

А. Д. МХИТАРЯН

КЛИНИКА ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОЙ ФОРМЫ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА ТИФИМУРИУМ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ПЕРВЫХ ТРЕХ ЛЕТ ЖИЗНИ

Изучались клинические особенности генерализованных форм сальмонеллеза тифимуриум у детей первых трех лет жизни. Установлено, что высокая заболеваемость сальмонеллезом у детей в Армянской ССР обусловлена преимущественным поражением детей первого года жизни. При относительном сходстве начального периода болезни во всех возрастных группах для детей до 1 года свойственна большая продолжительность начальной интоксикации, частота развития пневмонии, анемии, гепатоспленомегалии и обострений болезни, а также развитие случаев с затяжным течением.

Острые кишечные инфекции (ОКИ) у детей до последних лет широко распространены. По данным ВОЗ, смертность от ОКИ в отдельных странах составляет 50—70% общей смертности детей до 5 лет [1]. Среди ОКИ сальмонеллез в европейских странах составляет 65% [11].

В Армянской ССР, начиная с 1971 г., отмечается рост заболеваемости сальмонеллезом тифимуриум, наибольшая заболеваемость приходится на долю детей первых 3 лет и, особенно, первого года жизни. По данным республиканской СЭС АрмССР, в 1975 г. среди детей, заболевших сальмонеллезом, на возраст первого года жизни приходилось 80,3%, а к 1983 г. и до настоящего времени этот показатель возрос до 93,6%.

Вопросы клиники сальмонеллеза у детей широко освещены в литературе [2, 3, 12]. Однако особенности клиники генерализованной желудочно-кишечной формы сальмонеллеза тифимуриум в сравнительном аспекте у детей в возрасте первых 3 лет жизни освещены недостаточно, оставаясь актуальными и в настоящее время.

Нами изучены особенности клиники генерализованных форм сальмонеллеза у 132 больных вышеуказанного возраста, поступивших в стационар в первые 7 дней болезни (д.б.) из домашних условий. Больные были распределены по возрастным группам (44 чел.), которые сопоставлялись по основным клиническим параметрам, в том числе по частоте токсикоза с эксикозом: I и II степень его выявлена у 12, III—у 20 больных в каждой из названных групп.

Критериями диагностики генерализованной формы сальмонеллеза служили: наличие в начальном периоде болезни ОРЗ, бронхита, пневмонии вне эпидемиологической ситуации, высева возбудителя из мочи, слизи зева, носа; развитие инфекционно-токсического нефроза, анемии, обострений болезни, бронхита, пневмонии без предшествующей ОРВИ, гепатоспленомегалии на фоне умеренной частоты стула, не соответствующей тяжести болезни.

Клиническая картина генерализованной формы сальмонеллеза у детей в возрасте от 13 дней до 6 месяцев характеризуется острым началом с повышением средней температуры до 38,3° у всех больных, с

постепенным нарастанием к 4-му д. б. таких определяющих тяжесть заболевания проявлений, как беспокойство (100%), токсическая энцефалопатия (6,8—13,6%), токсикоз с эксикозом I, II, III степеней (86,4%). Рвота со средней частотой 2—4 раза в сутки с I-го д. б. выявляется у половины детей, патологический энтероколитического характера стул со средней частотой 4—6 раз в сутки—у всех больных.

Таким образом, характерными симптомами начального периода болезни являются: температура, беспокойство по типу психомоторного возбуждения, снижение аппетита, повторная рвота и появление патологического обильного нечастого стула с большой примесью зеленой слизи по типу «болотной тины». С 1-го д. б. у 18,2% детей отмечалось обложение языка бесцветным рыхлым налетом, у 36,4%—увеличение печени в среднем на 2,1 см и у 18,2%—увеличение селезенки в среднем на 1,3 см. Урчание, вздутие живота на 1-й д. б. выявляется у единичных больных (6,8 и 2,3% соответственно), а к 4—5-му д. б. определяются у 1/3 детей (у 29,6 и 27,3% соответственно). Проявления дистального колита—тенезмы, спастически сокращенная сигмовидная кишка в виде «тяжа»—определяются в 1-й д. б. у единичных больных и также чаще выявляются к 5-му д. б., наблюдаясь у 18,2% заболевших. Бронхит и пневмония к концу недели определяются у 22,7 и 20,5% детей соответственно. Лишь в конце недели у немногих больных выявляются нефроз и анемия (11,4 и 13,6% соответственно).

Течение болезни характеризуется продолжением первичной интоксикации у многих детей (68,2%) и появлением повторных волн токсикоза (45,0%), пневмонии (52,3%), увеличения печени (65,9%), селезенки (25,0%), развития нефроза (38,6%), анемии (29,6%), пареза кишечника (18,2%), токсической энцефалопатии (4,5%); патологический стул с частотой 4—5 раз в сутки наблюдался у всех больных (100%), температурная реакция—у 60—70% из них. Несколько увеличивается частота тенезмов (22,7%), встречающихся у младших детей в виде таких эквивалентов, как беспокойство, покраснение кожных покровов, движение ручками, ножками и т. д. Чувствительная при пальпации сокращенная сигмовидная кишка определяется у 25,0% больных, гемоколит—у 15,9%.

Высокий процент тенезмов, сокращенной сигмовидной кишки в исследованиях Н. В. Воротынцевой и соавт. [1—3] (у 66%) следует объяснить тем, что указанными авторами не выделялась частота изучаемых показателей у больных первого полугодия жизни, чем и обуславливается разность полученных данных. Гемоколит вне зависимости от тяжести болезни И. Л. Гусарская и соавт. [5] отмечают в 9,3% случаев, Н. В. Воротынцева [2]—у 39% детей. Наши данные совпадают с таковыми Т. А. Румянцевой и В. С. Казарина [10], выявивших гемоколит у 18,5% больных.

Увеличение печени в начале второй недели болезни в среднем на 1,5—2,4 см отмечается у 65,9% больных, селезенки на 1,5 см—у 25,0% детей, что совпадает с данными литературы [8, 9].

Наслоение ОРЗ отмечается у 13,6% больных данной группы. Другие осложнения (лекарственная экзантема, аллергический отек стоп,

катаральный и гнойный отит и инфильтрат ягодичной области) наблюдались у 27,3% детей. Нормализация температуры у 80% больных наступала к 26-му д. б., а у 99,0% детей—к 38-му д. б. Начиная с 6-го дня и в течение первых трех недель заболевания у 22,7% детей отмечалось снижение температуры до 36° и ниже. Такая гипотермия держалась в течение 1—2 дней и сопровождалась лишь бледностью покровов без ухудшения общего состояния больных, что, по-видимому, можно объяснить дистонией вегетативной нервной системы у детей. У 80,0% больных рвота прекращалась к 14-му д. б., а у остальных—в конце 3-й недели болезни. Нормализация стула у 80,0% больных наступала к 25, а у 99,0% детей—к 42-му д. б.

Итак, течение генерализованной формы сальмонеллеза у детей первого полугодия жизни сопровождается вовлечением в патологический процесс, помимо желудочно-кишечного тракта, также легких, печени, селезенки и т. п. Последнее является результатом паренхиматозной диффузии возбудителя болезни лимфой и кровью во все эти органы и системы с образованием соответствующих воспалительных очагов. Можно предположить, что появление клинической симптоматики воспалительного процесса в этих органах является не осложнением болезни, а проявлением внекишечных очагов сальмонеллеза у детей.

Клиническая картина начального периода генерализованной формы сальмонеллеза у больных в возрасте от 6 месяцев до 1 года и от 1 года до 3 лет аналогична таковой у детей первого полугодия жизни. Дальнейшее течение болезни у детей в возрасте от 1 до 3 лет отличается от таковой у больных первого и второго полугодия жизни меньшей частотой первичной интоксикации (в 1,5 раза), последующих волн токсикоза в результате обменных нарушений и наслоений (в 2 и 2,5 раза у больных второго и первого полугодий соответственно), пневмонии (2 и 3 раза соответственно), анемии, обострений болезни (в 2 раза), спленомегалии (5 и 10 раз), а также тенезмов, сокращенной сигмовидной кишки, гемоколита (в 2,5 раза).

Нормализация температуры у старших детей происходит на 9—14 дней раньше по сравнению с больными второго и первого полугодия жизни, рвота прекращается на 7 дней раньше, нормализация стула происходит раньше на 18 и 8 дней (соответственно).

Затяжное течение болезни во втором полугодии отмечалось лишь у 1 ребенка (2,3%), у детей первого полугодия, по сравнению с детьми второго полугодия жизни, оно наблюдалось в 6 раз чаще (у 13,6% больных). У всех больных в возрасте от 1 до 3 лет заболевание имело острое течение, что объясняется возрастными особенностями реактивности детей.

Как у больных первого, так и второго полугодия жизни лишь к 38-му дню болезни исчезает пневмония, уменьшается печень и сокращается селезенка. Таким образом, продолжительность острого течения генерализованной формы сальмонеллеза в этом возрасте составляет 40—45 дней, что соответствует данным литературы [3].

С 3-го по 30-й д. б. у 17 детей (38,6%) первого и второго полугодия жизни и у 13 больных (29,6%) в возрасте от 1 до 3 лет выявлены патологические изменения мочи: протеинурия (от следов до 0,25%/оо), лейкоцитурия (от 0 до 50 клеток в п/зр.), эритроцитурия (2—3 в п/зр) и цилиндрурия (3—5 в п/зр.). Высев возбудителя из мочи у детей первого полугодия жизни выявлен на 3-, 20-, 28-й д. б. у 3, на 18-й д. б.—у одного ребенка. Во втором полугодии возбудитель высеян из мочи на 3-, 7- и 12-й д. б. у 4 детей и на 13- и 14-й д. б. у одного ребенка. У детей в возрасте от 1 до 3 лет положительная уринокультура выявлена на 3-, 7- и 12-й д. б. у 4 детей и на 13- и 14-й д. б. у 5 больных.

Т. И. Дмитриовская [6] поражение почек при сальмонеллезе тифуриум трактует как нефрозо-нефрит. Нами указанные патологические отклонения со стороны почек трактуются как инфекционно-токсический нефроз сальмонеллезной этиологии, что подтверждается данными литературы [7].

Проявление клинических признаков болезни независимо от возраста детей свидетельствует о едином типе поражения орган-систем при генерализованной форме сальмонеллеза. Однако более высокая местная и общая реактивность детей старшего возраста, большая зрелость специфических и неспецифических звеньев иммунной системы обуславливают быстроту репарации с меньшей частотой вовлечения в патологический процесс различных органов. Поэтому у детей старшего возраста наибольшая тяжесть заболевания проявляется в начальной стадии сальмонеллеза, то есть в течение первой недели.

Таким образом, нами установлено, что высокая заболеваемость сальмонеллезом у детей в Армянской ССР обусловлена преимущественным поражением детей первого года жизни.

Клиническое течение генерализованной формы сальмонеллеза характеризуется определенными возрастными особенностями.

Кафедра детских инфекционных болезней
Ереванского медицинского института

Поступила 10/X 1988 г.

Ա. Դ. ՄԻՔԱՐՅԱՆ

ՍԱԼՄՈՆԵԼԼԵԶ ՏԻՖՈԻԴՈԻԴԻԱԻ ԳԵՆԵՐԱԼԻԶԱՑՎԱԾ ՍՏԱՄՈՔՍ-ԱՂԻՔԱՅԻՆ ՁԵՎԻ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՊԱՏՎԵՐԸ ՄԻՆՁԵՎ 3 ՏԱՐԵԿԱՆ ՀԱՍԱԿԻ ԵՐԵՒԱՆԵՐԻ ՄՈՏ

Հոգիվածում բացահայտված են մինչև 3 տարեկան հասակի երեխաների մոտ սալմոնելոզ տիֆոիդոիդի ենթատեսակով պայմանավորված գնեբրալիզացված ստամոքս-աղիքային ձևի կլինիկայի հասակային համեմատական առանձնահատկությունները:

Հիվանդության սկզբնական շրջանի կլինիկան գրեթե միօրինակ է մինչև 3 տարեկան երեխաների համար:

Սակայն մինչև 1 տարեկան հասակի մանուկների համար բնորոշ է հիվանդության սկզբնական ինտոքսիկացիայի երկարատևությունը, թոքաբորբի, սակավարյունության, հեպատոսպլենոմեգալիայի, սալմոնելոզի կրկնումների, ինչպես նաև նրա ձգձգվող ընթացքի համեմատաբար առավել հաճախականությունը:

THE CLINICS OF GENERALIZED GASTROINTESTINAL FORMS OF SALMONELLOSIS TYPHIMURIUM IN CHILDREN UNDER THREE YEARS OF AGE

The clinical picture of salmonellosis typhimurium in children under 3 years of age is described in comparative aspects. It is established that though the initial period of the disease at all age groups is comparatively the same, in children under one year of age the initial intoxication period is more prolonged.

The frequency of the development of pneumonias, anaemias, hepatosplenomegalies and recidivations of the disease in these children is much higher.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воротынцева Н. В., Малеев В. В., Милютина Л. Н., Мазанкова Л. Н. Проведение пероральной регидратации детям с острыми кишечными заболеваниями (методич. рекоменд.). М., 1988.
2. Воротынцева Н. В., Протоклива Н. С., Каншина О. А. и др. Вопр. охраны материнства и детства, 1975, 9, с. 17.
3. Воротынцева Н. В., Милютина Л. Н., Айзенберг В. Л. и др. Клиника, диагностика, лечение и профилактика сальмонеллеза у детей (методич. рекоменд.) М., 1980.
4. Гукасян Г. Б., Тоноян И. А., Галстян А. С., Татевосян А. В. Материалы конф.: Современные проблемы сальмонеллезов и вакцинопрофилактики кори. М.—Ереван, 1976, с. 51.
5. Гусарская И. Л., Калинова Е. А., Каплина Е. С., Гетирова Л. В. Вопр. охраны материнства и детства, 1972, 5, с. 12.
6. Дмитровская Т. И. В сб.: Вопросы урологии. Алма-Ата, 1974, с. 20.
7. Есария Д. Т. Автореф. дис. канд. М., 1984.
8. Идармачев А. М. Мат. II Объединенного съезда гигиенистов, эпидемиологов, микробиологов и инфекционистов Казахстана. Алма-Ата, 1975, с. 45.
9. Королькова Н. И. Автореф. дис. канд. Л., 1976.
10. Румянцева Т. А., Қазарин В. С. Мат. конф.: Современные проблемы сальмонеллезов и вакцинопрофилактики кори. М.—Ереван, 1976, с. 137.
11. Seligman E., Saphra J., Wasserman M. Amer. J. Hyg., 1943, 38, 3, 223.
12. Tomasi Th. B. The immune system of secretions. New York, C. Prontice Hall., 1976, 161.

УДК 615.37:612.017.1—053.2

М. Г. ГАРАСЕФЕРЯН, Д. А. ХАЧАТРЯН, М. А. ХАЧАТРЯН

ПОСТВАКЦИНАЛЬНЫЙ ИММУНИТЕТ У ДЕТЕЙ, ПРИВИТЫХ ЖИВОЙ ПАРОТИТНОЙ ВАКЦИНОЙ

Обобщены данные серологических исследований сыворотки крови детей, привитых живой паротитной вакциной. Показана корреляция данных, полученных в реакции торможения гемагглютинации и реакции радиального гемолиза в геле, при определении противопаротитных антител. Установлена зависимость иммуногенности живой паротитной вакцины от количества вируса в прививочной дозе.

В настоящее время удельный вес эпидемического паротита в группе воздушно-капельных инфекций значительно возрос. Разработанные инактивированные противопаротитные вакцины не оказали существ-