

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Баялиева М.М., Халупко Е.А., Баймуратов Б.Ж.,
Карамурзаева Г.А., Кадырова Р.М.

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

Резюме: Проведен анализ 59 медицинских карт детей раннего возраста с внутрибольничной инфекцией, находившихся на стационарном лечении. Предоставлены клинические особенности и проблема диагностики внутрибольничных инфекций у детей раннего возраста.

Ключевые слова: дети, внутрибольничная инфекция, диагностика.

ЫМЫРКАЙ БАЛДАРДЫН БЕЙТАПКАНАДА КЕЗДЕШКЕН ЖУГУШТУУ ООРУЛАРДЫН КЛИНИКАСЫ ЖАНА АНЫКТООСУ

Баялиева М.М., Халупко Е.А., Баймуратов Б.Ж.,
Карамурзаева Г.А., Кадырова Р.М.

И.К. Ахунбаев атындагы кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Республиканын жугуштуу оорулар бейтапканасы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Бейтапканада жаткан жугуштуу оорулар менен ооруган 59 ымыркай балдардын бейтап баяны изилденген. Оорулардын клиникалык өзгөчөлүктөрү жана аныктоосу көрсөтүлгөн.

Негизги сөздөр: балдар, бейтапканадагы жугуштуу оору, аныктоо.

CLINIC AND DIAGNOSTICS OF AN INTRAHOSPITAL INFECTION OF AN EARLY AGE CHILDREN

Bayaliev M.M., Halupko E.A., Baymuratov B.J.,
Karamurzaeva G.A., Kadyrova R.M.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Republic clinical infection hospital
Biskek, Kyrgyz Republic

Resume: The analyses of case histories of 59 infants with nosocomial infection were carried out. The problem of diagnosis of nosocomial infections in at early age children is given in this article.

Key words: children, nosocomial infection, diagnosis.

Введение. В последние годы проблема внутрибольничных инфекций (ВБИ) приобрела большое значение для всех стран мира. В Германии ежегодно регистрируется 500-700 тыс. больных детей с внутрибольничной инфекцией, а в России около 30 тыс. ВБИ значительно удлиняют срок пребывания больных в стационарах, а наносимый ими экономический ущерб ежегодно составляет от 5 до 10 млрд. долларов в США, в Германии - около 500 млн. евро [1,3]. В нашей стране достоверных статистических данных нет.

Эпидемическому распространению ВБИ способствует формирование и широкое распространение полирезистентных штаммов микроорганизмов к антибиотикам, используемых при лечении ОКИ [2,5,6].

Актуальность внутрибольничных инфекций обусловлена также не только высокой частотой инфицирования, развитием тяжелых форм болезни, но и несвоевременностью обследования в период ухудшения состояния больных, что затрудняет своевременную диагностику и лечение [4,7]. Высокая распространенность внутрибольничных инфекций, наличие тяжелых форм и неблагоприятных исходов болезни определили необходимость изучения клинико-эпидемиологических особенностей и вопросов диагностирования ВБИ у детей раннего возраста, что позволит своевременно назначить этиотропную и патогенетическую терапию, с учетом особенностей возбудителя.

Целью настоящей работы явилось

изучение особенностей клиники и диагностики внутрибольничной инфекции у детей раннего возраста.

Материалы и методы исследования

Нами проведено обследование 59 детей раннего возраста с внутрибольничной инфекцией, получавших стационарное лечение на базе Республиканской клинической инфекционной больницы (РКИБ) в период с декабря 2013 по январь 2014 годов.

В диагностике были использованы эпидемиологические, общеклинические, бактериологические методы исследования. Статистическая обработка данных проведена с помощью программы SPSS.

Результаты и их обсуждение

Возрастная структура детей с внутрибольничной инфекцией была представлена преимущественно больными первого года жизни (Рис.1).

Среди детей первого года жизни преобладали дети первых 6 месяцев жизни (Рис.2).

Большинство детей с внутрибольничной инфекцией были жителями города Бишкека 45 (76,3%) и только 13 (22,0%) больных были жителями села. Соотношение мальчиков и девочек (52,5% - 47,5%) было практически одинаковым.

Каждый второй ребенок с внутрибольничной инфекцией поступал в РКИБ без направления врачей по тяжести состояния. Скорой медицинской помощью были доставлены 14 (23,7%) детей с признаками умеренного обезвоживания и токсикоза, врачами ЦСМ были направлены 10 (16,9%) больных с диагнозом острый гастроэнтероколит. Сразу в отделение реанимации и интенсивной терапии (РИТ) поступило 9 (15,3%) больных с внутрибольничной инфекцией и 5 (8,5%) детей, поступивших в профильные кишечные отделения, в последующем были переведены в РИТ из-за тяжести состояния.

Анализ данных эпидемиологического анамнеза показал, что из общего количества больных с ВБИ 7 (11,9%) детей до поступления в

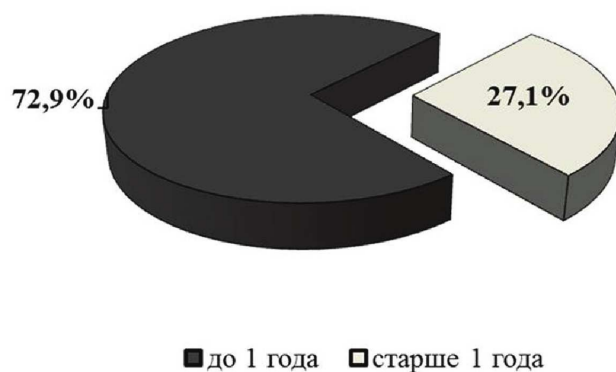


Рис.1. Возрастная структура детей раннего возраста с внутрибольничной инфекцией

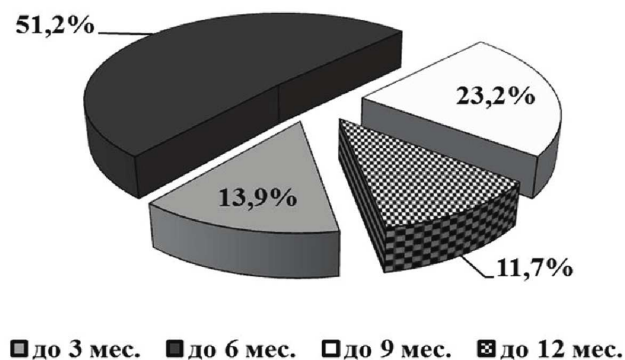


Рис.2. Возрастная структура детей первого года жизни с внутрибольничной инфекцией

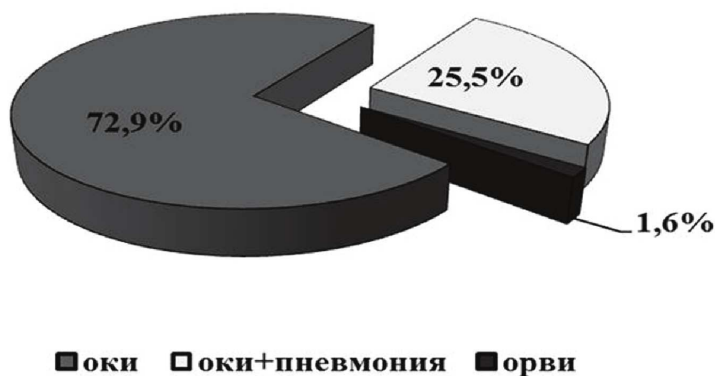


Рис.3. Нозологические формы внутрибольничной инфекции

РКИБ получали лечение в детских соматических стационарах, 14 (23,7%) детей поступили повторно на 3-4 день после выписки из инфекционной больницы, у остальных детей отмечалось ухудшение состояния на 3-4-й день пребывания в стационаре.

Следует отметить, что 28 (47,5%) детей до поступления в РКИБ уже получали амбулаторно антибактериальную терапию, представленную в основном ампициллином у 13 (22,0%) больных и цефотаксимом у 7 (11,9%) детей в течение 2-3-х дней. Реже использовали ципрофлоксацин, рифампицин, фуразолидон, гентамицин.

В структуре внутрибольничной инфекции преобладали острые кишечные инфекции (Рис.3).

Преморбидный фон был отягощенным у каждого второго (57,9%) ребенка с ВБИ и был представлен в основном анемией (25,4%) и гипоксически-ишемической энцефалопатией (20,3%), реже отмечались рахит, внутриутробные инфекции, нарушение питания.

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

Симптомы интоксикации в различной степени выраженности отмечались у всех наблюдаемых больных внутрибольничной инфекцией. Так, повышение температуры тела до 38,5°C выявлено у 30 (50,8%) детей, выше 38,5°C у 29 (49,2%) больных. Длительность лихорадочного периода составила 2,0 ±0,5 дней. У большинства (59,3%) детей с внутрибольничной инфекцией наблюдалась повторная рвота. При пальпации живота у всех больных внутрибольничной инфекцией

отмечалась болезненность по ходу тонкого и толстого кишечника, что свидетельствовало о проявлении энтероколита.

Следует отметить, что у 7 (11,9%) детей были выявлены тенезмы (ложные позывы к акту дефекации), а также наличие слизи, зелени, прожилок крови в стуле, характерных для инвазивного поражения толстого кишечника. Частота стула составляла преимущественно до 10 раз в сутки – у 35 (59,3%) детей, реже до 5 - у 16 (27,1%) и более 10 раз в сутки - у 8 (13,6%) больных. Заболевание протекало в основном (91,5%) в тяжелой форме.

Осложнения были выявлены у 33 (55,9%) детей с внутрибольничной инфекцией. Среди осложнений внутрибольничной инфекции преобладала пневмония с дыхательной недостаточностью (у каждого второго ребенка), реже обезвоживание и ДВС синдром. У детей с тяжелой формой ВБИ у 20 (33,9%) детей в течение 2-3-х дней отмечалось снижение диуреза, у 2 (3,4%) больных безбелковые отеки.

Несмотря на преобладание тяжелых форм заболевания, особых изменений в анализе периферической крови у большинства (93,3%) детей не было, что вероятно связано с применением антибиотиков, а также наслоением вирусной инфекции.

Анализ результатов копрологического исследования показал преобладание показателей, характерных для энтероколитного синдрома (слизь, лейкоциты, эритроциты).

Всем детям с внутрибольничной инфекцией проводилось бактериологическое исследование кала, положительные результаты которого отмечены только в 16,9% случаев и были представлены: 6,8% - Salmonella

typhimurium, proteus – 5,1%, enterobacter – 4,4%. Отрицательные результаты бактериологического исследования, возможно, связаны с тем, что забор кала в приемном отделении производился из слизистой прямой кишки с помощью ректальных ватных тампонов при отсутствии стула на момент осмотра, тогда как забор испражнений лучше всего производить сразу после дефекации, до начала антибактериального лечения.

Лечение детей больных ВБИ было комплексным, которое включало диету, антибактериальную, патогенетическую и симптоматическую терапию. Антибактериальную монотерапию начинали сразу до получения результатов бактериологического исследования, которая была представлена цефалоспоридами III поколения - получили 25 (42,3%) больных. Последовательную антибактериальную терапию получили 26 (44,1%) детей (цефтриаксон→ладеф, цефтриаксон→ципрокс, эфипим→ципрокс) и комбинированную 8 (11,6%) детей (цефотаксим+амикацин, эфипим+амикацин, цебанекс+ципрокс). Длительность антибактериальной терапии в среднем составила $7,0 \pm 2,0$ дней.

По тяжести состояния инфузионную терапию получили все дети с ВБИ в течение $4,6 \pm 1,0$ дней, 35,6% больным применяли в лечении глюкокортикостероиды в течение 1-2-х дней. Большинство (89,8%) детей были выписаны из стационара с улучшением, а 10,2% с выздоровлением.

Выводы:

1. Острые кишечные инфекции занимают большой удельный вес (98,4%) в структуре внутрибольничных инфекций.

2. Внутрибольничные инфекции чаще

развиваются на 3-4 день пребывания в стационаре у детей до 1 года (72,9%), среди которых преобладают дети первых 6 месяцев (65,1%) жизни.

3. Внутрибольничная инфекция протекает преимущественно в тяжелой форме (91,5%). У каждого второго ребенка с внутрибольничной инфекцией отмечаются осложнения, среди которых преобладает пневмония с ДН.

4. Внедрение современных методов диагностики внутрибольничных инфекций, правильный забор и доставка материала для лабораторных исследований позволит своевременно диагностировать ВБИ и осуществить профилактические мероприятия.

Литература:

1. *Внутрибольничные инфекции. Под ред. Ричарда П. Венцеля: Медицина, 2004 – 840 с.*
2. *Осипова В.Л., Загретдинова З.М., Игнатова О.А. и др. Внутрибольничная инфекция. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 256 с.*
3. *Онищенко Г.Г. О состоянии заболеваемости внутрибольничными инфекционными болезнями // Стерилизация и внутрибольничные инфекции. — 2006.- № 1. — С. 5-7.*
4. *Профилактика внутрибольничного инфицирования медицинских работников. Практическое руководство. 2006, - 150 с.*
5. *Стасенко В.Л. Научные, методические и организационные основы профилактики внутрибольничных инфекций в стационарах для новорожденных детей (второй этап выхаживания) // Автореф. дис д.м.н. Омск, 2005.-С. 34.*
6. *Pediatric infectious diseases: principles and practice. Second ed. by B. Jenson., R. S. Baltimor.- Philadelphia, 2009.- P. 771-778.*
7. *Risk factors for infection following cesarean deliveries / N. Schneid-Kofman et al // Int/ J/ Gynaecol. Obstet. 2005. - Vol. 90. - № 1. - P. 10-15.*