутрибольничного сальмонеллеза, а также внутрибольничная циркуляции других условно-патогенных энтеробактерий, которые формируют микст-инфекцию.

Терапия у всех больных включала антибактериальное, патогенетическое и симптоматическое лечение. В основном лечение начинали антибиотиками цефалоспоринового ряда. Так, монотерапия в 51,1% случаев проводилась цефалоспоринами III поколения (цефтриаксон, цефатаксим), а в 26,5% случаев антибиотиками фторхинолонового ряда (ципрофлоксацин). Последовательную антибактериальную терапию получили 17,9% больных (цефтриаксон → ладеф, цефтриаксон → ципрокс) и комбинированную (ладеф + меркацин) лишь 4,5% детей с внутрибольничным сальмонеллезом. Длительность антибактериальной терапии в стационаре составила $6,0 \pm 2,3$ дней.

Из-за частоты тяжелых форм болезни инфузионную терапию получили почти все дети с внутрибольничной кишечной инфекцией в течение $3,1 \pm 1,0$ дней.

Большинство 86,6% детей были выписаны из стационара с улучшением и выздоровлением – 9,0%. При выписке были рекомендованы пробиотики, фаги через рот, так как у многих детей были повторные курсы антибактериальной терапии, а продолжение лечения в домашних условиях является профилактикой повторной внутрибольничной инфекции.

Таким образом, внутрибольничный сальмонеллез развивается на 3-4 день пребывания в любом детском стационаре чаще у детей раннего

возраста и протекает преимущественно в тяжелой форме из-за формирования микстинфекции с другими возбудителями ОКИ, в том числе с условно-патогенными энтеробактериями.

Для профилактики внутрибольничного сальмонеллеза и других ОКИ у детей раннего возраста необходимо внедрение методов экспресс диагностики, изменение принципа госпитализации у детей с инфекционными заболеваниями.

Литература:

1. Горелов А.В., Милютин Л.Н., Усенко Д.В. Клинические рекомендации по диагностике и лечению ОКИ у детей. М. 2005г. – 106 с.
2. Зуева Л.П. Обоснование стратегии борьбы с госпитальными инфекциями и пути ее реализации // Эпидемиология и инфекционные болезни. 2000. № 6. С.10–142.
3. Милютин Л.Н., Горелов А.В., Гурьева О.В. и др. Практическое руководство по диагностике и лечению сальмонеллеза Enteritidis у детей. М. 2007.-22 с.
4. Флуер Ф.С. Зотова Ю.А., Милютин Л.Н. Энтеротоксигенность сальмонелл, выделенных от больных детей на современном этапе. Инфекционные болезни. 2007. 5(4): С.41–44.
5. Szeto J., Namolovan A., Osborn S.E. et al. Salmonella-containing vacuoles display centrifugal movement associated with Ccl11-to-cell transfer in epithelial cells. Infection and Immunity. 2009. 77(3): P 99–1007

Рецензент: к.м.н., доцент Мамбетова А.И.