

КИШЕЧНАЯ КОЛИИНФЕКЦИЯ «КРЫМ» У ДЕТЕЙ

Проф. Е. В. Белогорская, доц. Л. А. Кузнецова, З. З. Искандерова,
Г. С. Подряднов

Кафедра детских болезней (зав.— проф. Е. В. Белогорская) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова и детская инфекционная больница г. Казани (главрач — Г. С. Подряднов)

Реферат. По данным клинических наблюдений (377 больных), колиинфекция «Крым» у большинства детей протекает в легкой форме, имеет острое или abortивное течение. Рвота, вялость, понижение аппетита отмечены у 1,8% детей, преимущественно раннего возраста. У 34% детей был жидкий или полужидкий стул со слизью. Симптомов гемоколита не наблюдалось. Лечение антибиотиками неомитинового ряда или нитрофурановыми препаратами оказалось одинаково эффективным.

Ключевые слова: колиинфекция «Крым».

2 таблицы. Библиография: 3 названия.

Энтеропатогенная кишечная палочка «Крым» была впервые выделена от больных при групповых и единичных желудочно-кишечных заболеваниях неясной этиологии на южном побережье Крыма и в некоторых других областях. В 1968 г. Э. М. Новогородская, О. М. Семенова и В. А. Арбузова идентифицировали выделенные от этих больных культуры, обосновали их принадлежность к роду эшерихия (II категория), установили этиологическую роль этих энтеропатогенных кишечных палочек (ЭПКП) в развитии острых кишечных заболеваний. Условно микроорганизмы были обозначены «Эшерихия Крым» [2].

В Казани у детей начали регистрировать ЭПКП «Крым» с 1972 г. По данным детской инфекционной больницы г. Казани, колиинфекция «Крым» занимает видное место среди вызванных ЭПКП заболеваний у детей (см. табл. 1).

Описанию клиники колиинфекции «Крым» у детей и взрослых посвящено лишь несколько работ, к тому же выполненных на сравнительно небольшом материале [1, 3]. Все это побудило нас проанализировать особенности этой кишечной инфекции у детей.

Под нашим наблюдением находилось 377 детей с колиинфекцией «Крым», госпитализированных в детскую инфекционную больницу. В возрасте до года было 25 детей, от года до 2 лет—86, от 2 до 3 лет—57, от 3 до 7 лет—182 и от 7 до 14 лет—27. У всех больных диагноз был подтвержден выделением возбудителя из испражнений. У 12,1% из них ЭПКП «Крым» выделялась от 2 до 3 раз. У 7 больных она сочеталась с шигеллой «Зонне», у 3—с другими серогруппами ЭПКП (0111-1, «408»-1, 0126-1). 376 больных из 377 были выявлены при бактериологическом обследовании по разным поводам: 44 как контактные с больным дизентерией, 14 как контактные с больным колиинфекцией «Крым», 53 как переболевшие дизентерией и 4—колиинфекцией 0124, 0128; 57 детей обследованы ввиду неустойчивого стула, остальные—в связи с устройством в детские ясли, сады. 366 детей поступили в стационар с диагнозом: колиинфекция «Крым»; 11 больных было направлено с различными другими диагнозами, указывавшими на наличие острого желудочно-кишечного заболевания (колиэнтерит, диспепсия, кишечная инфекция невыясненной этиологии и др.).

Острое начало было только у 25 (6,7%) детей, температура чаще была нормальной, повышение ее (до 37,1—38,0°) наблюдалось лишь у 17,2% больных в течение 1—7 дней при отсутствии сопутствующих заболеваний и осложнений. Наиболее часто повышалась температура у детей до 2 лет (см. табл. 2). У детей старше 3 лет повышение температуры зарегистрировано в 7,2%. Рвота, вялость и понижение аппетита

Таблица 1

Удельный вес колиинфекции «Крым» в общей заболеваемости детей кишечной колиинфекцией по данным детской инфекционной больницы г. Казани

Год	Число больных	Из них с колиинфекцией «Крым»	
		абс. число	%
1972	231	25	10,8
1973	329	32	9,7
1974	477	83	17,4
1975	494	308	62,3
1976	283	123	43,5
1977	79	25	31,6

Клинические проявления у больных колиинфекцией «Крым» в зависимости от возраста

Возрастные группы	Число детей	Повышенные температуры		Симптомы токсикоза		Жидкий стул со слизью		Неустойчивый стул		Нормальный стул		Длительность кишечной дисфункции, дни
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
До года . . .	25	10	40	4	16	13	52	3	12	9	36	11,5
От 1 до 2 лет	86	26	30,2	2	2,3	21	24,4	34	39,5	31	36,0	8,5
От 2 до 3 лет	57	13	22,8	—	—	5	8,8	20	35,1	32	56,1	8,2
Старше 3 лет	209	15	7,2	1	0,5	4	1,9	28	13,4	177	84,7	6,5
Всего	377	64	17,0	7	1,8	43	11,4	85	22,5	249	64,4	8,6

отмечены лишь у 1,8% детей. Стул у 64,5% детей был нормальным, однако у 21 ребенка при нормальном стуле наблюдалась субфебрильная температура в течение 1—3 дней, которую ничем, кроме колиинфекции, нельзя было объяснить. У 2 детей при нормальной температуре и нормальном стуле была повторная рвота в течение 1—2 дней.

Из 33,9% детей с нарушениями стула у 11,4% он был жидкий со слизью, у остальных 22,5% — полужидкий, кашицеобразный со слизью или неустойчивый. Кишечная дисфункция чаще выявлялась у детей первых двух лет; так, процент больных, имевших жидкий стул, составлял: среди детей до года — 52,0, среди детей старше 3 лет — 1,9; нормальный стул был соответственно у 36,0 и 84,7% детей (см. табл. 2). Частота дефекаций у 91,5% больных — 1—2 раза в день, и только у 11 детей раннего возраста стул учащался до 6 раз. У 43 детей в копрограмме определялось много лейкоцитов, иногда слизь, у остальных наблюдались нормальные копрограммы или обнаруживались единичные лейкоциты. Симптомов гемоколита не было. У большинства детей с кишечной дисфункцией ее длительность не превышала 6—7 дней, у 25,3% достигала 12 дней, а у 3 детей первого года жизни кишечная дисфункция носила упорный характер и продолжалась около месяца. Нормализация стула быстрее наступала у детей старше трех лет. При анализе причин более продолжительной кишечной дисфункции оказалось, что она была связана с присоединением острых респираторных заболеваний, с внутрибольничным инфицированием другими кишечными инфекциями или неблагоприятным преморбидным фоном (гипотрофия, экссудативный диатез, рахит и др.).

У 20,1% детей течение заболевания осложнилось присоединением ОРЗ, пневмонии, отита. У 7,5% больных были обнаружены гельминты и лямблии.

Полученные нами данные свидетельствуют, что кишечная колиинфекция «Крым» встречается у детей любого возраста, довольно часто от 1 до 2 лет, как у посещающих, так и у не посещающих детские учреждения. У большинства больных заболевание протекает в легкой форме, без выраженного токсикоза. В отличие от того, что известно по литературе, рвоту, повышение температуры и другие симптомы интоксикации мы наблюдали редко, преимущественно у детей раннего возраста. По клинической картине кишечная колиинфекция «Крым» имеет острое или abortивное течение. Ни у одного больного не было установлено симптомов гемоколита. В 60% колиинфекция протекала бессимптомно по типу транзитного бактерионосительства.

Лечение детей, больных кишечной колиинфекцией «Крым», осуществлялось по общепринятым правилам с включением антибиотиков (мономицина, канамицина, неомицина внутрь, нитрофурановых препаратов или комбинации антибиотиков с сульфаниламидами или интрофуранами). Одновременно проводили витаминно-, ферментно- и диетотерапию, лечение сопутствующих заболеваний. 12% больных в связи с задержкой нормализации стула и повторным бактериовыделением получили 2 цикла лечения.

Для анализа результатов терапии все дети, поступившие в отделение с жидким стулом, были разделены на 3 группы в зависимости от варианта лечения: 1-я — больные (27), которым наряду с диетотерапией, ферментотерапией и витаминотерапией был проведен фуразолидоном в течение 7 дней; 2-я — больные (42), принимавшие один из антибиотиков (мономицин, канамицин, неомицин, тетрациклин) внутрь в течение 5—7 дней; 3-я — больные (43), получавшие комбинированное ле-

чение: одним из антибиотиков в сочетании с химиопрепаратами (нитрофураны, сульфаниламиды и др.).

Первые две группы оказались идентичными по составу больных, в третьей группе было больше детей с осложненным течением или неблагоприятным преморбидным фоном.

Нормализация стула у детей 1-й группы наступала в среднем через $6,1 \pm 0,8$ дня, в том числе у детей до 3 лет — через $7,4 \pm 1,2$, у детей старше 3 лет — через $3,7 \pm 1,3$ дня.

У больных 2-й гр. длительность дисфункции кишечника с начала лечения составила $6,8 \pm 0,8$ дня, в том числе у детей раннего возраста — $7,9 \pm 1,3$, у старших — $5,6 \pm 1,4$ дня. При сравнении полученных данных в группах разница оказалась несущественной ($P > 0,5$).

У больных 3-й гр., получавших комбинированное лечение, длительность кишечной дисфункции была больше — в среднем $10,1 \pm 1,9$ дня, в том числе у детей до 3-летнего возраста — $11,2 \pm 2,5$, у старших — $8,3 \pm 3,1$ дня.

Повторное бактериовыделение одинаково часто наблюдалось как у детей, которых лечили только нитрофуранами, так и у леченных антибиотиками. Так, из 48 больных с повторным выделением возбудителя 15 получали только фуразолидон, остальные 33 — один антибиотик или комбинированное лечение. Мы считаем, что в связи с легкостью течения колиинфекции «Крым» у детей старше 3 лет и опасностью кишечной реинфекции в стационаре госпитализация этих детей нецелесообразна. Наши данные совпадают с рекомендациями МЗ СССР.

Отсутствие разницы в сроках нормализации стула и частоте повторного бактериовыделения в группах больных, леченных антибиотиками и только нитрофуранами, позволяет рекомендовать в легких случаях заболевания проводить лечение нитрофурановыми препаратами на фоне витамин-, фермент- и диетотерапии, что является более выгодным и с экономической точки зрения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Милованова Л. П., Бондаренко Б. И., Кубасов И. Г. и др. Журн. микробиол., 1974, 6.— 2. Новгородская Э. М., Семенова О. А., Арбузова В. А. Материалы конференции «Вопросы эпидемиологии и лабораторной диагностики инфекционных заболеваний». Л., 1967.— 3. Райзе Ф. Е. В сб. Острые кишечные инфекции. Труды ин-та им. Пастера. Л., 1973.

Поступила 24 апреля 1979 г.

УДК 614.47:616.915—053.2—036.2

ПРИЧИНЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КОРЬЮ ПРИВИТЫХ ДЕТЕЙ

В. И. Качурец, Ф. Ф. Садеков, Ф. З. Шамсутдинова

Кафедра эпидемиологии (зав.— проф. В. И. Качурец) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова, Ленинградский НИИЭМ им. Пастера (зав. лабораторией — доктор мед. наук Д. А. Смородинов), городская санэпидстанция г. Казани (главрач — Н. В. Пигалова)

Реферат. В период массовой иммунизации заболеваемость корью снизилась в 8,1 раза, в период активной плановой вакцинации — в 15 раз по сравнению с допрививочным периодом. В последние годы произошло «повзросление» кори: увеличилась заболеваемость среди детей 10 лет и старше. В результате противокоревой иммунизации у основной массы детей (80,5%) вырабатывается иммунитет с концентрацией противокоревых антител в разведении 1:40 — 1:20. В то же время на напряженность прививочного иммунитета влияют факторы, связанные с нарушением техники иммунизации, возрастом прививаемых, сроком, прошедшим после вакцинации, качеством биопрепарата, перенесенными острыми заразными вирусными и кишечными заболеваниями в до- и послепрививочный период. Причиной подъема заболеваемости кори в 1974—1975 гг. явилась низкая иммунная прослойка, утрата поствакцинального противокорьевого иммунитета в течение 1—6 лет после вакцинации.

Ключевые слова: корь, иммунитет, заболеваемость.

1 таблица. Библиография: 6 названий.

Одним из важных достижений советского здравоохранения в деле борьбы с детскими инфекциями является резкое снижение заболеваемости и смертности от кори. Вакцинация против кори привела к изменению основных закономерностей эпидемического