

УДК 616.981.49-07-053.36

**КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА
У ДЕТЕЙ ДО ТРЕХ ЛЕТ****Е.П. Бортновская, Е.Л. Красавцев****Гомельский государственный медицинский университет**

Изложены этиологическая структура, клинические и лабораторные особенности течения сальмонеллеза у детей в возрасте до трех лет, выявлены достоверные отличия в длительности, тяжести течения и выраженности основных клинических проявлений при сальмонеллезе, обусловленном *S. Typhimurium* и *S. Enteritidis*. При сальмонеллезе, обусловленном *S. Typhimurium*, достоверно чаще отмечались тяжелое и волнообразное течение, гемоколит, атопический дерматит, повышение СОЭ, повторное выделение сальмонеллы при контрольном исследовании и высеив условно-патогенной микрофлоры, были достоверно выше длительность заболевания и время нормализации стула.

Ключевые слова: дети, кишечные инфекции, сальмонеллез.

**CLINICAL AND LABORATORY FEATURES OF SALMONELLOSIS
IN CHILDREN UNDER THREE YEARS OLD****E.P. Bortnovskaya, E.L. Krasavtsev****Gomel State Medical University**

The etiological structure, clinical and laboratory features of salmonellosis in children under three years old are stated. Significant differences in duration, severity and expressiveness of the basic clinical symptoms in patients with salmonellosis caused by *S. Typhimurium* and *S. Enteritidis* are revealed. Salmonellosis caused by *S. Typhimurium* significantly more often had severe and undulating disease course with haemocolitis, atopic dermatitis, increase of ESR, repeated salmonella discharge in control stool specimens and revealing of conditional pathogens, also the disease duration and time of stool normalization were significantly increased.

Key words: children, intestinal infections, salmonellosis

Введение

Острые кишечные инфекции (ОКИ) до настоящего времени занимают ведущее место в инфекционной патологии детского возраста, уступая по заболеваемости только острым респираторным инфекциям [4]. До 70% от всех ОКИ регистрируется среди детей раннего возраста, что объясняется морфофункциональной незрелостью желудочно-кишечного тракта, слабостью местных факторов защиты, начинающимся контактом ребенка с окружающей средой, началом посещения детских учреждений [3]. Среди ОКИ у детей важную роль играет сальмонеллез в связи с повсеместной распространенностью, отсутствием тенденции к снижению заболеваемости, возможностью эпидемического распространения, высокой частотой развития тяжелых форм и осложнений. При этом заболеваемость сальмонеллезом детей первых трех лет жизни в десятки раз превышает анало-

гичный показатель среди детей школьного возраста и взрослых. Особенно неблагоприятная эпидемическая обстановка наблюдается в Гомельской области, где заболеваемость сальмонеллезом превышает показатели по республике в 1,3–3,8 раза [2]. Современный подъем заболеваемости (с 1993–1995 гг.) и стабильно высокий ее уровень до настоящего времени связан с ростом этиологической значимости *S. Typhimurium*, наряду с сохраняющей свое значение *S. Enteritidis* [1, 2].

Цель исследования: изучение клинико-лабораторных особенностей течения сальмонеллезов различной этиологии у детей первых трех лет жизни.

Материалы и методы

Нами проанализированы истории болезни 145 детей с сальмонеллезом в возрасте от 0 до 3 лет, находившихся на лечении в детском отделении кишечных инфекций Гомельской областной инфекционной клини-

ческой больницы (ГОИКБ) за период с декабря 2003 по сентябрь 2004 года. У 110 детей (75,9%) заболевание было обусловлено штаммами *S. Typhimurium* (1 группа), у 35 детей (24,1%) — штаммами *S. Enteritidis* (2 группа). В обеих группах достоверно преобладали мальчики — 82 человека (56,6%), девочек было 63 (43,4%). С сальмонеллезом, обусловленным *S. Typhimurium*, было 66 детей (60%) первого года жизни и 44 ребенка (40%) от 1 до 3 лет. С сальмонеллезом, обусловленным *S. Enteritidis* — 22 ребенка (62,9%) первого года жизни и 13 детей (37,1%) — от 1 до 3 лет. Оценивался преморбидный фон и наличие сопутствующей

патологии, выраженность и длительность основных клинических симптомов, время нормализации клинических и лабораторных показателей.

Результаты и обсуждение

Большинство детей первого года жизни в обеих группах находились на искусственном вскармливании (62,1% при сальмонеллезе, обусловленном *S. Typhimurium*, и 54,5% — с *S. Enteritidis*). По 18,2% детей в каждой группе находились на естественном вскармливании, а остальные — на смешанном.

Сравнительная характеристика 1 и 2 группы представлена в таблице 1 (даны только достоверные различия, $p < 0,05$).

Таблица 1

Сравнительная характеристика сальмонеллеза, обусловленного *S. Typhimurium* и *S. Enteritidis*.

№	Показатель	1 группа (<i>S. Typhimurium</i>) (n = 110)	2 группа (<i>S. Enteritidis</i>) (n = 35)
1	Длительность стационарного лечения	16,8 ± 0,88 дня	14,1 ± 0,99 дня
2	Длительность заболевания	20,6 ± 1,10 дня	17,3 ± 1,22 дня
3	Срок нормализации стула	11,7 ± 0,88 дня	8,8 ± 0,80 дня
4	Частота гемоколита (дети до 1 года)	44 (66,7%), n = 66	12 (34,3%)
5	Тяжелое течение	25 (22,7%)	4 (11,4%)
6	Волнообразное течение	25 (22,7%)	3 (8,6%)
7	Атопический дерматит	19 (17,3%)	2 (5,7%)
8	Повышение СОЭ	58 (52,7%)	11 (31,4%)
9	Высев сальмонеллы в контроле	20 (18,9%)	1 (2,9%)
10	Выделение условно-патогенной флоры	38 (34,5%)	7 (20%)

Средняя длительность стационарного лечения в 1 группе (16,8 ± 0,88 дня) достоверно выше, чем во 2 группе (14,1 ± 0,99 дня). Наиболее высокий показатель (18,8 ± 1,25 дня) отмечался у детей первого года жизни с сальмонеллезом, обусловленным *S. Typhimurium*. Средняя длительность заболевания с учетом догоспитального периода также была достоверно выше в 1 группе — 20,6 ± 1,10 дня, тогда как во 2 группе — 17,3 ± 1,22 дня. Максимальная длительность заболевания также отмечалась у детей первого года жизни с сальмонеллезом, обусловленным *S. Typhimurium* (23,8 ± 1,57 дня), а минимальная — у детей старше года с сальмонеллезом, обусловленным *S. Enteritidis* (15,6 ± 1,95 дня). Семь детей из 1 группы поступали в ГОИКБ повторно с тем же диагнозом (5 — до года и 2 — старше года), во 2 группе повторных поступлений не было.

Большинство детей имели сопутствующую патологию и отягощенный преморбид-

ный фон. Наиболее часто сальмонеллезу сопутствовала анемия (у 44,5% детей 1 группы и 37,1% — 2 группы), в большинстве случаев легкой степени (в 85,7% и 93,3% соответственно). Анемия средней степени отмечалась у 4,5% детей 1 группы и 2,9% — 2 группы. Тяжелая гемолитическая анемия была у 2 детей из 1 группы. ОРВИ отмечалась у 46,4% детей 1 группы и 51,4% — 2 группы, пневмония — у 6,4% и 2,9%. Инфекция мочевыводящих путей была у 18,2% и 11,4% соответственно. Достоверно чаще у детей 1 группы отмечались явления атопического дерматита (17,3% и 5,7%). Гипотрофия была у 4,5% детей 1 группы и 2,9% — 2 группы. Также в качестве сопутствующей патологии отмечались рахит (8 детей), отит (3), афтозный стоматит (2), ветряная оспа (1), задержка психического развития (2), менингококковая инфекция (1). У 2 детей из 1 группы заболевание осложнилось развитием гемолитико-уремического синдрома.

У всех детей была гастроинтестинальная форма сальмонеллеза. Среди больных 1 группы тяжелое течение наблюдалось в 22,7% случаев (до года — у 30,3%), что достоверно выше, чем во 2 (11,4%). Различия между количеством среднетяжелых (76,4% и 85,7% соответственно) и легких (0,9% и 2,9% соответственно) форм оказались статистически недостоверны. Явления интоксикации отмечались у 92,7% в 1 группе и у 85,7% — во 2 группе. Наиболее характерной была фебрильная температура, которая наблюдалась у 64,5% в 1 группе и у 62,9% — во 2 группе. Субфебрильная температура была у 23,6% и 22,9% соответственно, выше 39°C — у 5,5% и 8,6%. Не отмечалось повышения температуры у 6,4% и 8,6%. Явления обезвоживания I–II степени были у 50% детей с сальмонеллезом, обусловленным *S. Typhimurium*, и у 40% с сальмонеллезом, обусловленным *S. Enteritidis*. Рвота отмечалась у 47,3% и 40%, явления энтероколита — в 85,5% и 82,9% случаев соответственно. Гемоколит имел место у 45,5% детей 1 группы и у 34,3% — 2 группы. При этом у детей первого года жизни с сальмонеллезом, обусловленным *S. Typhimurium*, частота гемоколита составила 66,7%, что достоверно выше аналогичного показателя во 2 группе. При сальмонеллезе, обусловленном *S. Enteritidis*, у детей старше года гемоколита не наблюдалось. Средняя длительность гемоколита в 1 группе составила $3,2 \pm 0,28$ дня ($3,4 \pm 0,29$ дня — у детей первого года жизни, $1,2 \pm 0,17$ дня — у детей старше года), а во 2 группе — $2,5 \pm 0,53$ дня. В среднем нормализация стула в 1 группе наступала к $11,7 \pm 0,88$ дню (к $14,5 \pm 1,22$ — до года, к $7,6 \pm 0,93$ — старше года), что достоверно выше, чем во 2 группе — к $8,8 \pm 0,80$ дню (к $10,3 \pm 1,03$ — до года, к $6,2 \pm 0,88$ — старше года). Волнообразное течение также достоверно чаще отмечалось при сальмонеллезе, обусловленном *S. Typhimurium* (22,7% и 8,6%).

При сравнении воспалительных изменений в общем анализе крови достоверные отличия выявлены только в изменении СОЭ (повышена у 52,7% — в 1 группе и у 31,4% —

во 2 группе). Лейкоцитоз отмечался у 49,1% и 40%, сдвиг лейкоцитарной формулы влево — у 49,1% и 42,8% соответственно. Бактериологическая санация была прослежена у 70% детей 1 группы и 80% — 2 группы. Повторный высев сальмонеллы отмечался у 20 детей (18,9%) при сальмонеллезе, обусловленном *S. Typhimurium*, и только у 1 ребенка (2,9%) с сальмонеллезом, обусловленным *S. Enteritidis*. У остальных детей контрольные посевы не проводились. У детей 1 группы достоверно чаще при бактериологическом исследовании выделялась условно-патогенная микрофлора (УПФ) (в 34,5% и 20% соответственно).

Выводы

1. У детей до трех лет, госпитализированных в ГОИКБ с сальмонеллезом, преобладающим возбудителем являлась *S. Typhimurium* (75,9%).

2. При сальмонеллезе, обусловленном *S. Typhimurium*, достоверно чаще ($p < 0,05$) отмечались тяжелые формы, затяжное и волнообразное течение, были достоверно выше длительность заболевания и время нормализации стула, а также частота развития гемоколита.

3. При сальмонеллезе, обусловленном *S. Typhimurium*, реже наблюдается бактериологическая санация и чаще выделение условно-патогенной микрофлоры.

4. У детей с сальмонеллезом, обусловленным *S. Typhimurium*, достоверно чаще отмечалось наличие атопического дерматита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Горелов А.В., Милютин Л.Н., Воротынцева Н.В. и др. // Изучение острых кишечных инфекций у детей. // Эпидемиология и инфекционные болезни. — 1999. — № 2. — С. 41–45.

2. Дмитраченко Т.И. Сальмонеллез, шигеллез: клинико-эпидемиологические и бактериологические критерии рациональной антибактериальной терапии: Автор. дис. ... д-ра мед. наук. — Мн., 2002.

3. Ключарева А.А., Малякко Д.В., Гриневич О.В. и др. // Этиотропная терапия острых кишечных инфекций у детей. // Здравоохранение. — 2004. — № 7. — С. 45–53.

4. Лечение острых кишечных инфекций у детей: Пособие для врачей / Сост. А.В. Горелов, Л.Н. Милютин, Д.В. Усенко. — М., 2003.