



СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ДИАРЕЙ У ДЕТЕЙ

Шаджалилова М.С., Шарарова Г.М., Осипова Е.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

✓ Резюме

Проведен сравнительный анализ особенностей клинического течения острых кишечных инфекций у детей у 260 больных в возрасте до 3 лет, находившихся под нашим наблюдением, в зависимости от возраста детей, этиологии заболевания и типа диеты. Средний возраст детей составил $14,0 \pm 8,34$ года. Сорок пять процентов наших пациентов в нашем последующем наблюдении были 2-летними. Клиническая картина острых кишечных инфекций была подтверждена у детей до 3 лет (в 95% случаев наблюдались органические поражения желудочно-кишечного тракта (гастроэнтерит - 35,3%, гастроэнтероколит - 42,4%, гемоколит - 17%). В клиническом течении преобладали среднетяжелые и тяжелые формы, а в 30% случаев выявлены случаи склонности к рецидивам. В течении острых кишечных инфекций наблюдается полирезистентность возбудителей.

Ключевые слова: дети, диарея, симптомы диареи, кишечные инфекции, дисбактериоз.

БОЛАЛАРДА ЎТКИР ДИАРЕЯ КАСАЛИКЛАРИНИНГ КЛИНИК КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИНИ ТАҲЛИЛИ

Шаджалилова М.С., Шарарова Г.М., Осипова Е.М.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

✓ Резюме

Болаларда ўткир ичак инфекцияларининг клиник кечиш хусусиятларини қиёсий таҳлили болалар ёшига кўра, касаллик этиологиясига ва овқатланиш турига кўра кузатувимизда бўлган 260 нафар 3 ёшгача бўлган бемор болаларда ўрганилди. Болаларнинг ўртача $14,0 \pm 8,34$ ёшини ташкил этди. Кузатувимизда бўлган беморларимизнинг 45% ини 2 ёшли болалар гуруҳи ташкил қилди. Оғир шаклларининг болалар ёшига ишончли боғлиқлиги тасдиқланди. Ўткир ичак инфекцияларининг клиник манзараси 3 ёшгача болаларда (95% холатларда меъда-ичак тракти бўлимларининг узвий зарарланиши (яъни гастроэнтерит-35,3%, гастроэнтероколит-42,4%, гемоколит-17%) кузатилди, клиник кечишида ўрта оғир шакллари устувор бўлди ва 30% холатларда рецидив кечишга мойиллик холатлари аниқланди. Ўткир ичак инфекцияларининг кечишида қўзғатувчиларнинг полирезистентлиги намоён бўлмоқда.

Калит сўзлар: болалар, диарея касалликлари, диарея белгилари, ичак инфекциялари, дисбактериоз.

COMPARATIVE EVALUATION OF THE CLINICAL CHARACTERISTICS OF INTESTINAL INFECTIONS

Shadjalilova M., Sharapova G.M., Osipova E.M.

Tashkent pediatric medical institute, Uzbekistan

✓ Resume

We observed 260 children between the ages of 6 months to three years, with acute intestinal infections of various etiologies. The average age of the children was $14,0 \pm 8,34$ equal. Of which 45% were children of 2 males. The spinal cord damage to the stomach system was % 95 per cent. The tendency to recurrence was 30%. The thickness of the matter depends of the fact that it is frustrated.

Key words: children, acute intestinal infections, disbakteriosis, diarrhea.

Актуальность

Острые диареи до настоящего времени не теряют своей актуальности в связи с частотой распространения, неуправляемостью, тяжестью течения, возможностью неблагоприятных исходов и огромным экономическим ущербом. В общей структуре инфекционных заболеваний острые диареи составляют более 40% от всех госпитализированных больных. Эффективность проведенных исследований обосновывает необходимость изучения особенностей клинических симптомов заболеваний у детей, оптимизацию лечебных и профилактических мероприятий, направленных на снижение социально-экономических затрат острых диарей.

Цель исследования. Сравнительная оценка изучения клинических особенностей течения острых диарей у детей.

Материал и методы

Под нашим наблюдением находились дети раннего возраста, больные с острыми диареями установленной этиологией (n-212), неустановленной этиологией (n- 48) и здоровые дети (n- 32). Проспективное исследование проводилось с использованием общеклинических, бактериологических и статистических методов исследования.

Результат и обсуждение

Клиническую характеристику острых диарей мы изучали в зависимости от возраста детей, этиологического фактора, характера вскармливания. Среди 260 детей с диареями, находившихся под наблюдением, мальчиков было 160 (62%), а девочек – 100 (38%), в том числе 43 (16,5%) организованных и 217 (83,5%) не организованных детей. Средний возраст детей составил $14,0 \pm 8,34$. Дети второго года жизни составили 45% от общего числа обследованных больных острыми кишечными инфекциями. Поступили в стационар с острым началом заболевания 85,7% детей. Оценивая тяжесть состояния детей, нами было отмечено, что у детей в большинстве случаев острые диареи протекали в среднетяжелой форме (62% и 77,5%). Однако, рецидивы болезни достоверно чаще наблюдались у детей до 1 года (39,1%). Сопоставление частоты выявления тяжести течения острых диарей в зависимости от возраста детей показала прямую зависимость тяжести течения от возраста детей. Этиология возбудителей кишечных инфекции у 211 (81,7%) больных детей установлена бактериологическим методом исследования. У 139 (61,8%) больных проводилась ПЦР-диагностика. В отличие от дизентерии, сальмонеллезная инфекция достоверно чаще регистрировалась у детей в возрасте до одного года. В наших исследованиях преобладающим штаммом являлось *Salmonella typhimurium* var. *Sopengagen*, полирезистный штамм. Удельный вес острой дизентерии среди кишечных инфекций у детей остается стабильно высоким и зависит от их возраста. Согласно нашим наблюдениям, среди госпитализированных детей, частота заболеваемости среди детей старше одного года в 3 раза выше, чем среди детей в возрасте до одного года. Также, значительно выросла роль *Shigella Zonne* и снизилось число выделенных штаммов *Shigella Flexneri*, что свидетельствует о хорошем санитарном контроле за водоснабжением населения. Удельный вес эшерихиозной инфекций у детей в возрасте 1 года составил 14,4% и увеличивается почти в 2 раза у больных в возрасте от 1-3 лет (23%). Среди детей в возрасте до одного года 30,7% случаев составляет острые диареи неустановленной этиологии, что требует совершенствовании методов лабораторной диагностики.

При распределении больных в зависимости от видов вскармливания выявлено, что в большинстве случаев дети находились на смешанном вскармливании – 115 (44,3%), на грудном вскармливании было – 70 (26,9%), и на искусственном – 75 (28,8%). При смешанном и искусственном вскармливании больные дети чаще поступали в 1-3 дня от начала заболевания. На 4-7 сутки чаще всего поступали больные при естественном вскармливании. При искусственном вскармливании чаще (44%) отмечалось повторное поступление больных в стационар. Анализ зависимости формы болезни и характера вскармливания показал, что чаще всего диареи развивались при смешанном вскармливании. Наибольший процент тяжелого течения и рецидивы болезни наблюдались у детей, находящихся на искусственном вскармливании (65,2%) $p > 0,01$.

По топическому поражению желудочно-кишечного тракта, сравниваемые группы существенно не различались (рис. 1), при этом острые диареи протекали преимущественно в форме гастроэнтероколита (42,4 %) и гастроэнтерита (35,3 %).

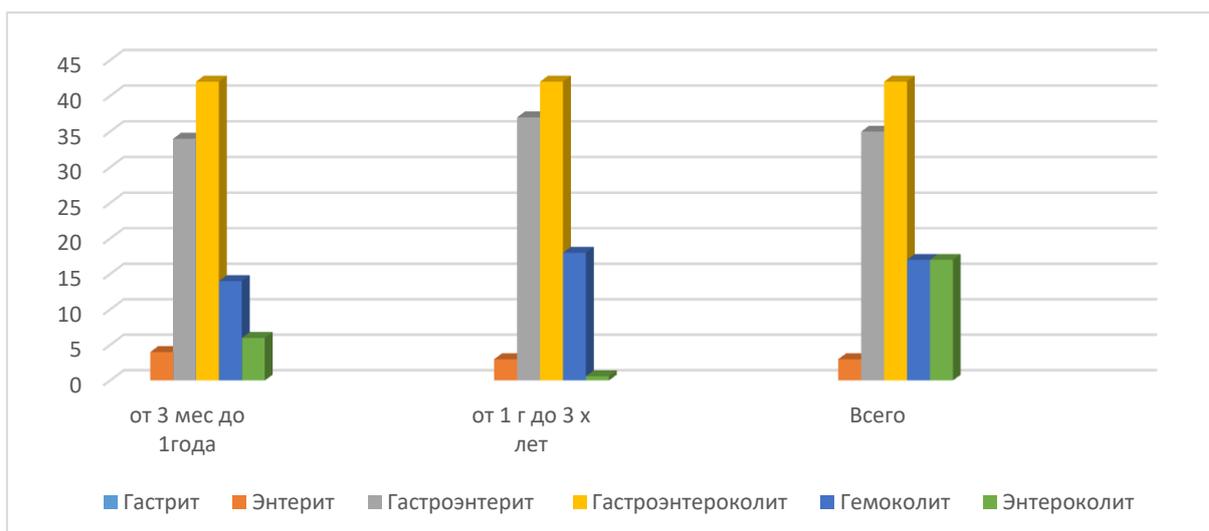


Рис. 1. Распределение больных детей по топическому диагнозу

Как видно из рисунка 1, клиническая картина острой диареи у наблюдаемых больных детей в 97% случаях проявлялась в сочетанном поражении отделов ЖКТ и у 3% случаях проявлялись симптомами поражения тонкого отдела кишечника в виде энтерита. Следует отметить, что тяжесть поражения кишечника не всегда соответствовали тяжести состояния. Проявление гемоколита сравнительно чаще наблюдалось у детей в возрасте от 1 до 3 лет. Изолированный гастрит у наблюдаемых нами больных не отмечалось.

В качестве инфекционно – воспалительных сопутствующих заболеваний выступали болезни органов дыхания: острая респираторная вирусная инфекция, обструктивный бронхит, пневмония и сепсис (18,2% и 6%). В числе сопутствующей патологии помимо нарушений микробиоценоза кишечника у детей первого года жизни преобладали ПЭП (57,6% и 37,6%); рахит – 48% и 25,6%.

Анализ сравнительной клинической характеристики симптомокомплекса острых диарей при поступлении в стационар детей в возрасте до 1 года (n=104) и детей от 1-3 лет (n=156) показал следующие результаты. Начало болезни у детей обеих групп, как правило, было острым и составила (71,2% и 78,8% соответственно). Тяжесть состояния у детей до 1 года и 1-3 лет была обусловлена прежде всего нарушениями водно-электролитного баланса и развитием кишечного токсикоза. Как показали результаты анализа, клинические проявления острой диареи у обеих групп детей отмечались многообразием клинической манифестации. Однако наиболее характерными были симптомы общей интоксикации: повышение температуры – (58,6% и 55,7% соответственно), слабость, вялость, бледность кожных покровов, нарушения сна (55,8 и 50,6% соответственно), аппетита – (96,2 и 97,0% соответственно), обложенность языка почти у всех больных детей. Степень выраженности как общетоксического синдрома, так и местных проявлений варьировала и зависела от возраста. Так рвота однократная чаще наблюдалась среди детей от 1-3 лет (60,8%) по сравнению с детьми до 1 года (55,8%). Многократная рвота наблюдалась у 18 (17,3%) детей до 1 года. В обеих группах отмечено достоверное увеличение синдромов – болей в животе (91,3% и 85,2% соответственно); вздутие живота – (65,4% и 59,6% соответственно); урчание кишечника (56,7% и 56,4% соответственно). Болезненная, спазмированная сигма и тенезмы и ее эквиваленты отмечалась сравнительно выражено у групп детей от 1-3 лет (35,5% и 42,5% соответственно). Кроме основных клинических проявлений болезни – лихорадки, болевого синдрома, отмечался выраженный диарейный синдром. Чаще наблюдался жидкий стул со слизью – (71,2% и 66,0% соответственно) и жидкий стул со слизью и кровью – у 20,2% и 24,4% соответственно. Так, частота стула у детей до 1 года составила 55,8%, у детей в возрасте от 1-3 лет 50,6%, что безусловно доказывает превалирующую роль диарейного синдрома у детей больных острыми диареями. Следует отметить, что помимо выраженности симптомов инфекционного токсикоза, зависящих от глубины поражения ЖКТ, у больных детей отмечалась выраженная гепатомегалия (34,6% и 35,8% соответственно), как проявление паренхиматозной реакции организма.

У детей первого года жизни в клинической картине острой диареи более свойственны были достоверно чаще умеренное обезвоживание. Признаки обезвоживания клинически проявлялись обострением черт лица, западением большого родничка и глаз, сухостью слизистых, снижением тургора тканей, жаждой. Токсико - дистрофическое состояние характерны были больным детям в возрасте до одного года ($p > 0,01$).

У детей в возрасте от 1 года до 3 лет течении острой диареи сопровождалось обезвоживанием и токсикозом I степен. Так же, в клинике превалировало судорожный синдром – 15,8% случаев. Мы наблюдали развитие всех трех типов обезвоживания, но у большего числа больных, даже при тяжелых формах заболевания, превалировали два- гипертонический и изотонический.

У детей первого года жизни в клиническом течении по сравнению с детьми старшего возраста сопутствовало значимо чаще инфекционно-токсический шок I-II степени, токсико-дистрофическое состояние, сепсис, рахит и перинатальная энцефалопатия, что могут в дальнейшем отразиться на рост и развитие детей. Поэтому поиски обоснованной терапии выше перечисленных состояний, возникающих в период заболевания, особенно важны.

Таким образом, в клиническом течении острой диареи у детей первого года жизни в течение нескольких месяцев сохранялся неустойчивый стул 45 (50,0%), боли в животе 30 (33,3%), срыгивание 23 (25,0%), плохой аппетит 36 (41,6%). Наблюдалось недостаточная прибавка массы 23 (25,0%). При объективном осмотре отмечена гепатомегалия у 36 (34,6%). У 15 (6,7%) больных имелось поражение миокарда. У детей старше года отмечался разжиженный стул (15%), реже беспокоили боли в животе (20%), плохой аппетит, довольно часто наблюдалась гепатомегалия (35%) и проявление гиповитаминоза (25%).

Выводы

1. Клиническое течение острых диарейных заболеваний у детей в настоящее время изменилось. Заболевание у большинства больных протекает в среднетяжелой и тяжелой формах, выздоровление затягивается до 3-4 недель, отмечается поли резистентность выделенных возбудителей к антибиотикам.

2. Тяжесть и неблагоприятный исход были связаны во многом с крайней степенью интоксикации, резкими электролитными нарушениями и с фоновой патологией. Степень выраженности как общетоксического синдрома, так и местных проявлений зависит не только от возраста, но и характера вскармливания и реактивности организма заболевшего ребенка, от пути инфицирования и вида возбудителя.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Оказание стационарной помощи детям. Руководство по ведению наиболее распространенных заболеваний для врачей детских стационаров. /Ташкент. - 2013.- С.76-90.
2. Н.Д. Ющук., Ю.В. Мартынов., М.Г. Кулагина., Л.Е. Бродов. Острые кишечные инфекции /Москва, « ГЭОТАР-Медиа».- 2012.- С.19-54
3. Шаджалилова М.С. Анализ клинико-эпидемиологических и микробиологических параметров острых кишечных инфекций у детей // Медицинские новости. Беларусь. 2015.- №8.- С.60-62 (14.00.00, №82).
4. Shadjalilova M.S. Clinical characteristics and principles of treatment of patients with enteric infections caused by clostridium difficile // European science reviem. Vienna, 2015.-№ 5-6.- P.99-101 (14.00.00, №19).
5. Эралиев У.Э. Сезонные закономерности острых диарейных заболеваий у детей в Узбекистане: научное издание //Вестник Ташкентской Медицинской Академии. - Ташкент. - 2017.-№1.- С.132-134.
6. Study of intestinal microflora in children with acute and persistent diarrhea/ Y.Garcia Cristia, T.Fragoso Arbelo, M.Valdes-Dapena Vivanco et al. // Rev. Gastroenterol.- Peru.- Vol.15, №1.- P. 35-41.
7. Meier R., Burri E., Steuerwald M. Therole of nutrition in diarrhea syndromes// Curr.Opin.Clin.Nutr.Mstab.Care.- 2003.- Vol.6, №5.- P. 563-567.

Поступила 09.02.2022