

## ДЕТСКИЕ ИНФЕКЦИИ

### ШИГЕЛЛЕЗ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ 3-Х ЛЕТ ЖИЗНИ

Надирбекова Р.А., Кадырова Р.М., Халупко Е.А.

Кафедра детских инфекционных болезней

Кыргызская государственная медицинская академия им.И.К.Ахунбаева  
Детский инфекционный стационар при Ошской городской клинической больнице  
Бишкек, Ош, Кыргызская Республика

Резюме: описаны клинические особенности течения шигеллеза у детей первых трех лет жизни.

Ключевые слова: шигеллез, клиника диагностика лечение, дети.

### УЧ ЖАШКА ЧЕЙИНКИ БАЛДАРДЫН ШИГЕЛЛЕЗ ООРУСУ

Надирбекова Р.А., Кадырова Р.М., Халупко Е.А.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,

Балдардын жугуштуу оорулар кафедрасы

Ош шаардык клиникалык ооруканасындагы балдардын жугуштуу оорулар бейтапканасы  
Бишкек, Ош, Кыргыз Республикасы

Коротунду: Уч жашка чейинки балдардын шигеллез оорусунун клиникалык өзгөчүлүктөрү аныкталган.

Негизги сөздөр: шигеллез, клиникалык өзгөчүлүктөр, аныктоо, дарылоо, балдар.

### SHIGELLOSIS IN CHILDREN OF FIRST THREE YEARS

Nadirbekova R.A., Kadyrova R.M., Hulupko E.A.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy,

Chair of Child Infectious Diseases

Osh child clinical infection hospital,

Bishkek, Osh, Kyrgyz Republic

Summary: Described clinical peculiarity of shigellosis in children of first three years.

Key words: shigellosis, clinical peculiarity, diagnostic, treatment, children.

Среди инфекционных заболеваний детского возраста наиболее распространенными после острых респираторных заболеваний являются острые кишечные инфекции (ОКИ). В последнее время отмечается подъем заболеваемости ОКИ, в том числе шигеллезом среди детей [1,3]. Это связано с тем, что, несмотря на определенные успехи в борьбе с этой инфекцией, заболеваемость шигеллезами как спорадическая, так и в виде вспышки регистрируется ежегодно, а ухудшение социально-экономических условий в стране значительно повышает риск заболеваний шигеллезами среди детей. Имеющиеся в литературе многочисленные данные показывают, что дети заболевают дизентерией значительно чаще, чем взрослые [3].

Проблема дизентерии продолжает оставаться одной из наиболее актуальных в инфекционной патологии, несмотря на большое число исследований, посвященных изучению заболеваемости на разных территориях, причин повышения заболеваемости в определенные периоды года, возможных факторов, влияющих на цикличность и сезонность эпидемиологического

процесса, действие климатических факторов, состояние иммунологической структуры населения. Повышенный интерес к проблеме дизентерии связан в настоящее время, кроме того, с изменением клинического течения ее в сторону повышения удельного веса не только легких, стертых, но и тяжелых форм [2,4].

Так, по данным первого отделения городской детской инфекционной больницы г. Ош, показатель заболеваемости ОКИ за 2012 год (уточненной и неуточненной этиологии), включающий также дизентерию составил 2396 детей, что на 8,9% выше, чем в 2011 г. Увеличение числа госпитализированных детей объясняется ранним возрастом и ростом заболеваемости дизентерией в 2 раза, в том числе регистрацией диагноза клинической дизентерии с типичной клиникой, но без лабораторного подтверждения почти в 20 раз. Проблема заболеваемости шигеллезом постоянно находится в сфере внимания инфекционистов, эпидемиологов и специалистов другого профиля [3].

#### Материал и методы исследования

Под нашим наблюдением находилось 20

## ДЕТСКИЕ ИНФЕКЦИИ

детей первых трех лет жизни, находившихся на стационарном лечении в г. Ош осенью 2013 года с шигеллезом. Анализировали течение дизентерии у детей первых трех лет жизни, с учетом фоновых заболеваний.

Для постановки диагноза были использованы эпидемиологические, общеклинические, бактериологические методы исследования, ПЦР диагностика.

### Результаты и их обсуждения

Возрастная структура детей, больных дизентерией колебалась от 5,5 месяцев до 3-х лет жизни, соотношение мальчиков и девочек было одинаковым.

У большинства (65,0%) больных дизентерией детей выявлен отягощенный преморбидный фон и был представлен гипоксически-ишемической энцефалопатией, резидуальной энцефалопатией, гипертоническим синдромом, анемией, нарушением питания. Из фоновых заболеваний преобладают анемии и нарушение питания.

Детальный анализ течения дизентерии у детей в разном возрастном аспекте показал, что у детей первого года жизни заболевание начиналось, не только остро, но и постепенно. У этих детей преобладал энтероколитный синдром, редко наблюдался колитный синдром и примесь крови в кале.

У детей старшего возраста преобладала дизентерия, вызванная шигеллой Флекснера, реже Зонне. Синдром интоксикации у детей старшего возраста, в частности повышение температуры тела было кратковременным - 1-2 дня, дисфункция кишечника проявлялась колитным синдромом и сохранялась 3-7 дней. Необходимо отметить, что первые три дня отмечали гемоколит. Дизентерия Флекснера протекала длительнее, с выраженным синдромом гемоколита и тяжелой интоксикацией.

Симптомы интоксикации проявлялись: повышением температуры тела до 38,5°C у большинства (95,0%) детей, в течение 5,0 ± 1,2 дней, рвотой (39,1%). Характерный энтероколитный и колитный синдромы проявлялись тенезмами (86,4%), спазмированной и болезненной при пальпации сигмовидной кишкой (70,2%), учащенным жидким стулом, частота которого у каждого второго ребенка колебалась от 10 до 15 раз в сутки, и сопровождался гемоколитом, примесь крови была в основном в виде прожилок. Стул терял

каловый характер только у больных с тяжелой формой дизентерии (25,0%). У остальных детей (75,0%) дизентерия протекала в среднетяжелой форме. Следует отметить, что тяжелые формы дизентерии были вызваны исключительно шигеллой Флекснера.

При анализе результатов исследования периферической крови в остром периоде заболевания выявлена умеренно выраженная анемия (у 5 больных), сдвиг лейкоцитарной формулы влево - у 7 больных, ускорение СОЭ - у 8 детей.

Лабораторное подтверждение дизентерии у большинства (85,0%) наблюдаемых больных позволило получить посредством бактериологического исследования, реже диагноз установлен с применением метода ПЦР-диагностики.

Лечение больных детей было комплексным, включающее полноценное питание, режим, антибиотики. Большинство больных шигеллезом (80,0%) получили антибактериальную монотерапию, лишь 20,0% детей получили комбинированную антибактериальную терапию. Чаще всего применяли цiproфлоксацин и цефтриаксон в виде монотерапии. Широкий спектр антибиотиков (цефтриаксон + цiproфлоксацин, эмигил + цiproфлоксацин, ампициллин + гентамицин, цефтриаксон + ципринол) применяли при комбинированной антибактериальной терапии. Длительность антибактериальной терапии составила 5-7 дней.

Анализ этиотропной терапии позволил выявить нерациональное применение и выбор антибиотиков, таких как, цефазолин, эмигил, гентамицин.

При выписке из стационара рекомендовали пробиотики, ферменты, наблюдение врача по месту жительства, так как дети были выписаны из стационара по мере улучшения состояния.

### Выводы.

1. У детей раннего возраста этиологическим фактором шигеллеза чаще была *S. Flexneri* (85,0%), реже *S. Sonnei*.

2. Участились случаи домашней дизентерии среди детей первого года жизни.

3. Тяжесть заболевания зависит от вида возбудителя дизентерии, а также отягощенного преморбидного фона.

4. Несмотря на ранний возраст детей преобладали среднетяжелые формы болезни (75,0%).

и

## ДЕТСКИЕ ИНФЕКЦИИ

### Литература.

1. Методические рекомендации по ОКИ у  
дл я е й раннего <sup>®</sup> и ш к е у ч ' й и н В.Ф.,  
? Новокшенов А.А., J.v,ar  
Соколова Н.В. **Этиопатогенетическая**. терапия  
острых кишечных инфекции У Д е <sup>™</sup> н  
современном этапе // Лечащие врач. - 2010 JLU  
-С. 7-13.

3. Нисевич Н.И., Учайкин В.Ф.  
Инфекционные болезни у детей П М, 1985, С.

<sup>221</sup>"<sup>243</sup>усенко Д.В., Горелов А.В. Современные

# SSSSSSSX

- С. 75-80.