

ДЕТСКИЕ ИНФЕКЦИИ j

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Р.М. Кадырова, З.К. Джолбунова, М.К. Мамбетова.

Кафедра детских инфекционных болезней,
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева.
Республиканская клиническая инфекционная больница
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Проведен анализ историй болезни 35 детей, больных внутрибольничными острыми кишечными инфекциями (ОКИ). Выявлены клинико-эпидемиологические особенности течения болезни у детей раннего возраста.

Ключевые слова: дети, внутрибольничная инфекция, диарея, сальмонеллез, исход.

ЫМЫРКАЙ БАЛДАРДЫН БЕЙТАПКАНАДА КЕЗДЕШКЕН ЖУГУШТУУ ООРУЛАРДЫН е з г о ч е л у к т е р у

Р.М. Кадырова, З.К. Джолбунова, М.К. Мамбетова

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Балдардын жугуштуу оорулар кафедрасы,
Республикалык клиникалык жугуштуу оорулардын бейтапканасы,
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Бейтапканадагы жугуштуу иче карын оорулары менен ооруган 35 оорулу балдардын баяндамасы изилденген. Оорулардын клинико-эпидемиологиялык өзгөчөлүктөрү ымыркай балдарда аныкталган.

Негизги сөздөр: балдар, бейтапканадагы жугуштуу оору, ич эткек, сальмонеллез, оорунун бутушу.

PECULIARITIES OF HOSPITAL INFECTION AT CHILDREN OF EARLY AGE.

R.M. Kadyrova, Z.K. Djolbunova, M.K. Mambetova.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy,
Chair of Child Infectious Diseases, Republic clinical infection hospital,
Biskek, Kyrgyz Republic.

Summary: It has been done 35 medical test on clinical history among children with hospital infection. Epidemiological peculiarities of hospital infection have been revealed among children at an early age.

Keywords: Children, nosocomial intestine infectious, diarrhea, salmonellosis.

Введение. Внутрибольничные инфекции продолжают оставаться актуальной проблемой здравоохранения во всем мире [1, 6,7]. Так, в США, по оценкам Центра контроля и профилактики заболеваний, около 1,7 миллиона случаев внутрибольничных инфекций, вызванных всеми типами микроорганизмов, приводят или сопутствуют 99 000 смертям ежегодно. В Европе, по результатам проведенных госпитальных исследований, смертность от внутрибольничных инфекций составляет 25 000 случаев в год, из них две трети вызваны грамотрицательными микроорганизмами. В России регистрируется только около 30 тысячи случаев внутрибольничной инфекции ежегодно, что свидетельствует о недостаточно статистическом анализе этих инфекций [2,5].

Актуальность внутрибольничных инфекций также обусловлена не только высокой частотой инфицирования, но и несвоевре-

менностью обследования в период ухудшения состояния больных, что затрудняет диагностику и лечение. [3].

Внутрибольничные инфекции развиваются не ранее, чем через 48 часов после госпитализации, увеличивают длительность пребывания детей в стационарах, повышают риск развития осложнений и летальных исходов болезни [3,4,7]. Поэтому изучение вопросов своевременного диагностирования, клинико-эпидемиологических особенностей внутрибольничных инфекций у детей раннего возраста, тщательного выявления возбудителя заболевания, изучение его свойств, факторов патогенности и чувствительности к антибиотикам могут способствовать снижению развития осложнений и уменьшению летальных исходов.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинико-эпидемиологических

ДЕТСКИЕ ИНФЕКЦИИ

особенностей внутрибольничной инфекции у детей раннего возраста.

Материалы и методы исследования

Нами проведен ретроспективный анализ 35 историй болезни детей раннего возраста с внутрибольничной инфекцией, получавших стационарное лечение в Республиканской клинической инфекционной больнице (РКИБ) в летне-осенний период 2013 года.

Для постановки диагноза были использованы эпидемиологические, общеклинические, бактериологические методы исследования, а также статистическая обработка полученных результатов.

Результаты и их обсуждение

Возрастная структура детей с внутрибольничной инфекцией была представлена следующим образом: от 0 - 3 мес. 1 (2,9%) ребенок, 4 - 6 мес. 4 (11,4%) ребенка, 7 - 9 мес. 4 (11,4%), 10 - 12 мес. 7 (20,0%) больных и старше 1 года 19 (54,3%) детей.

Как показано на рисунке 1, внутрибольничная инфекция встречается с одинаковой частотой, как у детей первого года жизни, так и старше 1 года.

Среди заболевших детей преобладали жители села 22 (62,8%), тогда как жители города Бишкека составили 13 (37,2%). Соотношение мальчиков и девочек (51,4% - 48,6%) было практически одинаковым.

По тяжести состояния 28 (80,0%) больных поступили в РКИБ без направления врачей, из них 8 (22,0%) детей поступили повторно через 3-4 дня после выписки из стационара. Скорой медицинской помощью были доставлены 3 (8,6%) ребенка с признаками умеренного обезвоживания, поликлиниками города (ЦСМ)

направлены 4 (11,4%) больных с диагнозом острый гастроэнтероколит.

Основными жалобами при поступлении были: повышение температуры тела, рвота, частый жидкий стул со слизью.

Отягощенный преморбидный фон выявлен у 20,0% детей и был представлен анемией, гидроцефалией, внутричерепной гипертензией.

Анализ данных историй болезней позволил выявить ухудшение состояния больных детей на 3-4 день пребывания в стационаре или повторно поступающие из дома, что свидетельствовало о наслоении внутрибольничной инфекции.

У всех этих детей отмечалось повторное повышение температуры тела: до 38,5°C у 20 (57,1%) детей, выше 38,5°C у 15 (41,9%) детей. Длительность лихорадочного периода составила 2,0 ± 0,8 дней. Повторная рвота на 3-4 день пребывания в стационаре наблюдалась у 29 (82,8%) больных.

У всех больных было отмечено одновременно с ухудшением общего состояния также учащение стула, характер которого в основном был энтероколитный с большим количеством слизи и зелени. Частота стула составляла: до 5 раз в сутки у 12 (34,4%) больных, до 10 раз у 19 (54,2%) и больше 10 раз у 4 (11,4%) детей с внутрибольничной инфекцией.

Симптомы интоксикации имели место у всех больных. Выраженность интоксикации зависела от степени тяжести заболевания, чем тяжелее (88,6%) протекало заболевание, тем дольше сохранялась интоксикация (2-6 дней).

Анализ периферической крови больных позволил выявить воспалительный характер изменений: лейкоцитоз, нейтрофилез,

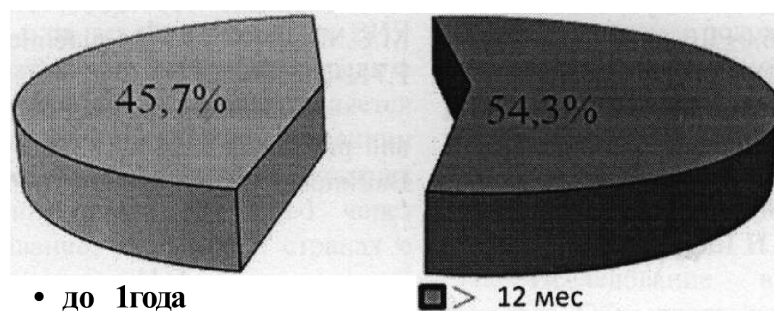


Рис. 1. Возрастная структура детей с внутрибольничной инфекцией.

ДЕТСКИЕ ИНФЕКЦИИ

повышение СОЭ лишь у 11,4% детей с внутрибольничной инфекцией. Отсутствие подобных изменений в периферической крови у детей с внутрибольничной инфекцией (88,6%) вероятно связано с применением антибиотиков, а также наслоением вирусной инфекции.

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

Положительные результаты бактериологического исследования отмечены лишь в 17,2% случаев и были представлены: 11,4% - *Shigella Flexneri* и 5,8% - *Salmonella typhimurium*, хотя у остальных детей была типичная картина энтероколитной формы сальмонеллеза. Низкий уровень этиологического подтверждения внутрибольничного сальмонеллеза объясняется повторным курсом антибиотиков и отсутствием контроля за повторным бактериологическим обследованием фекалий в период ухудшения состояния ребенка.

Терапия у всех больных включала антибактериальное, патогенетическое и симптоматическое лечение. В основном лечение начинали антибиотиками цефалоспоринового ряда. Так, монотерапия в 43,0% случаев проводилась цефалоспоринами III поколения (цефтриаксон, цефатаксим), а в 28,2% случаев антибиотиками фторхинолонового ряда (ципрофлоксацин). Последовательную антибактериальную терапию получили 23,0% больных (цефтриаксон—»ладеф, цефтриаксон—»ципрокс) и комбинированную (ладеф+меркацин) лишь 5,8% детей с внутрибольничной инфекцией. Длительность антибактериальной терапии в среднем составила $8,0 \pm 2,0$ дней.

Из-за тяжести состояния, наличия симптомов интоксикации инфузионную терапию получили все дети с внутрибольничной инфекцией в течение $6,0 \pm 1,0$ дней. Все дети с внутрибольничной инфекцией были выписаны из стационара с улучшением.

ВЫВОДЫ:

1. Внутрибольничная острая кишечная инфекция развивается на 3-4 день пребывания в стационаре с одинаковой частотой у детей первого года жизни и старше 1 года

2. При наслоении внутрибольничной инфекции отмечается повторное повышение температуры тела, нарастание симптомов интоксикации и развитие энтероколитного синдрома.

3. Внутрибольничная инфекция в основном протекает в тяжелой форме (88,6%), что требует повторной госпитализации и своевременной коррекции лечения.

Литература:

1. Зуева Л.П. Обоснование стратегии борьбы с госпитальными инфекциями и пути ее реализации // Эпидемиология и инфекционные болезни. 2000. № 6. С. 10-142.

2. http://www.medicinform.net/immun/immun_spec1.htm Определение ВОЗ

3. Антоненко А.Н. Лактазная недостаточность у детей раннего возраста, больных острыми кишечными инфекциями, основные методы её коррекции: Автореф. Дис. канд. мед. наук. / А.Н. Антоненко. — Москва.- 2006.-21с.

4. Горелов А.В., Милютин И.Н., Усенко Д.В. Клинические рекомендации по диагностике и лечению ОКИ у детей. М. 2005г. -106с.

5. Шеянов Ф.Ф. Пути совершенствования метода пероральной регидратации при ОКИ у детей / Г.Г. Шеянов // // Актуальные вопросы инфекционной патологии у детей: Материалы третьего конгресса педиатров инфекционистов России: М.-2004.С.265.

6. Arista S. High incidence of G9P181 rotavirus infections in Italian children during the winter season 1999-2000. / S.Arista, E.Vizzi, M.C.Migliore // Eur J Epidemiol. 2003. - Iss. 18. - P.711-714.

7. Pediatric infectious diseases: principles and practice. Second ed. / ed. by B. Jenson., R. S. Baltimor.- Philadelphia, 2009.- P. 771-778.