

КЛІНІКО–ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ У ДІТЕЙ

В.Е. Маркевич, І.Г. Аль Таххан

Сумський державний університет, м. Суми

*В огляді викладені клініко–епідеміологічні особливості гострих кишкових інфекцій у дітей у Сумській області. У статті подані особливості етіологічної структури, клінічної картини й вікових особливостей даного захворювання. Встановлено, що *Kl. pneumoniae* та *St. aureus* є найбільш частими етіологічними факторами. Також характерні гастроентеритичний варіант перебігу захворювання й стан середньої тяжкості.*

ВСТУП

Однією із актуальних проблем педіатрії є високий рівень інфекційних захворювань у дітей, особливо раннього віку. У структурі дитячої смертності інфекційні хвороби в Україні посідають 5–те місце. Особливу небезпеку становлять гострі кишкові інфекції, які за поширеністю поступаються тільки гострим респіраторним захворюванням, а в структурі дитячої смертності з інфекційних причин у країнах СНД їх частка перевищує 30 – 50 % [1, 2]. За даними ВООЗ, щороку у світі на діарею хворіють понад 1 млрд людей, з яких 65–75 % становлять діти. Близько 5 млн дітей щорічно помирають від кишкових інфекцій та їх ускладнень [3]. Кожного року в Україні офіційно реєструється 45–50 тис. випадків гострих кишкових інфекцій (ГКІ) у дітей. Нерідко захворювання виявляються у вигляді спалахів у дитячих колективах. Аналіз причин смертності дітей від різних інфекцій показує, що ГКІ в Україні посідають перше місце [4] у низці інфекційних хвороб.

МЕТА РОБОТИ

Метою роботи є вивчення клініко–епідеміологічних особливостей перебігу гострих кишкових інфекцій у дітей в сучасних умовах.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Об'єктом дослідження були 757 хворих на гострі кишкові інфекції, які перебували на лікуванні в інфекційному відділенні МДКЛ м. Сум у період від грудня 2005 року до травня 2008 року. Клініко–лабораторні дані одержані з історій хвороб і шляхом дослідження особисто автором. Хворим проводилися бактеріологічне дослідження випорожнень (виділення збудника, виявлення ступеня мікробного обсіменіння матеріалу) та загальноклінічні дослідження: клінічний аналіз крові (визначення кількості лейкоцитів, лейкоцитарної формули, кількості еритроцитів, гемоглобіну, гематокриту, ШОЕ), клінічний аналіз сечі, копрограма. Загальноклінічні дослідження (клінічні аналізи крові та сечі) проводилися при госпіталізації хворих та виписуванні їх із стаціонару. Математичне опрацювання результатів проведене з використанням пакета програм Microsoft Excel.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

За статтю пацієнти розподілилися майже порівну: хлопчиків було 384 (50,73 %), дівчаток – 373 (49,27 %).

Дітей до 1 року було 162 (21,4 %); віком 1–3 роки – 351 (46,37 %); 4–6 років – 87 (11,49 %); 7–9 років – 45 (5,94 %); 10–12 років – 45 (5,94 %); 13–15 років – 36 (4,76 %), 16 років і старше – 31 (4,1 %).

Серед пацієнтів переважну більшість склали жителі міст – 598 (79 %) (рис. 3.1).

Серед обстежених дітей більшість була із неорганізованих колективів – 441 (58,26%).

Хворі були прийняті до клініки здебільшого у ранні терміни. Протягом 1-ї доби захворювання було госпіталізовано 305 (40,29 %) дітей, на 2–3-тю добу – 320 (42,27 %), на 4–5-ту добу – 71 (9,38 %), на 6–7-му добу – 29 (3,83 %), на 8–14-ту добу – 27 (3,57 %), на 15–21-шу добу – 1 (0,13 %), після 21-ї доби – 4 (0,53 %) пацієнти.

Переважає більшість пацієнтів були направлені лікарями швидкої медичної допомоги (58,79 %), значно менше хворих – лікарями поліклінічних відділень (29,19 %), а 12,02 % звернулися за допомогою самостійно (рис. 3.2).

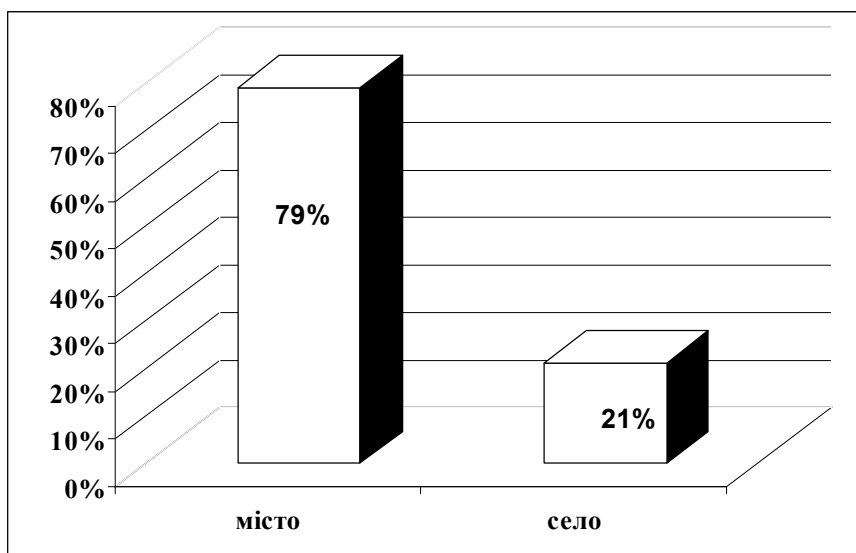


Рисунок 3.1 – Розподіл хворих на гострі кишкові інфекції за місцем проживання

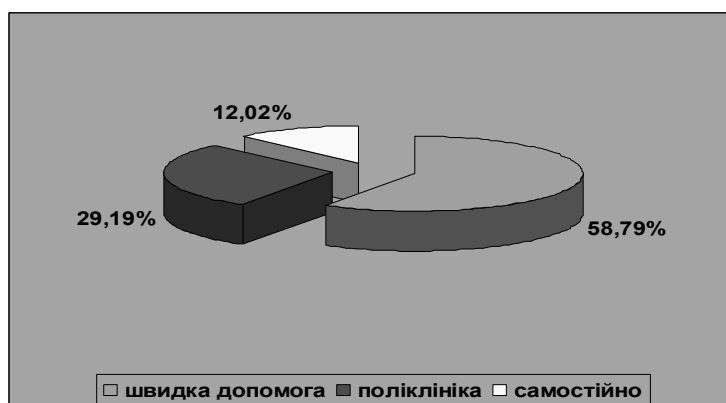


Рисунок 3.2 – Госпіталізація хворих за направленням

У приймальному відділенні діагноз ГКІ був встановлений у 586 (77,41 %) дітей, гастриту – у 1 (0,13 %), харчової токсикоінфекції – у 165 (21,8 %), ГРВІ з гастроінтестинальним синдромом – у 5 (0,66 %).

Усім хворим був встановлений середній ступінь тяжкості захворювання. Незалежно від збудника захворювання були встановлені такі клінічні варіанти:

гастроентеритичний – у 287 (37,91 %), гастроентероколітичний – у 236 (31,18 %), гастритичний – у 140 (18,49 %) хворих, ентероколітичний – у 70 (9,25 %), ентеритичний – у 19 (2,51 %) та гастроінтестинальний синдром – у 5 (0,66 %) пацієнтів (рис. 3.3).

В остаточному діагнозі гастроентеритична клінічна форма була встановлена у 509 (67,24 %) пацієнтів, гастритична – у 111 (14,66 %), гастроентероколітична – у 75 (9,91 %), ентероколітична – у 44 (5,81 %) та ентеритична – у 18 (2,38 %) хворих (рис. 3.4). У переважній більшості осіб спостерігався середній ступінь тяжкості – у 736 (97,23 %).

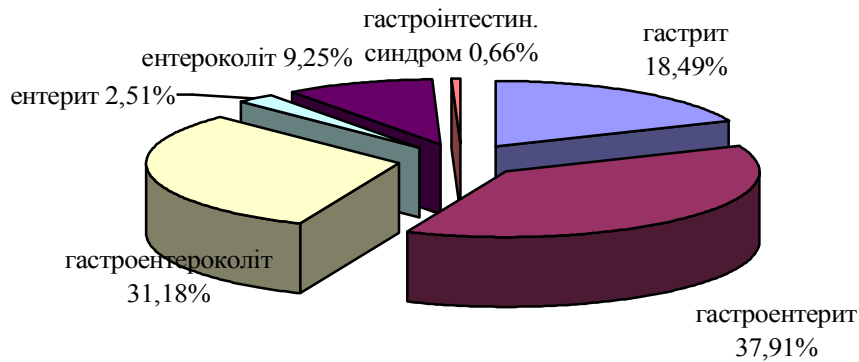


Рисунок 3.3 – Клінічні варіанти гострих кишкових інфекцій при госпіталізації

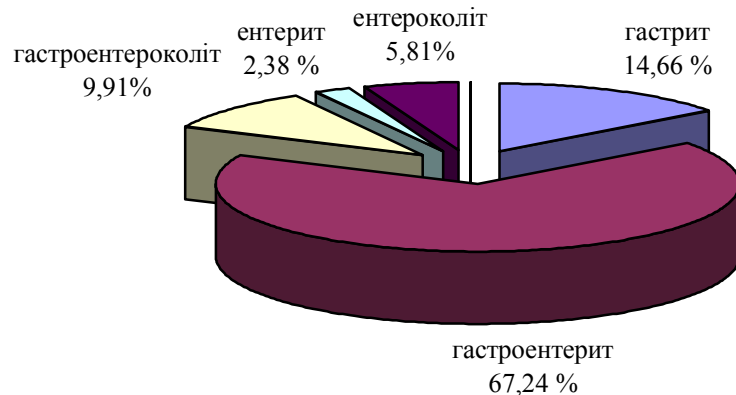


Рисунок 3.4 – Клінічні варіанти гострих кишкових інфекцій при виписуванні зі стаціонару

Майже у половини хворих (42,14 %), спостерігались ускладнення: токсико-ексикоз різного ступеня тяжкості (84,64 %), ацетонемія (12,54 %), гемоколіт та нейротоксикоз (по 1,25 %), а також гіповолемічний шок (0,32 %) (рис. 3.5).

Найчастіше спостерігався токсико-ексикоз I ступеня – у 185 (68,52 %) дітей, значно рідше – токсико-ексикоз I–II ступенів – 47 (17,4 %) та токсико-ексикоз II ступеня – 19 (7,04 %), дуже рідко – токсико-ексикоз III ступеня – у 1 (0,37 %) дитини. У частини дітей стан був оцінений як токсико-ексикоз 0–I ступенів – 18 (6,67 %).

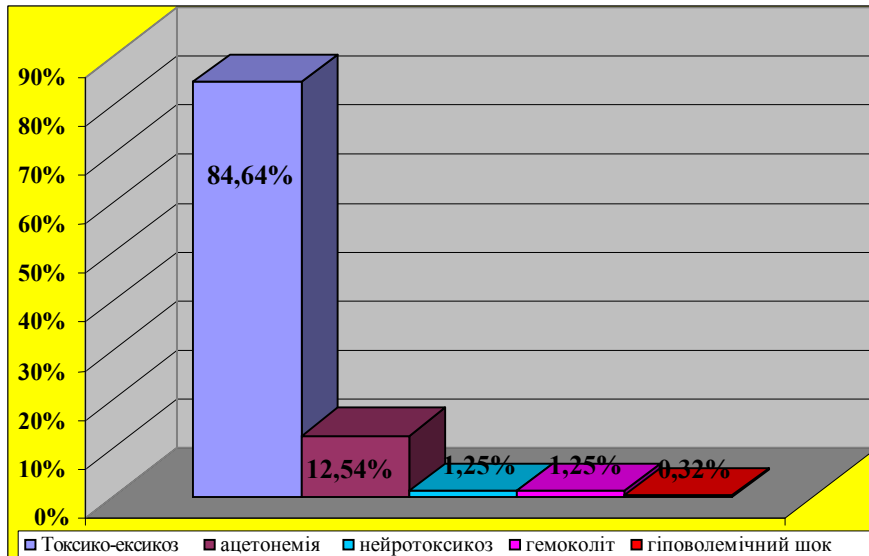


Рисунок 3.5 – Види ускладнень при гострих кишкових інфекціях

У 33,16 % дітей були діагновані супутні захворювання, серед яких переважали анемія різного ступеня тяжкості (45 %) та ГРВІ (22,7 %). Значно рідше (9,57 %) спостерігалися алергічні захворювання (гострий алергоз, atopічний дерматит), зовсім рідко були виявлені ентеробіоз (2,79 %) та перинатальна енцефалопатія (2,39 %). Крім того, спостерігалися поодинокі випадки супутніх гаймороемоїдиту (1,6 %), стоматиту (1,2 %), кон'юнктивіту (0,8 %), пієлонефриту (0,79 %), лямбліозу (1,99 %), аскаридозу (0,79 %), гепатиту (0,79 %), судомного синдрому (1,6 %), енцефалітичної реакції (0,79 %), природженої гідроцефалії (1,2 %), уроджених вад серця (1,2 %), гіпотрофії I–II ступенів (1,2 %). Також дуже рідко виявлені стрептодермія, дерматофітія, себорейний дерматит, ангіна, ерозія зон Кіссельбаха, пневмонія, реактивний нефрит, нефропатія та вульвіт (0,4 %).

Найчастіше збудниками ГКІ була умовно-патогенна мікрофлора – у 327 осіб, серед якої переважали: *Klebsiella pneumoniae* та *Staphylococcus aureus* (37,79 % та 28,75 % відповідно). Збудник захворювання не був виявлений майже у половини осіб (41,35 %). За даними бактеріологічного обстеження випорожнень, етіологічним фактором у інших хворих були такі мікроорганізми: ешерихія – 37 (4,89 %), сальмонела – 29 (3,83 %), шигела – 10 (1,32 %), асоціації збудників – 41 (5,41 %) (рис. 3.6).

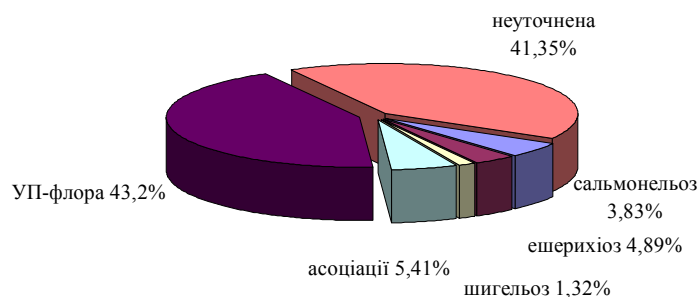


Рисунок 3.6 – Етіологічна структура захворюваності на гострі кишкові інфекції

Захворювання розпочиналося гостро, з виникнення симптомів інтоксикації у переважної більшості дітей – 628 (82,95%). Загальна слабкість, головний біль, запаморочення, зниження апетиту відмічалися у більшості хворих (73 %). У 77,9 % дітей реєструвалося підвищення температури тіла. За даними спостереження, температура в межах 37–37,9°C відмічалася у 122 (20,68 %) госпіталізованих, 38–38,9°C – у 248 (42,03 %), 39–39,9°C – у 180 (30,51 %), 40°C та більше – у 40 (6,78 %) дітей. Відразу після госпіталізації до стаціонару мали скарги на блювання 638 (84,28 %) хворих, діарею – 590 (77,94 %), нудоту – 191 (25,33 %), біль в епігастрії – 156 (20,61 %) та біль по ходу кишечника – 181 (23,91 %). Значно рідше спостерігалися: спрага – у 6 (0,79 %), олігурія – у 3 (0,4 %) та метеоризм – у 2 (0,26 %) пацієнтів із ГКІ (рис. 3.7).

Блювання до 5 разів за добу реєстрували у 460 (72,1 %) пацієнтів, 6–10 разів – у 174 (27,27 %), 11–15 разів – у 4 (0,63 %) дітей.

Кратність діареї до 5 разів за добу була у 435 (73,73 %) хворих, 6–10 разів – у 137 (23,22 %), 11–15 разів – у 16 (2,71 %), 16 та більше разів – у 2 (0,34 %) пацієнтів.

При первинному огляді загальний стан пацієнтів був задовільний у 291 (38,44 %), в'ялість спостерігалася у 436 (57,6 %), неспокій – у 30 (3,96 %) хворих.

Досить часто було відмічене зниження тургору м'яких тканин – у 294 (38,84 %), рідко спостерігалася сухість шкіри – у 60 (7,93 %) дітей. При перкусії легень у 99,74 % пацієнтів був виявлений легеневий звук. При аускультатії везикулярне дихання прослуховувалося у 267 (35,27 %) осіб, жорстке – у 398 (52,28 %), пуерильне – у 91 (12,02 %) (рис. 3.8).

При аускультатії серця гучні тони вислуховувалися у 391 (51,65 %) хворого, приглушені – у 298 (39,36 %), приглушення тонів і тахікардія були відмічені у 27 (3,57 %) пацієнтів, приглушення тонів та брадикардія – у 4 (0,53 %), приглушення тонів та систолічний шум на верхівці – у 8 (1,06 %), приглушення тонів та систолічний шум у V точці – у 13 (1,72 %), систолічний шум на верхівці – у 12 (1,58 %), систолічний шум у V точці – у 1 (0,13 %), систолічний шум по лівому краю груднини – у 3 (0,4 %). Правильний ритм серця при обстеженні був виявлений у 747 (98,68%) осіб.

Сухість язика спостерігалася при огляді у невеликої кількості пацієнтів – 76 (10,04 %), але у переважної більшості була відмічена наявність нальоту на язиці – у 636 (84,02 %). Збільшення печінки виявлене у 200 (21,14%) хворих: до 0,5 см – у 24 (3,17 %) випадках, до 1,0 см – у 109 (14,4 %), до 1,5 см – у 24 (3,17 %), до 2,0 см – у 3 (0,4 %) випадках. Збільшення селезінки до +1,0 см спостерігалось у 1 дитини (0,1 %).

Таким чином, на ГКІ найчастіше хворіють діти раннього віку, особливо перших трьох років життя, що збігається з даними [5]. Серед хворих на гострі кишкові інфекції більшість склали жителі міст, переважно це діти, які не відвідували дитячі заклади. Частіше госпіталізація була запізнілою (2–3-тя доба захворювання). Досить велика кількість хворих (41,21 %) направляються лікарями поліклінічних відділень (хірурги, гастроентерологи), що також призводить до запізнілої госпіталізації. Для клінічної картини гострої кишкової інфекції у дітей раннього віку характерний переважно гастроентеритичний варіант перебігу захворювання. За даними [6], гастроентеритичний варіант перебігу у дітей із гострими кишковими інфекціями спостерігався лише у 12,35 %, тоді як, за нашими спостереженнями, цей варіант виявлений у 67,24 %, гастроентероколітичний варіант – у 68,24 % та 9,91 % відповідно, ентероколітичний варіант – у 19,41 % та 5,81 % відповідно.

За результатами нашого дослідження, у переважної більшості пацієнтів спостерігався перебіг середнього ступеня тяжкості захворювання (97,23 %), тоді як, за даними [6], у 62,9 % відмічений тяжкий перебіг гострих кишкових інфекцій. Серед клінічних симптомів частіше спостерігалися загальна слабкість, головний біль, запаморочення, зниження апетиту, підвищення температури тіла до 38–38,9°C, нудота, блювання до 5 разів за добу, діарея до 5 разів за добу.

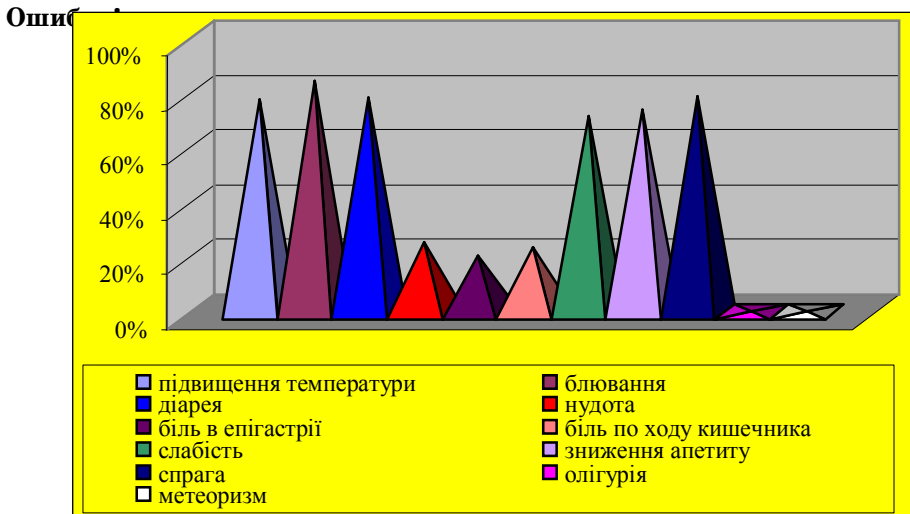


Рисунок 3.7 – Клінічна характеристика хворих на гострі кишкові інфекції

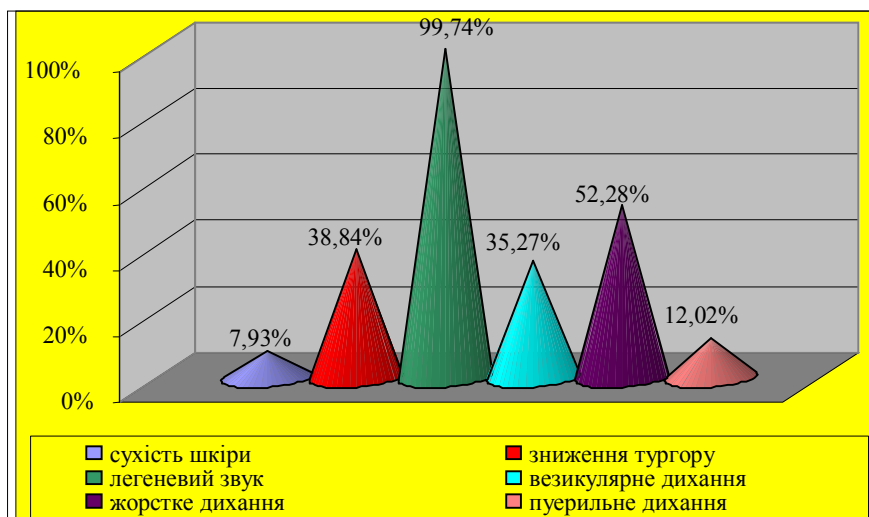


Рисунок 3.8 – Оцінка стану пацієнтів при первинному огляді

Етіологічний чинник захворювання був встановлений у 58,65 % пацієнтів, що майже не відрізняється від результатів дослідження інших авторів [6,7]. Передбачуваними причинами відсутності етіологічного розшифрування діагнозу є неправильний попередній діагноз на початку захворювання, що свідчить про недостатню уважність лікарів при зверненні пацієнтів, призначення антибактеріальних препаратів ще до забору матеріалу для бактеріологічного дослідження, можливо вірусна етіологія ГКІ. Збудниками гострих кишкових інфекцій переважно була умовно-патогенна мікрофлора (особливо *Klebsiella pneumoniae* та *Staphylococcus aureus*) – у 43,2 % пацієнтів, тоді як у 1999 р., за даними цього самого відділення МДКЛ м. Сум, – у 59,9 % [7]. За даними інших дослідників [6], ця мікрофлора висівалася лише у 12,9 % хворих.

У 42,14 % дітей спостерігалися ускладнення, здебільшого у вигляді токсико-ексикозів різного ступеня, що є наслідком несвоєчасного звернення за медичною допомогою.

У 33,16 % осіб виявлялися супутні захворювання, особливо анемія різного ступеня тяжкості та ГРВІ, що може свідчити про зниження захисних сил дитячого організму та відповідно більш бурхливий розвиток клінічних симптомів. За даними [6], показники анемії як супутнього захворювання у 2002 році та наші дані за 2005–2008 роки майже однакові (46,5 % та 45 % відповідно). Частка виявлення пацієнтів із гіпотрофією різного ступеня становила відповідно 24,7 % та 1,2 %, алергічними захворюваннями – 16,5 % та 9,57 %, пневмонією – 8,8 % та 0,4 % відповідно.

Отже, у сучасних умовах найчастіше спостерігається гастроентеритична форма перебігу ГКІ із середнім ступенем тяжкості перебігу. Етіологічним чинником переважно є умовно-патогенна флора (*Klebsiella pneumoniae* та *Staphylococcus aureus*). Серед ускладнень найбільш часто виявляються токсико-ексикози різного ступеня тяжкості, що свідчить про запізніле звернення за медичною допомогою та потребує активного проведення якнайбільше повної санітарно-просвітницької роботи з батьками та співробітниками дитячих закладів.

ВИСНОВКИ

1. На гострі кишкові інфекції частіше хворіють діти раннього віку, особливо перших трьох років життя. У клінічній картині переважають гастроентеритичний варіант перебігу захворювання та стан середньої тяжкості.

2. Етіологічне розшифрування діагнозу досягнуто лише у 58,65 % пацієнтів. Збудниками гострих кишкових інфекцій переважно є умовно-патогенна флора (особливо *Klebsiella pneumoniae* та *Staphylococcus aureus*).

3. У значної кількості пацієнтів (42,14 %) перебіг гострих кишкових інфекцій супроводжувався ускладненнями, переважно у вигляді токсико-ексикозів різного ступеня.

SUMMARY

CLINICO-EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF AN ACUTE INTESTINAL INFECTIONS AMONG THE CHILDREN IN SUMY REGION

V.Ye. Markevich, I.G. Al Tahhan
Sumy State University

In the review describes clinico-epidemiological features of an acute intestinal infections among the children in Sumy Region. In article are the features etiological structure, clinical and age differences of this disease. Ojently found that Kl. pneumoniae and St. aureus is highly main etiological factor and the gastro-enterical variant with medium complicational periode.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Сучасна клініка та лікування гострих кишкових інфекцій у дітей: Методичні рекомендації. – Київ, 2001.
2. Применение препарата раствора аминокислот Аминосол КЕ в лечении ротавирусных гастроэнтеритов у детей / Л.Ф. Чернецова, М.Д. Орлов, Е.Ф. Князева, А.Л. Сметанин, В.Г. Петров, Е.А. Варницина, Н.Н. Хайновская // Сучасні інфекції, 2003. – № 2. – С. 123–128.
3. Крамарев С.О. Підходи до лікування гострих кишкових інфекцій. – К.: Здоров'я України, 2002. – № 5.
4. Крамарев С.О. Сучасні погляди на лікування гострих кишкових інфекцій у дітей. – Київ, 2006.
5. Про захворюваність на гострі кишкові інфекції в Сумській області / В.О. Гейко, Т.С. Габелюк, О.М. Черняк, Г.І. Христинко // Матеріали обласної науково-практичної конференції «Гострі кишкові інфекційні захворювання: сучасні аспекти і проблеми», 21 червня 2001 р. – С. 8–11.
6. Габараева З.Г. Функциональное состояние нейтрофилов при острых кишечных инфекциях у детей: Автореферат дис...канд. мед. наук. – Нальчик, 2002.
7. Этиологическая структура острых кишечных инфекций у детей / С.И. Кругляк // VIII Підсумкова науково-практична конференція медичного факультету «Сучасні проблеми клінічної та експериментальної медицини», 25–27 квітня 2000 р. - С. 66–67.

Маркевич В.Е., д-р мед. наук, професор;
Аль Таххан І.Г., асистент каф. гігієни та екології
соціальної медицини

Надійшла до редакції 20 січня 2009 р.