

БАКТЕРИАЛЬНЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Данилевич Н.А.¹, Рыбак Н.А.¹, Одинец Е.С.²

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь
Кафедра инфекционных болезней¹

УЗ «Гродненская областная инфекционная клиническая больница»²

Актуальность. Острые кишечные инфекции (ОКИ) являются второй по значимости причиной смерти детей младшего возраста в развитых странах [1]. Несмотря на то, что в мире около 40% детей в возрасте 5 лет болеют вирусной диареей, роль бактериальных агентов в развитии (ОКИ) остается достаточно весомой [1, 2]. По этиологии бактериальные (ОКИ) у детей чаще представлены стафилококком, протеем, клебсиеллой, цитробактером, энтеробактериями [3, 4].

Цель. Установить этиологию основных бактериальных кишечных инфекций у детей.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 156 историй болезни детей в возрасте от 0 до 18 лет с кишечной инфекцией вызванной патогенной и условно-патогенной флорой (УПФ), находившихся на стационарном лечении в УЗ «Гродненской областной инфекционной клинической больнице» (УЗ ГОИКБ) с января 2017 по декабрь 2017 г. Обследование проводилось согласно клиническим протоколам утвержденным МЗ РБ. Забор биологического материала проводился в соответствии с инструкцией по применению МЗ РБ [4]. Верификацию видовой принадлежности выделенных микроорганизмов проводили на микробиологическом анализаторе Vitek 2 Compact (Biomerieux). При анализе видового спектра УПФ, выделенных из различного биологического материала пациентов, использовалась компьютерная программа WHONET (США). Особое место, и большой интерес среди возбудителей ОКИ у детей занимает золотистый стафилококк, в связи с наличием антибиотико резистентных штаммов.

Результаты. В период с января по декабрь 2017г. в УЗ ГОИКБ госпитализировано 1324 пациентов в возрасте от 0 до 18 лет с подозрением на ОКИ. Диагноз острой кишечной инфекции был установлен у 522 детей. Благодаря проведённому лабораторному скринингу диагноз ОКИ вирусной этиологии верифицирован у 210 (40,2%) пациентов, бактериальной этиологии (лабораторно подтвержденной) у 156 (29,9%) пациентов, у 16 (3,07%) установлена смешанная этиология (вирусно+бактериальная), у 140 (26,8%) выставлен диагноз ОКИ клинически. Диагноз ОКИ клинически устанавливался на основании клинико-эпидемиологических данных (поражения ЖКТ, общеинфекционного, интоксикационного синдромов, изменений в ОАК (лейкоцитоз с нейтрофиллезом), наличия патологических примесей в стуле (слизь, зелень, кровь), наличие контакта с больными ОКИ и отрицательных посевов кала.

На основании полученных данных диагноз ОКИ подтверждён лабораторно в 73,1% случаев.

Распределение пациентов с бактериальной кишечной инфекцией было следующим: сальмонеллезной этиологии 77(50,4%), протейной этиологии 29(18,6%), стафилококковой этиологии *S.aureus*, 26(16,7%), цитробактерной этиологии (*C. freundii*) 15(9.6%), эшерихиозной (*E.coli*) у 5 пациентов (3.2%), клебсиеллезной (*K. pneumonia*) -2 (1,28%), синегнойной (*P.aeruginosae*) у 2 пациентов (1,28%).

Из полученных данных сальмонеллы представлены сероварами *S. Enteritidis* (64%) и *S. typhimurium* (25,7%), являются наиболее частой причиной бактериальной кишечной инфекцией у детей. На втором месте – протейная инфекция. Третье место занимают стафилококковые поражения ЖКТ (16,7%).

Среди госпитализированных пациентов с ОКИ стафилококковой этиологии было 26 детей от 1 мес до 3 лет. Девочек 14 (54%) и мальчиков 12 (46%).

На основании эпиданамнеза было установлено: 1 случай внутрисемейного инфицирования, в 1 случае были указания на контакты в детском коллективе, в 2-х случаях инфицирование связано с оказанием медицинской помощи в лечебных учреждениях. Указания на употребление детьми недоброкачественных продуктов накануне заболевания отсутствовали.

В анализируемой группе детей *S. aureus* в виде моно инфекции встречался у 24 (92%) детей; в микст-инфекции у 2(8%) детей, чаще с рота и нора вирусами.

При поступлении отмечались жалобы: на рвоту у 12%, беспокойство 50%детей, боли в животе у 23 %детей, снижение аппетита 73%. У всех госпитализированных детей отмечено острое начало заболевания с повышением температуры тела до 37,4-39 градусов С, интоксикационного синдрома, вялости. Дети поступали в 1-е сутки заболевания в 5 (19%) случаев, на 2-е сутки – 15 (58%), на 3 и более (23%). Температурная реакция в стационаре, как правило, была непродолжительной: 1 сутки – у 69%, 2 сутки у 31%. Рвота наблюдалась у 2-х пациентов, при этом в течении 1-2 суток. Как правило жидкий стул появлялся с первых суток заболевания с примесью слизи, зелени, комочками непереваренной пищи, крови, сохранялся в течении 3-5 суток. У большинства детей имело место вздутие живота, повышенное газообразование.

Изменения в общем анализе крови в виде умеренно выраженного лейкоцитоза с нейтрофиллёзом имели место у 7(26,9%)пациентов, СОЭ выше 11 мм/час было у 4 (15,4%)детей. У 15(58%)детей изменения в гемограмме воспалительного характера отсутствовали.

В копрограмме у всех детей наблюдались: в большом количестве слизь, непереваренная клетчатка, нейтральный жир.

Заболевание протекало в виде гастроэнтерита у 2 (8%) пациентов, энтероколита у 17(65%) детей, колита у 7(27%) детей.

Средний койко-день составил 5,2. Все дети были выписаны с

выздоровлением

Лечение проводилось согласно протоколам ОКИ: оральная регидратация, энтеросорбенты, инфузионная терапия проводилась всем детям в течении первых двух дней с момента госпитализации. Антибактериальная терапия назначалась с момента поступления 18(69%) пациентов у которых имелись признаки инвазивной диареи: цефтриаксон – 14(54%), амикацин – 2(7%), нифуроксазид 2(7%).

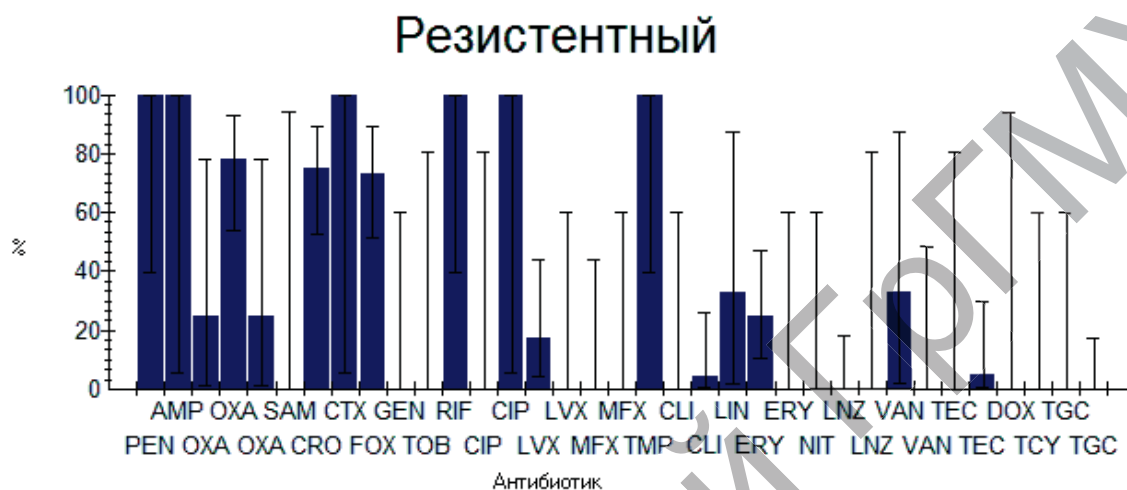


Рисунок. – Антибиотикочувствительность *S. aureus* n=26 у пациентов с ОКИ

Как видно на представленной диаграмме золотистый стафилококк резистентен к пенициллину, ампициллину, цефотаксиму, рифампицину, ципрофлоксацину, триметоприму в 100%, к оксациллину в 25%, к цефтриаксону 76%, к цефокситину в 70%, к линезолиду и ванкомицину в 30%, к линкомицину в 30%, к эритромицину 24%, к левофлоксацину в 18%.

Выводы:

Доказана роль бактериальных агентов в развитии ОКИ у детей. Сальмонеллы сохраняют свои лидирующие позиции. Наиболее часто этиология кишечных инфекций у детей вызванных условно-патогенной флорой представлена: стафилококковой, протейной, клебсиелёзной. Стафилококковые диареи протекают в среднетяжелой форме и характеризуются острым началом, умеренно выраженной интоксикацией, инвазивной диареей. В качестве стартовой антибактериальной терапии у госпитализированных детей раннего возраста с признаками инвазивной диареи (подозрение на стафилококковый энтероколит, колит) может быть рекомендован нифуроксазид, азитромицин.

Литература.

1. Ciccarelli, S. Management strategies in the treatment of neonatal and pediatric gastroenteritis / S. Ciccarelli, I. Stolfi, G. Garamia//Infect Drug Resist.-2013. - № 29. - P. 133-161.
2. Association Between Stool Enteropathogen Quantity and Disease in Tanzanian Children Using TaqMan Array Cards: A Nested Case-Control Study / J.A. Platts-Mills // Am J Trop Med Hyg. - 2013. - № 4. - P. 123-136.

3. Запруднов А.М. Микробная флора кишечника и пробиотики / А.М. Запруднов, Л.Н. Мазанкова // Методическое пособие. – М. - 2001. - издание 2. - С. 1-32.

4. Микробиологические методы исследования биологического материала: инструкция по применению МЗ РБ № 075-0210: утв. 19.03.2010 г. – Минск, 2010. – 123 с.

МИКРОБНЫЙ ПЕЙЗАЖ У ПАЦИЕНТОВ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ДЛЯ НОВОРОЖДЕННЫХ И НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

*Зверко В.Л.**, *Пальцева А.И.*, *Лукашик С.Д.**, *Янович Р.В.***, *Чернова Н.Н.***

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь
2-я Кафедра детских болезней

*УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр», Беларусь

**УЗ «Гродненская областная клиническая больница», Беларусь

Актуальность. В структуре заболеваемости новорожденных лидирующие позиции занимает инфекционная патология [1]. Научные исследования последних лет показали, что все более важную роль в инфекционной заболеваемости новорожденных играет условно-патогенные микроорганизмы. В педиатрическое отделение поступают дети из родильного зала с нарушением процессов острой и ранней постнатальной адаптации, а также новорожденные из отделения анестезиологии и реанимации новорожденных. В условиях стационара условно-патогенные микроорганизмы подвергаются селекции, приобретают множественную устойчивость и обуславливают высокий риск развития тяжелого инфекционного процесса [2]. В связи с этим в педиатрическом отделении неонатального стационара особенно важен мониторинг микрофлоры у новорожденных.

Цель. Изучение микробного пейзажа у пациентов с нарушением процессов ранней постнатальной адаптации и нуждающихся в интенсивной терапии.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов микробиологического исследования различного клинического материала от новорожденных педиатрического отделения за период с января по декабрь 2017 года. Обследовано 818 детей, взято 833 пробы. Забор материала на транспортные гелевые среды «Амиеса» проводился медсестрой и транспортировался в УЗ «ГОКБ». Исследование выполнялось в соответствии с Инструкцией по применению МЗ РБ «Микробиологические методы исследования биологического материала» № 075-0210 от 19.03.2010 г. Большинство детей обследовались однократно при поступлении в отделение.