

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИНФЕКЦИОННЫХ ГАСТРОЭНТЕРИТОВ В КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Белоусова Яна Денисовна

студент, Медицинский институт БФУ им. И. Канта, РФ, г. Калининград

Николаенко Анна Юрьевна

студент, Медицинский институт БФУ им. И. Канта, РФ, г. Калининград

Савченко Екатерина Александровна

студент, Медицинский институт БФУ им. И. Канта, РФ, г. Калининград

Перминова Людмила Анатольевна

научный руководитель, канд. мед. наук, доц. кафедра терапии, Медицинский институт БФУ им. И. Канта, РФ, г. Калининград

Аннотация. Широкое распространение острых кишечных инфекций послужило причиной данного исследования. Проведен анализ заболеваемости острыми кишечными инфекциями среди госпитализированных пациентов кишечного отделения Инфекционной больницы Калининградской области за 2018 год. Проанализировано 655 историй болезни, определена структура (бактериальные, вирусные, смешанные и неуточненные гастроэнтериты). Выявлено преобладание гастроэнтеритов с уточненной этиологией и прослежена характерная сезонность.

Ключевые слова: инфекционная патология, острые кишечные инфекции, этиологическая структура, клиника, сальмонеллез, ротавирусная инфекция.

Острые кишечные инфекции (ОКИ) в настоящее время занимают одно из ведущих мест в структуре инфекционной патологии с высокой заболеваемостью во всех возрастных группах [2]. В 2017 г. в Калининградской области было зарегистрировано 4340 случаев кишечных инфекций, показатель заболеваемости составил 444,5 на 100 тыс. населения с преобладанием этиологически расшифрованных форм – 64,1%. В этиологической структуре бактериальные инфекции – 17,25%, вирусные – 82,75% зарегистрированных случаев. Случаи ОКИ регистрируются на всех административных областях, однако преимущественно ОКИ болели жители города [1].

В последнее время существенно изменилась этиологическая структура кишечных инфекций за счет увеличения доли вирусных гастроэнтеритов, особенно в детском возрасте. На догоспитальном этапе в связи со сложностями этиологической расшифровки острых гастроэнтеритов, диагноз верифицируется по клинико-эпидемиологическим данным и топической локализации патологического процесса (гастрит, гастроэнтерит, энтероколит) [2].

Целью настоящего исследования стала оценка структуры и особенностей клинических проявлений инфекционных гастроэнтероколитов среди госпитализированных в

Инфекционную больницу Калининградской области в 2018 году.

Были поставлены следующие задачи:

1. Изучить возрастную, половую и сезонную структуру заболеваемости острыми гастроэнтеритами среди пациентов, обратившихся за стационарной помощью.
2. Оценить особенности клинических проявлений в зависимости от этиологической структуры кишечных инфекций (ОКИ).

Проведен анализ случаев ОКИ на стационарном этапе лечения в ГБУЗ Инфекционная больница Калининградской области за 12 месяцев 2018 г. Проанализировано данные историй болезни 1000 пациентов, выписанных из отделения, для лечения пациентов с кишечной инфекцией. Анализ проводился по специально разработанной анкете, данные вводились в Excel с последующей статистической обработкой.

Возраст госпитализированных пациентов – от 18 лет до 90 лет, средний возраст составляет 43,3 года. Среди госпитализированных женщины составили 57,5% (n=575), мужчины - 42,5% (n= 425).

Клиническая картина заболевания преимущественно была характерная для инфекционных гастроэнтеритов и энтеро-колитов. В большинстве случаев она подтверждалась данными клинического и лабораторного обследования: бактериологического исследования кала, молекулярно-генетическое исследование испражнений на содержание антигенов основных возбудителей вирусных гастроэнтеритов [3].

Результаты. Этиологическая структура ОКИ была представлена следующим образом: 65,4 % (n=654) с уточненной этиологией, среди них – 34,2% (n=342) гастроэнтериты бактериальной этиологии; 29,4% (n=294) вирусной этиологии и 1,8 % (n=18) микст-инфекции. У 34,6 % (n=346) пациентов с острыми гастроэнтеритами не удалось расшифровать этиологию.

Чаще госпитализировались жители городов – 74%, из сельских территорий - 26% пациентов. Большинство (77%) пациентов направлены в стационар скорой медицинской помощью на второй день от начала заболевания. Средняя длительность пребывания в стационаре – 6,4 койко-дня.

Распределение пациентов по тяжести клинического проявления: средняя степень тяжести определялась у 97 % (n=970) пациентов, в 3 % (n=30) случаев отмечена тяжелая степень заболевания.

Пациенты с бактериальными кишечными инфекциями чаще поступали с июня по сентябрь, тогда как с вирусными ОКИ пациенты поступали в январе-апреле (25%). Четко выраженной сезонности для ОКИ неустановленной этиологии не было отмечено.

Средний возраст пациентов с неуточненной этиологией ОКИ составил $44,2 \pm 1,4$ лет. На долю мужчин пришлось 40 % (n=138), на долю женщин – 60 % (n=208). Пациенты являлись преимущественно городскими жителями (76 %) и были доставлены в стационар скорой медицинской помощью (71 %). Длительность госпитализации пациентов с неуточненной этиологией ОКИ составила $6 \pm 0,1$ дней. У большинства пациентов температура тела была в норме (51%) или субфебрильной (34 %). В 95 % случаев свое заболевание пациенты связывали с употреблением недоброкачественной пищи.

В общем анализе крови: содержание лейкоцитов в дебюте заболевания $8,4 \pm 0,2 \cdot 10^{12}/л$, гематокрит составил $39 \pm 0,4$, а СОЭ $20,5 \pm 1,0$ мм/ч.

В биохимическом анализе крови среднее значение креатинина - $96,5 \pm 3,5$ мкмоль/л, амилазы – $70 \pm 8,8$ Ед/л, и мочевины - $5,3 \pm 0,4$ ммоль/л. В общем анализе мочи протеинурия определялась у 14% (n=49) пациентов, у большинства (86%) протеинурия отсутствует. В копрограмме - лейкоциты были обнаружены у 61,7% (n=214), а эритроциты у 10% (n=35).

Среди этиологически расшифрованных кишечных инфекций бактериальных было 34,2%

(n=342), из них 49,6% (n=170) - сальмонеллёзы, 50,4% (n= 172) - возбудителями ОКИ являлась условно-патогенная флора; вирусных гастроэнтеритов было 29,4% (n=294), из них ротавирусной этиологии - 42,2% (n=124), норовирусной - 54,3% (n=160), энтеровирусной - 1,5% (n=4), астровирусной - 2% (n=6). Микст-инфекция выявлены в 18 случаях: вызванные кишечной палочкой и ротавирусами (n=4), вызванные кишечной палочкой и норовирусами (n=6), сальмонеллёз с кишечными вирусами (n=5), смешанной вирусной этиологии (n=3).

Средний возраст больных с бактериальными кишечными инфекциями - $43,5 \pm 1,2$ лет, из них мужчин - 49,6% (n= 170), женщин - 50,4% (n=172); с вирусными ОКИ - $42,2 \pm 1,4$ лет, из них мужчин - 36,5% (n=107), женщин - 63,5% (n=187). Большинство пациентов с кишечными инфекциями бактериальной и вирусной этиологии доставлены в стационар скорой медицинской помощью, соответственно - 82,6% (n=283) и 78,7% (n=231), врачами поликлиники было направлено 4% (n=14) и 10,5% (n=30), другими лечебными учреждениями - 13,4% (n=46) и 10,5% (n=30). Длительность заболевания до поступления в стационар пациентов с кишечными инфекциями бактериальной этиологии составила - $2 \pm 0,2$, вирусной этиологии - $1,5 \pm 0,2$, средняя длительность госпитализации составила $7,2 \pm 0,2$ суток у пациентов с бактериальными ОКИ, $6,1 \pm 0,18$ суток - с вирусными гастроэнтеритами. Среди больных с бактериальными кишечными инфекциями в городе проживает 74,1% (n=253), в сельской местности - 25,9% (n=88); с вирусными кишечными инфекциями в городе проживает 76% (n=223), в сельской местности - 24% (n=71).

При поступлении в стационар оценивалась температура больных, у инфицированных бактериями было выявлено: нормальная температура - 36,6% (n=125), субфебрильная - 32,1% (n=110), фебрильная - 30,4% (n=104), гектическая - 0,9% (n=3); у инфицированных вирусами было выявлено: нормальная температуры - 49% (n=144), субфебрильная - 40,6% (n=119), фебрильная - 10,4% (n=31). В клинической картине преобладал симптом рвоты, в случае с бактериальными инфекциями - 62% (n=212), с вирусными - 72% (n=211).

В эпидемиологическом анамнезе у больных с бактериальными и вирусными кишечными инфекциями в большем количестве случаев было употребление недоброкачественной пищи, соответственно - 75,4% (n=258) и 64,6% (n=190).

При оценке лабораторных показателей было выявлено, что в общем анализе крови: среднее количество лейкоцитов у пациентов с бактериальными инфекциями - $8,3 \pm 0,2 \cdot 10^{12}/л$, с вирусными инфекциями - $7,36 \pm 0,2 \cdot 10^{12}/л$; средние значения гематокрита - $58,8 \pm 18,7$ и $39,9 \pm 0,4$; СОЭ - $21,8 \pm 0,9$ мм/ч и $17,7 \pm 1$ мм/ч соответственно. В биохимическом анализе крови среднее значение креатинина - $95,4 \pm 3,4$ мкмоль/л и $102,6 \pm 9,1$ мкмоль/л; амилазы - $60 \pm 4,9$ Ед/л и $59,4 \pm 6,9$ Ед/л, мочевины - $4,8 \pm 0,2$ ммоль/л и $5,4 \pm 0,5$ ммоль/л. В общем анализе мочи протеинурия определялась у 25,4% (n=87) пациентов с бактериальными инфекциями, а отсутствие белка в моче у - 74,6% (n=255); так же у 13,5% (n=40) пациентов с вирусными инфекциями был белок в моче, у 86,5% (n=254) - не было. Анализ копрограммы у больных с бактериальными кишечными инфекциями - лейкоциты были обнаружены у 76,8% (n=263), а эритроциты у 11,2% (n=38); у больных с вирусными кишечными инфекциями - лейкоциты были обнаружены у 69,8% (n=204), эритроциты у 3,1% (n=9).

Был проведен анализ выполненных лечебных мероприятий. Среди пациентов с неуточненной этиологией в лечении наблюдалась следующая тенденция: в 83,1 % (n= 287) случаев применялся ципрофлоксацин в виде монотерапии, другие антибактериальные препараты (цефазолин, цефтриаксон, гентамицин, фуразолидон, метронидазол) применялись в 8,8 % (n=30) случаев, комбинация ципрофлоксацина и других антибактериальных препаратов составила 5,8 % (n= 21). В 2,3 % (n=8) случаев с неуточненной этиологией антибактериальная терапия не назначалась.

Среди пациентов с бактериальной и вирусной этиологией отмечалась аналогичная ситуация. Монотерапия ципрофлоксацином наблюдалась в 43,5 % (n=285) случаев, другие антибактериальные препараты применялись в 11,3 % (n=74) случаев. Превалировала комбинированная антибактериальная терапия - в 44 % (n=288) случаев. В 1,2 % (n=7) случаев антибактериальная терапия не назначалась.

Закключение:

1. Структура инфекционных гастроэнтероколитов представлена 65,4 % (n=654) с уточненной этиологией (бактериальная этиология – 34,2% (n=342), вирусная этиология – 29,4 % (n=294), 1,8 % (n=18) – микст-инфекции) и 34,6 % (n=346) пациентов с неуточненной этиологией ОКИ.
2. Большая часть пациентов была госпитализирована на 2 день заболевания, скорой медицинской помощью, большая часть – городские жители, преимущественно женщины.
3. В эпидемиологическом анамнезе у большинства пациентов, как с уточненной этиологией, так и с неуточненной этиологией ОКИ отмечается связь с употреблением недоброкачественной пищи.
4. Отмечается характерная сезонность для вирусных и бактериальных кишечных инфекций. Для бактериальных – летне-осенняя (июнь-сентябрь), для вирусных – зимне-весенняя (январь-апрель). Для ОКИ неуточненной этиологии выраженной сезонности выявлено не было.
5. При анализе клинических проявлений было выявлено, что у пациентов с ОКИ неуточненной и вирусной этиологии в большинстве случаев была нормальная температура тела. У пациентов с бактериальными кишечными инфекциями преобладала субфебрильная и фебрильная лихорадка. ОКИ уточненной этиологии в большинстве случаев сопровождалась рвотой.
6. Воспалительные изменения крови в виде лейкоцитоза, повышения СОЭ, гематокрита более выражены у пациентов с ОКИ бактериальной этиологии. Изменения в биохимическом анализе крови – повышенный уровень креатинина отмечен у пациентов с вирусными инфекциями, повышение амилазы крови у пациентов с ОКИ неуточненной этиологии. ОАМ показал, что протеинурия преобладала у пациентов с бактериальными инфекциями. Воспалительные изменения в копрограмме в виде повышенного уровня лейкоцитов и эритроцитов были выражены у пациентов с бактериальными инфекциями.
7. Терапия инфекционных бактериальных гастроэнтеритов проводилась антибактериальными препаратами в соответствии с последними клиническими рекомендациями. Однако, учитывая распространенность вирусных гастроэнтеритов в 29,4 % случаев, назначение антибактериальных препаратов было необоснованным. Такой подход к лечению в будущем может привести к развитию широкой антибиотикорезистентности.
8. Так как на догоспитальном этапе диагноз верифицируется по клинико-эпидемиологическим данным и топической локализации патологического процесса (гастрит, гастроэнтерит, энтероколит) важна дифференциальная диагностика инфекционных и неинфекционных диарей, а также решение вопроса о назначении антибактериальной терапии.
9. В решении проблемы необходимости назначения антибактериальных препаратов, мы видим возможности внедрения обучающих конференций для врачей по проведению стандартизированного подхода и рассылка клинических рекомендаций и стандартов ведения пациентов всем лечащим врачам, а также наличие в доступе клинических пособий в лечебных учреждениях и компьютерах для лечения гастроэнтеритов.

Список литературы:

1. Государственный доклад «О состоянии санитарно- эпидемиологического благополучия населения в Калининградской области в 2017 году» // Управление федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Калининградской области. -2018. - С. 163.
2. Копачевская К.А. Клинико-этиологическая характеристика острых кишечных инфекций у детей раннего возраста г. Хабаровска / К.А.Копачевская, Л.И.Заварцева, В.П.Молочный // Инфекционные болезни, иммунология и иммунотерапия. - 2016. - №3. - С. 41- 44.
3. Кузьмина Н.Я. Структура острых кишечных инфекций в г. Челябинске (по данным инфекционного отделения ГКБ №8) / Н.Я.Кузьмина, Т.В.Михеева // Вестник Челябинской областной клинической больницы. - 2015. - №.1 - С.106-109.
4. Клинические рекомендации: Сальмонеллез у взрослых. ФГБУ «НИИ гриппа»

Минздрава России, Москва. 2015 г.