

УДК 616.981.48 (575.2) (04)

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КИШЕЧНОГО ИЕРСИНИОЗА И ШИГЕЛЛЕЗА У ДЕТЕЙ

*А.И. Мамбетова* – аспирантка

*А.И. Романенко* – докт. мед. наук, проф.

---

This paper presents the results of monitoring of infections caused by *Yersinia enterocolitica* and *Shigella flexneri* and dysentery. The clinical features of *Yersinia* infections and shigellosis.

Понятие острые кишечные инфекции объединяет обширную группу инфекционных заболеваний, характеризующихся выраженной полиэтиологичностью. Эти заболевания имеют не только самостоятельную этиологию, но эпидемиологию и клинику. Острые кишечные инфекции вызывают различные возбудители, среди которых немаловажную роль играют патогенные энтеробактерии (шигеллы, сальмонеллы, энтеропатогенные кишечные палочки и очень часто условная патогенная флора).

Среди наблюдаемых больных оказалась группа детей с положительными бактериологическими посевами шигелл (32 ребенка). Мы проанализировали и сравнили продолжительность клинических симптомов у больных кишечным иерсиниозом и шигеллезной инфекцией.

Изучение спектра сероваров шигелл свидетельствует об их разнообразии в этиологической структуре болезни: *Sh. dysenteriae* – 2, *Sh. flexneri* – 30. Шигеллы Флекснера были представлены следующими сероварами: *Sh. flexneri* 1a – 8, *Sh. flexneri* 1b – 2, *Sh. flexneri* 2a – 10, *Sh. flexneri* 2b – 1, *Sh. flexneri* 6 – 9. Следовательно, в видовом составе преобладали шигеллы Флекснера, среди которых чаще был представлен серовар *Sh. flexneri* 2a.

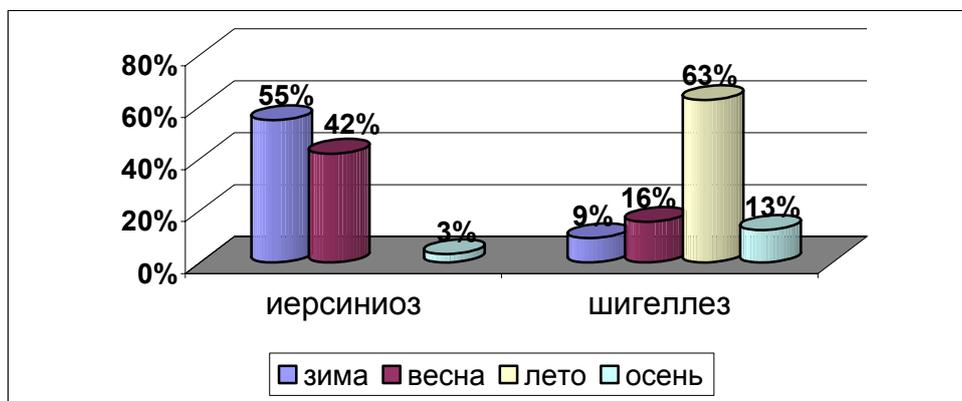
Среди детей, больных шигеллезом и кишечным иерсиниозом, преобладали дети 1-го года жизни, мальчики и дети городских жителей. Существенную роль на восприимчивость

ребенка к инфекции оказывал вид вскармливания. Так, только 18,7% детей, больных шигеллезом, находились на грудном вскармливании, половина детей (50,0%) – на искусственном. При кишечном иерсиниозе большая часть детей находилась на смешанном вскармливании (54,9%).

Наши наблюдения показали также, что для иерсиниоза характерна весенне-зимняя сезонность, при дизентерии отмечается рост заболеваемости в летнее время (см. рисунок). Данные о продолжительности некоторых клинических синдромов при иерсиниозе и шигеллезе, представлены в таблице.

Продолжительность заболевания была максимальной при шигеллезной инфекции ( $14,0 \pm 2,3$  дня); минимальной – при кишечном иерсиниозе ( $9,8 \pm 0,5$ ). Длительность лихорадки была наибольшей также при шигеллезе ( $3,5 \pm 0,4$  дня), а при кишечном иерсиниозе меньшей ( $2,6 \pm 0,3$  дня). Причем при дизентерии отмечалось повышение температуры до  $37,5-39,0^\circ\text{C}$ .

Длительность интоксикации, как и длительность лихорадки, при указанных инфекциях существенно (достоверно) различается. Более продолжительная интоксикация наблюдалась у больных шигеллезом ( $4,1 \pm 0,3$  дня) и менее длительная при иерсиниозе ( $3,2 \pm 0,3$ ). Одним из критериев наличия интоксикации у больных была рвота. Чаще всего она наблюдалась при шигеллезе ( $50,0 \pm 12,5\%$ ), чуть меньше



Сезонное распределение больных иерсиниозом и шигеллезом

Средняя продолжительность клинических симптомов при ОКИ у детей, сутки

Длительность синдрома	Иерсиниоз	Дизентерия	P
Лихорадка	2,6±0,3	3,5±0,4	<0,05
Интоксикация	3,2±0,3	4,1±0,3	<0,05
Дисфункция кишечника	6,2±0,4	10,3±2,3	>0,05
Катаральные явления	5,5±0,6	4,0±0,3	<0,05
Частота стула за сутки	7,2±0,8	9,9±1,2	>0,05
Длительность болезни	9,8±0,5	14,0±2,3	>0,05

при иерсиниозе (32,2±14,7%). У большинства больных отсутствовал аппетит: при дизентерии в 84,3 ±7,0% случаев, при иерсиниозе – в 70,9±9,6%.

Самая длительная дисфункция кишечника отмечалась при шигеллезной инфекции (10,3±2,3 дня), затем кишечный иерсиниоз (6,2±0,4 дня). При дизентерии выявлена положительная корреляционная связь длительности диареи с общей продолжительностью болезни ( $r=+0,9$ ), при иерсиниозе этот показатель был чуть ниже ( $r=+0,7$ ). Наибольшая кратность стула при шигеллезе была 9,9±1,2 раза в сутки, при кишечном иерсиниозе – 7,2±0,8 раза в сутки. В стуле обнаруживались слизь (при шигеллезе в 87,5±6,2% случаев, при кишечном иерсиниозе в 74,0±9,1% случаев), гемоколит (соответственно, в 34,4±14,3% и 22,6±15,7%).

Характерные проявления шигеллезной инфекции – эквиваленты тенезмов у детей обнаружены в 59,4±11,2%, при кишечном иерси-

ниозе также имели место тенезмы в 22,6±15,7% случаев, но реже, чем при шигеллезах. Явления сфинктерита чаще наблюдались при кишечном иерсиниозе (54,8±12,1% случаев), при шигеллезе реже (40,6±13,6%). Поражение тонкого кишечника, проявляющееся метеоризмом, у наших больных чаще всего наблюдалось при кишечном иерсиниозе – в 51,6±12,5% случаев, при шигеллезе – 15,6±16,2%. Гепатомегалия при шигеллезе составляла 53,0±12,1%, а при кишечном иерсиниозе – 42,0±13,7% случаев.

Изменения со стороны картины периферической крови больных были различными. Явления лейкоцитоза отмечены у половины больных шигеллезом (50,0±12,5%), при иерсиниозе – у 22,5±15,7%. При обеих формах инфекции выявлена слабая корреляция лейкоцитоза с продолжительностью интоксикации ( $r=+0,2$ ). Со стороны белой крови – нейтрофилез со сдвигом влево выявлен у 28,0±14,9%

инфицированных шигеллезом и у  $16,1 \pm 16,4\%$  иерсиниозом. Ускоренная СОЭ отмечена в  $48,3 \pm 12,9\%$  и  $43,7 \pm 13,2\%$  случаев кишечного иерсиниоза и шигеллеза соответственно. Кратковременные изменения в моче при шигеллезной инфекции обнаружены в виде незначительной протеинурии ( $9,4 \pm 16,8\%$ ), лейкоцитурии ( $15,6 \pm 16,2\%$ ). При кишечном иерсиниозе изменения в моче проявлялись значительно: протеинурия –  $12,9 \pm 16,7\%$ , лейкоцитурия –  $19,3 \pm 16,1\%$ .

Среди пациентов с шигеллезом и иерсиниозом высок процент больных средней тяжести (соответственно  $59,4$  и  $80,6$ ), а при инфицировании дизентерией отмечается и большее количество тяжелобольных ( $37,5\%$ ). При иерсиниозе тяжелая форма встречается в  $16,1\%$  случаев. Среднее пребывание больных в стационаре при кишечном иерсиниозе  $M=6,0 \pm 0,4$

дня, при шигеллезе этот показатель выше –  $M=7,2 \pm 0,4$  дня.

Таким образом, тяжесть болезни зависит от этиологии инфекции, преморбидного фона, сроков поступления больного в стационар.

#### 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. Карягина Е.И. Этиология острых кишечных инфекций у детей // Росс. вест. перинатологии и педиатрии. – 1993. – Т. 38. – №3. – С. 17–20.
3. Лучшев В.И., Андреевская С.Г. и др. Иерсиниозы // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 1997. – №3. – С. 41–44.