

Кампилобактериоз у детей: клинико-лабораторные аспекты

Лагир Г.М.

Белорусский государственный медицинский университет
Кафедра детских инфекционных болезней

Клюйко Н.Л.

УЗ «Городская детская инфекционная клиническая больница» г.
Минска

Актуальность проблемы

Острые кишечные инфекции (ОКИ) сохраняют свою значимость в педиатрической практике, занимая одно из ведущих мест в структуре инфекционной патологии. Несмотря на достигнутые успехи в изучении возбудителей ОКИ, в практической медицине остается не установленная этиология более 40-50% кишечных инфекций.

Наряду с этим, в последние годы перечень потенциальных патогенов значительно расширился. В их числе важное место занимает кампилобактериоз.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ: изучение клинико-лабораторных особенностей кампилобактериозной инфекции у детей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами проведен анализ клинических проявлений и лабораторных показателей кампилобактериозной инфекции по 63 историям болезни детей, находившихся на лечении в УЗ ГДИКБ г.Минска в 2013 году. Диагноз у 6 детей установлен при бактериологическом посеве фекалий, а у 57 пациентов - обнаружением ДНК кампилобактерий методом ПЦР в фекалиях больных при проведении мониторинга.

В УЗ ГДИКБ г.Минска при проведении мониторинга в течении 6 месяцев методом ПЦР фекалий из 500 обследуемых пациентов у 83 обнаружена ДНК кампилобактерий (16,6%).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Среди пациентов было 34 мальчика (54%) и 29 девочек (46%).

Средняя продолжительность лечения детей в стационаре составила 7,63 койко/дня.

В 92% случаев (58 детей) заболевание протекало в среднетяжелой и в 8% (5 детей) – в тяжелой форме, причем тяжелую форму заболевания переносили дети в возрасте до 2-х лет.

Средний возраст детей составил 2,08 ± 0,31 года.

У всех пациентов отмечалось острое начало заболевания.

Так, у 29 детей (46%) заболевание начиналось с повышения температуры и жидкого стула; у 14 детей (22,2%) - с повышения температуры, повторной рвоты и жидкого стула; у 20 пациентов (31,7%) с рвоты и жидкого стула без лихорадки.

При поступлении в стационар лихорадка отмечалась у 53 пациентов (84,1%).

Повышение температуры до 38,0 С отмечалось у 14 детей (26,4%), до 38,5 С - у 10 детей (18,9%), а в основном преобладала фебрильная температура (38,6-40,0 С)- у 29 детей (54,7%). У 10 пациентов (15,9%) повышения температуры тела не было.

Продолжительность лихорадки -- 3,06 ± 0,17 дня.

Рвота отмечалась у 44 пациентов (69,8%) и сохранялась в среднем 1,75 ± 0,17 дня. У 19 детей (43,2%) рвота была однократной, у 16 детей (36,4%) – 2-3 раза в сутки и у 9 детей (20,4%) – кратность рвоты была от 4 до 8 раз в сутки.

У 37 пациентов (58,7%) стул имел энтероколитический характер, у 31 (49,2%) из них отмечались признаки гемоколита, 26 пациентов (41,3%) имели энтеритный характер стула. Средняя продолжительность гемоколита составила 1,45 ± 0,14 дней.

У 12 детей (19,0%) дисфункция кишечника продолжалась 3 дня, у 23 детей (36,5%) – до 5 дней и у 28 детей (44,5%) была свыше 5 дней. Средняя продолжительность дисфункции кишечника у пациентов составила 4,79 ± 0,17 дня.

У 43 детей (68,3%) отмечались боли в животе: в течение одного дня - у 20 детей (46,5%), от 2-4 дней – у 20 детей (46,5%) и у 3 (7,0%) - в течение 5 и более дней.

При поступлении в стационар у 12 пациентов (19%) установлена ПА степень дегидратации, у 32 пациентов (50,8%) -I степень, у остальных детей признаков дегидратации не выявлено.

В общем анализе крови у 52 пациентов (82,5%) выявлен лейкоцитоз или нормоцитоз с нейтрофиллезом, у 11 детей (17,5%) изменений не было. В биохимическом анализе крови не отмечалось повышения уровня мочевины. У 3-х пациентов выявлена гипокалиемия, у 5 детей из 8 обследуемых отмечалось повышение уровня СРБ, причем максимально до 36.

ВЫВОДЫ

1. Применение метода ПЦР у пациентов с гемоколитами позволяет улучшить диагностику кампилобактериоза у детей.
2. Кампилобактериозом страдают в основном дети от 0 до 3-х лет (76,2%), причем в 92% - в среднетяжелой форме.
3. У большинства пациентов (68,2%) заболевание начинается остро с лихорадки, жидкого стула, с присоединением рвоты (69,8%), которая сохраняется в среднем до 2-х дней.
4. В течении болезни преобладала фебрильная температура у 54,7% пациентов, которая сохранялась в среднем 3 дня.
5. Стул в основном имел энтероколитический характер с дисфункцией кишечника до 5 дней, а у 49,2% пациентов наблюдался гемоколит, в среднем в течении 2-х суток, в основном у детей до 1 года (45,2%).
6. Выраженных признаков дегидратации не выявлено. Преобладала I степень у 50,8% пациентов, II степень у 19%, а у 30,2% признаков обезвоживания не было.
7. Боли в животе отмечались у 68,3% детей в среднем 1-2 дня.