

**Иванова Ю.В., Кухаренко А.В., Федотов А.В., Журавлева Н.С.  
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ У  
ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

Кафедра госпитальной педиатрии  
Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская Федерация

**Ivanova Y.V., Kukharenko A.V., Fedotov A.V., Zhuravleva N.S.  
PECULIARITIES OF THE ACUTE INTESTINAL INFECTION COURSE IN  
CHILDREN OF EARLY AGE**

Department of hospital pediatrics  
Ural state medical university  
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: kyoku.fedotoff@yandex.ru

**Аннотация.** В статье приведены результаты анализа особенностей клинического проявления острой кишечной инфекции, протекающих с синдромом гемоколита у детей в возрасте от 0 до 3 лет в зависимости от вида вскармливания на первом году жизни.

**Annotation.** The article presents the results of the analysis of the features of the clinical manifestation of acute intestinal infection occurring with hemocolitis syndrome in children aged 0 to 3 years, depending on the type of feeding in the first year of life.

**Ключевые слова:** острые кишечные инфекции, гемоколит, детский возраст, грудное вскармливание.

**Key words:** acute intestinal infections, hemocolitis, children's age, breastfeeding.

**Введение**

По данным ВОЗ, в мире ежегодно регистрируется 1,7 млрд. «диарейных» заболеваний, что демонстрирует значимость данной группы инфекционной патологии для человека. Острые кишечные инфекции (ОКИ) занимают одно из ведущих мест в структуре инфекционной патологии у детей[2].

Значительная доля диарейных инфекций имеет вирусно-бактериальное происхождение. Вирусно-бактериальные ассоциации, обусловленные условно-патогенной флорой (УПФ), в большинстве случаев развиваются у детей раннего возраста (71,6%)[3], протекают в тяжелой форме, с явлениями гастроэнтероколита и развитием осложнений [4].

Развивающийся при этом диарейный синдром может иметь секреторный, осмотический либо инвазивный характер. Несмотря на преобладание у детей

секреторно-осмотических вариантов диарей, серьёзную проблему представляют инвазивные диареи, протекающие с синдромом гемоколита.

По этой причине при гемоколите необходима дифференциальная диагностика среди широкого круга заболеваний как инфекционного, так и неинфекционного генеза[5]. При этом гемоколит наиболее часто вызывают *Salmonella enteritidis*, *Campilobacter* и *Klebsiella pneumonia* [1].

**Цель исследования** - выявить особенности клинико-лабораторного течения острых кишечных инфекций, протекающих с синдромом гемоколита у детей в возрасте от 0 до 3 лет в зависимости от характера вскармливания на первом году жизни.

#### **Материалы и методы исследования**

Проведен ретроспективный анализ историй болезни детей с острой кишечной инфекцией, госпитализированных в ДГБ №15 г. Екатеринбург в возрасте от 0 до 36 месяцев в течении 2018 года.

Было обследовано 35 детей (16 девочек (45,7%) и 19 мальчиков (54,3%)) в возрасте от 0 до 3 лет, получившие стационарное лечение в связи с развившейся острой кишечной инфекцией, протекавшей с синдромом гемоколита и установленным этиологическим фактором.

При этом дети имели сопутствующие патологии у 63% (n=22) детей, в том числе у 18,1% (n=4) из них отмечено наличие 2 и более сопутствующих заболеваний: острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) у 20% (n=7), аллергический дерматит у 17% (n=6), кандидоз кожи или слизистой рта у 20% (n=7), вторичный пиелонефрит у 5,7% (n=2), цистит у 2,9% (n=1), пневмония у 2,9% (n=1), анемия у 2,9% (n=1), болезнь Гиршпунга у одного 2,9% ребенка.

В условиях стационара проводились следующие исследования: однократное копрологическое исследование; однократное бактериологическое определение патогенной и условно-патогенной микрофлоры; выявление антигена ротавируса и норовируса методом ПЦР; определение антигена кампилобактер при помощи реакции прямой гемагглютинации (РПГА); микроскопическое исследование кала для выявления простейших.

Статистическая обработка полученных экспериментальных данных проводилась с использованием пакета программ Statistica 10.0. Для анализа данных использовалась проверка типа распределения данных с помощью теста Шапиро – Уилка и непараметрические тесты: для зависимых выборок – критерий Вилкоксона; для независимых выборок – U-критерий Манна-Уитни. Уровень значимости в указанном исследовании принимался при значении  $p \leq 0,05$ .

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

В результате анализа полученных данных было установлено, что из 35 детей, находившихся на лечении, в течении первого года жизни 43% (n=15) находились на грудном вскармливании, а 57% (n=20) - на искусственном вскармливании адаптированными молочными смесями.

Изучение сезонности позволило установить, что пик заболеваемости приходился на летний и осенний период (43% и 37% соответственно) и спад в

зимний и весенний период (6% и 14% соответственно). Какой-либо связи по преимущественному возрасту или типу вскармливания в каждом сезоне установить не удалось ( $p>0,05$ ).

Острые кишечные инфекции, протекающие с синдромом гемоколита были вызваны следующими возбудителями: *Kl. Pneumonia* – 29,5% ( $n=15$ ), *Campylobacter* – 26% ( $n=13$ ), *Salmonella enteritidis* – 19,6% ( $n=10$ ), *Norovirus* – 15,7% ( $n=8$ ), *St.aureus* – 7,8% ( $n=4$ ), *Rotavirus* - 2% ( $n=1$ ) (рис. 1). При этом в 26% ( $n=13$ ) по результатам обследования зарегистрировано наличие двух и более возбудителей. Достоверной связи с преимущественным возрастом или типом вскармливания установлена не отмечена ( $p>0,05$ ).

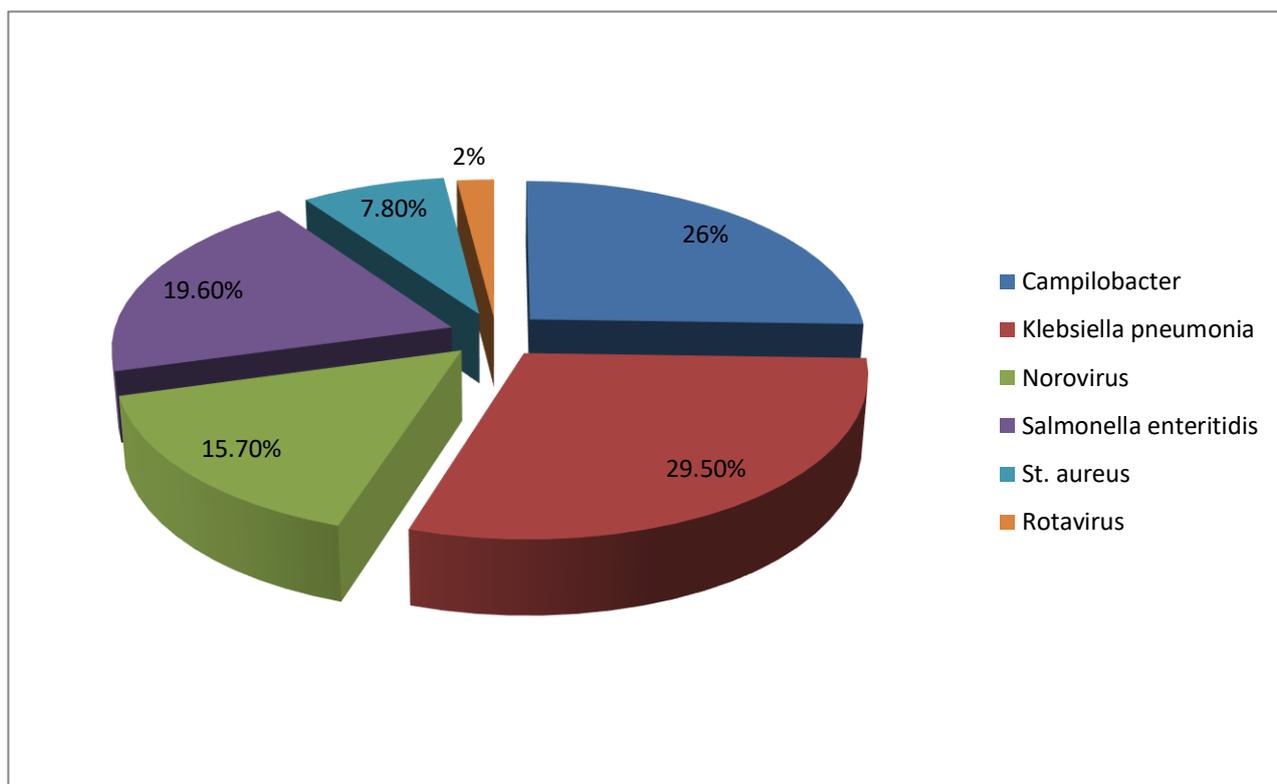


Рис. 1. Этиология возбудителей ОКИ, сопровождавшихся синдромом гемоколита в исследуемой группе

Развитие синдрома гемоколита, сопровождающего течение острой кишечной инфекции у детей, находившихся на искусственном вскармливании в течение первого года жизни происходило, в среднем, в течение 2 дней ( $median=2$ ) после появления клинической симптоматики. При этом у детей, находившихся на грудном вскармливании, время проявления гемоколита увеличивалось до 3 дней ( $median=3$ ) после появления первых симптомов ( $p<0,05$ ).

Синдром интоксикации, проявлявшийся, в частности, снижением аппетита, уменьшением двигательной активности, нарушением сна, а также в

виде лихорадки развивался у подавляющего количества детей в 94,3% (n=33) случаев.

У группы детей, находившихся на искусственном вскармливании, длительность периода интоксикации в среднем не превышала 3 дней (median=3), однако в группе обследуемых, находившихся на грудном вскармливании, этот показатель не превышал 2 дней (median=2), при этом разница имеет статистически значимый уровень (p<0,05) (табл. 1).

Таблица 1

Сравнительная характеристика появления гемоколита и длительности интоксикации у детей, находившихся на грудном и искусственном вскармливании в течение первого года жизни (n=35)

День появления синдрома гемоколита после начала заболевания				Длительность интоксикационного синдрома после начала заболевания (дней)			
№	Дети на грудном вскармливании	№	Дети на искусственном вскармливании	№	Дети на грудном вскармливании	№	Дети на искусственном вскармливании
1	3	1	2	1	2	1	3
2	4	2	2	2	4	2	3
3	2	3	1	3	0	3	2
4	3	4	2	4	1	4	3
5	2	5	3	5	1	5	2
6	3	6	1	6	1	6	3
7	3	7	3	7	2	7	1
8	1	8	1	8	2	8	2
9	3	9	4	9	2	9	3
10	2	10	2	10	3	10	5
11	2	11	2	11	2	11	3
12	2	12	1	12	1	12	4
13	3	13	2	13	2	13	3
14	3	14	3	14	2	14	4
15	4	15	1	15	0	15	2
		16	3			16	3
		17	2			17	2
		18	1			18	3
		19	2			19	1
		20	1			20	3
<b>median</b>	<b>3</b>		<b>2*</b>		<b>2</b>		<b>3*</b>

\* p<0,05 (для анализа использовался непараметрический тест для зависимых выборок – критерий Вилкоксона)

**Выводы:**

1. В подавляющем большинстве случаев возбудителями ОКИ с синдромом гемоколита являлись *Kl. Pneumonia* (29,5%), *Campylobacter* (26%), *Salmonella enteritidis* (19,6%), *Norovirus* (15,7%);

2. Пик сезонной заболеваемости ОКИ с синдромом гемоколита приходился на летне-осенний период (до 80% случаев);

3. Развитие синдрома гемоколита, сопровождающего течение острой кишечной инфекции у детей, находившихся на искусственном вскармливании в течение первого года жизни происходило в среднем на 1 день раньше, чем у детей на грудном вскармливании ( $p < 0,05$ ). При этом продолжительность синдрома интоксикации у детей на искусственном вскармливании увеличивалась по сравнению с детьми на грудном вскармливании на 1 день ( $p < 0,05$ ).

**Список литературы:**

1. Кессаева И.К. Клинико-эпидемиологическая характеристика и совершенствование диагностики острых кишечных инфекций у детей. // Дис. канд. мед. наук – Владикавказ. - 2015.

2. Кулиева З.М. Состояние микрофлоры кишечника у госпитализированных детей с острыми кишечными инфекциями / З.М. Кулиева, Л.И. Рустамова, С.М. Фараджаева и др. // Детские инфекции, - 2018. – Т. 17. – №4. – С. 62-64.

3. Кучеренко Н.П. Клинико-этиологическая характеристика кишечных расстройств у детей раннего возраста / Н.П. Кучеренко // Медико-социальные проблемы семьи. – 2012. – Т. 17, № 3-4. – С. 100-101;

4. Лукьянова А.М. Клинико-эпидемиологическая характеристика вирусных диарей у детей / А.М. Лукьянова, М.К. Бехтерева, Н.Н. Птичникова // Журнал инфектологии. – 2014. – Т. 6. - № 1. – С. 60-66;

5. Хаертынов Х.С. Клинико-эпидемиологические особенности кишечных инфекций, протекающих с синдромом гемоколита у детей / Х.С. Хаертынов, Д.Р. Семёнова, К.В. Сушнико // Казанский медицинский журнал. – 2013. - Т. 94. - № 2. - С. 208-211.

УДК 616-053.36

**Исмагилова И.Ф., Ермишина Е.Ю.  
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СОДЕРЖАНИЯ АСКОРБИНОВОЙ  
КИСЛОТЫ В КАШАХ ДЛЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

Кафедра общей химии  
Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская Федерация

**Ismagilova. I.F., Ermishina E.Yu.  
COMPARATIVE ANALYSIS OF ASCORBIC ACID CONTENT IN THE  
GRUELS FOR YOUNG CHILDREN**

Department of general chemistry  
Ural state medical university  
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: ermishina.e.yu@mail.ru