

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА КЛІНІЧНУ КАРТИНУ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ У ДІТЕЙ

О. І. Сміян, д-р мед. наук, професор;

Т. П. Бинда, канд. мед. наук;

К. О. Сміян, магістр,

Медичний інститут Сумського державного університету, м. Суми

У статті, на основі даних із літературних джерел, проаналізовані особливості клінічної картини гострих кишкових інфекцій у дітей. Незважаючи на численні дослідження, що проводяться у цьому напрямку як у вітчизняній, так і у зарубіжній літературі, питання клінічної діагностики ГКІ залишається предметом обговорень, що вимагає проведення подальших досліджень для вивчення особливостей перебігу захворювання різної етіології в сучасних умовах.

Ключові слова: діти, гострі кишкові інфекції, клінічна картина.

ВСТУП

Гострі кишкові інфекції (ГКІ) займають важливе місце в інфекційній патології дитячого віку. За даними ВООЗ, у світі щорічно хворіють гострими шлунково-кишковими інфекціями більше 1 млрд осіб, з яких 65-70 % становлять діти у віці до 5 років [1]. Смертність серед дітей у віці до 5 років щорічно складає приблизно 1,5 млн [2, 3]. У нашій країні останніми роками відмічається тенденція до зростання захворюваності на ГКІ. Кожного року в Україні офіційно реєструється 45–50 тис. випадків ГКІ серед дітей, причому близько 40 з них помирає [4]. У структурі дитячої смертності інфекційні захворювання в Україні традиційно посідають п'яте місце. Серед дітей, що померли від інфекційних причин, ГКІ займають перше місце. Їх питома вага при цьому становить 30–35 % [5]. Причинами великої поширеності ГКІ є збільшення спектра мікроорганізмів, що спричиняють інфекційні процеси; ряд чинників, що сприяють підвищенню вірулентних властивостей умовно-патогенної мікрофлори; несприятливі соціально-економічні умови; недостатній рівень санітарної освіти населення; інколи несвоєчасна та нераціональна антибактеріальна терапія [6].

Що стосується історії вивчення ГКІ, то спочатку всі кишкові дисфункції трактувалися як «дизентерія», «літній пронос», «ентерит», «коліт», «харчові отруєння» тощо. З покращанням лабораторної діагностики вдалося розшифрувати етіологію кишкових дисфункцій і виділити серед них велику групу кишкових захворювань інфекційного походження. У 1854 році був відкритий холерний вібріон, у 1875 році – дизентерійна амеба та доказано існування «колітів» протозойного походження. Пізніше були відкриті інші збудники кишкових інфекцій: паличка черевного тифу (1880 р.), шигели та сальмонели (1888 р.). У 1922 році було доведено існування патогенних ешерихій. У 1975 році в літературі з'явилися повідомлення про «новий» збудник гастроентеритів у дітей – ротавірус. Останніми роками велике значення приділяється умовно-патогенним мікроорганізмам як етіологічному фактору ГКІ, особливо у дітей раннього віку і немовлят (протею, клебсієлам, клостридіям, кампілобактеру) [7].

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Опрацьовано 57 оглядових статей та книг, як вітчизняних, так і зарубіжних авторів, що стосувалися питань особливостей клінічної

діагностики гострих кишкових інфекцій. Був проведений порівняльний аналіз бактеріальних та вірусних кишкових інфекцій.

– вивчення літературних джерел щодо загальних відомостей про клінічні особливості ГКІ та можливість діагностування їх лише за клінічними симптомами захворювання.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Збудники ГКІ – численна група бактерій, вірусів, найпростіших і гельмінтів, які можуть викликати дисфункцію кишківника. Найчастіше в клінічній практиці спостерігаються захворювання, що спричиняються дизентерійними паличками (шигелами), сальмонелами, патогенними кишковими паличками (ешерихіями), стафілококами, клебсієлами, протеями, кампілобактеріями, ієрсиніями, синьогнійною паличкою, холерними вібріонами тощо. Серед вірусів найбільше значення мають ротавіруси, ентеровіруси Коксакі та ЕСНО, коронавіруси, аденовіруси, віруси Норволк. Діарея може бути також обумовлена амебами, лямбліями, криптоспоридіями. Цей перелік збудників ГКІ далеко не повний, багато з них недостатньо вивчені, постійно відкриваються нові збудники ГКІ [8, 9, 10].

Джерелом інфекції є людина та/або тварина. Провідний шлях передачі для дітей раннього віку – контактно-побутовий, для дітей старшого віку – харчовий, водний. Трансмісивним шляхом кишкові інфекції не передаються. При ГКІ, що проходить із бактеріємією (наприклад, черевний тиф, кампілобактеріоз), можливе внутрішньоутробне інфікування плода. Кишкові інфекції трапляються як у вигляді спорадичних випадків, так і у вигляді епідемічних спалахів аж до пандемій (холера). Для більшості ГКІ бактеріальної етіології характерним є літньо-осіннє зростання захворюваності, для вірусних діарей – осінньо-зимовий період року. Особливо тяжко ГКІ проходять у дітей, які перебувають на штучному та змішаному вигодовуванні [11].

Дизентерія (шигельоз)

Клінічна картина значною мірою залежить від форми дизентерії та реактивності організму. Інкубаційний період триває від 2 до 7 днів. Захворювання, як правило, розпочинається гостро, часто з підвищення температури тіла, нездужання, інколи блювання, болю у животі, частих випорожнень [12]. Останні є не дуже рясними, частими, «малими порціями», рідкими, зеленого кольору, з домішками слизу і часто з прожилками крові. У тяжких випадках випорожнення втрачають каловий характер. Характерними також є спастичний стан товстого кишківника, тенезми, зіяння або піддатливість отвору заднього проходу [13]. Частота випорожнень дуже варіює: від 3–5 разів на день при легкій формі до 15–20 разів і більше – при тяжкій. Симптоми загальної інтоксикації можуть бути незначними (при легкому ступені) і проявлятися лише загальним нездужанням, зниженням апетиту, але при тяжкому ступені хвороби вони висуваються на перше місце і проявляються високою температурою тіла, втратою свідомості, адинамією, блюванням, судомами, зниженням серцево-судинної діяльності.

Особливостями клініки дизентерії у дітей раннього віку є помірна вираженість колітного синдрому. Випорожнення рідко втрачають каловий характер, а часто мають характер диспептичного, домішки крові у випорожненнях виявляються рідко, замість тенезмів спостерігаються їх еквіваленти (плач та почервоніння обличчя при дефекації, піддатливість ануса); частіше спостерігаються дизентерійні ілеїти, які характеризуються більш бурхливим перебігом (висока температура, багаторазове блювання, метеоризм, ентеритний характер випорожнень).

У цьому випадку тривалість захворювання коливається від декількох днів до 2–3 місяців та більше. Тяжкий перебіг шигельозу супроводжується значною загальною інтоксикацією і високою температурою (до 39–40 °С та вище). Хворий загальмований, апатичний. Шкіра бліда з ціанозом. Частота випорожнень досягає 30–50 разів на добу. Акт дефекації супроводжується нестерпними тенезмами. Анус зієє. Кал має слизо-кров'янистий характер. Ексикоз, як правило, відсутній: навіть при багаторазовій дефекації об'єм випорожнень не перевищує 0,5–1 л за добу. У дітей ускладнення у вигляді значного зневоднення, загальних судом можуть виникати, головним чином, при дизентерії, що спричинена бактеріями Григор'єва-Шига. При тяжкій дизентерії може виникати інфекційно-токсичний шок: пульс дуже частий, ниткоподібний, артеріальний тиск знижується, різко з'являється ціаноз, знижується температура тіла до субнормальної, припиняється діурез [14].

У дітей, хворих на дизентерію Флекснера тяжкого ступеня, особливо коли етіологічним агентом є сероваріант 2а порівняно із сероваріантом 3а, інтоксикаційний синдром, температурна реакція і місцева симптоматика більш значні та тривалі [15].

Отже, зважаючи на те, що збудник шигельозу переважно уражає товстий кишечник, клінічна симптоматика характеризується інтоксикаційним синдромом, відсутністю або незначним ступенем зневоднення, наявністю тенезмів, а випорожнення мають вигляд «ректального пювка» з великою кількістю патологічних домішок (слизу, гною та крові) [16, 17].

Сальмонельоз

Сальмонельоз продовжує займати лідируючі позиції серед уточнених захворювань шлунково-кишкового тракту. У 2010 році порівняно з попередніми двома роками спостерігалася тенденція до зростання кількості зареєстрованих випадків сальмонельозу та збільшення його частки серед кишкових інфекцій [18]. Патогенез сальмонельозу характеризується поліорганністю уражень. Клінічні прояви та характер перебігу захворювання залежать від стану мікро-, макрофагальної системи і, у першу чергу, визначаються активністю фагоцитозу. Доведено, що напружений специфічний і неспецифічний імунітет перешкоджає розвитку тяжких генералізованих форм хвороби. Тому в одних випадках розвивається картина бурхливої харчової токсикоінфекції, в інших – генералізований інфекційний процес, у третіх – стерті та безсимптомні форми хвороби або хвороба взагалі не розвивається («здорове» носійство) [19].

При сальмонельозі захворювання проходить переважно у вигляді гастроінтестинальної форми, у деяких випадках збудник може проникати у кров, що супроводжується позакишковими гнійними вогнищами інфекції та розвитком септичних форм захворювання [16, 20, 21, 22, 23].

Інкубаційний період триває від декількох годин до декількох діб. У дітей першого року життя сальмонельоз починається підгостро або поступово з розвитком усіх симптомів до 3–7 дня від початку захворювання. Характерним є поєднання симптомів інтоксикації (фебрильна температура, в'ялість, блідість, тахікардія тощо) із симптомами ураження шлунково-кишкового тракту, частіше за типом ентероколіту та гастроентероколіту [24]. блювання відмічається у половини хворих і може проявлятися як із першого дня хвороби, так і приєднуватися пізніше, а у третини хворих має нав'язливий характер. Випорожнення рясні, рідкі, калового, буро-зеленого кольору (типу «болотної тини»), смердючі, з домішками слизу та зелені, а у 2/3 хворих – і крові, яка зберігається до 5–7-го дня хвороби [25]. Частими є також метеоризм, збільшення печінки та селезінки. Для сальмонельозу

властивий середньотяжкий та тяжкий перебіг, нерідко тривалий та рецидивний, можлива генералізація інфекційного процесу. Сальмонельоз у дітей, яким більше 1 року, проходить за двома клінічними варіантами. I варіант – за типом харчової токсикоінфекції: характерний гострий початок захворювання з підвищення температури до фебрильних цифр, появи блювання, симптомів інтоксикації. Відмічаються помірні болі у животі в епігастральній ділянці та навколо пупка [26]. Випорожнення рясні, рідкі, калового характеру з домішками слизу, зелені. II варіант – дизентерієподібний – виявляється у третини дітей цього віку. Характерний гострий початок хвороби з підвищення температури тіла в перші три дні хвороби, появи симптомів інтоксикації і ознак дистального коліту. При своєчасному лікуванні захворювання закінчується через 1–3 тижні [16].

Черевний тиф

Інкубаційний період черевного тифу коливається у межах від 3 до 50 днів. Середня тривалість 10–14 днів. Здебільшого захворювання розпочинається гостро. Виділяють такі періоди перебігу черевного тифу: наростання клінічної симптоматики (5–7-й день), розпал (7–14-й день), згасання (14–21-й день) та реконвалесценції (після 21 дня). Захворювання розпочинається з головного болю, безсоння, підвищеної температури тіла, посилення симптомів інтоксикації [27]. Далі виявляється пригнічення психічної діяльності, а при тяжких станах можливий розвиток тифозного статусу. Провідним симптомом черевного тифу є лихоманка, середня тривалість якої становить 13–5 днів. У гострому періоді в більшості хворих температура тіла підвищується до 39–40 °С. При тяжких формах черевного тифу лихоманка має постійний характер. Важливе значення мають середні добові температурні коливання: чим вони менші, тим тяжчий перебіг захворювання. Зміни з боку органів травлення проявляються потрісканими (фулігінозними) губами, збільшеним та обкладеним коричневим нальотом язиком, інколи відмічаються ангіна Дюге, метеоризм, гепатоспленомегалія, запор, зрідка пронос (у вигляді «горохового пюре»), збільшення мезентеріальних лімфатичних вузлів (симптом Падалки) [28]. У період розпалу хвороби можуть спостерігатися зміни з боку серцево-судинної системи – брадикардія, дикротія пульсу, зниження артеріального тиску, приглушені або глухі серцеві тони. На 6–9-й день захворювання виявляється екзантема на шкірі живота, бічних поверхнях грудей та спині розеолезного характеру (2–3 мм у діаметрі) рожевого кольору. Через 3–4 дні після зникнення перших розеол можлива поява нових – «феномен підсипання» [29].

Ешерихіози

Інкубаційний період – від 1 до 7 днів. У дітей кишкові форми ешерихіозу проходять у вигляді різної тяжкості ентеритів та ентероколітів у поєднанні із синдромом загальної інтоксикації. При легких формах температура тіла субфебрильна, випорожнення 3–5 разів на день, рідкі, інколи з домішками невеликої кількості слизу. Середньотяжка форма починається гостро, виникає блювання, температура тіла підвищується до 38–39 °С, виявляється здуття живота, випорожнення до 10–12 разів на добу, рідкі зі слизом [29]. Тяжкі форми характеризуються значним токсикозом, підвищенням температури тіла до 39–40 °С та частими (до 20 разів на добу) випорожненнями до 20 разів на добу. Можливий бурхливий початок із багаторазового блювання, особливо характерне блювання фонтаном, паралельно з яким відмічається дисфункція кишківника. випорожнення мають водянистий, пінистий характер із домішками слизу [30], жовтий або оранжевий колір

із білими грудочками слизу. Часто виявляється значний метеоризм, що спричиняє неспокій дитини та категоричну відмову від їжі і пиття. У зв'язку з втратою рідини виникає дегідратація зі значними електrolітними порушеннями (спочатку втрата натрію, потім – калію).

Виникають гемодинамічні розлади у вигляді холодних кінцівок, блідо-мармурової шкіри, м'язової гіпотонії, загострених рис обличчя та різко зниженого тургору шкіри [31].

Іерсиніоз

Інкубаційний період кишкового іерсиніозу становить від 2 до 20 днів, але можливий і більш тривалий перебіг прихованого періоду захворювання (до 30 днів). Захворювання розпочинається гостро та характеризується поліморфізмом клінічної картини. У початковий період, який триває перші 2 дні, виикають симптоми ураження ШКТ та загальноінфекційні прояви. У цей період провідними симптомами є лихоманка, екзантема, діарея, гепатоспленомегалія. У дітей старшого віку можливі нападоподібні болі в ділянці живота і виникає підозра на хірургічну патологію органів черевної порожнини. Найчастіше вищезазначені симптоми кишкового іерсиніозу спостерігаються на 3–10-й день від початку захворювання. У період розпалу (на 2 тижні) основні прояви хвороби, такі, як в'ялість, нездужання, зниження апетиту, зберігаються. Дисфункція кишківника (діарея, болі в животі, рідше – блювання) відмічається у половини хворих. Натомість згасають такі симптоми: гіпертермія, набряклість долонь та стоп, менш значними стають зміни з боку очей, а також катаральні прояви у зіві та явища риніту [32].

Постійним симптомом цього захворювання є лихоманка. Максимальна температура кривої відмічається на першому тижні хвороби з поступовим зниженням на другому тижні. Середня тривалість періоду лихоманки – 10 днів. Температурна реакція супроводжується іншими проявами інтоксикації. Діти часто скаржаться на зниження апетиту, слабкість, нездужання, головний біль. Блювання є одним із перших симптомів захворювання, що виникає у 1/3 хворих та частіше буває одноразовим, рідше – багаторазовим. Провідним симптомом кишкового іерсиніозу є діарея, яка виявляється у 55–60 % хворих, а у дітей раннього віку – ще частіше (у 70–75 %). Розлад функцій ШКТ реєструється з перших днів захворювання. Переважають явища ентериту та гастроентериту [33]. Випорожнення мають кашкоподібний або водянистий характер, зі смердючим запахом, жовто-зеленого кольору, зі слизом, 3–6 разів за добу, тривалість становить 2–15 днів із тенденцією до спонтанного зникнення.

Екзантема виявляється у 40–60 % хворих на кишковий іерсиніоз. Висипка має поліморфний характер (дрібнокрапковий, плямисто-папульозний, геморагічний, інколи за типом кропив'янки), локалізується навколо суглобів, на кистях та стопах (симптоми «рукавичок», «шкарпеток») і триває 6–8 днів [28]. Зміни з боку серцево-судинної системи спостерігаються в усіх хворих на кишковий іерсиніоз. Найчастіше виявляються такі симптоми кардіопатії: тахі- та брадикардія, аритмія, приглушення тонів серця, систолічний шум на верхівці серця, порушення функції автоматизму серця, зниження вольтажу зубців Р і Т, ознаки дифузного ураження серцевого м'яза [33].

Клебсієльоз

Початок захворювання майже завжди гострий. У більшості хворих виявляється недовготривала (1–2 дні) фебрильна лихоманка [34]. Інтоксикаційний синдром проявляється блідістю шкірних покривів, в'ялістю, зниженням апетиту та смоктального рефлексу, зригуванням і

триває від 5 до 10 днів. Випорожнення рясні, жовто-зеленого кольору з домішками невеликої кількості слизу, водянисті. Частота випорожнень залежить від тяжкості захворювання. Так, при середньотяжкій формі – від 5 до 10 разів, а при тяжкій – 15–20 разів на день. Триває діарейний синдром близько 2 тижнів. При середньотяжких і тяжких формах захворювання можливий розвиток ексикозу 1–2-ї ст. [35].

Однак на сьогодні на перший план в усьому світі серед ГКІ виходять секреторні діареї, збудниками яких можуть бути віруси (рота-, адено-, астро-, каліци-, реовіруси, Норфолка, кишкові коронавіруси), а також найпростіші (криптоспоридії, мікроспоридії, балантидії, сізоспори) [36].

Особливу увагу потрібно звертати саме на вірусні діареї, спектр яких як етіологічного фактора ГКІ постійно розширюється, а захворюваність і летальність, незважаючи на успіхи сучасної медицини, зростають кожного року. Треба зауважити, що в економічно розвинених країнах на вірусну етіологію гострих діарей припадає 75–85 % від усіх верифікованих випадків ГКІ [37, 38].

Ротавірусна інфекція

Актуальність вивчення ротавірусної інфекції полягає у тому, що поряд із великим поширенням захворювання відсутня настороженість лікарів до даної патології, рання клінічна діагностика є складною. Часто розвиваються тяжкі ускладнення, які нерідко закінчуються летально або формуванням вірусоносійства [39]. Найчастіше причиною секреторної діареї дітей раннього віку є ротавірусна інфекція. До 5-річного віку 95 % дітей у світі інфікуються ротавірусом. Для цієї патології характерними є симптоми загальної інтоксикації, ураження шлунково-кишкового тракту, дегідратація, яка при несвоєчасному зверненні за медичною допомогою може призвести до смерті дитини [40]. Необхідно зазначити, що за тяжкістю ексикозу ротавірусна інфекція поступається лише холері [17, 41]. Інкубаційний період ротавірусного гастроентериту становить від 15 годин до 7 днів, у середньому 1–2 дні. Захворювання розпочинається гостро. Розгорнута картина захворювання формується вже у перші 12–24 години і проявляється підвищенням температури тіла до фебрильних цифр (температурна реакція триває від 2 до 4 діб), появою симптомів інтоксикації, які мають неспецифічний характер (слабкість, нездужання, стомлюваність, пропасниця, головний біль, міальгія тощо), водянистими випорожненнями без патологічних домішок, багаторазовим блюванням, а також наявністю катаральних проявів верхніх дихальних шляхів (закладеність носа, зернистість задньої стінки глотки, покашлювання) [39, 42].

Ознаки гастроентериту з'являються у хворих майже одночасно з інтоксикаційним синдромом і характеризуються бурчанням та неприємним відчуттям у ділянці живота, болем у животі, зниженням апетиту, нудотою, повторним блюванням і частими рідкими випорожненнями. Біль у животі частіше має дифузний характер, але може локалізуватися в епігастральній ділянці та часто супроводжується бурчанням. Нудота та блювання у хворих, за даними різних авторів, виявляються у 68–85 % дітей і залежать від тяжкості захворювання. Діарейний синдром характерний для всіх хворих із першого дня захворювання. Випорожнення відносно рясні, водянисті, жовтуватого кольору і смердючі без патологічних домішок. Майже у половині випадків спостерігається пінистість випорожнення. Кратність дефекації може бути різною від 2–3 разів до 10–15 і навіть більше за 1 добу. Позиви до дефекації мають імперативний характер. Діарейний синдром, як правило, нетривалий, і нормалізація випорожнення відбувається не пізніше 5–6-го дня хвороби [39], або триває 7–10 днів і, як правило, закінчуються одужанням [36].

Останніми роками велику увагу приділяють респіраторному синдрому як важливій диференціально-діагностичній ознаці, яка виявляється у хворих на ротавірусну інфекцію в гострому періоді. При цьому в певній частині дітей катаральні явища виникають раніше диспептичного синдрому [43], а у більшості дітей передують гіпертермії [44]. Хворі, як правило, скаржаться на нежить, закладеність носа, першіння в горлі, сухий кашель, а при об'єктивному обстеженні виявляються гіперемія та зернистість м'якого піднебіння, передніх дужок, язичка, задньої стінки глотки. Катаральні ознаки недовготривалі та повністю зникають через 3–4 дні. Крім вищезазначених симптомів, характерні екстрацеребральні, такі, як анорексія та дратівливість [40, 42]. Ці симптоми відмічаються у 90 % хворих дітей і виникають майже одночасно, що дозволило закордонним дослідникам охарактеризувати ротавірусну інфекцію як DFV-синдром («діарея-лихоманка-блювання») [42].

Перший епізод ротавірусної інфекції має найтяжчий перебіг порівняно з наступними, які проходять легше [40, 45].

У дітей перших місяців життя описані тяжкі форми ротавірусної інфекції, що призводять до летального кінця [16, 41, 46, 47, 48]. Існують поодинокі повідомлення про те, що у хворих дітей виникає екзантема (частіше всього плямиста) [36].

Окрім ураження ШКТ, останнім часом з'явилися повідомлення про ураження нервової системи при ротавірусній інфекції. Згідно з даними М. Dickey із співавт. (2009) на сьогоднішній день у літературі описані 24 достовірні випадки ураження нервової системи, пов'язані з ротавірусом. Ротавірусна РНК була виявлена в цереброспінальній рідині хворих на ротавірусну інфекцію дітей із судомами [49]. Описані також енцефалопатії, менінгоенцефаліти [50, 51]. Проаналізували всі виявлені ними 24 випадки ураження ЦНС і відмітили, що частіше (63 %) такі ураження виявляються у дітей від 6 до 24 міс., середній вік становить 21,5 міс. При цьому в 56 % випадків хворіли хлопчики. Практично у всіх дітей були діарея (96 %) і блювання (92 %), а підвищення температури тіла виявлялося тільки у 54 % хворих дітей. Ураження ЦНС частіше (67 %) проявлялось у вигляді судом. Також відмічали такі симптоми, як підвищена роздратованість, порушення свідомості та мови, атаксія і шок. У 48 % хворих при проведенні спинномозкової пункції виявлявся плеоцитоз. Мали місце відхилення і на томографії (64 %), яка проводилась 11 дітям. Під час проведення ЕЕГ зміни виявлялися у 10 з 11 обстежених (91 %). Сприятливий перебіг хвороби мали 75 % дітей, але 2 дітей (новонароджений і 6-річна дитина) померли в результаті судом, що не купірувалися. Ще 4 дитини мали значні неврологічні порушення, і тільки в одного з них практично зникла неврологічна симптоматика до 5 років життя. Ці дослідження свідчать про необхідність проведення спинномозкової пункції при виявленні неврологічної симптоматики у дітей на фоні ротавірусної інфекції. Серед методів дослідження необхідно не тільки робити підрахунок кількості клітин у спинномозковій рідині, але й проводити дослідження на наявність ротавірусів у ній методом ПЦР [52].

Кишкові аденовіруси

Актуальною залишається проблема діагностики, лікування та профілактики аденовірусної інфекції. Аденовірусні гастроентерити виявляються у 2–4 рази рідше за ротавірусні діареї, а тяжкість захворювання частіше легка або середнього ступеня тяжкості [53]. Коли діарея у новонародженої дитини виявляється одночасно з ознаками ураження дихальних шляхів і кон'юнктивітом, то етіологічними чинниками такого ентериту найчастіше є аденовіруси [54]. Інкубаційний період триває від 8 до 10 днів. Захворювання характеризується помірною

інтоксикацією, субфебрильною температурою, що зберігається впродовж декількох днів [55]. У дітей молодшого віку захворювання продовжується до 2 тижнів, часто реєструється лихоманка неправильного типу, яка інколи має хвилеподібний характер. Гастроентерити часто проходять з мезентеріальним аденітом, що супроводжується болями в животі. Діагностуються вони рідко, спалахи не мають сезонності та виникають незалежно від пори року. Особливістю ентеропатогенних аденовірусів є відсутність значних симптомів назофарингіту та тривале безсимптомне виділення вірусу до появи симптомів гастроентериту [52]. Водяниста діарея як основний прояв аденовірусного гастроентериту з'являється на другу-третю добу з моменту появи блювання і триває упродовж 1–3 та більше днів. Аденовірусний гастроентерит проходить легше, ніж ротавірусний, але більш тяжко, ніж інші вірусні діареї. Можливий хвилеподібний перебіг аденовірусного гастроентериту. Ротавірусна або аденовірусна інфекція у новонароджених дітей може проходити безсимптомно або на субклітинному рівні, обтяжуючи при цьому загальний стан дитини, ускладнюючи перебіг постнатальної адаптації та перинатальної патології, спричиняючи зміни імуносупресивного характеру в організмі [56].

Криптоспоридіоз

Серед кишкових інфекцій, які викликають найпростіші, провідну позицію займає криптоспоридіоз. Криптоспоридіоз – інфекція, збудником якої є найпростіші сімейства *Cryptosporididae*, що проходить з ураженням слизових оболонок травного каналу, як правило, у формі гастроентериту, при якому виникає мальабсорбція. Можливий і безсимптомний перебіг захворювання. Спектр клінічних проявів криптоспоридіозу достатньо широкий. Передусім він залежить від імунного статусу пацієнта. За відсутності імунodefіциту інкубаційний період триває близько 1 тижня, потім з'являється водянистий пронос без домішок крові. Інколи, якщо інфікування призводить до розвитку клінічно вираженого захворювання, приєднуються біль у животі, нудота, втрата апетиту, лихоманка і схуднення. Одуження настає через 1–2 тижні та у більшості випадків є спонтанним. При гострому перебігу кількість ооцист у калі дуже велика. При імунodefіциті, особливо у ВІЛ-інфікованих, пронос буває хронічним, профузним і супроводжується значними втратами води та електролітів. Об'єм випорожнень може становити від 1 до 25 літрів за 1 добу. Спостерігаються значне схуднення, сильний біль у животі, виснаження. При ураженні жовчних шляхів з'являється біль в епігастрії і правому підребер'ї. У хворих з імунodefіцитами захворювання має тривалий перебіг і поєднується з кандидозом, токсоплазмозом, цитомегаловірусною та іншими бактеріальними, паразитарними і вірусними інфекціями [57].

ВИСНОВКИ

Таким чином, незважаючи на численність літературних джерел, де описані клінічні симптоми ГКІ різної етіології, ця проблема залишається актуальною. Очевидна необхідність проведення більш широких і всебічних досліджень для вивчення особливостей їх клініки на сучасному етапі. Можливість проведення таких досліджень значною мірою залежить від вирішення питань експрес-діагностики, що, у свою чергу, диктує необхідність інтенсифікації розроблення та впровадження в практику нових високочутливих і високоспецифічних діагностичних препаратів і надійних методів виявлення не тільки бактерій, а і вірусів, їх ідентифікації та серологічного типування. Усе вищезазначене буде підґрунтям до підходів у лікуванні хворих, ліквідації спалахів та розробленні методів і засобів профілактики.

Перспективним є подальше вивчення особливостей клінічної картини гострих вірусних та бактеріальних кишкових інфекцій у дітей різних вікових груп, що буде сприяти своєчасній діагностиці захворювання.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА КЛИНИЧЕСКУЮ КАРТИНУ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ

А. И. Смиян, Т. П. Бында, Е. А. Смиян,

Медицинский институт Сумского государственного университета, г. Сумы

В статье на основании данных из литературных источников проанализированы особенности клинической картины острых кишечных инфекций у детей. Несмотря на многочисленные исследования, которые проводятся в этом направлении в отечественной и зарубежной литературе, вопрос клинической диагностики ОКИ остается предметом обсуждений, что требует проведения дальнейших исследований для изучения особенностей течения заболевания различной этиологии в современных условиях.

Ключевые слова: дети, острые кишечные инфекции, клиническая картина.

MODERN LOOK ON CLINICAL PICTURE OF ACUTE INTESTINAL INFECTIONS IN CHILDREN

A. I. Smiyan, T. P. Bynda, K. A. Smiyan,

Medical Institute of Sumy State University, Sumy

The article, based on the study of literature, general information analyzed clinical features of acute intestinal infections in children. Despite numerous studies conducted in this direction in domestic and in foreign literature, issues of clinical diagnosis of AEI remains the subject of debate that needs further research to elucidate the peculiarities of different etiology of the disease in modern conditions.

Key words: children, intestinal infections, the clinical picture.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Крамарев С. О. Підходи до антибактеріальної терапії гострих кишкових інфекцій у дітей / С. О. Крамарев // Здоровье ребенка. – 2006. – №1. – С. 85–87.
2. Baldi F. Focus on acute diarrhoeal disease / F. Baldi, M. A. Bianco, G. Nardone, A. Pilotto, E. Zamparo // World J. Gastroenterol. – 2009. – Vol. 15 (27). – P. 3341–3348.
3. Bryce J. WHO estimates of the cause of death in children / J. Bryce, C. Boschi-Pinto, K. Shibuya, R. E. Black // Lancet. – 2005. – Mar.26–Apr. – 1, Vol. 365 (9465). – P. 1147–1152.
4. Крамарев С. А. Применение препарата Смекта и РПП HUMANA ELECTROLYT в комплексном лечении детей с острыми кишечными инфекциями / С. А. Крамарев, В. В. Евтушенко, Е. В. Корбут, Е. А. Дмитриева, Г. Г. Юхименко, О. М. Евтушенко, Е. А. Маевская, В. В. Бабак // Современная педиатрия. – 2011. – № 4. – С. 134–138.
5. Крамарев С. О. Сучасні погляди на лікування гострих кишкових інфекцій у дітей / С. О. Крамарев // Мистецтво лікування. – 2003. – № 5. – С. 50–53.
6. Яковенко Н. О. Особливості гострих кишкових інфекцій у дітей раннього віку на сучасному етапі / Н. О. Яковенко, Кеор Нарендра Дахіфал, Модугала Шри Хари, Б. О. Безкаравайний // Актуальні питання експериментальної та клінічної медицини: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції студентів, молодих вчених, лікарів та викладачів, присвяченої Дню науки в Україні, 25–26 квітня 2007 р. — Суми: СумДУ, 2007. – Ч. 1. – С. 155.
7. Незгода І. І. Оцінка ефективності застосування препарату «Оптисмект» в комплексному лікуванні гострих кишкових інфекцій у дітей / І. І. Незгода, В. А. Кириленко, Н. А. Рикало, О. А. Ніколова // Современная педиатрия. – 2005. – № 2. – С. 209–212.
8. Ольховська О. М. Клініко – імунологічна характеристика шигельозу Зонне і шигельозу Флекснера у дітей на сучасному етапі / О.М. Ольховська // Проблеми сучасної медичної науки та освіти. – 2010. – № 1. – С. 45–46.
9. Возіанова Ж. І. Інфекції – реальна загроза населенню України / Ж. І. Возіанова, М. А. Андрейчин, С. О. Крамарев, О. П. Сельнікова, О. І. Поліщук, Е. І. Бодня // Інфекційні хвороби. – № 1. – 2007. – С. – 76–78.
10. Горелов А. В. Комплексная терапия острых кишечных инфекций у детей / А. В. Горелов, Д. В. Усенко, Л. И. Елезова // Лечащий врач. – 2008. – № 4. – С. 94–95.
11. Незгода І. І. Досвід застосування молочної суміші « НАН кисломолочний 1 та 2» при лікуванні гострих кишкових інфекцій у дітей / І. І. Незгода, О. С. Онофрійчук // Современная педиатрия. – 2011. – № 2. – С. 142–145.
12. Миндлина А. Я. Заболеваемость кишечными инфекциями в России / А. Я. Миндлина // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2010. – № 11. – С. 30–33.

13. Оценка эпидемиологической значимости и условий микробной контаминации овощных салатов как факторов передачи возбудителей острых кишечных инфекций в современных условиях / М. Ю. Девятков, В. И. Сергеев, Е. В. Сармометов, С. А. Лукьянцева, Ю. И. Ладейщикова, И. В. Шицына // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2011. – № 1. – С.31–35.
14. Андрейчин М. А. Шигеллез / М. А. Андрейчин // Диагностика та лікування. – 2001. – № 3. – С. 33–37.
15. Особенности течения дизентерии Флекснера и этиотропная терапия у детей на современном этапе / О. В. Тихомирова, М. К. Бехтерева, Джихад Хусейн, А. С. Кветная, В. В. Иванова, Л. И. Железова, О. И. Ныркова // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2002. – №6. – С. 48–51.
16. Васильева Н. А. Диференційна діагностика хвороб з гострим діарейним синдромом / Н. А. Васильева, Б. А. Локай // Інфекційні хвороби. – 2006. – № 1. – С. 58-66.
17. Крамарев С. О. Сучасна клініка та лікування гострих кишкових інфекцій у дітей / С. О. Крамарев, Н. Г. Литвиненко // Методичні рекомендації. – К., 2001. – 20 с.
18. Біла-Попович Г. С. Пейзаж збудників сальмонельозу у 2008–2010 рр. / Г. С. Біла-Попович, М. С. Суременко, Т. М. Мілих, С. В. Шевцова, І. О. Рак, У. В. Шишка // Матеріали Всеукраїнської науково – практичної конференції з міжнародною участю і пленуму Асоціації інфекціоністів України «Труднощі діагностики і терапії інфекційних хвороб». – Тернопіль : Укрмедкнига, 2011. – С. 77–78.
19. Бобровицька А. І. Клініко-патогенетичні особливості сальмонельозу в дітей / А. І. Бобровицька, Е. В. Голосний, Н. П. Кучеренко // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю і пленуму Асоціації інфекціоністів України «Труднощі діагностики і терапії інфекційних хвороб». – Тернопіль : Укрмедкнига, 2011. – С. 78–79.
20. Богдельников И. В. Дифференциальный диагноз инфекционных болезней у детей. – Симферополь: Вперед, 2009. – 689 с.
21. Воротынцева Н. В. Острые кишечные инфекции у детей / Н. В. Воротынцева, Л. И. Мазанкова. – М. : Медицина, 2001. – 477 с.
22. Иванова В. В. Инфекционные болезни у детей. – СПб. : МИА, 2002. – 907 с.
23. Незгода І. І. Стратегія антибактеріальної терапії при сальмонельозній інфекції у дітей / І. І. Незгода // Сучасні інфекції. – 2003. – № 3. – С. 30–34.
24. Григорович М. С. Клинико-эпидемиологическая характеристика и некоторые особенности ферментативного гомеостаза при сальмонеллезной инфекции у детей / М. С. Григорович, Е. В. Юрлова, А. В. Окатова // Детские инфекции. – 2011. – № 3. – С. 27–32.
25. Касымов И. А. Клинико-иммунологические аспекты сальмонеллеза typhimurium у детей / И. А. Касымов, Г. М. Шарапова // Инфекционные болезни. – 2011. – №1. – С. 42–46.
26. Цыркунов В. М. Клинико-эпидемиологические аспекты внутрибольничного сальмонеллеза у детей первого года жизни / В. М. Цыркунов, Н. А. Данилевич, Ю. В. Кравчук, И. В. Парфенчик // Инфекционные болезни. – 2010. – № 3. – С. 65–71.
27. Баскаков І. М. Особливості клінічного перебігу черевного тифу в сучасних умовах / І. М. Баскаков // Інфекційні хвороби. – 2005. – №1. – С. 34–38.
28. Инфекционные болезни у детей: учебное пособие / Э. Н. Симованьян [и др.]; под. ред. Э. Н. Симованьян. – Изд. 2-е, доп. и перераб. – Ростов н/Д : Феникс, 2011. – 767 с.
29. Лобзин Ю. В. Брюшной тиф: современное состояние проблемы / Ю. В. Лобзин, А. Н. Коваленко, В. М. Волжанин // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2005. – № 1. – С. 47–67.
30. Черкасский Б. Л. Эпидемиология эшерихиозов в Российской Федерации / Б. Л. Черкасский, С. Ш. Рожнова, Т. И. Фролочкина // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2002. – № 5. – С. 6–10.
31. Токмалаев А.К. Применение энтеросорбентов в лечении острых кишечных инфекций / А.К. Токмалаев // Лечащий врач. – 2011. – № 5. – С. 69–74.
32. Бениова С. И. Динамическое наблюдение детей, перенесших иерсиниозную инфекцию / С. И. Бениова, А. В. Гордеев // Педиатрия. Журнал имени Г. Н. Сперанского. – 2002. – № 2. – С. 44–48.
33. Учайкин В. Ф. Иерсиниоз у детей / В. Ф. Учайкин, А. В. Гордеев, С. Н. Бениова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 144 с.
34. Кривицкая Л. В. Клинико-лабораторные особенности течения кишечных инфекций клебсиеллезной этиологии у детей раннего возраста / Л. В. Кривицкая // Медицинские новости. – 2002. – №3. – С. 76–77.
35. Выбор пробиотика для рациональной терапии клебсиеллезной инфекции у детей / В. М. Бондаренко, О. В. Тихомирова, Н. В. Гончар, Л. Н. Петров, Н. Б. Вербицкая, О. В. Добролеж, Л. В. Березина // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. – 2009. – № 2. – С. 85–89.
36. Малый В. П. Вирусные диареи / В. П. Малый, О. В. Волобуева // Международный медицинский журнал (Харків). – 2006. – Том 12, № 4. – С. 69–75.
37. Малов В. А. Острые инфекционные диарейные заболевания / В. А. Малов, А. Н. Горобченко // Лечащий врач. – 2005. – № 2. – С. 68.

38. Малов В. А. Антибактериальные препараты в лечении острых кишечных (диарейных) заболеваний / В. А. Малов, А. Н. Горобченко // Лечащий врач. – 2006. – № 5. – С. 85–89.
39. Одинец Т. Н. Современные представления о ротавирусной инфекции / Т. Н. Одинец, И. З. Каримов // Сучасні інфекції. – 2008. – № 3. – С. 77–83.
40. Чернишова Л. І. Нові можливості захисту від рота вірусної інфекції у дітей раннього віку / Л. І. Чернишова // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2001. – № 2. – С. 51–55.
41. Васильев Б. Я. Острые кишечные заболевания. Ротавирусы и ротавирусная инфекция / Б. Я. Васильев, Р. Т. Васильева, Ю. В. Лобзин. СПб. : Лань, 2000. – 272 с.
42. Subbotina M. D. Effect of oral administration of tormentil root extract (*Potentilla tormentilla*) on rotavirus diarrhea in children: a randomized, double blind, controlled trial / M. D. Subbotina, V. N. Timchenko, M. M. Vorobyov, Y. S. Konunova, Y. S. Aleksandrovih, S. Shushunov // *Pediatr. Infect. Dis. J.* – 2003. Vol. 22 (8). – P. 706–11.
43. Пипа Л. В. Ротавірусна інфекція у дітей: особливості клініки і діагностики / Л. В. Пипа, В. Р. Ленъга, О. В. Піддубна // Лаб. діагностика. – 2008. – № 2. – С. 31–38.
44. Дзюблик І. В. Виявлення ротавірусної інфекції у дітей в зимово-весняний період 2006–2007 рр. / І. В. Дзюблик, О. В. Обертинська, І. Г. Костенко // Рацион. фармакогер. – 2008. – № 3. – С. 1–4.
45. Glass R. I. Rotavirus vaccines / R. I. Glass, J. S. Bresee, R. Turcios, T. K. Fischer, U. D. Parashar, A. D. Steele // *J. Infect. Dis.* – 2005. – Vol. 192 (Suppl. 1). – 160–6.
46. Минков И. П. Клиника, диагностика и лечение ротавирусной инфекции у детей / И. П. Минков, А. М. Михайлова, Г. А. Борисова // Перинатология та педіатрія. – 2001. – № 4. – С. 29–33.
47. Тимченко В. Н. Инфекционные болезни у детей. – М. : Спец. литература, 2006. – С. 364–367.
48. Харченко Ю. Л. Клініко-епідеміологічні особливості ротавірусної інфекції у дітей в Одеському регіоні. Досвід застосування препарату «Ентерожерміна» у комплексному лікуванні / Ю. Л. Харченко, І. В. Юрченко, С. В. Кашицев, Хамо Ібрагім, Н. П. Ісакова // Современная педиатрия. – 2010. – №4 (32). – С.152 –155.
49. Shiihara T. Rotavirus associated acute encephalitis/encephalopathy and concurrent cerebellitis: report of two cases / T. Shiihara, M. Watanabe, A. Honma // *Brain Dev.* – 2007. – Vol. 29. – P. 670 –673.
50. Rotavirus Meningoencephalitis in a Previously Healthy Child and a Review of the Literature / M. Dickey, L. Jamison, L. Michaud, M. Care, D. Bernstein, M. Staat // *Pediatr. Infect. Dis. J.* – 2009. – Vol. 28 (4). – P. 318–321.
51. Furuya Y. Detection of the rotavirus A genome from the cerebrospinal fluid of a gastroenteritis patient: a case report / Y. Furuya, T. Katayama, K. Miyahara, A. Kobayashit, T. Funabiki // *Jpn. J. Infect. Dis.* 2007. – Vol. 60. – P. 148–149.
52. Вирусные диареи у детей и взрослых / под ред. В. П. Малого. – СПб., 2011. – 104 с.
53. Клейн Дж. Д. Секреты лечения детских инфекций/ Дж. Д. Клейн, Т. Е. Заутис; пер. с англ. – М. : Издательство БИНОМ, 2007. – 416 с.
54. Identification of viral agents causing diarrhea among children in the Eastern Center of Tunisia / I. Fodha, A. Chouikha, I. Peenze, M. De Beer, J. Dewar, A. Geyer, F. Messaadi, A. Trabelsi, N. Boujaafar, M. B. Taylor, D. Steele // *J. Med. Virol.* – 2006. – Vol. 7. – P. 1198 –1203.
55. Малов В. А. Вирусные гастроэнтериты / В. А. Малов, А. Н. Горобченко, Е. А. Городнова // Лечащий врач. – 2002. – № 11. – С. 54 –58.
56. Шунько Є. Є. Ротавіруси групи А та аденовіруси у новонароджених з перинатальною патологією: клініко – вірусологічне спостереження / Є. Є. Шунько, І. В. Дзюблик, Л. В. Омельченко, С. О. Соловійов // Современная педиатрия. – 2011. – № 2. – С. 89–95.
57. Шулежко В. С. Криптоспориоз: диагностика и интерпретация результатов исследования / В. С. Шулежко, В. Г. Снисаренко // Новости медицины и фармации. – 2011. – № 17. – С. 22 –23.

Надійшла до редакції 26 червня 2012 р.