

**ОСТРЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ**

**Жолдубаева М.Ж., Карамурзаева Г.А., Баялиева М.М.,  
Мамбетова А.И., Аманкулова Д.С.**

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

**Резюме.** Было проанализировано 41 история болезни детей первых шести месяцев жизни с клиническим диагнозом острая кишечная инфекция (ОКИ), находившихся на стационарном лечении в РКИБ в 2015 году. Частота ОКИ взаимосвязана с введением прикорма с 4-х месячного возраста, критерием тяжести болезни чаще была интоксикация, обусловленная наличием инвазивного процесса. Поэтому преобладали синдромы гастроэнтероколита и энтероколита, этиологию которых не удалось уточнить в большинстве случаев.  
**Ключевые слова:** острые кишечные инфекции, клиника, диагностика, лечение.

**БИРИНЧИ ЖАРЫМ ЖЫЛДАГЫ БАЛДАРДЫН КУРЧ МҮНӨЗДӨ ӨТҮЧҮҮ  
ИЧ ӨТКӨК ООРУСУ**

**Жолдубаева М.Ж., Карамурзаева Г.А., Баялиева М.М.,  
Мамбетова А.И., Аманкулова Д.С.**

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

**Корутунду.** 2015-жылы Республикалык клиникалык жугуштуу оорулар бейтапканасында ич өткөк оорусунан даарыланган 6 айга чейинки 41 баланын бейтап баяны изилденди. Ич өткөк ооруларынын көп болуусу балдарга 4 айынан баштап кошумча тамак берилип баштаганына көз каранды. Ууландыруу белгилери оорунун оордугун аныктоодо эң негизгиси болду, бул бактериянын ичегинин чел кабыгына кирүүсүнө байланыштуу. Ошондуктан гастроэнтероколит жана энтероколит синдромдору көбүрөөк кездешип, себебин аныктоого көбүнчө мүмкүнчүлүк болбоду.

**Негизги сөздөр:** курч мүнөздө өтүүчү ич өткөк оорусу, оорунун оорчусу, даргты аныктоо даарылоо.

**ACUTE INTESTINAL INFECTIONS IN INFANTS  
Zholdubaeva M.J., Karamurzaeva G.A., Bayaliev M.M.,  
Mambetova A.A., Amankulova D.S.**

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy  
Republican clinical infectious hospital  
Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume.** The analysis of case histories of 41 infants with acute intestinal infections which hospitalized on 2015 to Republican clinical infectious disease hospital. Frequency linked with the introduction of complementary foods from 4 months, the criterion of the severity of the disease was more likely to intoxication due to the presence of the invasive process. Therefore dominated syndromes gastroenterocolites and enterocolitis, which the etiology could not be clarified in most cases.

**Key words:** acute intestinal infections, clinical manifestation, diagnosis, treatment.

**Введение.**

Заболеваемость острыми кишечными инфекциями в мире достаточно высока. Ежегодно на планете заболевают более 500 млн. человек. Острые кишечные инфекции занимают второе место после острых респираторных вирусных инфекций, при этом 60-70% заболевших составляют дети.

По данным ВОЗ, ежегодно в мире умирают от ОКИ и их осложнений более 5 млн детей. Наиболее высокая заболеваемость регистрируется у детей раннего возраста, так, 2,5 случая заболевания в год приходится на 1 ребенка в возрасте до 3 лет [1,2]. В Кыргызстане около 50,0% ежегодных летальных исходов среди детей в возрасте до 1 года обусловлены диарейными заболеваниями и острыми респираторными инфекциями (ОРИ) [3,4].

С другой стороны отмечается частота недооценки состояния детей раннего возраста с ОКИ, вследствие чего развивается тяжелое обезвоживание (экзикоз) и инфекционный токсикоз, которые являются одной из причин летального исхода болезни [5,6].

**Цель исследования** – представить основные особенности течения острых кишечных инфекций у детей

первого полугодия жизни.

**Материалы и методы.**

В работе проведен анализ историй болезни 41 ребенка с ОКИ в возрасте первых шести месяцев жизни, находившихся под наблюдением в Республиканской клинической инфекционной больнице (РКИБ) г.Бишкек в 2015 году.

Использовали общеклинические методы диагностики заболевания, результаты объективного исследования, общего анализа крови, бактериологического исследования и микроскопии кала больного ребенка, а также других биохимических исследований крови. Статистическая обработка была проведена с помощью компьютерной программы SPSS.

**Результаты и обсуждение.**

Проведен анализ 41-й истории болезни детей первого полугодия жизни с клиническим диагнозом ОКИ, получавших лечение в профильном отделении РКИБ в 2015 году.

Анализируя возрастную структуру больных (рис.1), было установлено, что среди детей первого полугодия преобладали пациенты в возрасте 4-х и 6-ти месяцев

жизни. Можно предположить, что такая особенность была связана с введением прикорма в этот период и возрастанием риска инфицирования острыми кишечными инфекциями.

Среди наблюдаемых нами детей мальчики составили 58,5%, в то время как девочки – 41,5%. Большинство пациентов (51,2%) были городскими жителями, 39,0% составили жители сельской местности, и 9,8% относились к категории временно проживающих.

Полученные данные при изучении анамнестических данных оказалось, что лишь 19,5% детей с ОКИ были из семей, в которых работали оба родителя, 56,1% составили семьи, где работал только один из родителей и 24,4% - семьи, где родители не работали, что свидетельствует о низком достатке и социальном уровне жизни семей, что могло повлиять на риск присоединения острой кишечной инфекции у детей раннего возраста, и способствовать ее более тяжелому течению.

Контакт с инфекционным больным, по данным эпидемиологического анамнеза выявлен лишь у 19,5% детей, возможный пищевой путь передачи острой кишечной инфекции отмечен в 9,8% случаев.

Анамнез жизни показал наличие 100,0% вакцинации детей раннего возраста по календарю. В 7,3% случаев дети рождались недоношенными, у 39,0% малышей уже была выявлена анемия различной степени

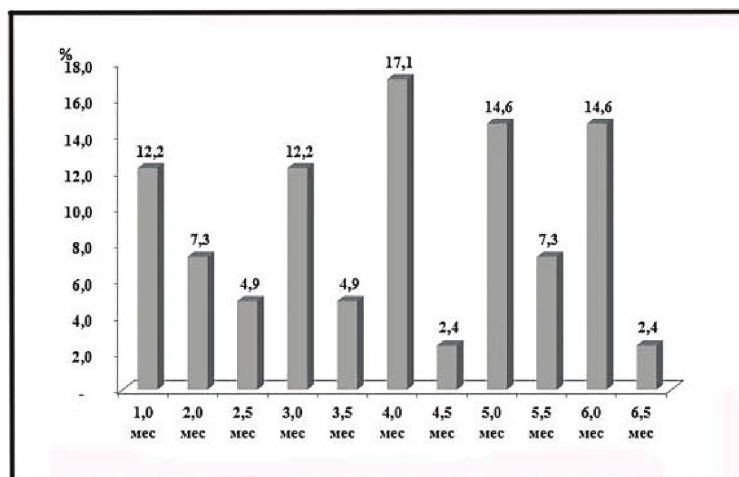
тяжести (нерациональное питание и др. факторы), у 7,3% - определялся избыточный вес, в 51,2% случаев удалось установить положительный аллергологический анамнез (наличие экссудативно-катарального диатеза).

Большинство детей (85,4%) из наблюдаемой нами группы находились на естественном (грудном) вскармливании, в то время, как искусственное вскармливание отмечено лишь у 9,8% больных. Это означает, что грудное вскармливание не уменьшает вероятность инфицирования ОКИ и диктует необходимость соблюдения личной гигиены мам и лиц, ухаживающих за ребенком.

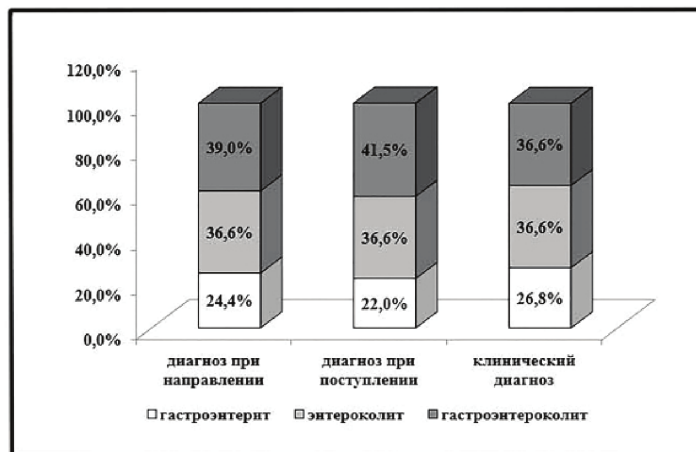
Большинство (73,3%) детей, больных острыми кишечными инфекциями поступало в первые три дня от начала заболевания. В 78,0% случаев больные были направлены врачами ЦСМ, 4,9% были доставлены экстренно машиной скорой помощи, в остальных случаях (17,1%) родители обращались в РКИБ за помощью самостоятельно.

Проведен сравнительный анализ диагнозов, выставленных детям при направлении в стационар, при поступлении и заключительный клинический диагноз (рис.2).

Результаты анализа не выявили достоверных отличий ( $P < 0,05$ ), что может свидетельствовать о достаточно высоком уровне профессиональной подготовки врачей на догоспитальном этапе. У 97,6% детей до 6 месяцев жизни острые кишечные инфекции протекали в тяже-



**Рис.1. Возрастная структура детей с острыми кишечными инфекциями**



**Рис.2. Сопоставление диагнозов при направлении, поступлении в стационар и клинического**

лой форме.

Начало заболевания у всех детей (100,0%) было острое. У 95,1% больных детей отмечалось повышение температуры тела до 39,0°C в первый день болезни, рвота была у 24,4% в течение 1,5±0,3 дней.

У 14,6% больных детей отмечались судороги на фоне высокой температуры тела, при этом у 7,3% пациентов судороги сопровождались нарушением сознания, отеком головного мозга, что свидетельствует о выраженности симптомов интоксикации на фоне течения ОКИ у детей первых шести месяцев жизни. Интоксикация, также, проявлялась выраженным беспокойством у 19,5% детей, снижением аппетита - 4,9% и бледностью кожных покровов - 26,8%.

Частота стула при кишечных инфекциях составила: до 5 раз в сутки – 70,0%, 5-10 раз в сутки – 17,5%, более 10 раз в сутки – 12,5%. В тоже время частота тяжелых форм заболевания в этой группе детей составляла 97,6%, что свидетельствует о преобладании симптомов интоксикации, над диарейным синдромом.

Результаты бактериологического исследования кала были отрицательными, что говорит о низком уровне диагностики этиологического фактора ОКИ, возможно из-за погрешностей забора материала, а также отсутствия количественного метода исследования фекалия на условно-патогенную флору. Посев грудного молока матери в 7,3% случаев выявил стафилококк, что не исключает возможность заражения грудного ребенка при вскармливании алиментарным путем.

Анализируя показатели общего анализа крови, был установлен лейкоцитоз, нейтрофиллез в 82,9% случаях, что подтверждает инвазивный характер воспалительного процесса.

Антибактериальная терапия по тяжести состояния была назначена 95,1% детей с клиникой ОКИ, при этом монотерапия проводилась в 76,9% случаев, 23,1% составили дети, которые получали комбинированную антибактериальную терапию. Спектр проводимой антибактериальной терапии был узким: ампициллин – 2,6%, препараты цефалоспоринового ряда (цефатоксим, цефтриаксон) – 97,4%. Средняя продолжительность курса этиотропной терапии в стационаре составил 3,9±1,1 дней.

Инфузионная терапия проводилась у 97,6% детей

данной возрастной группы, т.е. всем детям с тяжелой формой ОКИ в течение 2,4±0,8 дней. При этом, признаки обезвоживания были выявлены лишь у 2,4%.

Внутрибольничная суперинфекция отмечена у 2,4% детей с ОКИ, поступивших из других стационаров. Среднее пребывание в стационаре детей с острыми кишечными инфекциями составило 6,6±2,0 дней, выписаны с улучшением.

#### **Выводы:**

1. Среди детей раннего возраста преобладали пациенты в возрасте 4-х и 6-ти месяцев жизни, что возможно было обусловлено введением прикорма в этот период и возрастанием риска инфицирования острыми кишечными инфекциями.

2. Грудное вскармливание не уменьшает вероятность инфицирования ОКИ и диктует необходимость соблюдения личной гигиены мам и лиц, ухаживающих за ребенком

3. Низкая этиологическая расшифровка обусловлена нарушением правил забора биоматериала для бактериологического исследования, отсутствием современных методов лабораторной диагностики.

4. ОКИ у детей первых 6-ти месяцев жизни протекала в тяжелой форме (97,6%) и критерием тяжести чаще был инфекционный токсикоз, т.к. преобладал инвазивный характер воспалительного процесса (гастроэнтероколит, энтероколит).

#### **Литература:**

1. Горелов А.В., Милютин Ж.Н., Усенко Д.В. Клинические рекомендации по диагностике лечению ОКИ у детей. // М.2005, 106с.
2. Мазанкова Л.Н., Новокионов А.А. Острые кишечные инфекции у детей, современные подходы к диагностике и лечению // Вестник педиатрической фармакологии, 2005.-Т.2.- №2-С.37-43.
3. Тимченко В.Н. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение детских инфекций // СПб., 2004.-384с.
4. Ющук Н.Д., Бродов Л.Е. Острые кишечные инфекции: диагностика и лечение//М., 2001 – 201с.
5. Иванова В.В. Инфекционные болезни у детей // Учебное пособие. М, 2002.-922с
6. Учайкин В.Ф. Руководство по инфекционным болезням у детей. М.: ГЭОТАР-Медцина, 2001.- С. 46.