

Clinical features gastrointestinal forms of salmonellosis in children
Zykova O.¹, Kartashova I.², Suchkova E.³ (Russian Federation)
Клинические особенности гастроинтестинальной формы сальмонеллеза у детей
Зыкова О. А.¹, Карташова И. Г.², Сучкова Е. С.³ (Российская Федерация)

¹Зыкова Ольга Алексеевна / Zykova Olga - кандидат медицинских наук, доцент,
кафедра инфекционных болезней,
Пензенский институт усовершенствования врачей (филиал)
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
дополнительного профессионального образования
Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования
Министерства здравоохранения Российской Федерации;

²Карташова Ирина Геннадьевна / Kartashova Irina – инфекционист;

³Сучкова Евгения Сергеевна / Suchkova Evgeniya - инфекционист,

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения

Пензенский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи, г. Пенза

Аннотация: в работе представлен анализ особенностей клинического течения гастроинтестинальной формы сальмонеллеза у детей, госпитализированных в «Пензенский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи» за период с января по май (включительно) 2016 года. Основным возбудителем сальмонеллеза у детей является *S. enteritidis*. У большинства пациентов зарегистрирована средняя степень тяжести заболевания с острым началом и появлением лихорадки и диареи в первые сутки заболевания. Тяжелая степень тяжести сальмонеллеза регистрируется в группе детей в возрасте от 1 до 3 лет.

Abstract: the paper presents the analysis of peculiarities of the clinical course of gastrointestinal form of salmonellosis among children admitted to «Penza Regional Clinical Center of specialized types of medical care» for the period from January to May (inclusive) 2016. The main causative agent of salmonellosis in children is *S. enteritidis*. In the majority of patients was the average severity of the disease with an acute onset and have fever and diarrhea in the first days of the disease. Severe severity of salmonellosis recorded in the group of children aged 1 to 3 years.

Ключевые слова: сальмонеллез, гастроинтестинальная форма, дети, клиническое течение.

Keywords: salmonellosis, gastrointestinal form, children, clinical course.

Сальмонеллез является актуальной проблемой здравоохранения во всем мире, что обусловлено глобальным его распространением, ростом заболеваемости даже в развитых странах, частыми вспышками и большой летальностью среди детей младшего возраста. В последние годы отмечается повсеместный рост заболеваемости сальмонеллезом во всех странах мира. По оценкам ВОЗ, в мире ежегодно происходят десятки миллионов случаев заболевания людей, а более чем в сотне тысяч случаев болезнь заканчивается смертельным исходом [1, с. 12].

В структуре кишечных инфекций сальмонеллез занимает одно из первых мест, характеризуется сложностью этиологической структуры, разнообразием путей инфицирования. Особенно высока заболеваемость этой инфекцией у детей первых трех лет жизни. У детей первого года жизни сальмонеллез протекает наиболее тяжело, заболевание нередко принимает затяжное течение и протекает с обострениями и рецидивами [2, с. 27].

Сальмонеллез - острое инфекционное зооантропонозное заболевание с фекально-оральным механизмом передачи, характеризующееся симптомами общей интоксикации и поражением желудочно-кишечного тракта, в редких случаях развитием генерализованных форм (тифоподобной, септицемической и септикопиемической). Возбудители сальмонеллеза относятся к семейству Enterobacteriaceae роду *Salmonella*, который включает только 2 вида: *Salmonella enterica* с пятью подвидами и *Salmonella bongori*, причем последний для человека не патогенен. В настоящее время насчитывается более 2500 серотипов сальмонелл, однако практическое значение имеют 10–15 серотипов, которые обуславливают до 90% заболеваемости в мире, к ним относятся: *S. enteritidis* (*S. enterica*), *S. typhimurium*, *S. derby*, *S. newport*, *S. heidelberg*, *S. panama*, *S. london*, *S. infantis*, *S. anatum* [1, с. 14; 3, P. 340].

Цель исследования: изучить особенности клинического течения гастроинтестинальной формы сальмонеллеза у детей, госпитализированных в «Пензенский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи» (ГБУЗ ПОКЦСВМП), за период с января по май (включительно) 2016 года.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 86 больных детского возраста, госпитализированных в областной клинический центр. При поступлении больных в стационар проводилось комплексное обследование, которое включало общеклинические исследования крови, мочи и кала. Для верификации диагноза использовали микробиологический метод (бактериологический посев фекалий на плотные питательные среды для выделения чистой культуры возбудителя) и ПЦР фекалий на вирусные агенты. Сывороточные противоишгеллезные и противосальмонеллезные антитела определяли унифицированным методом в реакции непрямой гемагглютинации (РНГА). Статистическую обработку данных выполняли с использованием параметрического t-критерия Стьюдента. Статистически значимыми принимались различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение: по данным ГБУЗ ПОКЦСВМП в изучаемый период госпитализированы 86 пациентов в возрасте от 1 года до 18 лет (медиана возраста больных составила $8,03 \pm 0,7$ лет) с верифицированным диагнозом «Сальмонеллез. Гастроинтестинальная форма». Этиологическая структура заболевания представлена следующими возбудителями: *S. enteritidis* – 75,6%, *S. typhimurium* – 4,6%, *S. infantis* – 2,3%, *S. newport* – 1,2%, микс – этиология диагностирована у 14 больных: *S. enteritidis* и *S. aureus* – 8,2%, *S. enteritidis* и Rotovirus – 8,1%.

Среди обследованных детей несколько чаще болели девочки (54,7%), чем мальчики (45,3%) при $p > 0,05$. Средняя длительность госпитализации пациентов детского возраста составила $8,77 \pm 1,2$ дня. У большинства пациентов (96,6%) зарегистрирована средняя степень тяжести заболевания, тяжелая отмечена у 3,4% больных (3 детей в возрасте от 1 до 3 лет). Острое начало болезни с появлением лихорадки и диареи в первые сутки заболевания отмечалось у 93,7% детей. У остальных пациентов регистрировалось постепенное начало болезни, при этом у 3% с кишечной дисфункцией и присоединением на 2–3 день повышения температуры; у 3,3% детей сначала отмечалась лихорадка, а к третьему дню развертывалась типичная картина инвазивной острой кишечной инфекции. Температурная реакция отмечена у 100% больных детей с сальмонеллезом, ее длительность на фоне терапии достигала $4,68 \pm 0,45$ дней. Максимальное повышение температуры составило $39,6 \pm 0,19$ °C и отмечалось у 24% больных. У всех пациентов ведущим был интоксикационный синдром, сохранявшийся в течение $3,28 \pm 0,61$ дней, который характеризовался вялостью, слабостью, адинамией, отказом от еды. Повторные рвоты были отмечены у 64% детей, преимущественно в возрасте от 1 до 7 лет, однако их длительность не превышала двух суток.

Изменение характера стула обнаруживалось уже в 1-е сутки болезни у 93,7% больных, средняя кратность стула достигала $8,56 \pm 1,07$ раза. Полная нормализация характера стула происходила к $6,58 \pm 1,2$ дня.

Болевой абдоминальный синдром присутствовал у 87% детей (75 человек), причем боли были умеренной интенсивности и носили разлитой характер. Вздутие, урчание и болезненность при пальпации живота отмечались у 75% (65 человек) детей.

Летальных исходов зарегистрировано не было.

Заключение: основным возбудителем сальмонеллеза у детей на современном этапе является *S. enteritidis*; преобладает средняя степень тяжести заболевания с острым началом, появлением лихорадки и диареи в первые сутки заболевания; тяжелая степень тяжести заболевания регистрируется в группе детей в возрасте 1-3 лет.

Литература

1. Бехтерева М. К., Волохова О. А., Анохин В. А., Халиулина С. В. Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям больным сальмонеллезом / Казань, 2013. 84 с.
2. Рожнова С. Ш., Симонова Е. Г. Этапы совершенствования системы эпидемиологического надзора за сальмонеллёзами // Эпидемиология и инфекционные болезни, 2009. Т. 2. С. 26–29.
3. Hachette T. F., Farina D. Infectious diarrhea: when to test and when to treat // CMAJ, 2011. № 183. С. 339–344.