



ВОЛОХОВА О.А., БЕХТЕРЕВА М.К., НЫРКОВА О.И., ПТИЧНИКОВА Н.Н., ХОРОШЕВА Т.С.

ФГБУ НИИ ДИ ФМБА России, г. Санкт-Петербург

УДК 579.842.14:616.9:616.34-053.2

Клинические особенности сальмонеллеза у госпитализированных детей на современном этапе

Острые кишечные инфекции — одна из важнейших проблем педиатрии. Лидером в структуре расшифрованных диарей являются вирусные диареи, а среди бактериальных кишечных инфекций первое место занимают сальмонеллезы. Нами в клинике кишечных инфекций ФГБУ «НИИДИ ФМБА России» в 2006-2012 гг. проведено динамическое наблюдение за 631 ребенком с гастроинтестинальной формой сальмонеллеза в возрасте от 1 месяца до 18 лет. Доказано, что абсолютное преобладание сальмонеллеза enteritidis в 2002-2005 годах к 2006-2008 годам сменилось резким подъемом заболеваемости сальмонеллезом typhimurium (6% против 30) в Санкт-Петербурге, с постепенным уменьшением его доли к 2010-2012 гг. до 18%, за счет увеличения доли инфекции, обусловленной другими серотипами сальмонелл (12,9%).

Наиболее часто сальмонеллез встречался у детей в возрасте 1-4 лет, выявлено, что к 2011-2012 гг. среди госпитализированных детей с сальмонеллезом выросла доля детей в возрасте до 1-го года (с 18% до 31). Установлено, что в настоящее время в клинической картине преобладает синдром гастроэнтерита — 36,5% против 12,3 в предшествующие годы, кроме этого, число случаев заболевания с изолированным поражением тонкого кишечника выросло с 6,2% до 11,1, а частота изолированного поражения дистальных отделов толстого кишечника снизилась с 41,5% до 18,7.

В то же время для детей раннего возраста характерна затяжная дисфункция кишечника, а у старших детей доминирует болевой абдоминальный синдром. Длительность и выраженность общеинфекционных симптомов не имели достоверных возрастных отличий. Отмечена тенденция к более частому развитию энтероколита у детей до 1-го года по сравнению с другими возрастными группами, а у детей старше 3 лет также чаще развивается водянистая диарея. В клинической картине при среднетяжелой форме сальмонеллеза у детей старше 4 лет достоверно чаще отмечался болевой абдоминальный синдром, чем у детей младшего возраста, а для пациентов в возрасте до 4 лет характерна достоверно более длительная диарея.

Доказано, что частота развития тяжелых форм была в 2 раза выше у детей школьного возраста по сравнению с детьми раннего возраста (12,5% против 7). Для сальмонеллеза typhimurium было характерно более частое развитие тяжелых форм инфекции, чем при сальмонеллезе enteritidis (9,25% против 4,3).

При использовании в повседневной практике молекулярно-генетических методов диагностики в 2009-2012 гг. установлено, что смешанные инфекции при сальмонеллезе регистрировалась в 43,4%. У 77,3% детей в острый период заболевания отмечалось выделение двух возбудителей. На долю вирусных агентов пришлось 85,3%, в остальных случаях были установлены сальмонеллезно-бактериальные ассоциации (кампилобактерии, диареогенные эшерихии) (14,7%). В 22,7% случаев у пациентов со смешанным сальмонеллезом выделялись три возбудителя одновременно. Смешанные кишечные инфекции чаще встречались у детей в возрасте 1-4 лет (52%), а у детей до 1 года смешанные инфекции при сальмонеллезе диагностированы в (26,4%). У детей 1-4 лет достоверно чаще встречались сальмонеллезно-вирусные ассоциации, чем у пациентов до 1-го года, 4-7 лет и школьников (54% против 29,7; 10,8; 5,5 соответственно).

Поражение верхних отделов ЖКТ по типу гастроэнтерита достоверно чаще встречалось при сочетании сальмонеллеза с вирусными диареями (76,6% против 32,4 при бактериально-бактериальной). При ассоциации сальмонелл с другими бактериальными возбудителями выявлена тенденция к более частому вовлечению в процесс толстой кишки (гастроэнтероколит и энтероколит). В клинической картине гастроинтестинального сальмонеллеза, сочетающегося с выделением других бактериальных агентов, превалировал интоксикационный синдром и фебрильная лихорадка, так же отмечался болевой абдоминальный синдром (сильные боли в животе в 37,8% и болезненность при пальпации по ходу толстой кишки в 67,6% случаев) и признаки вовлечения в процесс дистальных отделов кишечника (дистальный колит — 46% и гемоколит — 24,3%). Клиническая картина сальмонеллеза, протекающего в сочетании с вирусными диареями, характеризовалась доминированием синдрома дегидратации (94%), частота которого была достоверно выше, чем при сальмонеллезно-бактериальных ассоциациях (38%, $p < 0,05$). Ни в одном случае сальмонеллезно-вирусной кишечной инфекции не было выявлено вовлечения в процесс дистального отдела толстой кишки.

Таким образом, сальмонеллез сохраняет свою актуальность в патологии детского возраста, отмечается эволюция клинической картины гастроинтестинальных форм инфекции, более 40% госпитализированных детей с сальмонеллезом переносят ОКИ смешанной этиологии, преимущественно вирусно-бактериальной.