

ЖУРНАЛ ИНФЕКТОЛОГИИ

JURNAL INFEKTOLOGII

Официальное издание Межрегиональной общественной организации
«Ассоциация врачей-инфекционистов Санкт-Петербурга
и Ленинградской области»

Главный редактор
академик РАМН Ю.В. ЛОБЗИН

ПРИЛОЖЕНИЕ Том 6, № 1, 2014

ЖУРНАЛ ИНФЕКТОЛОГИИ

Главный редактор

академик РАМН д.м.н. профессор
Лобзин Ю.В.

Ответственный секретарь

д.м.н. профессор Гусев Д.А.

Редакционная коллегия

д.м.н. профессор Антонова Т.В. (зам. гл. редактора)

д.м.н. Бабаченко И.В.

академик РАМН д.м.н. профессор
Беляков Н.А.

к.м.н. доцент Волжанин В.М.

д.м.н. профессор Воронин Е.Е.

член-кор. РАМН

д.м.н. профессор Жебрун А.Б.

д.м.н. профессор Жданов К.В. (зам. гл. редактора)

академик РАМН

д.м.н. профессор Киселев О.И.

д.м.н. профессор Клишко Н.Н.

д.м.н. профессор Ковеленов А.Ю.

д.м.н. профессор Котив Б.Н.

к.м.н. Левандовский В.В.

д.м.н. Леознов Д.А.

д.м.н. профессор Нечаев В.В.

д.м.н. профессор Огарков П.И.

д.фарм.н. Рудакова А.В.

д.м.н. профессор Сидоренко С.В.

д.м.н. профессор Скрипченко Н.В.

д.м.н. профессор Усков А.Н.

д.м.н. профессор Харит С.М.

д.м.н. профессор Цинзерлинг В.А.

д.м.н. профессор Цыган В.Н.

д.м.н. профессор Эсауленко Е.В.

д.м.н. профессор Яковлев А.А.

Редакционный совет

д.м.н. профессор Амброзайтис А. (Литва)

д.м.н. профессор Ахмедова М.Д. (Узбекистан)

академик РАМН

д.м.н. профессор Зверев В.В. (Москва)

член-кор. РАМН

д.м.н. профессор Иванова В.В. (Санкт-Петербург)

д.м.н. профессор Исаков В.А. (Москва)

д.м.н. профессор Кожевникова Г.М. (Москва)

академик РАМН

д.м.н. профессор Львов Д.К. (Москва)

академик РАМН

д.м.н. профессор Малеев В.В. (Москва)

д.м.н. профессор Малов И.В. (Иркутск)

д.м.н. профессор Малышев Н.А. (Москва)

д.м.н. профессор Михайлов М.И. (Москва)

д.м.н. профессор Мукомолов С.Л. (Санкт-Петербург)

д.м.н. профессор Мусабаев Э.И. (Узбекистан)

академик РАМН

д.м.н. профессор Онищенко Г.Г. (Москва)

профессор Павлюцкий Ж.-М. (Франция)

профессор Папатеодоридис Дж. (Греция)

академик РАМН

д.м.н. профессор Покровский В.В. (Москва)

академик РАМН

д.м.н. профессор Покровский В.И. (Москва)

профессор Прати Д. (Италия)

д.м.н. профессор Рахманова А.Г. (Санкт-Петербург)

д.м.н. профессор Семенов В.М. (Беларусь)

академик РАМН

д.м.н. профессор Сергиев В.П. (Москва)

д.м.н. профессор Сологуб Т.В. (Санкт-Петербург)

д.м.н. профессор Сыздыков М.С. (Казахстан)

д.м.н. профессор Тимченко В.Н. (Санкт-Петербург)

академик РАМН

д.м.н. профессор Тотолян А.А. (Санкт-Петербург)

академик РАМН

д.м.н. профессор Учайкин В.Ф. (Москва)

иностраный член РАМН

профессор Франко де Роза (Италия)

к.м.н. профессор Широкова В.И. (Москва)

JURNAL INFEKTOLOGII

Editor in Chief

member of the Russian Academy of Medical Sciences
M.D. professor Lobzin Yu.V.

Executive secretary

M.D. professor Gusev D.A.

Editorial board

M.D. professor Antonova T.V. (deputy editor)

M.D. Babachenko I.V.

member of the Russian Academy of Medical Sciences
M.D. professor Belakov N.A.

C.M.S. docent Volzhanin V.M.

M.D. professor Voronin E.E.

corresponding member of the Russian Academy

of Medical Sciences M.D. professor Zhebrun A.B.

M.D. professor Zhdanov K.V. (deputy editor)

member of the Russian Academy of Medical Sciences

M.D. professor Kiselev O.I.

M.D. professor Klimko N.N.

M.D. professor Kovelenov A.Yu.

M.D. professor Kotiv B.N.

C.M.S. Levandovskiy V.V.

M.D. Leoznov D.A.

M.D. professor Nechaev V.V.

M.D. professor Ogarkov P.I.

Pharm.D. Rudakova A.V.

M.D. professor Sidorenko S.V.

M.D. professor Skripchenko N.V.

M.D. professor Uskov A.N.

M.D. professor Harit S.M.

M.D. professor Zinserling V.A.

M.D. professor Tsygan V.N.

M.D. professor Esaulenko E.V.

M.D. professor Yakovlev A.A.

Editorial council

M.D. professor Ambrozaytis A. (Litova)

M.D. professor Achmedova M.D. (Uzbekistan)

member of the Russian Academy of Medical Sciences

M.D. professor Zverev V.V. (Moscow)

corresponding member of the Russian Academy of Medical Sciences

M.D. professor Ivanova V.V. (Saint-Petersburg)

M.D. professor Isakov V.A. (Moscow)

M.D. professor Kozhevnikova G.M. (Moscow)

member of the Russian Academy of Medical Sciences

Lvov D.K. (Moscow)

member of the Russian Academy of Medical Sciences

M.D. professor Maleev V.V. (Moscow)

professor Malov I.V. (Irkutsk)

M.D. professor Malyshev N.A. (Moscow)

M.D. professor Mihajlov M.I. (Moscow)

M.D. professor Mukomolov S.L. (Saint-Petersburg)

M.D. professor Musabaev E. I. (Uzbekistan)

member of the Russian Academy of Medical Sciences

M.D. professor Onishenko G.G. (Moscow)

M.D. professor Pawlotsky J.-M. (France)

M.D. professor Papatheodoridis G. (Greece)

member of the Russian Academy of Medical Sciences

M.D. professor Pokrovskiy V.V. (Moscow)

member of the Russian Academy of Medical Sciences

M.D. professor Pokrovskiy V. I. (Moscow)

M.D. professor Prati D. (Italy)

M.D. professor Rachmanova A.G. (Saint-Petersburg)

M.D. professor Semenov V.M. (Belarus)

member of the Russian Academy of Medical Sciences

M.D. professor Sergiev V.P. (Moscow)

M.D. professor Sologub T.V. (Saint-Petersburg)

M.D. professor Sizzdikov M.S. (Kazakhstan)

M.D. professor Timchenko V.N. (Saint-Petersburg)

member of the Russian Academy of Medical Sciences

M.D. professor Totolan A.A. (Saint-Petersburg)

member of the Russian Academy of Medical Sciences

M.D. professor Uchaykin V.F. (Moscow)

foreign member of the Russian Academy of Medical Sciences

M.D. professor Franko de Roza (Italy)

C.M.S. professor Shirokova V.I. (Moscow)

Журнал включен в перечень российских рецензируемых научных журналов, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук

«Журнал инфектологии» – периодическое научно-практическое рецензируемое издание.

Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере массовых коммуникаций, связи и охраны культурного наследия.

Свидетельство о регистрации ПИ №ФС 77-33952 от 01.11.2008 г. Издаётся ежеквартально. Тираж 500 экз.

Полное или частичное воспроизведение материалов, содержащихся в издании, допускается с письменного разрешения редакции.

Ссылка на «Журнал инфектологии» обязательна.

Адрес редакции: 197022, Санкт-Петербург, улица Профессора Попова, д. 9, тел: 8(812)234-60-04; факс: 8(812)234-96-91; e-mail: gusevden-70@mail.ru

Индекс для подписки в Каталоге российской прессы «Почта России» 74516

Журнал входит в индекс научного цитирования www.elibrary.ru. Статьи из журнала доступны на сайте www.niidi.ru

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН
МЕЖДУНАРОДНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
«ЕВРО-АЗИАТСКОЕ ОБЩЕСТВО ПО ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЕЗНЯМ»
ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ АКАДЕМИЯ
МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
«ОБЩЕСТВО ПО ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЕЗНЯМ»**

**МЕЖДУНАРОДНАЯ
НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ**

**ОСТРЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ:
ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ
И ПРОФИЛАКТИКА**

10–11 апреля 2014 года

Шымкент, Республика Казахстан

Острые кишечные инфекции: диагностика, лечение и профилактика / Материалы международной научно-методической конференции. – Шымкент, 2014.- 72 с.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ

ПРЕДСЕДАТЕЛИ:

Президент Евро-Азиатского Общества по Инфекционным Болезням
академик Российской академии наук профессор **Лобзин Ю.В.** (Россия)

Ректор Южно-Казахстанской государственной фармацевтической академии
профессор **Сексенбаев Б.Д.** (Казахстан)

ЗАМЕСТИТЕЛИ ПРЕДСЕДАТЕЛЕЙ:

Внештатный главный инфекционист Республики Казахстан
проф. **Кошерава Б.Н.**

Проректор по научно-клинической работе Южно-Казахстанской государственной фармацевтической академии **Нурмашев Б.К.**

РАБОЧАЯ ГРУППА МЕЖДУНАРОДНОГО ОРГКОМИТЕТА (РОССИЯ):

Ответственный секретарь международного Оргкомитета

Доцент **Волжанин В. М.**

Секретари международного Оргкомитета

Доцент **Захаренко С.М.**

Доцент **Лебедев М.Ф.**

Административный секретариат международного Оргкомитета

Чадина В.П.

РАБОЧАЯ ГРУППА НАЦИОНАЛЬНОГО ОРГКОМИТЕТА (КАЗАХСТАН):

Ответственный секретарь национального Оргкомитета

И.о. профессора **Абуова Г.Н.**

Секретарь национального Оргкомитета

Сергалиева А.Ш.

Административный секретариат национального Оргкомитета

Бердалиева Ф. А.

Батырхан А. Т.

ГЕНЕРАЛЬНЫЙ СПОНСОР КОНГРЕССА

НПФ «Матери Медика Холдинг»

СПОНСОРЫ

Гедеон Рихтер

Ферон

Др. Редди'с

Нестле

УЧАСТНИКИ ВЫСТАВКИ И ПОДДЕРЖИВАЮЩИЕ КОМПАНИИ

Ферросан

Биокад

Сэлтфар СА

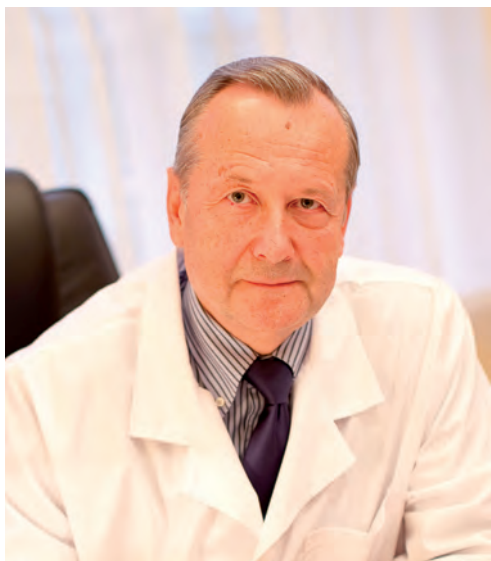
ИНФОРМАЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА

«Вестник инфектологии и паразитологии» www.infectology.ru

Журнал инфектологии www.niidi.ru

Материалы конгресса размещены в алфавитном порядке по фамилии первого автора и представлены в авторской редакции.

ДОРОГИЕ КОЛЛЕГИ И ДРУЗЬЯ!



Созданное шесть лет назад Евро-Азиатское Общество по Инфекционным Болезням объединило специалистов в области борьбы с инфекционными болезнями из России, Казахстана, Украины, Беларуси, Узбекистана, Кыргызстана, Молдовы, Италии.

Очень скоро стало очевидно, что цели, поставленные Обществом, близки не только инфекционистам, но и широкому кругу врачей, решающим проблемы инфекций (терапевтам, педиатрам, гастроэнтерологам, реаниматологам, клиническим фармакологам, микробиологам, эпидемиологам). Благодаря заинтересованности и активности этих специалистов упрочились и углубились научные и дружеские связи между врачами. Примерами

этому служат успешное проведение конгрессов и научных конференций общества в Витебске (2008), Санкт-Петербурге (2010), Калининграде (2011), Астане (2012, 2013).

Международную научно-методическую конференцию «Острые кишечные инфекции: диагностика, лечение и профилактика» в этом году принимает Шымкент, один из крупнейших центров Республики Казахстан, страны с социально ориентированной экономикой и имеющей несомненные успехи в развитии здравоохранения и медицинской науки. Вопросы, которые предстоит рассмотреть делегатам конференции, актуальны для здравоохранения всех стран-участниц данного форума, особенно в условиях приближающегося эпидсезона.

Я уверен, что работа конференции будет способствовать решению актуальных проблем диагностики, лечения и профилактики острых кишечных инфекций, обмену опытом по использованию передовых технологий в этой области и в результате — улучшению оказания медицинской помощи гражданам наших стран.

Президент Евро-Азиатского Общества по Инфекционным Болезням
Заслуженный деятель науки Российской Федерации
Академик Российской академии наук профессор

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Ю.В. Лобзин'.

Ю.В. Лобзин

10 апреля 2014 года

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ, УЧАСТНИКИ КОНФЕРЕНЦИИ!



Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия и Евро-Азиатское Общество по инфекционным болезням, объединяющее специалистов из России, Казахстана, Украины, Беларуси, Узбекистана и Кыргызстана, приветствует вас на Международной научно-методической конференции «Острые кишечные инфекции: диагностика, лечение и профилактика». Конференция проводится в Шымкенте, областном центре Южно-Казахстанской области. Наш город входит в тройку крупнейших городов Казахстана и является одним из развитых промышленных и торговых центров страны. Население города при-

ближается к миллиону человек. Международная ассамблея столиц и крупных городов (МАГ) признала Шымкент в 2011 году «Лучшим городом среди стран СНГ». Организатором конференции в Шымкенте является Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия - ведущее в Казахстане государственное высшее учебное заведение, осуществляющее подготовку фармацевтических и медицинских кадров. Для обеспечения интеграции науки, практики и образования в академии созданы новые исследовательские лаборатории (лаборатория геномных исследований; лаборатория фитохимических исследований лекарственных растений Южного региона). ЮКГФА ежегодно участвует в национальном рейтинге образовательных программ и генеральном рейтинге вузов Республики Казахстан. По результатам генерального рейтинга медицинских вузов Республики Казахстан за 2013 год ЮКГФА находится на 3 месте. По результатам национального рейтинга вузов Республики Казахстан ЮКГФА занимает 27-е место в составе первых 60-ти вузов (всего в Казахстане 133 вуза).

Ежегодно в нашей академии проводятся научно-практические конференции с международным участием. Необходимость проведения данной конференции обусловлена тем, что острые кишечные инфекции, несмотря на успехи медицинской науки и практического здравоохранения, остаются одной из актуальных проблем современности. Ежегодно в мире, по данным Всемирной Организации Здравоохранения, регистрируется более 1 млрд. диарейных заболеваний, умирает около 4 млн. человек, из которых 65-70% — дети до 14 лет. Наибольшую угрозу ОКИ представляют для детей раннего возраста, в связи с высоким уровнем заболеваемости и летальности среди них. Кроме того, ОКИ наносят большой экономический ущерб. Особая актуальность проблемы ОКИ в Южных регионах Казахстана определяется: высокой заболеваемостью, изменением этиологической структуры ОКИ, значительными экономическими потерями, как и в других регионах - отсутствием согласованного подхода к терапии, возможностью летального исхода, риском формирования хронической патологии, возможностью индуцирования неинфекционной патологии.

Желаю успеха конференции и выражаю уверенность в том, что наши совместные усилия в проведении данного мероприятия будут способствовать дальнейшему сохранению здоровья населения.

Ректор Южно-Казахстанской государственной фармацевтической академии

Профессор

Б.Д. Сексенбаев

Многоуважаемые читатели, коллеги и друзья!

В Приложении к «Журналу инфектологии» Т.6, №1, 2014 года размещены Материалы научно-методической конференции «Острые кишечные инфекции: диагностика, лечение и профилактика» (10-11 апреля 2014 г., Шымкент, Республика Казахстан), представляющие научную и практическую информацию по острым кишечным инфекциям.

Вместе с этим, редакция журнала решила ознакомить читателей Приложения с двумя статьями, опубликованными в Журнале инфектологии 2013 года, Т.5, № 4, относящимися к данной тематике, содержание которых, по мнению редакции, будет интересно всем специалистам, посвятившим свою деятельность борьбе с инфекциями.

Заместитель главного редактора

Начальник кафедры инфекционных болезней (с курсом медицинской паразитологии и тропических заболеваний) Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова
Главный инфекционист МО РФ

Профессор доктор медицинских наук **К.В. Жданов**

Репринт ЖУРНАЛ ИНФЕКТОЛОГИИ, Том 5, № 4, 2013, стр. 5–13

ТЕРАПИЯ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ. ДОКАЗАННАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

С.В. Халиуллина, В.А. Анохин

Казанский государственный медицинский университет, Казань

Therapy of Acute Intestinal Infections in Children: Proven Efficiency

S.V. Khaliullina, V.A. Anokhin

Kazan State Medicine University, Kazan

Резюме. В статье рассмотрены вопросы этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии острых инфекционных диарей у детей. Рекомендации приведены с учетом основных принципов доказательной медицины, включающие суммарные данные рандомизированных клинических испытаний, мета-анализов. Обсуждены новые направления в лечении — возможность применения противорвотных, антидиарейных, антисекреторных, пробиотических препаратов в педиатрической практике.

Ключевые слова: острые инфекционные диареи, лечение, дети.

Этиологические причины современных острых инфекционных диарей достаточно разнообразны: это и вирусы, и бактерии, и простейшие, и грибы. Большинство случаев острых инфекционных гастроэнтеритов вызвано вирусами, тогда как бактериальные или протозойные возбудители выделяют сегодня лишь в 1,5–15% случаев [1, 2].

Уменьшение показателя инцидентности бактериальных диарей — одна из основных особенностей современных кишечных инфекций. В последние годы сформировался целый ряд причин, приведших к изменениям в структуре причин их развития. К их числу можно отнести и минимизацию «участия человека» на производственных этапах приготовления пищи, и изменение принципов вскармливания ребенка с очевидным доминированием в его рационе гидролизованных и консервированных продуктов питания. Сегодня, как известно, существенно изменены и ужесточены требования по предупреждению возможной контаминации продуктов питания на производстве. Это неизбежно повлияло на эпидемиологию ОКИ у детей: стал, в частности, доминировать контактный путь передачи инфекции. Очевиден также и рост в последние годы числа антропонозных инфекций, явно ощущается «загруженность» и переплотненность детских коллективов (Россия уже прошла «демографическую яму» 1990-х гг.) и т.п. Список этот еще можно продолжать, однако учет даже только этих изменений вполне объясняет со-

Abstract. The paper focuses on questions of etiotropic, pathogenetic, and symptomatic treatment of acute infectious diarrhea in children. The recommendations are given with the basic principles of evidence-based medicine including summary data from randomized clinical trials and meta-analyses. The new lines of the treatment are discussed such as the possibility of application of antiemetic, antidiarrheal, antisecretory, probiotic drugs in pediatric practice.

Key words: acute infectious diarrhea, treatment, children.

временный тренд микробиологических и эпидемиологических изменений, происходящих не только в России, но и во всем мире.

Ежегодно в США регистрируется более 1 500 000 амбулаторных посещений и 200 000 госпитализаций, связанных с острыми инфекционными заболеваниями ЖКТ, причем в подавляющем большинстве случаев, как уже указывалось выше, причиной их развития являются вирусы [3].

По данным Европейского общества гастроэнтерологов (ESPGHAN) и Европейского общества педиатрических инфекционных заболеваний (ESPID), на одного ребенка до 3 лет в среднем приходится от 0,5 до 1,9 эпизодов острой диареи в год [4–10]. На этиологическую структуру ОКИ оказывают влияние и сезонность, и климатические условия [6, 9]. Тем не менее, в большинстве европейских стран у детей первых 5 лет жизни доминируют вирусные гастроэнтериты (10–35% — ротавирусы как причина болезни, у 2–20% — норовирусы, у 2–10% — аденовирусы). Второе место по частоте регистрации занимают кампилобактериозы (4-13%) и внебольничные сальмонеллезы (5–8%). У пациентов старше 5 лет острые кишечные инфекции (ОКИ) чаще обусловлены микробами родов *Campylobacter*, *Salmonella*, *Rotavirus*. По-прежнему не удается установить этиологию болезни в 45–60% случаев [4].

В России в 2012 г. заболеваемость ОКИ имела явную тенденцию к росту: зарегистрирова-

но 756,3 тысячи случаев заболеваний с впервые установленным диагнозом (на 4,3% больше, чем в 2011 г.), или 528 в расчете на 100 тысяч человек (на 4,1% больше). В большинстве очагов массовой заболеваемости выделяли также преимущественно вирусные агенты: более чем в 60% случаев причиной ее служили ротавирусы и норовирусы [11].

За прошедший год в Республике Татарстан (РТ) зарегистрировано 11 334 случая ОКИ, из них 7145 – у детей до 17 лет. Показатель превалентности составил 299,3 случая на 100 тыс. постоянно проживающего населения РТ. Идентифицировать возбудителя удалось в 47,6% (3398/7145) случаев. Вирусы были причиной развития клиники ОКИ у 57,6% (1958/3398) детей с установленным этиологическим диагнозом болезни [12].

Все это, на наш взгляд, определяет необходимость пересмотра основных направлений этиотропной и патогенетической терапии ОКИ у детей. Сегодня, когда одной из базовых позиций развития здравоохранения стало понятие его экономической эффективности, должны измениться и основные принципы ведения больных с инфекционной патологией в условиях как стационара, так и амбулатории.

Самым эффективным и бесспорным методом лечения острых кишечных инфекций на сегодняшний день считается регидратационная терапия [13–15]. Оральная регидратация признана «самым значимым прорывом XX в.» [16]. В большинстве случаев (если речь идет о легких и среднетяжелых формах заболевания) соблюдение основных правил организации питания и борьбы с обезвоживанием бывает вполне достаточным для лечения заболевания. Эта тема часто служит предметом дискуссий специалистов, по ней опубликовано достаточное число статей, и в настоящем обзоре мы не стали повторять ряд хорошо известных истин из этой сферы.

Существует, как известно, несколько направлений лечения ОКИ у детей. И первое из них – этиотропная, или антибактериальная терапия.

Учитывая высокий процент вирусных диарей, антибактериальная терапия не может рассматриваться в качестве стартовой для большинства внебольничных ОКИ. Это вполне понятное требование, не требующее специальных разъяснений. Очевидно также и то, что препараты этой группы целесообразно использовать у пациентов с тяжелым колитом (проктосигмоидитом), причиной которого обычно являются шигеллез и кампилобактериоз. Обязательным в назначении антибиотика будет и подозрение на холеру, препараты будут использоваться у пациентов с тяжелыми внекишечными проявлениями инфекции (к примеру, пневмонией) и у больных с иммунодефицитными состояниями [4, 13–15].

Сложнее ситуация с другими бактериальными ОКИ. Опубликованы результаты мета-анализа 12 исследований с участием 767 больных нетифо-

идными сальмонеллезными гастроэнтеритами [17]. Исследователи не обнаружили существенных выводов от применения антимикробной терапии в данной ситуации: длительность санации ЖКТ от сальмонелл не имела статистически значимых различий между группами пациентов, как принимавших, так и не принимавших антибиотики [18]. Авторы не рекомендуют антибактериальные препараты для лечения легких и среднетяжелых форм внебольничных сальмонеллезов у иммунокомпетентных взрослых и детей старше года. Более того, ряд исследований показали, что применение антибиотиков в терапии сальмонеллезных гастроэнтеритов служит причиной постинфекционного носительства сальмонелл на достаточно длительное время (до 7 недель у 40% пациентов) [19]. Это, по их мнению, связано с отрицательным воздействием антибактериальных препаратов на нормальную кишечную флору, снижением ее колонизационной резистентности. Большая продолжительность бактериовыделения, как показали сравнения, не была напрямую связана с появлением устойчивых к использованным антибиотикам штаммов *Salmonella* spp.

Применение антимикробных препаратов для лечения диареи путешественников у детей по-прежнему остается спорным, и до сих пор нет убедительных данных о необходимости их применения в подобных ситуациях [20]. Мета-анализ 11 двойных слепых, плацебо-контролируемых испытаний показал, что включение антибиотиков в терапию гастроэнтеритов, вызванных *Campylobacter* spp., сокращает продолжительность кишечной симптоматики на 1,3 дня [21]. Использование антибактериальных препаратов при энтерогемотоциклическом эшерихиозе опасно риском развития гемолитико-уремического синдрома [22–24]. В то же время есть два мета-анализа, которые полностью опровергают это утверждение [25]. Так или иначе, в Европе 44% врачей по-прежнему назначают антибиотики для лечения острых гастроэнтеритов у детей (результаты многоцентрового исследования) [26]. Если же необходимость назначения этой группы препаратов оправдана, то эксперты WHO и WGO в такой ситуации рекомендуют ориентироваться на антибиотикочувствительность штаммов, циркулирующих на данной территории [14, 15].

Согласно проведенным нами исследованиям, на территории Республики Татарстан циркулируют внебольничные штаммы сальмонелл и шигелл, чувствительные к цефалоспорином III поколения, аминогликозидам, фторхинолонам. Установлено явное снижение чувствительности этих микробов к полусинтетическим пенициллинам (75,5% и 73% соответственно). При этом сохраняется практически 100% чувствительность их к ко-тримоксазолу [27].

Продолжая тему этиотропной терапии, необходимо отметить, что в специальной литературе

появились сообщения об эффективности препаратов Nitazoxanide в лечении ротавирусиндуцированных гастроэнтеритов [4, 28, 29]. Он показал свою эффективность против ротавирусов *in vitro*. В одном РКИ [50] у 38 детей (в возрасте от 5 мес. до 7 лет) с тяжелой ротавирусной диареей показана эффективность нитазоксанида. Анализ выживаемости показал, что медиана продолжительности заболевания составила 31 ч (МКР 22 – 73) для пациентов, леченных нитазоксанидом, против 75 ч (МКР 51 – 124) в группе плацебо ($p = 0,0137$). Никаких существенных побочных эффектов применения препарата выявлено не было [29].

Понятие базовой симптоматической терапии обычно включает в себя применение сорбентов, противорвотных и противодиарейных препаратов.

Сорбенты широко используются в терапии острых диарейных заболеваний [31]. Сторонники этого метода лечения обосновывают применение сорбентов, в первую очередь, их способностью «связывать» продукты бактериальной репликации (токсины, ферменты и пр.), т.е., по сути, с их (сорбентов) дезинтоксикационной активностью. При этом нужно учесть, что дезинтоксикация – процесс достаточно сложный в патофизиологическом отношении. Трудности контроля эффективности препаратов именно в этой части существенно ограничивают число исследований, результаты которых позволили бы адекватно определить место этих, в целом, перспективных препаратов в комплексе лечения ОКИ. Вероятно, с этим связаны и порой кардинально противоположные рекомендации по включению данной группы препаратов в терапию острых диарейных заболеваний. Хотя в настоящий момент ни ESPGHAN, ни WHO, ни WGO, ни AAP (American academy of Pediatrics) не рекомендуют включать сорбенты в базовую, обязательную терапию острых гастроэнтеритов [4, 14, 15, 32], применение смектитовых широко распространено в большинстве стран Центральной и Восточной Европы [30, 33]. Опубликованы результаты мета-анализа девяти РКИ (1238 участников; 3 исследования – двойные слепые, 6 – открытые) по испытанию эффективности смектитовых при острых диарейных заболеваниях [4]. Показано, что применение этой группы препаратов сокращает продолжительность диареи по сравнению с плацебо (22,7 ч (95% ДИ 20,6 – 24,8) против 24,4 ч (95% ДИ 19,1 – 29,8)). Результаты контролируемых испытаний с участием около 100 индийских детей также показали значительное сокращение продолжительности диареи (около 18 ч) по сравнению с плацебо [34]. Перуанские и малазийские исследователи подтвердили эффективность перорального приема diosmectite в двух параллельных рандомизированных двойных слепых плацебо-контролируемых испытаниях, проведенных на 602 пациентах в возрасте от 1 до 36 месяцев, с клиникой ОКИ. Было показа-

но, что по сравнению с плацебо пероральный прием diosmectite значительно сокращал объем стула и продолжительность диареи, особенно у пациентов с ротавирусными гастроэнтеритами [30, 35]. Однако эти результаты следует интерпретировать с осторожностью, поскольку многие из подобных исследований имеют существенные ограничения [4]. Кроме того, предполагают, что сокращение длительности диареи может быть связано с изменением внешнего вида стула, тогда как содержание большого количества воды в нем не снижается [26].

Исследования, посвященные изучению эффективности других препаратов этой фармакологической группы (каолин – пектин, аттапульгит, активированный уголь) были достаточно низкого качества, что не позволяет рекомендовать их для использования у детей [4, 36 – 39].

В российские стандарты специализированной медицинской помощи детям (МЗ РФ, 2012 г.) со среднетяжелыми и тяжелыми формами ОКИ на сегодня включены два энтеросорбента: лигнин гидролизный и смектит диоктаэдрический.

Рвота при ОКИ ассоциирована с тяжестью заболевания [40]. Она является косвенной причиной большого числа госпитализаций, особенно у детей раннего возраста [41]. Патогенез синдрома рвоты достаточно сложен. Он контролируется серотонинергическими, дофаминергическими, гистаминовыми и мускариновыми рецепторами. По этой причине и механизм действия многочисленных противорвотных средств различен. Есть антагонисты серотониновых (ондансетрон), гистаминовых (прометазин), допаминовых (метоклопрамид и триметобензамид) рецепторов [41, 42]. Тем не менее, необходимость активной терапии этого синдрома остается спорной. Ни один из имеющихся в настоящее время руководящих принципов не предполагает регулярного использования противорвотных препаратов у детей из-за возможного развития побочной симптоматики [4, 14, 15]. Тем не менее, проведенные в 2005 г. срезовые исследования, посвященные изучению частоты рецептурного назначения противорвотных средств при ОКИ у детей показали, что эта группа препаратов используется педиатрами в разных странах в 2 – 23% случаев [43]. Подобные исследования были проведены итальянскими учеными в 2013 г. [44]. Они показали, что противорвотные препараты назначались особенно часто при острых гастроэнтеритах у детей до 2 лет, и около 30% назначений были не оправданы.

Сегодня за рубежом в этом качестве рекомендован к использованию у детей сравнительно новый препарат, селективный антагонист 5HT₃ серотонинергических рецепторов – ондансетрона гидрохлорид [4, 14, 15, 41 – 43]. Этот препарат доступен в пероральной и парентеральной формах, в дозе 0,1 – 0,15 мг/кг. Он хорошо переносится

ввиду отсутствия седативного эффекта или экстрапиримидных реакций [45–47]. Исследования, посвященные оценке его эффективности, показали, что пероральное применение препарата уменьшает выраженность синдрома рвоты (RR 1,34). Необходимость назначения парентеральной регидратации также снижается (RR 0,41), предотвращая так называемую «экстренную госпитализацию» (RR 0,40) [48–52]. Тем не менее, уровень убедительности рекомендаций по применению ондансетрона гидрохлорида (однократно, внутривенно в дозе 32 мг) оказался сравнительно небольшим, поскольку были выявлены риски его отрицательно-го воздействия на сердечно-сосудистую систему (удлинение интервала QT) [45, 53]. Эксперты рекомендуют изменить режим введения ондансетрона на 0,15 мг/кг каждые 4 ч (3 введения) [48].

Опубликованы результаты двойного слепого рандомизированного исследования K. Al-Ansari et al., 2011 г. [54], посвященные сравнению эффективности ондансетрона и метоклопрамида. Наблюдали 167 детей (средний возраст составил 3 года) с диагнозом «Острый гастроэнтерит». У всех испытуемых регистрировали повторную рвоту. Прекращение рвоты было достигнуто у 81% (68/84) пациентов группы, принимавших ондансетрон, и у 72% (60/83) – метоклопрамид, $p=0,14$. Среднее время, необходимое для полного прекращения рвоты, составило 39 мин (SD 111) в группе ондансетрона и 61 мин (SD 110) – метоклопрамида, $p=0,2$. Средняя продолжительность госпитализации равнялась 550 (SD 427) и 575 (SD 449) мин соответственно, $p=0,71$. Аналогичные результаты получены и в других исследованиях [50, 55, 56].

В российских стандартах специализированной медицинской помощи детям (МЗ РФ, 2012 г.) со среднетяжелыми и тяжелыми формами ОКИ в качестве антиэметиков рекомендованы два препарата: домперидон и метоклопрамид. Домперидон относится к группе антагонистов дофаминовых (D₂, DA₂) рецепторов. Он не проникает через гематоэнцефалический барьер, поэтому практически не оказывает отрицательного влияния на психическую и двигательную активность пациента. Частота подобного рода побочных реакций развивается у 0,5–1,8% пациентов, принимающих домперидон, и у 15–30% – метоклопрамид [57, 58]. Сравнительные исследования эффективности этих препаратов показали неоднозначные результаты: P. Roy et al. не получили существенных различий по срокам нормализации рвоты при острых гастроэнтеритах [59], другая группа ученых [60] в двойном слепом исследовании, включавшем 60 детей, показала, что суппозитории домперидона (в дозе 30 мг) были более эффективными, чем метоклопрамида (10 мг) или плацебо. Никакие побочные эффекты этих препаратов в рамках исследования не наблюдали.

Опубликованы результаты мета-анализа 11 статей, в которых оценивалась эффективность ондансетрона, домперидона, триметобензида, пириламида-фенобарбитала, метоклопрамида, дексаметазона и прометазина [61]. Исследователи пришли к выводу, что препаратом выбора при купировании рвоты у детей с гастроэнтеритом является все же ондансетрон. Его применение снижает риск развития упорной рвоты, парентеральной регидратации и связанной с ней госпитализации. Ондансетрон (либо, за неимением его, другие антиэметики) следует назначать только в тех случаях, когда рвота препятствует проведению оральной регидратационной терапии [62].

Одним из наиболее эффективных препаратов, тормозящих перистальтику кишечника, признан лоперамида гидрохлорид. Доказана его эффективность в качестве краткосрочной симптоматической терапии острых диарей у взрослых, особенно при нетяжелых формах диареи путешественников [13, 14, 63, 64].

К сожалению, терапевтический спектр лоперамида крайне узок. Он противопоказан при инвазивных диареях с клиникой гемоколита, при выраженном абдоминальном синдроме, фебрильной лихорадке [13,15]. Его нельзя использовать при острых диареях, обусловленных шига-токсин-продуцирующими *Escherichia coli* O157 [65].

Опубликованы результаты 20 систематических обзоров и РКИ [4, 66], в которых оценивали эффективность различных вариантов терапии острых гастроэнтеритов у детей. Было показано, что прием лоперамида значительно сокращает продолжительность диареи и частоту стула в первые 24 ч приема препарата. Вместе с тем, авторы исследования приводят данные по регистрации нежелательных явлений (вялость, слабость и др.), которые были зарегистрированы у 8 из 972 детей (0,9%, 95% ДИ 0,4–1,7), принимавших лоперамид, по сравнению с отсутствием таковых у 764 детей, принимавших плацебо (0%, 95% ДИ 0–0,5). Один ребенок, больной брюшным тифом, принимавший лоперамид, погиб. Все серьезные нежелательные явления были зарегистрированы у детей до 3 лет [4, 67]. К побочным действиям лоперамида относят также жалобы на вздутие живота и сонливость: 21/927 (2%, 95% ДИ 0,7–3) и 4/764 (0,5%, 95% ДИ 0,02–1,5) соответственно [66, 67].

В то же время в литературе опубликованы данные, отражающие отсутствие статистически значимых различий по числу серьезных побочных эффектов лоперамида, в частности, по частоте развития непроходимости кишечника, нарушениям ментального статуса либо летальным исходам [67].

Тем не менее, во всех руководящих принципах лечения острых диарей у детей (ESPGHAN, WHO, ААР и др.) отражена достаточно жесткая позиция в отношении препаратов, тормозящих перисталь-

тику кишечника: они не должны назначаться при лечении ОКИ у детей [4, 13 – 15, 32].

Применение антисекреторных препаратов – достаточно новое направление в лечении острых гастроэнтеритов у детей. Сегодня на фармацевтическом рынке представлен препарат рацекадотрил – ингибитор энкефалиназы с антисекреторной активностью, который, не действуя на моторику кишки, активно подавляет кишечную секрецию [68]. Опубликован мета-анализ, в который вошли результаты девяти рандомизированных клинических испытаний ($n=1384$) по оценке эффективности рацекадотрила у пациентов с острыми гастроэнтеритами [68–75]. Исследования показали, что добавление рацекадотрила (1,5 мг/кг перорально каждые 8 ч) к оральной регидратационной терапии у детей (средний возраст – 13 мес.) статистически значимо сокращает частоту стула по сравнению с плацебо. Сроки госпитализации таких пациентов также были сокращены ($p<0,001$, RR 1,3, 95% ДИ 1,04–1,6), а количество потребления пероральных солей было ниже, $p<0,001$. Группы детей, принимавших рацекадотрил и плацебо, не различались по количеству неблагоприятных эффектов (10% против 7%, $p>0,05$) [4, 69–72]. Другие исследователи доказали, что прием рацекадотрила значительно сокращает объем жидкого стула (до 50%), по сравнению с плацебо (95% ДИ 43–88 и 33–75 соответственно) [4, 73]. В результате авторами был сделан вывод о том, что назначение рацекадотрила в дополнение к растворам пероральной регидратации дает клинически значимое преимущество: снижает длительность и выраженность диареи, сроки и необходимость госпитализации детей с ОКИ, затраты на лечение подобного рода пациентов.

В литературе представлены данные двойного слепого рандомизированного исследования сравнительной эффективности рацекадотрила и лоперамида у пожилых людей с клиникой острого гастроэнтерита [76]. Было показано, что нормализация стула при лечении рацекадотрилом произошла в среднем в 2 раза быстрее, чем лоперамидом (36 ± 4 ч против 63 ± 6 ч соответственно, $p<0,01$). Короче была и медиана времени купирования абдоминального синдрома: 14 ч и 28 ч соответственно ($p<0,01$). Побочные эффекты (тошноту и запоры) значительно реже регистрировали у пациентов, принимавших рацекадотрил (у 12%), чем лоперамид (у 60%), $p<0,01$. С экономической точки зрения, лечение взрослых пациентов с гастроэнтеритами рацекадотрилом более рентабельно, чем лоперамидом ($p<0,01$) [76].

Субсалицилат висмута – еще один препарат этой группы. Показано, что его назначение при острых гастроэнтеритах у детей уменьшает выраженность диарейного и абдоминального синдромов [13, 14, 77]. Доказана его эффективность при диарее путешественников [78]. Однако большая доза препарата, необходимая для достижения лечебного

эффекта, может приводить к развитию побочных явлений (шум в ушах, черное окрашивание языка и стула) [78–80]. Опубликованы данные двух РКИ ($n=422$), посвященных изучению эффективности субсалицилата висмута у взрослых с острыми гастроэнтеритами, в сравнении с лоперамидом и плацебо [79]. Исследователи пришли к выводу, что субсалицилат висмута более эффективен, чем плацебо, но уступает в этом отношении лоперамиду [79–82]. Представлены результаты двойного слепого рандомизированного исследования эффективности субсалицилата висмута при острой диарее у детей в возрасте 4–36 мес. (Бангладеш) [83]. Авторы пришли к выводу о его низкой эффективности при острых диареях у детей. Кроме того, практически во всех исследованиях отмечено неудобство приема препарата (частый прием и большая по объему разовая дозировка) [77, 81–83].

Начиная с конца прошлого века, появились публикации, посвященные исследованию эффективности цинксодержащих препаратов при острых диарейных заболеваниях. Было показано, что терапия цинком (в дозе 20 мг в сутки в течение 7–10 дней) уменьшает длительность и тяжесть эпизодов диареи у детей [4, 13–15]. Опубликованы результаты 3 новых мета-анализов, посвященных использованию цинка при лечении ОКИ у детей разных возрастных групп [85]. Результаты первого поиска (18 РКИ, 11180 участников, развивающиеся страны с распространенными цинк-дефицитными состояниями, 2007 г.) показали, что использование цинка значительно снижает выраженность и продолжительность диарейного синдрома, но существенно не влияет на объем стула [86]. Результаты второго мета-анализа (исходные данные не отражены) несколько отличались: применение добавок цинка снижало среднюю продолжительность жидкого стула на 19,7% (19 РКИ, 957 участников), но не оказывало никакого влияния на частоту дефекаций [87]. Последний поиск (мета-анализ 19 РКИ, развивающиеся страны, 2012 г.) показал, что введение добавок цинка детям до 6 мес. не влияет на продолжительность диареи (2 РКИ, 1334 участника, низкое качество доказательств, MD – 5,23 ч, 95% ДИ: -4–14,45), а у пациентов старше 6 мес. – сокращает продолжительность жидкого стула (5 РКИ, 2091 участник, низкое качество доказательств, MD – 10,44 ч, 95% ДИ -21,13–0,25) [88].

В 2013 г. M. Pieścik-Lech et al. [85] опубликовали большой обзор, посвященный лечению острых гастроэнтеритов у детей, где исследователи приводят данные, подтверждающие, что в Европе, где дефицит цинка встречается редко, нет необходимости включения препаратов цинка в базовую терапию ОКИ. Выводы были сделаны по результатам одного РКИ, которое включало обследование 141 ребенка в возрасте от 3 мес. до 4 лет. Пациенты были

рандомизированы для получения сульфата цинка (10 или 20 мг/день в зависимости от возраста) или плацебо в течение 10 дней. Исследователи не выявили никаких значимых различий в длительности и выраженности диареи, необходимости назначения парентеральной регидратации между сравниваемыми группами ($p > 0,05$) [89].

Вместе с тем, появились новые данные, свидетельствующие о том, что цинк может оказывать «тормозящее» действие на некоторые патогенные микроорганизмы [90]. Ученые выяснили, что этот микроэлемент может блокировать (снижение концентрации ц-АМФ) секреторный эффект холерного токсина [91], а также оказывать прямое ингибирующее действие на энтеропатогенные *E. coli* [92].

На сегодняшний день, в качестве цинксодержащих добавок рекомендуют использовать 5 его солей: сульфат, ацетат, глюконат, оксид и карбонат [93]. Все они используются в пищевой промышленности для обогащения продуктов питания.

В последнее время появились данные, свидетельствующие о существенной клинической эффективности пробиотиков в лечении острой инфекционной диареи у детей, особенно если речь идет о гастроэнтеритах ротавирусной этиологии [4, 13–15, 94, 95]. К сожалению, четких рекомендаций (применять или нет, в какой дозировке, как долго и т.д.) на сегодняшний день нет ни в одном из руководств по лечению острых диарей. Это связано в первую очередь с тем, что эффекты пробиотиков штаммоспецифичны, т.е. требуют подтверждения эффективности каждого из штаммов в отдельных клинических испытаниях. Экстраполяция результатов, полученных на одном из них, невозможна, и имеются сообщения о различных эффектах их применения [48, 96]. Смысл понятия штаммоспецифичности состоит в следующем: во-первых – результаты исследований и обзорные статьи по специфическим штаммам не могут использоваться как доказательство эффективности неисследованных штаммов, во-вторых – исследования, показавшие эффективность определенного штамма в определенной дозе, не могут служить доказательством его эффективности в иной дозе.

Проведен мета-анализ 63 рандомизированных и квази-рандомизированных плацебо-контролируемых испытаний по оценке эффективности пробиотиков для лечения острых инфекционных диарей у пациентов всех возрастов (8014 участников, данные опубликованы в 2010 г.). Результаты показали, что, в целом, пробиотики сокращают продолжительность диареи примерно на 25 ч, 95% ДИ 16–34 (35 РКИ, 4555 участников), риск диареи продолжительностью четыре или более дней снижается на 59%, 95% ДИ 57,2–60,8, RR 0,41, 95% ДИ 0,32–0,53 (29 РКИ, 2853 участника) [94]. Однако авторы от-

мечают большую изменчивость результатов испытаний, связанную с тем, что в 46 РКИ изучали эффективность одного пробиотика, в 17 – от 2 до 8. Исследователи отмечают, что основные выводы лишь приблизительны и требуют дальнейшего уточнения, поскольку каждый пробиотический штамм (или их комбинация) должен оцениваться отдельно [97, 98].

На сегодняшний день не подвергается сомнению эффективность штаммов *Lactobacillus GG Rhamnosus* (LGG) [98]. Мета-анализ 11 РКИ, с числом участников – 2072, показал сокращение среднего времени продолжительности диареи на 26,69 ч, 95% ДИ 12,88–40,5 [94]. Представлены данные 9 РКИ и 3 систематических обзоров, посвященных изучению эффективности *Saccharomyces boulardii* при лечении острых диарейных заболеваний [100, 101]. Показано, что применение *S. boulardii* уменьшает продолжительность диареи примерно на 24 ч, госпитализации – на 20 ч [102]. Подобные результаты получены при оценке пробиотических штаммов *L. reuteri* DSM 17938 (доза 4×10^8 КОЕ) в сравнении с плацебо у 74 детей в возрасте 6–36 мес., госпитализированных по поводу острой диареи [103]. Применение *L. reuteri* позволило статистически значимо сократить продолжительность водянистой диареи по сравнению с плацебо (2,1, 95% ДИ 0,4–3,8 против 3,3, 95% ДИ 1,2–5,4 дней соответственно, $p < 0,03$). Продолжительность пребывания в стационаре не различалась в сравниваемых группах.

Учитывая многообразие и разнородность представленной информации, эксперты ESPGHAN/ESPID сформулировали следующие выводы, касающиеся применения пробиотиков при острых диареях у детей: все они обладают статистически значимым эффектом и умеренным клиническим преимуществом в лечении острой водянистой (преимущественно ротавирусной) диареи; эффекты пробиотиков при острой диарее у детей умеренные, штаммо- и дозозависимые; эффект более очевиден на ранних сроках заболевания и у детей в развитых странах [4]. Всемирная организация гастроэнтерологов (WGO) рекомендует обсуждать с родителями решение вопроса о назначении пробиотических препаратов их детям с клиникой острой диареи, обговаривая такие параметры, как стоимость лечения, доказательства пользы, безопасность и т.д. [15].

Литература

1. Guerrant, R.L. Practice guidelines for the management of infectious diarrhea / R.L. Guerrant [et al.] // Clin Infect Dis. – 2001. – V. 32, № 3. – P. 331–351.
2. Bresee, J.S. The etiology of severe acute gastroenteritis among adults visiting emergency departments in the United States / J.S. Bresee [et al.] // J Infect Dis. – 2012. – V. 205, № 1. – P. 1374–1381.

3. King, C.K. Managing acute gastroenteritis among children: oral rehydration, maintenance, and nutritional therapy / C.K. King [et al.] // *MMWR Recomm Rep.* — 2003. — V. 52, № 16 — P. 1–16.
4. Guarino, A. European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition / European Society for Paediatric Infectious Diseases evidence-based guidelines for the management of acute gastroenteritis in children in Europe / A. Guarino [et al.] // *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* — 2008. — V. 46, № 5. — P. 619–621.
5. Caprioli, A. Enteropathogens associated with childhood diarrhea in Italy. The Italian Study Group on Gastrointestinal Infections / A. Caprioli [et al.] // *Pediatr Infect Dis J.* — 1996. — V. 15, № 10. — P. 876–883.
6. De Wit, M.A. Etiology of gastroenteritis in sentinel general practices in the Netherlands / M.A. De Wit [et al.] // *Clin Infect Dis.* — 2001. — V. 7, № 1. — P. 82–91.
7. Guandalini, S. Lactobacillus GG administered in oral rehydration solution to children with acute diarrhea: a multicenter European trial / S. Guandalini [et al.] // *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* — 2000. — V. 30, № 1. — P. 54–60.
8. Maltezou, H.C. Acute diarrhoea in children treated in an outpatient setting in Athens, Greece / H.C. Maltezou [et al.] // *J Infect.* — 2001. — V. 43, № 2. — P. 122–127.
9. Olesen, B. Etiology of diarrhea in young children in Denmark: a case-control study / B. Olesen [et al.] // *J Clin Microbiol.* — 2005. — V. 43, № 8. — P. 3636–3641.
10. Tompkins, D.S. A study of infectious intestinal disease in England: microbiological findings in cases and controls / D.S. Tompkins [et al.] // *Commun Dis Public Health.* — 1999. — № 2. — P. 108–113.
11. Годовой отчет референс-центра по мониторингу возбудителей острых кишечных инфекций (РЦКИ) за 2012 год // http://www.epid-oki.ru/cont/analit_pism/Godovoj_otchet_referens-centra_po_monitoringu_vozbuditelej_ostryh_kishechnyh_infekcij.pdf
12. Официальный сайт Роспотребнадзора РТ. — // <http://16.rosпотребнадзор.ru/>
13. Acute diarrhea in adults and children: a global perspective. WGO, February 2012 // http://www.worldgastroenterology.org/assets/export/userfiles/Acute%20Diarrhea_long_FINAL_120604.pdf
14. Лечение диареи. Учебное пособие для врачей и других категорий медработников старшего звена. ВОЗ, 2006. — http://www.euro.who.int/___data/assets/pdf_file/0007/130696/9244593181R.pdf
15. World Gastroenterology Organisation (WGO). WGO practice guideline: acute diarrhea. Munich, Germany: World Gastroenterology Organisation (WGO); 2008 Mar. 28 p. — <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=12679&search=salmonellosis>
16. Editorial. Oral therapy for acute diarrhea / No authors listed // *Lancet.* — 1981. — V. 8247, № 2. — P. 615–617.
17. Onwuezobe, I.A. Antimicrobials for treating symptomatic non-typhoidal Salmonella infection / I.A. Onwuezobe, P.O. Oshun, C.C. Odigwe // *Cochrane Database Syst Rev.* — 2012. — № 11. — P. 1167.
18. Lee, H.-Y. Oral Cefixime is beneficial in acute uncomplicated Salmonella gastroenteritis in children with mucoid or bloody diarrhea — Do indications of antibiotics therapy need reassessment? / H.-Y. Lee [et al.] // *14th International Congress on Infectious Diseases (ICID) Abstracts.* — *International Journal of Infectious Diseases.* — 2010. — V. 14, № 1. — P. 196–197.
19. Hohmann, E. Approach to the patient with nontyphoidal Salmonella in a stool culture / E. Hohmann // *Literature review current through.* — 2013. — <http://www.uptodate.com/>
20. Vukelic, D. Acute Infectious Gastroenterocolitis: Use or Not to Use Antibiotics? / D. Vukelic // *13th International Congress on Infectious Diseases, Abstracts.* — *International Journal of Infectious Diseases.* — 2008. — V. 12, № 1. — P. 25–26.
21. Ternhag, A. A meta-analysis on the effects of antibiotic treatment on duration of symptoms caused by infection with Campylobacter species / A. Ternhag [et al.] // *Clin Infect Dis.* — 2007. — V. 44, № 5. — P. 696–700.
22. Smith, K.E. Antibiotic Treatment of Escherichia coli O157 Infection and the Risk of Hemolytic Uremic Syndrome, Minnesota / K.E. Smith [et al.] // *The Pediatric Infectious Disease Journal.* — 2012. — V. 31, № 1. — P. 37–41.
23. Tarr, P.I. Shiga-toxin-producing Escherichia coli and haemolytic uremic syndrome / P.I. Tarr, C.A. Gordon, W.L. Chandler // *Lancet.* — 2005. — V. 365, № 9464. — P. 1073–1086.
24. Molbak, K. Antimicrobial therapy in patients with Escherichia coli O157:H7 infection / K. Molbak, P.S. Mead, P.M. Griffin // *JAMA.* — 2002. — V. 288, № 8. — P. 1014–1016.
25. Safdar, N. Risk of hemolytic uremic syndrome after antibiotic treatment of Escherichia coli O157:H7 enteritis: a meta-analysis / N. Safdar [et al.] // *JAMA.* — 2002. — V. 288, № 8. — P. 996–1001.
26. Davidson, G. Infectious Diarrhea in Children: Working Group Report of the First World Congress of Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition / G. Davidson [et al.] // *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition.* — 2002. — V. 35, № 2. — P. 143–150.
27. Халиулина, С.В. Антибиотикорезистентность современных возбудителей внебольничных бактериальных кишечных инфекций у детей / С.В. Халиулина [и др.] // *Практическая медицина.* — 2010. — Т. 40, № 1. — P. 85–88.
28. Teran, C.G. Nitazoxanide vs. probiotics for the treatment of acute rotavirus diarrhea in children: a randomized, single-blind, controlled trial in Bolivian children / C.G. Teran, C.N. Teran-Escalera, P. Villarreal // *Int J Infect Dis.* — 2009. — V. 13, № 4. — P. 518–523.
29. Rossignol, J. Effect of nitazoxanide for treatment of severe rotavirus diarrhoea: randomised double-blind placebo-controlled trial / J.F. Rossignol [et al.] // *Lancet.* — 2006. — V. 368, № 9530. — P. 124–129.
30. Szajewska, H. Gastrointestinal infections in the pediatric population / H. Szajewska, P. Dziechciarz // *Current Opinion in Gastroenterology.* — 2010. — V. 26, № 1. — P. 36–44.
31. Uhlen, S. Treatment of acute diarrhea: prescription patterns by private practice pediatricians / S. Uhlen, F. Tourseil, F. Gottrand // *Arch Pediatr.* — 2004. — V. 11, № 8. — P. 903–907.
32. Practice parameter: the management of acute gastroenteritis in young children. American academy of Pediatrics, Provisional Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Acute Gastroenteritis / No authors listed // *Pediatrics.* — 1996. — V. 97, № 3. — P. 424–435.
33. Szajewska, H. Meta-analysis: smectite in the treatment of acute infectious diarrhoea in children / H. Szajewska, P. Dziechciarz, J. Mrukowicz // *Aliment Pharmacol Ther.* — 2006. — V. 23, № 2. — P. 217–227.
34. Mujawar, Q.M. Efficacy of dioctahedral smectite in acute watery diarrhea in Indian children: a randomized clinical trial / Q.M. Mujawar [et al.] // *J Trop Pediatr.* — 2012. — V. 58, № 1. — P. 63–67.
35. Dupont, C. Peru and Malaysia Diosmectite Study Groups. Oral diosmectite reduces stool output and diarrhea duration in children with acute watery diarrhea / C. Dupont [et al.] // *Clin Gastroenterol Hepatol.* — 2009. — V. 7, № 4. — P. 456–462.
36. Becker, B. Double-blind, randomized evaluation of clinical efficacy and tolerability of an apple pectin–chamomile ex-

- tract in children with unspecific diarrhea / B. Becker, U. Kuhn, B. Hardewig-Budny // *Arzneimittelforschung*. — 2006. — V. 56, № 6. — P. 387–393.
37. De la Motte, S. Double-blind comparison of an apple pectin–chamomile extract preparation with placebo in children with diarrhea [in German] / S. De la Motte [et al.] // *Arzneimittelforschung*. — 1997. — V. 47, № 11. — P. 1247–1249.
38. Watkinson, M. A lack of therapeutic response to kaolin in acute childhood diarrhoea treated with glucose electrolyte solution / M. Watkinson // *J Trop Pediatr*. — 1982. — V. 28, № 6. — P. 306–307.
39. Zeller, J. The use of actapulgit for the treatment of acute diarrhea in infants and children. Review of pediatric studies [in French] / J. Zeller, P.F. Bougneres // *Ann Pediatr (Paris)*. — 1993. — V. 40, № 4. — P. 276–280.
40. Анохин, В.А. Ацетонемический синдром при острых кишечных инфекциях у детей / В.А. Анохин, С.В. Халиулина, И.А. Гутор // *Детские инфекции*. — 2012. — № 1. — С. 6–12.
41. Levine, D. Antiemetics for acute gastroenteritis in children / D.A. Levine // *Current Opinion in Pediatrics*. — 2009. — V. 21, № 3. — P. 294–298.
42. Kan, K.K. Emetic action of the prostanoid TP receptor agonist, U46619, in *Suncus murinus* (house musk shrew) / K.K. Kan [et al.] // *Eur J Pharmacol*. — 2003. — V. 482, № 1–3. — P. 297–304.
43. Pfeil, N. Antiemetic medications in children with presumed infectious gastroenteritis—pharmacoepidemiology in Europe and Northern America / N. Pfeil [et al.] // *J Pediatr*. — 2008. — V. 153, № 5. — C. 659–662.
44. Zanon, D. Off-label prescribing patterns of antiemetics in children: a multicenter study in Italy / D. Zanon [et al.] // *Eur J Pediatr*. — 2013. — V. 172, № 3. — P. 361–367.
45. Alhashimi, D. Antiemetics for reducing vomiting related to acute gastroenteritis in children and adolescents / D. Alhashimi, H. Alhashimi, Z. Fedorowicz // *Cochrane Database Syst Rev*. — 2006. — V. 18, № 4. — P. 005506.
46. Mehra, K. Hypersensitivity to intravenous ondansetron: a case report / K. Mehra [et al.] // *J Med Case Reports*. — 2008. — V. 2. — P. 274.
47. Szajewska, H. Meta-analysis: ondansetron for vomiting in acute gastroenteritis in children / H. Szajewska, D. Gieruszczak-Bialek, M. Dylag // *Aliment Pharmacol Ther*. — 2007. — V. 25, № 4. — P. 393–400.
48. Evidence-based care guideline for prevention and management of acute gastroenteritis (AGE) in children aged 2 months to 18 years. 1999 Nov (revised 2011 Dec 21). NGC:008846. — <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=35123&search>
49. Fedorowicz, Z. Antiemetics for reducing vomiting related to acute gastroenteritis in children and adolescents / Z. Fedorowicz, V.A. Jagannath, B. Carter // *Cochrane Database Syst Rev*. — 2011. — V. 7. — P. 005506.
50. Levine D. Oral ondansetron decreases vomiting, as well as the need for intravenous fluids and hospital admission, in children with acute gastroenteritis / D. Levine // *Evid Based Med*. — 2012. — V. 17, № 4. — C. 112–113.
51. Carter, B. Antiemetic treatment for acute gastroenteritis in children: an updated Cochrane systematic review with meta-analysis and mixed treatment comparison in a Bayesian framework / B. Carter, Z. Fedorowicz // *BMJ Open*. — 2012. — V. 2, № 4. — P. 000622.
52. Freedman, S.B. Oral ondansetron for gastroenteritis in a pediatric emergency department / S.B. Freedman [et al.] // *N Engl J Med*. — 2006. — V. 354, № 16. — P. 1698–1705.
53. Bruzzese E. Hospital management of children with acute gastroenteritis / E. Bruzzese, A. Lo Vecchio, A. Guarino // *Curr Opin Gastroenterol*. — 2013. — V. 29, № 1. — P. 23–30.
54. Al-Ansari, K. Metoclopramide versus ondansetron for the treatment of vomiting in children with acute gastroenteritis / K. Al-Ansari [et al.] // *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. — 2011. — V. 53, № 2. — P. 156–160.
55. Alhashimi, D. Antiemetics for reducing vomiting related to acute gastroenteritis in children and adolescents / D. Alhashimi, H. Al-Hashimi, Z. Fedorowicz // *Cochrane Database Syst Rev*. — 2009. — № 2. — P. 005506. Review. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. — 2011. — № 9. — P. 005506.
56. Alhashimi, D. Antiemetics for reducing vomiting related to acute gastroenteritis in children and adolescents / D. Alhashimi, H. Al-Hashimi, Z. Fedorowicz // *Cochrane Database Syst Rev*. — 2006. — № 4. — C. 005506. Review. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. — 2009. — № 2. — C. 005506.
57. Запруднов, А.М. Моторно-эвакуаторные нарушения пищеварительного тракта и применение прокинетики в детском возрасте / А.М. Запруднов // *Рус. мед. журнал. Болезни пищеварительной системы*. — 2006. — № 8. — С. 22–31.
58. Багненко, С.Ф. Методы фармакологической коррекции двигательного-эвакуаторных нарушений желудка и двенадцатиперстной кишки / С.Ф. Багненко, Е.В. Назаров, М.Ю. Кабанов // *Рус. мед. журнал. Болезни органов пищеварения*. — 2004. — № 1. — С. 19–23.
59. Roy, P. A comparison of controlled release metoclopramide and domperidone in the treatment of nausea and vomiting / P. Roy, N.H. Patel, A.J. Miller // *British Journal of Clinical Practice*. — 1991. — V. 45, № 4. — P. 247–251.
60. Van Eygen, M. A double-blind comparison of domperidone and metoclopramide suppositories in the treatment of nausea and vomiting in children / M. Van Eygen [et al.] // *Postgraduate Medical Journal*. — 1979. — V. 55, № 1. — P. 36–39.
61. DeCamp, L.R. Use of antiemetic agents in acute gastroenteritis: a systematic review and meta-analysis / L.R. DeCamp [et al.] // *Arch Pediatr Adolesc Med*. — 2008. — V. 162, № 9. — P. 858–865.
62. Leung, A.K. Acute gastroenteritis in children: role of anti-emetic medication for gastroenteritis-related vomiting / A.K. Leung, W.L. Robson // *Paediatr Drugs*. — 2007. — V. 9, № 3. — P. 175–184.
63. DuPont, H.L. Systematic review: the epidemiology and clinical features of travellers' diarrhoea / H.L. DuPont // *Aliment Pharmacol Ther*. — 2009. — V. 30, № 3. — V. 187–196.
64. Wingate, D. Guidelines for adults on self-medication for the treatment of acute diarrhea / D. Wingate [et al.] // *Aliment Pharmacol Ther*. — 2001. — V. 15, № 6. — P. 773–782.
65. Nelson, J.M. Antimicrobial and antimotility agent use in persons with shiga toxin-producing *Escherichia coli* O157 infection in FoodNet Sites / J.M. Nelson [et al.] // *Clin Infect Dis*. — 2011. — V. 52, № 9. — P. 1130–1132.
66. Dalby-Payne, J.R. Gastroenteritis in children / J.R. Dalby-Payne, E.J. Elliott // *Clin Evid (Online)*. — 2009.
67. Li, S.T. Loperamide therapy for acute diarrhea in children: Systematic review and meta-analysis / S.T. Li, D.C. Grossman, P. Cummings // *PLoS Med*. — 2007. — V. 4, № 3. — P. 495–505.
68. Eberlin, M. A comprehensive review of the pharmacodynamics, pharmacokinetics, and clinical effects of the neutral endopeptidase inhibitor racecadotril / M. Eberlin, T. Mück, M.C. Michel // *Front Pharmacol*. — 2012. — № 3. — P. 93.
69. Salazar-Lindo, E. Racecadotril in the treatment of acute watery diarrhea in children / E. Salazar-Lindo [et al.] // *N Engl J Med*. — 2000. — V. 343, № 7. — C. 463–467.
70. Faure C. Role of antidiarrhoeal drugs as adjunctive therapies for acute diarrhoea in children / C. Faure // *Int J Pediatr*. — 2013. — V. 27, № 5. — 612403.
71. Tormo, R. Acute infectious diarrhoea in children: new insights in antisecretory treatment with racecadotril / R. Tormo [et al.] // *Acta Paediatr*. — 2008. — V. 97, № 8. — P. 1008–1015.

72. Cezard, J.P. Efficacy and tolerability of racecadotril in acute diarrhea in children / J.P.Cezard [et al.] // *Gastroenterology*. — 2001. — V. 120, № 4. — P. 799–805.
73. Cojocar, B. Effect of racecadotril in the management of acute diarrhea in infants and children [in French] / J. Cezard [et al.] // *Arch Pediatr*. — 2002. — V. 9, № 8. — P. 774–779.
74. Leher, P. Racecadotril for childhood gastroenteritis: an individual patient data meta-analysis / P. Leher, G. Chéron, G.A. Calatayud // *Dig Liver Dis*. — 2011. — V. 43, № 9. — P. 707–713.
75. Rautenberg, T.A. Evaluating the cost utility of racecadotril for the treatment of acute watery diarrhea in children: the RAWD model / T.A. Rautenberg [et al.] // *Clinicoecon Outcomes Res*. — 2012. — № 4. — P. 109–116.
76. Gallelli, L. Prospective randomized double-blind trial of racecadotril compared with loperamide in elderly people with gastroenteritis living in nursing homes / L. Gallelli, M. Colosimo, G.A. Tolotta // *Eur J Clin Pharmacol*. — 2010. — V. 66, № 2. — P. 137–144.
77. Guarino, A. Which place for bismuth subsalicylate in the treatment of enteric infections? / A. Guarino, E. Bruzzese // *Acta Paediatr*. — 2001. — V. 90, № 6. — P. 601–604.
78. Connor, B.A. Prevention and treatment of acute traveler's diarrhea / B.A. Connor, B. Landzberg // *Infect Med*. — 2004. — V. 21, № 1. — P. 18–19.
79. Gottlieb, T. Diarrhoea in adults (acute) / T. Gottlieb, C.S. Heather // *Clin Evid (Online)*. — 2011. — V. 27, № 11. — 0901.
80. Steffen, R. Travelers' diarrhea in West Africa and Mexico: fecal transport systems and liquid bismuth subsalicylate for self-therapy / R. Steffen [et al.] // *J Infect Dis*. — 1988. — V. 157, № 5. — P. 1008–1013.
81. Johnson, P.C. Comparison of loperamide with bismuth subsalicylate for the treatment of acute travelers' diarrhea / P.C. Johnson [et al.] // *JAMA*. — 1986. — V. 255, № 6. — P. 757–760.
82. DuPont, H.L. Comparative efficacy of loperamide hydrochloride and bismuth subsalicylate in the management of acute diarrhea / H.L. DuPont [et al.] // *Am J Med*. — 1990. — V. 88, № 6A. — P. 15–19.
83. Chowdhury, H.R. The efficacy of bismuth subsalicylate in the treatment of acute diarrhoea and the prevention of persistent diarrhea / H.R. Chowdhury [et al.] // *Acta Paediatr*. — 2001. — V. 90, № 6. — P. 605–610.
84. Реализация новых рекомендаций по клиническому ведению диареи: руководство для лиц, ответственных за принятие решений и программных менеджеров. — ВОЗ, 2012. — www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/.../9244594218R.pdf.
85. Pieścik-Lech, M. Review Article: The Management of Acute Gastroenteritis in Children / M. Pieścik-Lech [et al.] // *Aliment Pharmacol Ther*. — 2013. — V. 37, № 3. — P. 289–303.
86. Patro, B. Meta-analysis: zinc supplementation for acute gastroenteritis in children / B. Patro, D. Golicki, H. Szajewska // *Aliment Pharmacol Ther*. — 2008. — V. 28, № 6. — P. 713–723.
87. Patel, A. Therapeutic value of zinc supplementation in acute and persistent diarrhea: a systematic review / A. Patel [et al.] // *PLoS. One*. — 2010. — V. 5, № 4. — P. 10386.
88. Lazzarini, M. Oral zinc for treating diarrhoea in children / M. Lazzarini, L. Ronfani // *CochraneDatabase Syst Rev*. — 2013. — № 6. — P. 005436.
89. Patro, B. Oral zinc for the treatment of acute gastroenteritis in Polish children: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial / B. Patro, H. Szymanski, H. Szajewska // *J Pediatr*. — 2010. — V. 157, № 6. — P. 984–988.
90. Abrams, S. Zinc deficiency and supplementation in children and adolescents / S. Abrams. — <http://www.uptodate.com/contents/zinc-deficiency-and-supplementation-in-children-and-adolescents/contributors>.
91. Canani, R.B. Zinc inhibits cholera toxin-induced, but not *Escherichia coli* heat-stable enterotoxin-induced, ion secretion in human enterocytes / R.B. Canani [et al.] // *J Infect Dis*. — 2005. — V. 191, № 7. — P. 1072–1077.
92. Crane, J.K. Effect of zinc in enteropathogenic *Escherichia coli* infection / J.K. Crane [et al.] // *Infect Immun*. — 2007. — V. 75, № 12. — P. 5974–5984.
93. Brown, K.H. Zinc fortification of cereal flours: current recommendations and research needs / K.H. Brown, K.M. Hambidge, P. Ranum // *Food Nutr Bull*. — 2010. — V. 31, № 1. — P. 62–74.
94. Allen, S.J. Probiotics for treating acute infectious diarrhoea (Review) / S.J. Allen [et al.] // *Cochrane Database Syst Rev*. — 2010. — V. 10, № 11. — P. 003048.
95. Weizman, Z. Probiotics Use in Childhood Acute Diarrhea: A Web-based Survey / Z. Weizman // *Journal of Clinical Gastroenterology*. — 2011. — V. 45, № 5. — P. 426–428.
96. Best evidence statement (BEST). Use of *Lactobacillus rhamnosus* GG in children with acute gastroenteritis. — <http://www.guidelines.gov/content.aspx?id=33576&search=probiotics>
97. Szajewska, H. Advances and limitations of evidence-based medicine — impact for probiotics / H. Szajewska // *Ann Nutr Metab*. — 2010. — № 57. — P. 6–9.
98. Szajewska, H. Probiotics in the Treatment and Prevention of Acute Infectious Diarrhea in Infants and Children: A Systematic Review of Published Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trials / H. Szajewska, J.Z. Mrukowicz // *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. — 2001. — V. 33, № 2. — P. 17–25.
99. Riaz, M. Efficacy and safety of *Saccharomyces boulardii* in acute childhood diarrhea: a double blind randomised controlled trial / M. Riaz [et al.] // *Indian J Pediatr*. — 2012. — V. 79, № 4. — P. 478–482.
99. Corrêa, N.B. Treatment of acute diarrhea with *Saccharomyces boulardii* in infants / N.B. Corrêa [et al.] // *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. — 2011. — V. 53, № 5. — P. 497–501.
100. Szajewska, H. *Saccharomyces boulardii* for treating acute gastroenteritis in children: updated meta-analysis of randomized controlled trials / H. Szajewska, A. Skórka // *Aliment Pharmacol Ther*. — 2009. — V. 30, № 9. — P. 960–961.
101. Dinleyici, E.C. Effectiveness and safety of *Saccharomyces boulardii* for acute infectious diarrhea / E.C. Dinleyici [et al.] // *Expert Opin Biol Ther*. — 2012. — V. 12, № 4. — P. 395–410.
102. Francavilla, R. Randomised clinical trial: *Lactobacillus reuteri* DSM 17938 vs. placebo in children with acute diarrhoea — a double-blind study / R. Francavilla [et al.] // *Aliment Pharmacol Ther*. — 2012. — V. 36, № 4. — P. 363–369.

Авторский коллектив:

Халиуллина Светлана Викторовна — докторант кафедры детских инфекций Казанского государственного медицинского университета, к.м.н.; тел.: +7-917-860-92-46, e-mail: svekhal@mail.ru;

Анохин Владимир Алексеевич — заведующий кафедрой детских инфекций Казанского государственного медицинского университета, д.м.н., профессор; тел.: 8(843)267-81-00, +7-903-306-33-70, e-mail: anokhin56@mail.ru

Репринт ЖУРНАЛ ИНФЕКТОЛОГИИ, Том 5, № 4, 2013, стр. 55–60

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ПРАКТИЧЕСКИЕ УРОКИ КРУПНОЙ ВСПЫШКИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ

А.А. Яковлев^{1,2}, М.Н. Погромская^{2,3}, И.П. Федуняк^{2,3}, В.Б. Мусатов^{1,2}, В.Н. Кутузов²,
И.В. Горбова², Л.А. Кафтырева⁴, Ю.Н. Коржаев⁵, Л.В. Петрова^{1,2}

¹ Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

² Клиническая инфекционная больница им. С.П. Боткина, Санкт-Петербург

³ Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

⁴ Научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Пастера, Санкт-Петербург

⁵ Центр гигиены и эпидемиологии, Санкт-Петербург

Etiological characteristics and practical lessons of a major outbreak of acute intestinal infection among migrant workers

A.A. Yakovlev^{1,2}, M.N. Pogromskaya^{2,3}, I.P. Fedunyak^{2,3}, V.B. Musatov^{1,2}, V.N. Kutuzov², I.V. Gorbova², L.A. Kaftyreva⁴,
Yu.N. Korzhaev⁵, L.V. Petrova^{1,2}

¹ Saint-Petersburg State University, Saint-Petersburg

² Clinical Infectious Diseases Hospital named after S.P. Botkin, Saint-Petersburg

³ North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint-Petersburg

⁴ Research Institute of Epidemiology and Microbiology named after L. Pasteur, Saint-Petersburg

⁵ Center for Hygiene and Epidemiology, Saint-Petersburg

Резюме. Острые кишечные инфекции остаются значимой проблемой для большинства экономически развитых государств. В структуре инфекционной патологии заболеваемость острыми кишечными инфекциями устойчиво занимает второе место после острых вирусных респираторных инфекций. Актуальность проблемы острых кишечных инфекций связана с нередким возникновением групповых случаев заболеваний (вспышек). Последняя массовая самая крупная за последние 20 лет вспышка острой кишечной инфекции была зафиксирована в Санкт-Петербурге в 2013 г. Российская Федерация занимает одно из первых мест в мире по количеству мигрантов. Заражению и более широкой распространенности кишечных инфекций у мигрантов способствует употребление продуктов питания, хранившихся или готовившихся с нарушением санитарных правил. В процессе оказания медицинской помощи при анализируемой вспышке заболевания среди мигрантов был выявлен ряд потребностей и проблем, решение которых позволит купировать в минимальные сроки и с наименьшими затратами схожие эпидемические ситуации.

Ключевые слова: острые кишечные инфекции, пищевая токсикоинфекция, термостабильный токсин золотистого стафилококка, бактериологический метод, ПЦР-диагностика, генетические детерминанты резистентности.

В современных условиях острые кишечные инфекции остаются значимой проблемой для большинства экономически развитых го-

Abstract. Acute intestinal infections remain a significant problem for the majority of economically developed countries. Acute intestinal infection disease incidence in the structure of infectious pathology steadily ranks the 2nd place after acute virus respiratory infections. The urgency of the acute intestinal infections problem is connected with the frequent occurrence of clusters of cases (outbreaks). The last mass and the largest in the last 20 years outbreak of acute intestinal infection, was detected in St. Petersburg in 2013. The Russian Federation takes one of the first places in the world in the number of migrants. The usage of food, stored or cooked with violation of sanitary rules contributes to infection and a high prevalence of intestinal infections among migrants. In the process of medical care when analysing the outbreak among migrants a number of requirements and problems was revealed; solving these problems will make it possible to stop similar epidemic situations during the shortest period and at the lowest cost.

Key words: acute intestinal infections, food poisoning, heat-stable toxin of *Staphylococcus aureus*, bacteriological method, PCR-diagnosis, genetic determinants of resistance.

сударств. Актуальность диарейных инфекций связана с широким и повсеместным распространением, значительной частотой развития

тяжелых форм болезни и высоким уровнем летальности.

По данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно в мире около 1,7 млрд человек переносят острые кишечные инфекции (ОКИ). Более 750 тыс. детей в возрасте до 5 лет ежегодно погибают от ОКИ преимущественно в развивающихся странах. Однако проблема ОКИ остается актуальной и для экономически развитых стран. Только в США ежегодно регистрируется более 1,7 млн случаев ОКИ, в том числе 200 тыс. пациентам требуется госпитализация. В подавляющем большинстве случаев ОКИ наиболее частой причиной их развития являются вирусы [1].

В Российской Федерации наблюдается устойчивая тенденция к росту заболеваемости ОКИ со средним ежегодным темпом прироста в 6–7%. В 2010 г., только по данным официальной статистики, в РФ зарегистрировано более 850 тыс. заболеваний ОКИ установленной и неустановленной этиологии [2, 3].

Актуальность проблемы ОКИ связана с нередкими возникновением групповых случаев заболеваний (вспышек). В различных частях мира, включая Европу, ежегодно регистрируются вспышки кишечных инфекций. В 2011 г. в Германии развилась масштабная вспышка инфекции, вызванная энтеропатогенной кишечной палочкой, которая охватила в дальнейшем еще 11 стран. В РФ ежегодно регистрируются групповые случаи заболеваний ОКИ, каждая из которых вызывает значительный резонанс как в медицинском сообществе, так и среди пострадавших и их родственников. За 2011 г. было зарегистрировано более 600 очагов групповой заболеваемости ОКИ, при этом только в 60 вспышек, связанных с дизентерией, было вовлечено более 1000 человек. Основной причиной вспышек кишечных инфекций являются грубейшие нарушения технологического процесса в сфере производства и оборота пищевых продуктов, а также в ходе приготовления блюд в предприятиях общественного питания.

При возникновении эпидемических вспышек инфекционных заболеваний эффективность оказания медицинской помощи больным в значительной степени определяется комплексом специальных организационно-диагностических и лечебных мероприятий на догоспитальном и госпитальном этапах. Важным элементом эффективной работы учреждения при одномоментном поступлении пострадавших являются практические навыки и умения, полученные в ходе осуществления обучения в рамках медицинской службы гражданской обороны и чрезвычайных ситуаций. До настоящего времени остаются актуальными принципы оказания ме-

дицинской помощи в условиях массового поступления инфекционных больных, сформулированные военными врачами-инфекционистами, находившимися в 1979–1989 гг. в составе ограниченного контингента советских войск в Республике Афганистан [4].

Российская Федерация, в том числе и Санкт-Петербург, занимают одно из первых мест в мире по количеству мигрантов. По данным ФМС, ежегодно в РФ приезжают более 7 млн иностранных граждан. Большинство из них – из стран СНГ, с которыми у России безвизовый режим.

Миграция населения определяет значительное число экономических, политических и медико-социальных проблем, в том числе и в передаче инфекционных заболеваний. Показано, что мигранты имеют отличную от постоянных жителей Санкт-Петербурга структуру инфекционной заболеваемости [5].

За 2009 г. было госпитализировано 8349 пациентов с диагнозом ОКИ, что составляет 21,4% от числа всех госпитализированных. При этом среди 1464 госпитализированных мигрантов зарегистрировано 508 случаев ОКИ (32,8%). Таким образом, среди мигрантов риск возникновения ОКИ в 1,2–1,5 раза выше, чем в общей популяции Санкт-Петербурга (рис.).



Рис. Удельный вес ОКИ среди мигрантов (% от общего числа пациентов)

Заражению и более широкой распространенности ОКИ у мигрантов способствуют антисанитарные условия проживания, несоблюдение правил личной гигиены, употребление продуктов питания, хранившихся или готовившихся с нарушением санитарных правил, употребление продуктов питания, не подвергшихся достаточной термической обработке.

В настоящее время вопрос организации оказания медицинской помощи при ОКИ остается актуальным в связи с высоким уровнем заболеваемости и нередким возникновением групповых случаев заболевания.

Последняя массовая, самая крупная за последние 20 лет, вспышка ОКИ была зафиксирована в Санкт-Петербурге в 2013 г.

26 августа в 17:30 в Клиническую инфекционную больницу им. С.П. Боткина поступило сообщение о возникновении массового заболевания острой кишечной инфекцией на стройплощадке терминала «Пулково-3».

В дальнейшем в течение 1,5 ч (18:30–20.00) в больницу поступили 367 пациентов с диагнозом «Острый гастроэнтероколит».

Доставка первых пострадавших (99 человек) осуществлялась машинами скорой медицинской помощи. Учитывая лавинообразный характер увеличения количества заболевших, с целью быстрой эвакуации к месту оказания специализированной помощи доставка пациентов в стационар продолжена автобусами большой вместимости в сопровождении полиции.

На основании эпидемиологического анамнеза установлено, что все пациенты заболели практически одновременно, через 30 мин – 1,5 ч после обеда в столовой, находящейся непосредственно на строительном объекте.

Все пострадавшие являлись гражданами иностранных государств, в том числе: 68% – граждане Узбекистана, 17% – Турции, 11% – Таджикистана и 4% – Кыргызстана. Многие пациенты не владели русским языком даже в минимальном объеме бытового общения.

Тяжесть состояния больных определялась на основании клинико-патогенетических признаков. У большинства пациентов наблюдалось преимущественно легкое и реже среднетяжелое течение заболевания. По тяжести состояния, обусловленного развитием гиповолемического шока II–III степени, семь больных (1,9% из числа заболевших) госпитализированы в отделение реанимации.

Клиническая картина заболевания отражала характерные для ОКИ синдромы. Более половины пациентов отмечали ощущение тяжести в желудке, постепенно нарастающие боли в подложечной области, тошноту, однократную, но чаще повторную, многократную рвоту. У 166 (31,6%) пациентов практически одновременно с рвотой присоединился обильный, водянистый, без примеси крови и слизи понос. В 98,1% случаев температура не повышалась. Лихорадка в первые сутки заболевания была отмечена только у 7 пациентов. Среди симптомов присутствовали головная боль, недомогание, слабость.

Всем пациентам при поступлении немедленно оказывалась медицинская помощь. Для устранения обезвоживания проводилась регидратационная терапия. У 21 пациента (5,7%) без признаков обезвоживания регидратационная терапия не проводилась.

При обезвоживании I–II степени у 123 больных (33,5%) была назначена пероральная регидратационная терапия с использованием глюкозо-солевых растворов (регидрон или цитроглюкосолан). В случаях обезвоживания III степени у 216 пациентов (58,9%) проводилась экстренная инфузионная терапия (внутривенное введение водно-электролитных растворов) в сочетании с пероральным введением глюкозо-солевых растворов.

Признаки обезвоживания IV степени были выявлены у 7 больных (1,9%), которые проявлялись клинической картиной гиповолемического шока II–III степени. В этих случаях регидратация и дезинтоксикация носили характер реанимационного пособия, с использованием кристаллоидных растворов, подогретых до 38–39°C, и 5% раствора глюкозы в объеме 5500–6000 мл на человека.

Общий объем использованных для оказания медицинской помощи инфузионных полиионных растворов за первые сутки составил 338 л (845 флаконов по 400 мл). Таким образом, инфузионную терапию получили 223 пациента (60,8%). Средний объем внутривенных инфузий на одного больного составил 1,5 л.

Через 15 ч после проведения патогенетической и симптоматической терапии 97,8% пациентов уже не нуждались в приеме медикаментов в связи с практически полным прекращением проявлений заболевания. У части пациентов в связи с выявлением микст-инфекции бактериальной природы были использованы антимикробные препараты в качестве этиотропной терапии.

К утру 28 августа 2013 г. в больнице оставались 8 пациентов, которые также были выписаны к концу дня. Клиническое выздоровление наступило у всех наблюдаемых больных.

Экстренно в течение 1,5 ч силами лабораторной службы больницы была проведена лабораторная диагностика по расшифровке этиологии заболевания, основанная на выявлении методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) возбудителей вирусной природы (аденовирус группы F, астровирус, норовирус второго генотипа, ротавирус группы A), а также микроорганизмов рода *Shigella*, *Salmonella*, термофильных *Campylobacter*. Материалом для исследования служили образцы фекалий, собранные в первые часы от начала заболевания у 55 пострадавших.

Результаты исследования были получены через 7 ч от момента поступления первых больных. У большинства больных не было выявлено микробных и вирусных патогенов. Лишь у 15 пациентов (27,3%) выявлены патологические кишечные агенты (табл. 1).

Таблица 1

Этиологическая расшифровка возбудителей методом ПЦР

№	Этиологический агент	Абс.	%
1	Salmonella spp.	2	13,3
2	Shigella spp.	2	13,3
3	Escherichia coli:	9	60
3.1	Enterohaemorrhagic E. coli – EHEC	2	22,2
3.2	Enteraggregative E. coli – EAgEC	4	44,5
3.3	Enteropathogenic E. coli – EPEC	3	33,3
4	Astrovirus	1	6,7
5	Campylobacter	1	6,7
ВСЕГО:		15	100

Однотипность клинической картины заболевания при отсутствии лабораторной верификации у 72,7% обследованных позволила заподозрить пищевую токсикоинфекцию.

Одновременно с исследованием материала в лаборатории больницы в лабораторию ФГБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в городе Санкт-Петербург» были доставлены рвотные массы заболевших и образцы продуктов обеда. Через несколько часов (в ночь с 26 на 27 августа) была получена информация о выделении из рвотных масс термостабильного токсина золотистого стафилококка. Позже из куриного мяса был выделен и *Staphylococcus aureus*, и его термостабильный энтеротоксин. Таким образом, диагноз пищевой токсикоинфекции был уточнен лабораторно.

У 116 заболевших с синдромом гастроэнтерита произведен забор испражнений для классического бактериологического исследования на группу кишечных инфекций.

По результатам комплексного бактериологического исследования у 64 пациентов (55,2%) в клиническом материале обнаружен *Staphylococcus aureus*, причем в 46,6% (54 пациента) *Staphylococcus aureus* был выявлен вместе с другими этиологическими агентами. В 40,6% случаев выявлена микст-инфекция – *Staphylococcus aureus* + *Citrobacter freundii*, 28,1% – *Staphylococcus aureus* + *P. vulgaris*. Моноинфекция составила 15,6% от числа обследованных. У 22 пострадавших патогенная кишечная флора не обнаружена (табл. 2).

Использование комплексных методов идентификации генетических детерминант резистентности золотистого стафилококка к антибиотикам выявило однотипность характеристик возбудителя во всех 64 положительных образцах, что свидетельствует о единой природе возбудителя, вызвавшего вспышку ОКИ.

Таблица 2

Детекция возбудителей ПТИ бактериологическим методом

Этиологический агент	Абс.	%
<i>Staphylococcus aureus</i>	10	8,62
<i>Staphylococcus aureus</i> + <i>P. vulgaris</i>	18	15,5
<i>Staphylococcus aureus</i> + <i>Citrobacter freundii</i>	26	22,4
<i>Staphylococcus aureus</i> + <i>Citrobacter freundii</i> + <i>P. vulgaris</i>	6	5,17
<i>Staphylococcus aureus</i> + <i>P. vulgaris</i> + <i>Escherichia coli</i>	4	3,45
<i>Citrobacter freundii</i>	18	15,5
<i>Citrobacter freundii</i> + <i>P. vulgaris</i>	4	3,45
<i>P. vulgaris</i>	3	2,59
<i>S. enteritidis</i>	3	2,59
<i>Candida sp.</i>	1	0,86
<i>Escherichia coli</i> O144	1	0,86
Патогенная кишечная флора не обнаружена	22	18,9
ВСЕГО:	116	100

Таким образом, результаты различных методов лабораторной диагностики (бактериологический метод, ПЦР-диагностика возбудителя, токсина и генетических детерминант резистентности) в трех независимых лабораториях подтвердили диагноз ПТИ.

Расширенной медицинской комиссией от 30 августа 2013 г. на основании клинических, лабораторных и эпидемиологических данных установлен заключительный клинический диагноз: Пищевая токсикоинфекция, вызванная золотистым стафилококком, гастритический / гастроэнтеритический/ гастроэнтероколитический вариант. Анализ вспышки показал, что в 100% случаев фактором передачи инфекции явились готовые блюда из кур, приготовленные на пищеблоке предприятия.

Анализируя данную вспышку и литературные данные о вспышках ОКИ, можно сказать, что важным условием организации оказания медицинской помощи при одномоментном массовом поступлении пациентов в больницу является грамотное распределение функциональных обязанностей среди медицинского персонала учреждения.

Сообщение о массовом заболевании поступило в администрацию больницы в вечерний период, когда в стационаре осталась только дежурная служба: 13 врачей (5 инфекционистов, 2 хирурга, 3 анестезиолога-реаниматолога, отоларинголог, неонатолог, акушер-гинеколог), средний и младший персонал, лабораторно-техническая служба. После экстренного оповещения по мобильной связи в стационар прибыла администрация (главный врач, заместители главного врача по медицинской части, главная медицинская се-

стра), были вызваны заведующие, врачи и средний медперсонал профильных отделений, врачи поликлинического отделения и сотрудники лаборатории. Всего было задействовано 105 сотрудников, в том числе 19 врачей, 77 представителей среднего и младшего медперсонала. Из числа лиц, задействованных в оказании помощи, 35 сотрудников больницы были вызваны из дома, остальные работали по графику. Была организована госпитализация пациентов из очага без нарушения штатной работы приемного покоя. Осуществлялось распределение больных для оказания помощи, в зависимости от тяжести состояния, на основании клинико-патогенетических признаков. Профильные отделения и отделения резерва были усилены средним медицинским персоналом за счет дежурной службы больницы (8 медсестер были временно сняты с других отделений).

Растворы для инфузионной терапии и пероральной регидратации доставлялись из всех отделений, позже — из резерва аптеки. Кроме того, использовались бутылки с питьевой водой для приготовления растворов для пероральной регидратации в приемном покое и в отделениях. Оперативно была организована доставка биоматериала от пострадавших в Центр гигиены и эпидемиологии в городе Санкт-Петербурге санитарным транспортом больницы.

Первичный врачебный осмотр доставленных пострадавших осуществлялся непосредственно в машинах скорой помощи и в автобусах, что позволило максимально быстро выделить наиболее тяжелых больных с признаками гиповолемического шока II–III степени и госпитализировать их в отделения реанимации, минуя приемный покой. Пациенты с начальными проявлениями шока госпитализированы в боксы приемного отделения для проведения неотложной инфузионной терапии. Остальные больные были направлены в профильные отделения больницы. Профильные отделения были разделены на две половины: в первой размещались больные, которым оказывалась неотложная инфузионная терапия. Во второй половине — пациенты в удовлетворительном состоянии и/или после проведения регидрационной терапии и компенсации водно-электролитного баланса. Пострадавшие размещались в отделениях как на койках, так и на топчанах. Ощущалась нехватка среди пострадавших лиц со знанием русского языка.

Регистрация и оформление медицинской документации проводились после размещения пострадавших в профильных отделениях и оказания неотложной медицинской помощи.

Учитывая количество сотрудников строительного объекта «Пулково-3» (около 3000 человек), одномоментную госпитализацию 347 пострадавших и общий источник заражения можно было

прогнозировать дальнейшее увеличение числа заболевших. С целью своевременного оказания помощи при увеличении числа пострадавших в ночь на 27 августа были развернуты дополнительные койки для взрослых. Первая линия резерва — 20 коек в ГБ № 4 (Больница святого великомученика Георгия), 10 — в ГКБ № 36 (г. Кронштадт), 50 — в ГБ № 32. Вторая линия резерва — 30 коек в ГБ № 9 (Городской проктологический центр), 40 — в ГБ № 28 «Максимилиановская». Всего было развернуто 150 коек в течение суток.

Анализ данного случая показал, что имела место вспышка с однократно действовавшим источником, носившая взрывной характер (все случаи заболевания возникли в течение одинакового, минимального, инкубационного периода). Все заболевшие были связаны с единым источником инфекции — употребляли один и тот же продукт, содержащий термостабильный энтеротоксин *Staphylococcus aureus*. Единая природа возбудителя подтверждена лабораторными методами. Однотипность клинической картины соответствовала течению заболевания у лиц среднего возраста с неотягощенным преморбидным фоном. Таким образом, своевременная мобилизация медицинского персонала инфекционной больницы, оперативное взаимодействие с лабораторией Центра гигиены и эпидемиологии в городе Санкт-Петербурге и другими резервными стационарами города, быстрота и высокое качество лабораторной диагностики, высококвалифицированная медицинская помощь пострадавшим позволили в минимальные сроки и с наименьшими затратами купировать данную эпидемическую ситуацию.

В процессе оказания медицинской помощи при одномоментном массовом поступлении мигрантов с ОКИ был выявлен ряд потребностей и проблем, решение которых позволило бы усовершенствовать действия при подобных вспышках.

Так, необходимость доставки солевых растворов в профильные отделения только из резерва аптеки, а не из других отделений могла замедлить начало лечения. Допустимое количество флаконов с хранящимися в отделении растворами, регламентируемое действующими Санитарными правилами и нормами, недостаточно в условиях массового поступления пострадавших и должно быть пересмотрено.

В ходе работы с пациентами подтвердилась важность правильной организации оказания помощи, медицинской сортировки больных по тяжести состояния. Для более быстрого размещения пациентов необходимо наличие резервных отделений и быстромонтируемых кроватей.

Целесообразно периодическое проведение обучения сотрудников больницы принципам оказания помощи при массовом поступлении боль-

ных. С учетом возникшего языкового барьера в составе медперсонала необходимо иметь сотрудников, владеющих языком поступающего контингента.

Выводы

1. Причиной крупной вспышки ОКИ в Санкт-Петербурге среди трудовых мигрантов явилось грубое нарушение санитарно-гигиенических норм при централизованном процессе приготовления пищи.

2. Ведущим этиотропным агентом явился стафилококковый энтеротоксин.

3. Несмотря на четкую клинику пищевой токсикоинфекции, у ряда пациентов выявлялись дополнительные микробные агенты (патогенные бактерии, вирусы, условно-патогенная флора), что свидетельствует о санитарно-гигиеническом неблагополучии среди данного контингента.

Литература

1. King, C.K. Managing acute gastroenteritis among chil-

dren: oral rehydration, maintenance, and nutritional therapy / C.K. King [et al.] // MMWR Recomm Rep. — 2003. — V. 52, № 16. — P. 1—16.

2. WHO's annual World Health Statistics report 2012.

3. О санитарно-эпидемиологической обстановке в Российской Федерации в 2010 году: государственный доклад. — М.: Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора, 2011. — С. 431.

4. Иванов, К.С. Медицинская помощь инфекционным больным в Афганистане (1979—1989) / К.С. Иванов, Ю.В. Лобзин, В.М. Волжанин // Журнал инфектологии. — 2009. — Т. 1, № 1. — С. 18—22.

5. Яковлев, А.А. Инфекционная заболеваемость мигрантов и туристов в Санкт-Петербурге / А.А. Яковлев [и др.] // Журнал инфектологии — 2011. — Т. 3, № 4. — С. 49—55.

6. Яковлев, А.А. Возможности высокотехнологичной идентификации возбудителей острых кишечных инфекций в Санкт-Петербурге / А.А. Яковлев [и др.] // Вестник Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования. — 2010. — Т. 2, № 3. — С. 5—8.

7. Impact of migration on infectious diseases in Europe. http://www.easac.eu/fileadmin/PDF_s/reports_statements/Migration.pdf

Авторский коллектив:

Яковлев Алексей Авенирович — заведующий кафедрой инфекционных болезней, эпидемиологии и дерматовенерологии Санкт-Петербургского государственного университета, главный врач Клинической инфекционной больницы им. С.П. Боткина, д.м.н., профессор; тел.: 8(812) 717-44-24, e-mail: botki_hosp@zdrav.spb.ru;

Погромская Маргарита Николаевна — доцент кафедры инфекционных болезней Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, врач-инфекционист Клинической инфекционной больницы им. С.П. Боткина, к.м.н.; тел.: 8(812)717-48-24, e-mail: oms.botkina30@mail.ru;

Федуняк Иван Павлович — доцент кафедры инфекционных болезней Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, заместитель главного врача по медицинской части Клинической инфекционной больницы им. С.П. Боткина, к.м.н.; тел.: 8(812)717-54-24, e-mail: botki_hosp@zdrav.spb.ru;

Мусатов Владимир Борисович — доцент кафедры инфекционных болезней, эпидемиологии и дерматовенерологии Санкт-Петербургского государственного университета, заместитель главного врача по медицинской части Клинической инфекционной больницы им. С.П. Боткина, к.м.н.; тел.: 8(812)717-77-61; e-mail: botki_hosp@zdrav.spb.ru;

Кутузов Вениамин Николаевич — заведующий приемным отделением Клинической инфекционной больницы им. С.П. Боткина; тел.: 8(812)717-64-92; e-mail: botki_hosp@zdrav.spb.ru;

Горбова Инна Валентиновна — врач лабораторной диагностики Клинической инфекционной больницы им. С.П. Боткина, к.м.н.; тел.: 8(812)717-78-02; e-mail: botki_hosp@zdrav.spb.ru;

Кафтырева Лидия Алексеевна — заведующая лабораторией кишечных инфекций НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Пастера, д.м.н.; тел.: 8(812)232-48-83; e-mail: Pasteur@LK14290.spb.edu;

Коржаев Юрий Николаевич — главный врач Центра гигиены и эпидемиологии в городе Санкт-Петербурге; тел.: 8(812)710-50-21; e-mail: cgsenspb@mail.wplu.net;

Петрова Лариса Владимировна — ассистент кафедры инфекционных болезней, эпидемиологии и дерматовенерологии Санкт-Петербургского государственного университета, заведующая отделением Клинической инфекционной больницы им. С.П. Боткина, к.м.н.; тел.: 8(812) 274-90-59; e-mail: botki_hosp@zdrav.spb.ru

Абдуллаев А.О., Ибрагимов М.Б., Анваров Ж.А.

ОЦЕНКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТОКСОКАРОЗОМ СРЕДИ ГРУПП ВЫСОКОГО РИСКА

г. Ташкент, Узбекистан

Токсокароз – малоизученное, широко распространенное заболевание, вызываемое личинками *Toxocara canis*, характеризующееся длительным рецидивирующим течением и полиорганными поражениями.

Диагностика токсокароза затруднительна ввиду полиморфизма и неопределенности клинических проявлений. Клинические проявления токсокароза не имеют своих специфических особенностей, что ещё более затрудняет диагностику. Больные нередко акцентируют внимание врача на установленных ранее диагнозах: бронхиальная астма, атопический дерматит и других. У 70-100% больных отмечается высокая эозинофилия. Поэтому ключевая роль в постановке диагноза могла бы принадлежать лабораторным методам диагностики.

Целью исследования явилась оптимизация диагностики токсокароза среди групп высокого риска. Мы обследовали на токсокароз больных, страдающих хроническими аллергическими заболеваниями (бронхиальная астма, крапивница, атопический дерматит) и больных с высокой эозинофилией не ясной этиологии. В рамках обследования у всех больных тщательно анализировался анамнез заболевания, особый акцент делался на эпидемиологический анамнез, также изучался анамнез жизни, аллергологический анамнез. При сборе эпидемиологического анамнеза выясняли место проживания (город, сельская местность), наличие животного в доме, в частности, собаки, наличие пикацизма (геофагии). Всем больным проводилось комплексное клинико-лабораторное обследование, включавшее клинический осмотр, лабораторные и инструментальные исследования, при необходимости – консультации узких специалистов.

Под нашим наблюдением находились 32 больных в возрасте от 21 до 55 лет. Среди них мужчин – 18, женщин – 14. Из них 21 находились в стационарном отделении специализированного аллергологического центра, 11 больных лечились амбулаторно в поликлиниках аллергологического центра и клиники НИИЗМИЗ. Серологическое исследование на токсокароз осуществляли в лаборатории иммунологии паразитозов НИИЭМИЗ, с использованием ИФА тест системы «Токсокар-стрип» выпускаемой АО «Вектор-Бест».

Из 32 обследованных больных у 14 получили положительный результат на токсокарный антиген. У 11 больных в сыворотке крови выявлены антитела к токсокарам в диагностическом титре 1:400, а 5 больных в сыворотке крови выявлены антитела к токсокарам в диагностическом титре 1:800.

Частота основных клинических проявлений токсокароза была представлена следующим образом: кожные проявления в виде аллергических высыпаний – у 7 (50,0%), астено-вегетативные проявления – у 11 (78,5%), интоксикационный синдром – у 10 (71,4%), поражение печени отмечали у 3 (21,4%), бронхолегочной синдром – у 5 (35,7%), увеличение лимфатических узлов – у 4

(28,5%), очаговое выпадение волос – у 1 (7,1%). Из лабораторных показателей эозинофилию в периферической крови находили у 13 (92,8%) обследованных.

На основании эпидемиологического анализа установлено, что ключевыми факторами риска инфицирования *T. canis* являются наличие геофагии и/или контакта с собакой (79%). Диапазон клинических вариантов течения токсокароза разнообразен. Эти данные совпадают с литературными данными. Наиболее часто диагностировали токсокароз с поражением кожи в виде аллергических высыпаний (50,0%), астено-вегетативные проявления (78,5%), интоксикационный синдром (71,4%) и высокими показателями титров антител к *T. canis*.

*Абдухальков А.М., Медетова Ж.С.,
Медетова А.Ж., Макаровка Е.А.*

НЕКОТОРЫЕ МЕТОДЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ

Шымкент, Казахстан

На сегодняшний день острые кишечные инфекции (ОКИ) являются серьезной проблемой, особенно среди детского населения. По данным медицинской статистики, ОКИ в нашей республике занимают второе место среди наиболее частых заболеваний, а летом возрастают в несколько раз. Основными причинами возникновения ОКИ является несоблюдение правил личной гигиены, нарушение правил и сроков хранения, технологии приготовления пищевых продуктов. Основным путем передачи инфекции является пищевой. Для детского населения имеет большое значение контактно-бытовой путь передачи инфекции.

Данные еженедельного мониторинга санитарного фона свидетельствуют о роли водного и пищевого факторов в формировании заболеваемости ОКИ. Так, в отдельные недели удельный вес проб питьевой воды несоответствующих нормативам по микробиологическим показателям в Акмолинской области достигал 15,2%, Актюбинской – 6,3-8,2%, Алматинской – 6,1-9,8%, Атырауской – 37,5%, г. Астане – 5,3-6,1%.

Задачей наших исследований была разработка комплекса гигиенических правил и навыков по уходу за детьми, особенно среди детей до 3-х лет, так как статистические данные показывают, что дети больше всего болеют ОКИ в этот период. Наши исследования проводились в детском отделении поликлиники №5 в г. Шымкенте. Для исследования были взяты 2 педиатрических участка по 900 детей, один экспериментальный, а второй контрольный. Учет заболеваемости проводился по статалонам амбулаторных карт.

Нами был разработан специальный комплекс гигиенических мероприятий для матерей, который включал обучающие программы по правилам гигиенического ухода за детьми, обработки и обеззараживания игрушек, постельных принадлежностей, посуды и предметов личной гигиены детей и др.

Кроме того, родители обучались правилам обеззара-

живания предметов для ухода за ребенком в домашних условиях. Особое место в этой программе занимало качество пищи и питьевой воды. Матери получали информацию по правилам закупки, хранения и приготовления пищи и питательных смесей. Большое внимание уделялось питьевой воде, для очищения и обеззараживания питьевой воды мы использовали «Аквафор» с серебряными фильтрами.

Предварительные данные наших исследований свидетельствуют о достаточной эффективности предложенной нами программы профилактических мероприятий по правилам ухода за детьми, питанию и использования фильтров «Аквафор» с серебряными фильтрами для очищения воды. В результате проведенных мероприятий уровень заболеваемости в экспериментальных группах достоверно снизился на 12,3%.

*Абуова Г.Н., Айнабек Г.А.,
Аяпова А.Д., Мирзалиев Б.И., Камытбекова К.Ж.*

СТРУКТУРА ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Шымкент, Казахстан

Острые кишечные инфекции, несмотря на успехи медицинской науки и практического здравоохранения, остаются одной из актуальных проблем современности. Ежегодно в мире, по данным Всемирной Организации Здравоохранения, регистрируется более 1 млрд диарейных заболеваний, умирает около 4 млн человек, из которых 65-70% – дети до 14 лет. Повсеместное распространение, высокая контагиозность, фекально-оральный механизм заражения, склонность к развитию эпидемических вспышек характеризуют ОКИ на современном этапе.

Южно-Казахстанская область в силу своих природно-климатических, социально-экономических условий является одним из регионов Казахстана с высокой заболеваемостью ОКИ. Так, за последние 7 лет острые кишечные инфекции были официально зарегистрированы у 34 620 человек, из которых 26 524 – дети (76,6%). Заболеваемость ОКИ в отдельные годы достигала 295, а среди детей – 580 на 100 000 населения. В структуре ОКИ преобладают бактериальные кишечные инфекции, их удельный вес составляет 60-75%, дизентерия (5,5-12,5%), пищевые отравления (5-8%), сальмонеллез (1,2-2,4%), ротавирусные энтериты (0,2-2%). Среди бактериально подтвержденных случаев шигеллеза в 2012 году в 95%, а в 2013 году – в 67% преобладала *Shigella flexneri*; среди всех случаев сальмонеллеза – в 67% выделялась *Salmonella enteritidis*, в 23% – *Salmonella typhimurium* и в 10% – сальмонеллы редких групп. К сожалению, у 26-30% кишечных инфекций этиология зачастую остается нерасшифрованной, в 2013 году – у 17,6 %.

Показатели заболеваемости в ЮКО по ряду кишечных инфекций значительно превышают среднереспубликанский уровень: по брюшному тифу в 2011 году в 6 раз, а в 2012 году – в 2 раза; по дизентерии – в 1,3 раза, по неуточненным ОКИ – в 1,9 раза, по ботулизму – в 3,9 раза, в целом по ОКИ – в 1,4 раза. В 2012 году в регионе зарегистрирована самая высокая в стране заболеваемость ботулизмом, которая составила 1,56 на 100 000 населения.

В то же время заболеваемость кишечным иерсинио-

зом, бактериальным пищевыми отравлениями в ЮКО соответствует средним показателям по Республике Казахстан, тогда как сальмонеллезом – ниже среднереспубликанских цифр в 4,9 раза, ротавирусным гастроэнтеритом – ниже в 13,2 раза, что может быть свидетельством недостаточно налаженной лабораторной диагностики вирусных диарей.

Таким образом, острые кишечные инфекции в Южно-Казахстанской области являются актуальной проблемой. На сегодняшний день наблюдается рост числа лабораторно подтвержденных случаев ОКИ и снижение ОКИ неустановленной этиологии с 30 до 17,6%. В структуре диарейных заболеваний преобладают бактериальные кишечные инфекции, дизентерия, пищевые отравления. Продолжают ежегодно регистрироваться единичные случаи брюшного тифа и брюшнотифозного носительства. Для снижения показателей заболеваемости ОКИ необходимо решение социально-экономических вопросов региона, прежде всего обеспечение чистой питьевой водой и повышение санитарной культуры населения.

*Абуова Г.Н., Айнабек Г.А.,
Нурмашева А.А., Ережепов Б.А., Мирзалиев Б.И.*

ИНФЕКЦИОННАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Шымкент, Казахстан

Несмотря на несомненные успехи, достигнутые в борьбе с инфекционными болезнями в Южно-Казахстанской области (ЮКО), значимость инфекционного фактора в общей структуре заболеваемости не только не снижается, но и проявляет тенденцию к нарастанию. В структуре причин смертности инфекционные болезни по-прежнему занимают 3-е место. В ЮКО в 2012-2013 г.г. наблюдался рост заболеваемости рядом инфекций: сальмонеллез – заболеваемость выросла с 2,12 до 2,64 на 100 тыс. населения; дизентерия – заболеваемость выросла с 9,03 до 14,3; иерсиниоз – с 0,08 до 0,22; ботулизм – заболеваемость выросла с 0,68 до 1,56 на 100 тыс. населения; листериоз – ранее не диагностировался, но выявлены 7 случаев в 2012 г. и 4 случая в 2013 году; хронические вирусные гепатиты – заболеваемость выросла с 13,62 до 35,72; бешенство – рост с 0,11 до 0,19 на 100 тыс. населения; эпидемический паротит – рост с 0,23 до 0,34 на 100 тыс. населения; менингококковая инфекция – с 0,47 до 0,9; корь – с 0,6 до 0,78 на 100 тыс. населения.

В ЮКО наиболее напряженной остается обстановка по зоонозным инфекциям. Так, с 2009 по 2013 год зарегистрировано 56 случаев Крымской-Конго геморрагической лихорадки (ККГЛ), 27 случаев бешенства среди людей. Уровень заболеваемости бешенством в ЮКО является наибольшим в РК и превышает среднереспубликанский в 5-6 раз. Случаи заболевания бешенством в нашей области в основном связаны с поздним обращением укушенных лиц за антирабической помощью. Большинство заболевших после контакта с животными вообще не обращались в медицинские учреждения. Для территории Южного Казахстана эндемической является ККГЛ. Трудности диагностики, незнание надежных средств лечения и отсутствие вакцин привели к взрывоопасному распространению инфекции вследствие ее

контагиозности. Южно-Казахстанская область является одним из неблагоприятных регионов Республики Казахстан по природной очаговости ККГЛ, чему способствуют особенности географического ландшафта региона, благоприятные климатические условия и циркуляция в природе зараженных вирусом клещей. Ежегодно в регионе наблюдается обострение эпизоотической и эпидемиологической ситуации по ККГЛ.

Сложилась неблагоприятная эпидемическая обстановка по бруцеллезу среди людей, что наносит значительный социально-экономический ущерб. Причем, большинство случаев заболевания остаются нераспознанными в связи с трудностями дифференциальной диагностики со сходными заболеваниями из-за многообразия клинических проявлений бруцеллеза, наличия отрицательных результатов специфических серологических реакций у значительного числа больных, особенно в хронической стадии болезни. Наблюдается эволюция клиники бруцеллеза, связанная с изменением биологических свойств возбудителя, повторным инфицированием, а также с увеличением заболеваемости лиц, профессионально не связанных с сельским хозяйством. Заболеваемость бруцеллезом в ЮКО за последние годы несколько снизилась (с 31, 11 в 2007 г. до 16,12 в 2013 г.), но все же превышает среднееспубликанский уровень более чем в 2,3 раза.

Эпидемиологическая ситуация по сибирской язве до 2011 года оставалась относительно стабильной: не было ее регистрации в 2007, 2009, 2010 годах. В 2008 г. – 2 случая по области (из 10 зарегистрированных случаев в РК), и 3 случая в 2011 г. Основными причинами сохранения заболеваемости сибирской язвой в ЮКО рассматриваем: наличие обсемененных почв, водоемов; несоблюдение санитарных правил убоя и низкая санитарная культура населения; отсутствие учета скота, его миграции и мест забоя; неполный охват иммунизацией сельскохозяйственных животных.

Сальмонеллез – одна из немногих бактериальных инфекций, распространение которых на современном этапе хотя и стабилизировалось, но остается высоким. На территории Южного Казахстана зарегистрированы разные серотипы сальмонелл: *S.typhimurium*, *S. choleraesuis*, *S. heidelberg*, *S.newport* и многие другие. Сальмонеллез, как острая кишечная зоонозная инфекция характеризуется разнообразными клиническими и морфологическими проявлениями – от асимптомного бактерионосительства до тяжелых септических и тифоподобных форм. Динамика заболеваемости сальмонеллезом такова: заболеваемость выросла с 2,12 до 2,64 на 100 тыс. населения.

В настоящее время иерсиниозы приобрели важное значение в инфекционной патологии человека. Как известно из литературных источников, у людей всех возрастов наряду с *Y. pseudotuberculosis*, *Y. enterocolitica* имеют широкое распространение *Y. kristensenii*, *Y. frederikseni*, *Y. intermedii* и другие. Однако в большинстве лабораторий области имеется возможность подтверждения лишь «старожилов» этой группы *Y. pseudotuberculosis* и *Y. enterocolitica*. Уровень заболеваемости иерсиниозом в последние годы имеет тенденцию к росту: заболеваемость выросла с 0,08 до 0,22 на 100 тыс. населения.

Заболеваемость эхинококкозом в ЮКО держится на стабильно высоких цифрах, имеет тенденцию к росту (в 2007 г. – 10,69, в 2010 г. – 13,61, в 2011 г. – 10,7, 2012 г. – 10,43, 2013 г. -10,69), и превышает республиканский уровень в 1,8 раз.

Таким образом, в настоящее время в ЮКО наблюдается рост заболеваемости сальмонеллезом, дизентерией, иерсиниозом, ботулизмом, листериозом, бешенством, хроническими вирусными гепатитами, эпидемическим паротитом, корью, менингококковой инфекцией; отмечен стабильно высокий уровень регистрации бруцеллеза, Конго-крымской геморрагической лихорадки, сибирской язвы, что требует дальнейшего укрепления и совершенствования инфекционной службы и усиления высококвалифицированной стационарной помощи в регионе.

*Абуова Г.Н., Култаев Р.У., Абуов М.К.,
Ходжабеков Б.К., Ризаметов И.Х.*

ПИЩЕВОЙ БОТУЛИЗМ В ЮЖНОМ КАЗАХСТАНЕ

Шымкент, Казахстан

Ботулизм – тяжелое пищевое бактериальное заболевание из группы сапрозоонозов, возникающее в результате употребления в пищу продуктов, содержащих токсин *Clostridium botulinum* и самих возбудителей. Известно, что ботулотоксин является нейротропным ядом и избирательно поражает центральную нервную систему, чаще поражаются ядра продолговатого мозга с развитием бульбарного синдрома: расстройство глотания и речи, глазная симптоматика в виде утомления зрения и диплопии.

Нами было проанализировано 55 историй болезней пациентов, получавших лечение в городской инфекционной больнице г. Шымкента в 2009–2013 гг. с диагнозом пищевой ботулизм. Среди больных преобладали мужчины (65,4%). Возраст пациентов составил у 54,5% – 20–40 лет, у 34,6% – 40–60 лет и у 10,9% – 15–20 лет. В эпидемиологическом анамнезе 54,5% больных указывает на употребление консервированных овощей, 41,9% – различных салатов и 3,6% – связывают свое заболевание с употреблением копченой рыбы. Подавляющее большинство заболевших (40%) поступили в 1-й день болезни, 34,6% больных – на 2-й день, 18,2% – на 3–4 день и 7,2% (4 больных) были госпитализированы позже 5-го дня заболевания. Среди жалоб больных наиболее частыми оказались головокружение (у 94,5% больных), нарушение глотания (67,2%), шаткость походки (63,6%), сухость во рту (54,5%), рвота (52,7%), жидкий стул (11%). Реже больных беспокоили вздутие живота (5,4%), с одинаковой частотой – головная боль, повышение температуры тела и чувство нехватки воздуха (3,6%), наиболее редко – боль в животе – у 1 больного, т.е. в 1,8%. При объективном осмотре больных ботулизмом выявлялись: в 69% случаев птоз, в 49% – осиплость голоса, в 14,5% – тахипноэ, в 9% – нистагм, артериальная гипертензия – в 5,4%. При распределении больных по степени тяжести у 80% из них была констатирована тяжелая форма и у 20% – среднетяжелая форма. У 7 больных, т.е. у 12,9% развились осложнения в виде дыхательной недостаточности, миокардита, вторичных бактериальных осложнений. В лечении больных наряду с неспецифической детоксикацией применялась противоботулиническая сыворотка у 98,2% пациентов. Доза и кратность введения соответствовали установленной степени тяжести больного, темпам регрессирования неврологической симптоматики. Чаще вводилось 2 лечебные дозы поливалентной сыворотки. Из антибактериальных препаратов у 53 пациентов применяли левомицетин, в некоторых случаях – ципрофлоксацин, цефтриаксон, це-

фазолин. Длительность пребывания больных в стационаре составила в среднем 11,6 дней. При этом длительность нахождения в отделении реанимации и интенсививной терапии составляла в среднем 5 дней. Исходом заболевания у 100% больных явилось выздоровление, летальных исходов от ботулизма за анализируемый период не было. Таким образом, в Южном Казахстане продолжают регистрироваться спорадические случаи пищевого ботулизма. Характерен короткий инкубационный период, быстрое нарастание симптомов, раннее (на 1-2 сутки) поступление больных и, соответственно, развитие тяжелых форм заболевания. У большинства больных отмечались головокружение, нарушения зрения, дисфункции желудочно-кишечного тракта в виде сухости во рту, тошноты, рвоты, болей в животе, вздутия, поносов. Своевременное применение комплексной неспецифической и специфической терапии является залогом благоприятного исхода заболевания при ботулизме.

Абуова Г.Н., Кульжанова К.Д., Аяпова А.Д., Калдыгосова К.Е., Мухаметалина У.М.

РОЛЬ СОВРЕМЕННОЙ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Шымкент, Казахстан

Острые кишечные инфекции (ОКИ) – это группа инфекционных болезней, характеризующаяся ведущим острым диарейным синдромом. Возбудителями острых кишечных инфекций в настоящее время считается значительное число микроорганизмов из семейств *Enterobacteriaceae*, *Micrococcaceae*, *Lactobacillaceae*, *Pseudomonadaceae*, *Vibrionaceae*, *Spirillaceae* и вирусы семейств *Reoviridae*, *Parvoviridae*, *Picornaviridae*. Проблема ОКИ на протяжении последних лет является одной из актуальных в здравоохранении Казахстана. Уровень заболеваемости ОКИ остается высоким, без тенденции к снижению.

В ЮКО в 2012-2013 гг. наблюдался рост заболеваемости рядом острых кишечных инфекций: сальмонеллез – заболеваемость выросла с 2,12 до 2,64 на 100 тыс. населения, дизентерия – заболеваемость выросла с 9,03 до 14,3; иерсиниоз – заболеваемость выросла с 0,08 до 0,22; ботулизм – заболеваемость выросла с 0,68 до 1,56 на 100 тыс. населения; ротавирусный гастроэнтерит – ранее не диагностировался, 80 случаев у детей в 2009 г., 78 случаев в 2010 году, заболеваемость составила 10,04 и 9,54 на 100 тыс. соответственно.

Большая роль в этиологической расшифровке острых кишечных инфекций принадлежит бактериологическим лабораториям. В бактериологической лаборатории городской инфекционной больницы г. Шымкента все исследования проводятся с использованием современного оборудования: бактериологического анализатора Micro Scan Walk Away, автоматизированной системы для выявления микроорганизмов в крови пациента, анаэробной станции, CO₂-инкубатора, высококачественных питательных сред, дисков с новыми антибактериальными препаратами. Так, за период 2009-2013 гг. в лаборатории проведено 34521 бактериологическое исследование, в которых получено 12310 положительных анализов. Процент выделения монокультур бактерий в биоматериалах ва-

рьирует в пределах 34-38. Среди этиологически расшифрованных заболеваний в разные годы преобладала условно-патогенная флора (83,8-91,5%), шигеллез (6,4-17,0%), сальмонеллез (2,0-4,7%), ЭПКП (0,9-4,2%), иерсиниоз (0,2-0,6%). При изучении пейзажа шигелл, установленного в баклаборатории городской инфекционной больницы оказалось, что в 2012 году в 95%, а в 2013 году в 67% преобладала *Shigella flexneri*, *Shigella sonnei* – в 5% и 33% соответственно, *Shigella boydii* – в 2010 году единичные случаи. Среди всех случаев сальмонеллеза в 67% выделялась *Salmonella enteritidis*, в 23% – *Salmonella typhimurium* и в 10% – сальмонеллы редких групп. Несмотря на улучшение материально-технической базы лаборатории, внедрение современного оборудования и реактивов из года в год наблюдается снижение процента высеваемости бактериальной флоры больных с ОКИ. Так, в 2009 году данный процент составил 48, в 2010г. – 40, в 2011г. – 38, в 2012г. – 36% и в 2013г. – 33% обследованных лиц, что является косвенным признаком изменения структуры ОКИ в регионе в сторону роста доли вирусных гастроэнтеритов. Благодаря внедрению в работу лаборатории баканализатора появилась возможность определять не только вид микроорганизма, но и его чувствительность к антибиотикам и необходимые для подавления дозы, результаты могут быть получены на второй день. Таким образом, внедрение в работу баклабораторий современного оборудования позволяет ускоренными и достоверными методами определить вид и род бактерий с определением чувствительности к антибиотикам и химиопрепаратам.

Абуова Г.Н., Лизинфельд И.А., Камытбекова К.Ж., Ходжабеков Б.К., Тулепова Д.У.

ВЛИЯНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ А В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Шымкент, Казахстан

Вирусным гепатитам принадлежит одно из первых мест в общей структуре инфекционных заболеваний. Важность данной проблемы обусловлена повсеместным распространением этих болезней. Согласно расчетным данным ВОЗ в разных странах мира вирусными гепатитами инфицировано или перенесли в прошлом до 2 млрд человек. Так, в 90-е годы прошлого столетия на обширной территории Казахстана ежегодно заболевало вирусными гепатитами 30-50 000 человек, показатели заболеваемости варьировали от 156 до 352 на 100 000 населения. Доля вирусного гепатита А (ВГА) на тот период в суммарной заболеваемости вирусными гепатитами в Казахстане составляла 90%. С периодичностью в 3-4 года наблюдался резкий подъем заболеваемости ВГА среди детей дошкольного и школьного возраста. В период 1997-2000 гг. общая заболеваемость ВГА в Южно-Казахстанской области колебалась между 384 и 590 случаями, достигая 1415 случаев на 100 000 населения в детском возрасте. В настоящее время наблюдается снижение заболеваемости острыми формами вирусных гепатитов.

В Республике Казахстан, как и во многих странах мира, начиная с 1998 года, была введена плановая календарная вакцинация против ВГВ, и с 2005 года – против ВГА. Широкомасштабное применение вакцинации против вирусных гепатитов привело к значительному снижению

заболеваемости. Так, в 2012 году в Республике Казахстан острыми вирусными гепатитами заболело 1737 человек, в Южно-Казахстанской области – 238 человек, показатели заболеваемости составили 10,38 и 9,03 на 100 000 соответственно. Вирусным гепатитом А в указанном году в целом по стране заболело 1452 человека, в ЮКО – 205, показатели заболеваемости ВГА составили 8,68 и 7,78 на 100 000 населения соответственно.

Плановая бесплатная вакцинация детей против вирусного гепатита А проводится в возрасте 2 года, с бустерной дозой, вводимой в 2,5 года. Ежегодно в Южно-Казахстанской области прививается порядка 350 000 доз. Охват вакциной детей в 2012 году составил 93%. В пределах 7 лет от начала программы ежегодная иммунизация привела к заметному снижению пораженности детей ВГА. Показатели заболеваемости детей ВГА в нашей области составили в 2009 году – 243,63; в 2010 году – 189,36; в 2011 году – 72,95; в 2012 году – 17,35 и в 2013 году – 10,37 на 100 000 населения. Наблюдаемое 136-кратное (по сравнению с 1997 г.) снижение заболеваемости детей ВГА в Южно-Казахстанской области явилось следствием широкомасштабного применения вакцинации.

*Абуова Г.Н., Лизинфельд И.А.,
Рыстаева Б.Н., Култаев Р.У.*

О ПРИМЕНЕНИИ АНТИДИАРЕЙНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ТЕРАПИИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Шымкент, Казахстан

Южно-Казахстанская область в силу своих природно-климатических, социально-экономических условий является одним из регионов Казахстана с высокой заболеваемостью ОКИ. Так, за последние 7 лет острые кишечные инфекции были официально зарегистрированы у 34 620 человек, из которых 26 524 – дети (76,6%). Заболеваемость ОКИ в отдельные годы достигала 295, а среди детей – 580 на 100 000 населения. Актуальность проблемы ОКИ определяется не только высокой заболеваемостью, значительными экономическими потерями, но и отсутствием согласованного подхода к терапии, возможностью летального исхода, риском формирования хронической патологии, возможностью индуцирования неинфекционной патологии. Исходы ОКИ во многом зависят от правильно проводимой терапии, которая позволяет существенно снизить риск неблагоприятных исходов.

Целью настоящего исследования явилась оценка клинико-лабораторной эффективности препарата Стопдиар (международное непатентованное название Нифуроксазид) из группы антидиарейных препаратов в комплексной терапии ОКИ. Нифуроксазид является производным 5-нитрофурана. Он оказывает местное антибактериальное действие в просвете кишечника в отношении грамположительных бактерий из рода *Staphylococcus* и грамотрицательных бактерий из семейства *Enterobacteriaceae* из рода: *Yersinia*, *Escherichia*, *Citrobacter*, *Enterobacter*, *Klebsiella*, *Salmonella*. Нифуроксазид не уничтожает сапрофитической микрофлоры пищеварительного тракта, не нарушает равновесия нормальной кишечной флоры. Под нашим наблюдением находилось 18 больных ОКИ тяжелой и среднетяжелой форм в возрасте 18 – 50 лет, из которых у 8 наблюдались признаки колита, а у 10 – признаки гастроэнтерита. Рвота, боль в животе, жидкий

стул беспокоили 100% больных, при этом кратность стула у 44,5% составила до 10 раз в сутки, у 33,3% – 10-15 раз в сутки, и у 22,2% – более 15 раз в сутки. Этиология ОКИ была расшифрована у 44% больных: обнаруживались *Shigella flexneri*, *Enterobacter liquefaciens*, *Citrobacter freundii*. Все больные получали общепринятую терапию (диета, инфузионная терапия, энтеросорбенты, симптоматические средства). Препарат Стопдиар назначался с момента поступления больных в стационар по 2 таблетки 4 раза в день, курс 5 дней. В комплекс клинико-лабораторного обследования были включены ежедневное клиническое наблюдение, клинические анализы крови и мочи, а также бактериологический, бактериоскопический, иммуноферментный методы этиологической расшифровки диагноза. На фоне проводимого лечения нормализация стула наступила у 55% больных на 2-е сутки, у 22% больных – на 3-и сутки, боль в животе, лихорадка полностью исчезли на 3-и сутки, рвота прекратилась – на 2-е сутки. При повторном бактериоскопическом исследовании кала у 100% больных имела место нормализация копрограммы.

Таким образом, проведенное исследование демонстрирует эффективность препарата Стопдиар и обосновывает включение данного препарата в комплексную терапию ОКИ, что позволит в короткий срок достичь нормализации клинико-лабораторных показателей в виде купирования диарейного и интоксикационного синдромов.

Агафонов В.М., Некрасова Л.И.,

Бурмагина И.А., Волчецкий А.Л., Пономарева Н.А.

ДИАГНОСТИКА ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ИНФЕКЦИОННОМ СТАЦИОНАРЕ И ПОЛИКЛИНИКЕ

г. Архангельск, Россия

Проведены наблюдения 2473 взрослых больных с острыми кишечными инфекциями в инфекционном стационаре и в городской поликлинике в течение трех лет. Следует отметить незначительное число пациентов с бактериальными инфекциями. Доля пациентов с шигеллезом, сальмонеллезом и эшерихиозом составила 11,7% среди пациентов стационара и 9% – поликлиники. 28,6% всех случаев шигеллеза были верифицированы бактериологическим методом, остальные – с использованием серологических методов диагностики на фоне клинических особенностей проявлений заболевания. Бактериологический метод свидетельствовал о том, что число случаев шигеллеза, обусловленного видами Флекснер и Зонне было распределено поровну. Серологический метод в два раза чаще дал положительный результат с антигенами шигелл Флекснера по отношению к аналогичным тестам с шигеллами Зоне.

Верификация сальмонеллезной инфекции учитывала клинические особенности проявлений заболевания, данные эпидемиологического анамнеза и результаты специфических методов диагностики. Бактериологический метод позволил выделить возбудителя заболевания в 73,3% случаев. Серологический метод дал положительный результат в 17,4% случаев. У оставшихся пациентов диагноз был основан на убедительных клинических и эпидемиологических данных. Среди выделенных возбудителей преобладал серовар *enteritidis*, доля которого превышала

60%, другие серовары встречались в виде единичных случаев и были представлены сероварами *S. typhimurium*, *S. london*, *S. denver*, *S. mission*, *S. tshongwe*.

Диагноз эшерихиоза подтверждался бактериологическим методом, в структуре эшерихий преобладал возбудитель серологической группы *E. coli* O144, другие серогруппы были представлены единичными случаями.

Верификация диагнозов острых кишечных инфекций остается традиционно трудной проблемой. На результаты лабораторного обследования в существенной степени влияют сроки обращений и госпитализации больных, предшествующая терапия, кратность забора материала, экономические аспекты диагностического процесса и другие факторы. В итоге около 60% всех случаев острых кишечных инфекций в стационаре и более 70% в поликлинике остались нерасшифрованными.

С внедрением в практику диагностических методов верификации вирусных диарей методами экспресс-исследования кала больного, для которых не требуется высокая концентрация вируса в каловых массах, а чувствительность метода высокая, к тому же выполнение этого теста занимает не более 15 минут, значительно чаще стали диагностироваться ротавирусная и норовирусная инфекции. Вирусные инфекции верифицировались только у больных в стационаре, при этом ротавирусная инфекция занимала 10% среди взрослых больных, норовирусная инфекция - немногим более 3,0%.

Бактериально-вирусные ассоциации в стационаре составили около трех процентов, данный диагноз в значительной степени зависит от качества проведения диагностического процесса.

Таким образом, снижается число случаев диарейных бактериальных инфекций, удельный вес нерасшифрованных острых кишечных инфекций остается высоким.

Айтбаева Б.Ж.

ВИРУСНЫЕ ЭНТЕРИТЫ. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ ДО 5 ЛЕТ

г. Уральск, Казахстан

В структуре острых кишечных инфекций (ОКИ) самыми распространенными являются вирусные энтериты. На базе областной инфекционной больницы был проведен анализ 180 историй болезни детей, перенесших вирусный энтерит за период с декабря 2011 по декабрь 2013 гг. Установлено, что 40% всех случаев гастроэнтерита с установленными возбудителями составляют энтериты ротавирусной этиологии. Рассмотрены только случаи заболевания, подтвержденные лабораторно (ИФА исследование кала). Дети до одного года жизни составляют – 41,8%, детей от года до двух лет – 35,6%, от двух до четырех лет – 22,5%.

В 92% случаев заболевания регистрировались в декабре, марте месяце. В 82% случаев заболевание протекало в гастроэнтеритической форме с разной степенью выраженности интоксикации, с повышением температуры до фебрильных 39-40 градусов – 63%, субфебрильных цифр до 38 градусов – 38%. Во всех случаях заболевания детей отмечались в разной степени выраженности катаральные явления. Обращает внимание, что в 23% случаев, заболевание начиналось не с диареи, а с выраженных катаральных явлений – кашель, насморк, одышка, высокая температура. В 18% случаях данной группы детей заболевание

протекало с обструктивным бронхитом. Жидкий стул и рвота присоединялись на вторые сутки болезни, в связи с чем дети с диагнозом «ОРВИ, бронхит» лечились амбулаторно и только с появлением диареи госпитализированы в инфекционный стационар.

Из числа госпитализированных детей, с тяжелой формой заболевания составляют 27%, среднетяжелой формой 73%. В 70% случаев тяжесть состояния детей была обусловлена интоксикацией, выраженной диареей, многократной рвотой, сопровождающейся эксикозом 1 степени; эксикозом 2 степени – 30%. В 18% случаев отмечалась микст-инфекция, с РС-вирусами и аденовирусами, в 3,5% случаях в сочетаниях с кишечной коли-инфекцией.

Лечение. 46% случаев со средней тяжестью и тяжелой формы с токсикоэксикозом 2 степени, проводилась инфузионная терапия с целью дезинтоксикации в режиме дегидратации. Все больные получали полиферменты, смекту, эубиотики (бифидумбактерии, лактобактерии, линекс, хилак-форте), поливитамины.

В комплексной терапии инфекционных диарей, наряду с этиотропными и симптоматическими препаратами использовалась диетотерапия. С первых суток поступления в стационар дети, находящиеся на искусственном вскармливании, получали смесь НАН безлактозный. В 23% случаях вирусные энтериты у детей в возрасте от года до двух лет, начинались с преимущественным поражением верхних дыхательных путей, с последующим развитием симптомов гастроэнтерита на 2-3 сутки болезни, что не исключает воздушно-капельный путь передачи инфекции. Рост заболеваемости вирусным энтеритом наблюдался с декабря по март. Диетотерапия в комплексном лечении инфекционных диарей является одним из самых значимых факторов.

Амиреев С.А., Нажмеденова А.Г.

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ УРОВНЯ ЗНАНИЙ И УМЕНИЙ СПЕЦИАЛИСТОВ ПМСП ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИММУНИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ НА ПРАКТИКЕ

г. Алматы, Казахстан

Проведение вакцинации населения является чрезвычайно сложной, технологической, медико-социальной и этической проблемой, требующей глубоко обоснованных научно-организационных подходов. Выполнение этого процесса невозможно как без углубленных знаний всех аспектов вакцинологии, так и без scrupulous соблюдения технологии прививочной работы – от планирования, организации не менее 95% охвата подлежащего населения и других аспектов до мониторинга поствакцинальных реакций и осложнений и оценки результатов вакцинации. При этом каждый этап прививочной работы требует серьезного отношения специалистов ПМСП. Поскольку любые медицинские иммунобиологические препараты, включая вакцины, являются чужеродными антигенами, то при введении их в организм наблюдаются в той или иной степени реакции. Также необходимо помнить, что все виды вакцин чувствительны к температурным воздействиям. В этой связи соблюдение «холодовой цепи» является важнейшим требованием процесса иммунизации и нарушения лишь этих требований могут привести не только к возникновению побочных нежелательных явлений, но и

снижению иммуногенности препарата. Следует подчеркнуть, что даже лишь нарушение правил соблюдения «холодовой цепи» указывает на чрезвычайную важность и необходимость повышения не только знаний специалистов ПМСЦ, но и совершенствования умений соблюдения технологической цепочки иммунопрофилактики. Наш опыт по мониторингу знаний и умений медицинских работников, имеющих отношение к вакцинопрофилактике, выявил ряд ошибок, дефектов организации и анализа результатов прививочной работы и других недостатков, которые нередко приводят к поствакцинальным нежелательным явлениям, что в свою очередь формирует негативное отношение определенной части населения к вакцинопрофилактике. В связи с этим мы сочли необходимым подготовить и издать Национальное руководство «Иммунизация на практике», где приводятся практически все аспекты прививочной работы, включающие 9 разделов: общие вопросы иммунопрофилактики; характеристика инфекций, управляемых вакцинопрофилактикой по Национальному календарю прививок РК; вопросы элиминации полиомиелита, кори и краснухи и предупреждения синдрома врожденной краснухи; организация прививочной работы; безопасность проведения иммунизации; противопоказания к вакцинации, поствакцинальные реакции и осложнения; их причина, частота, клиника, диагностика, лечение, профилактика, учет и мониторинг; расследование поствакцинальных осложнений и, наконец, антивакцинальные мифы: дезинформации и вымыслы. Мы надеемся, что Национальное руководство будет способствовать повышению профессионального уровня специалистов ПМСЦ, имеющих отношение к иммунопрофилактике.

Ахмедова М.Д., Мирзажанова Д.Б., Гулямов Н.Г.

ЭФФЕКТ ИММУНОМОДУЛИНА ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ БАКТЕРИОНОСИТЕЛЬСТВА В ИСХОДЕ БРЮШНОГО ТИФА.

г. Ташкент, Узбекистан

Основными причинами формирования хронического брюшнотифозного бактерионосительства, наряду с развитием у возбудителей резистентности к применяемым традиционно антибиотикам, является слабая по выраженности и неадекватная по направленности иммунная реактивность макроорганизма, что зачастую еще более усугубляется нецелесообразным применением антибиотиков.

В целях разработки методов превентивного лечения острого бактерионосительства изучена эффективность включения в комплексную терапию иммуномодулятора пептидного происхождения – Иммуномодулина.

Обследованные больные были мужского пола в возрасте от 18 до 22 лет. В качестве контрольной группы обследованы 24 здоровые лица того же пола и возраста. У реконвалесцентов перед выпиской из стационара при отсутствии клинических признаков болезни, при отрицательных результатах бактериологического исследования на наличие *S. typhi* в копрокультуре, гемокультуре и биликультуре констатировалось выздоровление. В случаях положительных результатов бактериологических исследований желчи на наличие в биликультуре *S. typhi* на фоне отсутствия клинических признаков болезни, а также при отрицательных результатах бактериологического исследова-

ния на наличие *S. typhi* в копрокультуре и гемокультуре устанавливался диагноз острое реконвалесцентное брюшнотифозное бактерионосительство.

16 пациентам с исходом острого брюшного тифа в острое реконвалесцентное брюшнотифозное бактерионосительство был назначен дополнительный курс лечения с включением в комплексную терапию антибиотиков с учетом чувствительности возбудителя (гентамицин), иммуномодулирующей терапии пептидами тимусного происхождения – Иммуномодулином. Иммуномодулин пациенты получали по 1,0 мл в/м один раз в сутки в течение 12 дней. При оценке эффективности применения Иммуномодулина в комплексной терапии нами до и после курса лечения изучены показатели иммунорегуляторного индекса (ИРИ), антигенсвязывающих лимфоцитов, специфически сенсибилизированных относительно антигена *S. typhi* (АСЛ к АГ *S. typhi*), а также НСТ-теста. Иммунорегуляторный индекс (ИРИ) определяли по соотношению CD4/CD8. Определение антигенсвязывающих лимфоцитов проводили по методу Гариб Ф.Ю. с соавторами (1983) с использованием коммерческих брюшнотифозных эритроцитарных диагностикумов с О-антигеном и Vi-антигеном *S. typhi*. Оценку активности нейтрофилов проводили полуколичественным методом по Васильцеву М.К. и Щимкевичу Л.Л. Для подсчета гранул продукта при всех цитохимических реакциях использовали микроскоп «Laboval» фирмы Carl Zeiss, Jena с масляной иммерсионной системой. Дифференцирование клеток проводили по признакам, изложенным в руководстве по лабораторной диагностике (1982).

Результаты, их обсуждение. До лечения Иммуномодулином у всех 16-ти больных в биликультуре выявляли наличие *S. typhi*. После проведенного курса лечения Иммуномодулином и целенаправленной антибиотикотерапии результаты повторных бактериологических исследований желчи на наличие *S. typhi* были отрицательными. Положительные сдвиги были отмечены в динамике и других показателей. У острых бактерионосителей иммуномодулирующее действие Иммуномодулина выразилось в изменении характера иммунного ответа – хелперный характер иммунного ответа (ИРИ=1,63) сменился супрессией (ИРИ=1,44). После курса лечения Иммуномодулином у пациентов также были отмечены существенные сдвиги в сторону снижения и нормализации в показателях АСЛ к АГ *S. typhi* и функционально-метаболической активности нейтрофилов крови в НСТ-тесте. Так, после лечения содержание в крови больных АСЛ к АГ *S. typhi* снизилось почти в 3 раза и составило до $4,8 \pm 0,41\%$ против $13,20 \pm 1,64\%$ до лечения. А активность нейтрофилов в НСТ-тесте после лечения снизилась до $1,08 \pm 0,04$ усл.ед. против $2,70 \pm 0,12$ усл.ед. до лечения Иммуномодулином.

Таким образом, Иммуномодулин в комплексе лечебных средств острого брюшнотифозного бактерионосительства оказывает иммуномодулирующее и иммуностимулирующее действие, выражением чего явилась элиминация возбудителя из организма носителей. Об устранении антигенного воздействия на систему иммунитета свидетельствовали существенное снижение содержания в периферической крови АСЛ к АГ *S. typhi* и снижение функционально-метаболической активности нейтрофилов в НСТ-тесте.

Ахметова Г.М., Халилова М.Б.,
Махамбетиярова С.Б., Камалова Г.Г.

УДЕЛЬНЫЙ ВЕС СЕРОВАРОВ ШИГЕЛЛ И ИХ АНТИБИОТИКОГРАММА

г. Уральск, Казахстан

Дизентерия – инфекционное заболевание, характеризующееся общей интоксикацией организма, поносом и своеобразным поражением слизистой оболочки толстого кишечника, является одним из наиболее частых острых кишечных заболеваний в мире. Возбудителем являются бактерии рода *Shigella*, включающие более 40 серотипов.

Цель – изучение циркуляции шигелл, выделенных от больных в Областной инфекционной больнице за 2012-2013 годы. Нами было исследовано 18567 проб от детей и взрослых: в 2012 г. - 9586, в 2013 г. - 8981.

По нашим данным в 2012 г. чаще всего выделялась шигелла Флекснера серовары 1b, 2a, 2b, 6, variant X: *Shigella flexneri* 1b – 43%, *Shigella flexneri* 2b – 22 %, *Shigella flexneri* 6 – 17%, *Shigella flexneri* 2a – 13%, *Shigella sonnei* – 2,5%. В 2013 г. преобладали *Shigella flexneri* 1b – 45%, *Shigella flexneri* 2b – 15%, *Shigella flexneri* 6 – 15%, *Shigella flexneri* var.X – 9%, *Shigella flexneri* 2a – 7,6%, *Shigella sonnei* – 2,8%.

У всех выделенных штаммов шигелл изучалась чувствительность к антибактериальным препаратам (согласно МУК 4.2.1890-04 Определение чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам): фуразолидону, цефазолину, цефалексину, цефтриаксону, цефотаксиму, цефтазидиму, цiproфлоксацину, левомицетину, ампициллину, клиндамицину.

Все выделенные штаммы шигелл Зонне были устойчивы к фуразолидону, клиндамицину и чувствительны к левомицетину, цiproфлоксацину, цефотаксиму, цефтриаксону, цефтазидиму, полимиксину. Все штаммы шигелл Флекснера высокочувствительны к цiproфлоксацину, цефтриаксону, цефотаксиму, цефтазидиму, полимиксину. Умеренно устойчивы к фуразолидону, устойчивы к левомицетину, амоксициллину, ампициллину, клиндамицину.

Выводы: Среди шигелл чаще всего высеивались *Shigella flexneri* 1b, *Shigella flexneri* 2b, *Shigella flexneri* 6. Отмечается устойчивость *Shigella sonnei* к фуразолидону, клиндамицину, а *Shigella flexneri* устойчива к левомицетину, ампициллину, клиндамицину. Все виды шигелл высокочувствительны к антибиотикам цефалоспоринового ряда и фторхинолонам.

Ахметова Д.Г., Волкова Г.С., Булатова Н.А.

СТРУКТУРА ВЫДЕЛЯЕМЫХ ИЗОЛЯТОВ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ

г. Астана, Казахстан

Острые кишечные инфекции, диагностируемые у детского населения, занимают одно из ведущих мест среди инфекционных больных, госпитализированных в Городскую детскую инфекционную больницу г. Астана, и за 2013 год составил 43%. Бактериологической лабораторией были проведены бактериологические исследования с целью выявления этиологического фактора и изучения микробного пейзажа инвазивных диарей инфекционных больных детского возраста.

Исследовались испражнения у детей с острой кишечной инфекцией, бактериологическим (культуральным) методом на средах обогащения 0,1% пептонной воде, с последующим

высевом на среду Эндо методом истощающего посева по Голду, а также на дифференциально-диагностические среды Плоскирев и Висмут-сульфит агар. Выделенные культуры идентифицировались путем окраски по Граму и методом световой микроскопии увеличением 100x (масляная иммерсия), по культурально-биохимическим характеристикам согласно «Определителю бактерий Берджи» редакции 1997 года.

Всего было выполнено за 2013 год 5152 анализа испражнений на патогенную флору от 2529 лиц с диагнозом острая кишечная инфекция (ОКИ). У всех обследуемых были выделены изоляты энтеробактерий III и IV групп патогенности. Всего было выделено: 206 штаммов *Salmonella*, 153 штамма рода *Shigella* и 92 патогенные штаммы *Escherichia coli*. Культуры рода *Salmonella* представлены следующими видами: 31% *Salmonella typhimurium* (Stm) и 69% *Salmonella enteritidis*. Биовары *Salmonella typhimurium*: в 3% S.t.m. “a”, в 43% S.t.m. “b” и в 54% S.t.m. “c”. Все штаммы *Salmonella enteritidis* представлены вариантом jena. В структуре культур *Shigella* в 63% случаях выделялись штаммы *Shigella flexner* и в 37% это были *Shigella sonnei*. Ведущее место (47%) в структуре патогенных *Escherichia coli* занимают энтероинвазивные штаммы, в 31% выделялись энтеропатогенные и в 22% случаях энтеротоксигенные изоляты. Пейзаж выделенной условно-патогенной микрофлоры: грамотрицательные кокки представлены патогенным штаммом *Staphylococcus aureus* в 5% случаях, неферментирующие грамотрицательные бактерии флюоресцирующими псевдомонадами *Pseudomonas aeruginosae* в 2,4%, а в оставшихся 92,6% выделяли микроорганизмы семейства *Enterobacteriaceae*.

Инвазивные диареи у инфекционных больных детского возраста имели преимущественно сальмонеллезную этиологию. В 10% случаях выделялись патогенные энтеробактерии и в 89% условно-патогенная микрофлора. Этиологическим фактором инвазивных диарей в 46 % случаях были штаммы *Salmonella*; в 33% *Shigella*; и в 21% случаях это были патогенные штаммы *Escherichia coli*. Преобладающее число выделяемых условно-патогенных микроорганизмов семейства *Enterobacteriaceae* у больных ОКИ детского возраста объясняется, возможно, феноменом бактериальной транслокации и наличием множественных факторов патогенности у данной группы энтеробактерий, вызывающих повреждение эпителиальных клеток тонкого кишечника, пейеровых бляшек, а также наличием фоновых заболеваний макроорганизма.

Башева Д.А., Турсунбекова С.Н.,

Имамбаева Г.Г., Конкаева М.Е.,

Смагулова З.К., Бейсенбиева Н.Е., Турбаева Г.О.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН ЗА 2007-2013 ГГ.

г. Астана, Казахстан

Острые кишечные инфекции (ОКИ) занимают ведущее место в инфекционной патологии детского возраста. В структуре младенческой смертности от инфекционных болезней на долю ОКИ приходится от 50 до 70%. Наибольший удельный вес среди заболевших составляют дети раннего возраста – около 60%. Несмотря на значительные успехи медицинской науки, достигнутые в изучении эпидемиологии и этиологии ОКИ, а также проводимые профилактические мероприятия, некоторые вопро-

сы данной проблемы остаются открытыми.

Целью данного анализа было выявление возможных тенденций в структуре заболеваемости кишечными инфекциями у детей.

Проведенный анализ показал, что наибольшая заболеваемость острыми кишечными инфекциями у детей в республике отмечалась в 2008 году и составляла 473,98 случаев на 100 тыс. населения, что превышало показатели взрослого населения за аналогичный период в 3 раза (150,96). Планово проводимая в стране противоэпидемическая и санитарно-просветительная работа оказала положительное воздействие на динамику заболеваемости данной патологией и характеризовалась ежегодным динамичным снижением заболеваемости (2007 г. – 457,19; 2008 г. – 473,98; 2009 г. – 402,79; 2010 г. – 423,35; 2011 г. – 253,31; 2012 г. – 221,74; 2013 г. – 189,1). Лидируют по уровню заболеваемости ОКИ Восточно-Казахстанская, Южно-Казахстанская, Западно-Казахстанская, Костанайская области и город Алматы.

Анализируя распределение больных по нозологиям, нами выявлен высокий уровень заболеваемости у детей ротавирусными энтеритами (2007 г. – 70,21; 2008 г. – 80,62; 2009 г. – 117,54; 2010 г. – 78,02; 2011 г. – 53,03; 2012 г. – 54,9; 2013 г. – 42,04). В отличие от взрослого населения заболеваемость бактериальными кишечными инфекциями у детей регистрировалась в значительно меньших цифрах. Заболеваемость шигеллезами (2007 г. – 44,86; 2008 г. – 56,84; 2009 г. – 19,92; 2010 г. – 20,79; 2011 г. – 25,08; 2012 г. – 25,87; 2013 г. – 10,42) и сальмонеллезными инфекциями (2007 г. – 6,52; 2008 г. – 7,22; 2009 г. – 7,57; 2010 г. – 8,95; 2011 г. – 15,12; 2012 г. – 13,14; 2013 г. – 11,77) характеризовалась уменьшением количества случаев в динамике.

Сохраняется высокий удельный вес пациентов с острыми гастроэнтеритами, вызванными условно-патогенной флорой (51,3%). Неуточненные кишечные инфекции в общем удельном весе составляли 30%. Брюшной тиф, носительство возбудителя брюшного тифа, паратифы А и В регистрируются в единичных случаях. Холера с 2008 года на территории страны не диагностирована. Эпидемиологическая обстановка по ОКИ у детей в Республике Казахстан остается стабильной, отмечается тенденция к снижению заболеваемости.

Таким образом, в Республике следует продолжить мероприятия, в рамках государственного постановления Правительства Республики Казахстан от 12 января 2012 года №33 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по предупреждению инфекционных заболеваний», а также санитарно-просветительную работу среди населения.

*Бегайдарова Р.Х., Абилкасимов З.Е.,
Алшынбекова Г.К., Дюсембаева А.Е.,
Насакаева Г.Е., Омарова Г.М.*

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

г. Караганда, Казахстан

Ведущее значение среди вирусных диарей принадлежит ротавирусной инфекции. ВОЗ регистрирует ежегодно у детей до 5 лет 2 миллиона эпизодов тяжелых форм ротавирусной инфекции.

Цель исследования: провести оценку клинико-лабораторной эффективности иммуномодулирующих препаратов при лечении ротавирусной инфекции у детей.

Было проведено клиническое обследование 58 детей с ротавирусной инфекцией в возрасте от 6 месяцев до 3 лет, которые находились в Областной инфекционной больнице (ОИБ) города Караганды. С целью выбора оптимальной схемы лечения и оценки её клинической эффективности больные были разделены на 2 группы, которые были сопоставимы по основным параметрам, влияющим на течение заболевания и эффективность проводимой терапии. Первую (основную) группу составили 29 детей, которые наряду с базисной терапией получали Анаферон детский. Вторую (контрольную) группу составили 29 детей, в лечении которых использовали только базисную терапию.

У всех детей был выражен синдром энтерита или гастроэнтерита, при этом стул был водянистый, пенный с небольшим количеством патологических примесей. При проведении иммуноферментного анализа (ИФА) у этих детей был обнаружен антиген ротавируса в фекалиях. Оценка клинического течения ротавирусной инфекции у обследованных детей показала, что включение в комплексную терапию Анаферона детского способствовало сокращению продолжительности основных проявлений заболевания, улучшилось общее состояние и самочувствие в виде уменьшения слабости, практически у всех больных улучшился аппетит, нормализовался характер стула.

В контрольной же группе на фоне базисной терапии в течение 5 дней динамика была менее выражена, хотя отмечалось небольшое улучшение общего самочувствия. Во всех группах применение Анаферона детского приводило к достоверному сокращению длительности астеновегетативного синдрома, периода интоксикации и лихорадки. Слабость, вялость, снижение аппетита, сонливость, головная боль при ротавирусной инфекции купировались быстро и составили в среднем $2,0 \pm 0,22$ ($p \leq 0,05$). Длительность астеновегетативного синдрома при использовании только базисной терапии была достоверно более продолжительной и составила в среднем при ротавирусной инфекции $3,1 \pm 0,21$ ($p \leq 0,05$). Сокращалась продолжительность лихорадки у больных с ротавирусной инфекцией после приема Анаферона детского соответственно до $2,5 \pm 0,31$; $2,1 \pm 0,12$ ($p \leq 0,05$) дней. Длительность лихорадки при использовании только базисной терапии равнялась соответственно $3,7 \pm 0,33$ и $3,1 \pm 0,21$ ($p \leq 0,05$) дней.

В группе больных, получавших Анаферон детский, имела место более быстрая нормализация характера и кратности стула. Сокращалась длительность диареи до $2,7 \pm 0,45$ ($p \leq 0,05$) при ротавирусной инфекции. Тогда как в группе больных, получавших только базисную терапию, длительность диареи составила, соответственно $4,5 \pm 0,53$ и $3,5 \pm 0,41$ дней ($p \leq 0,05$).

Бегимбекова Л.М., Сулейменова Ж.У., Рыстаева Б.Н.
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ В РЕГИОНЕ С ВЫСОКИМ РЕПРОДУКТИВНЫМ ПОТЕНЦИАЛОМ
Шымкент, Казахстан

Уровень заболеваемости острыми кишечными инфекциями (ОКИ) среди беременных женщин с каждым годом возрастает. ОКИ, как правило, не представляет

серьезной опасности для организма матери. Однако, это заболевание может вызвать ряд осложнений, в связи с выраженной интоксикацией и обезвоживанием, которые могут привести к неблагоприятному течению и исходу беременности.

В 2012 году (июнь-сентябрь) заболеваемость ОКИ в г. Шымкент составила 94 случая; в 2013 году в этот же период заболеваемость ОКИ составила 123 случая. Нами проведен ретроспективный анализ историй болезни госпитализированных беременных женщин в городскую инфекционную больницу (ГИБ) за 2013 г., с диагнозом острая кишечная инфекция. ОКИ, вызванные установленными возбудителями, составили 62%; неустановленными возбудителями – 23%; бактериальной дизентерией (шигеллезами) – 15% случая.

Беременность в I триместре была у 30,8% женщин, из них 6-8 нед. – у 31,5%, 10-12 нед. – у 68,5%. Беременность во II триместре – у 51,2 % женщин, из них 14-18 нед. – 26,9%, 19-24 нед. – 73,1%. Беременность в III триместре – 18% женщин, в сроке гестации 26-32 нед. Паритет беременности: первая у 73,2 %, повторная – 26,8%. У женщин с повторной беременностью предыдущая не сопровождалась ОКИ. Эпидемиологический анамнез отмечает употребление инфицированных пищевых продуктов (20,3%), невымытых фруктов (24,5%) и особенно употребление арбуза (55,2%).

Объективное состояние расценено как тяжелое у 82,1% женщин при поступлении в стационар, так как связано с несвоевременным обращением к специалистам. Острое начало болезни отмечалось у 94,3% больных, у которых отмечались интенсивная тошнота и многократная рвота, однако боль в области живота выявлялась лишь у 33,3% больных. Озноб и повышенная температура наблюдались у 30,1%, преимущественно субфебрильная. Диарея выявлялась у 96,7% беременных; стул до 5 раз в день был у 14,2% и 6-10 раз – у 85,8%. Продолжительность диареи составляла 2-5 дней. Нередко возникали трудности при дифференциальной диагностике между некоторыми формами ОКИ и ранним токсикозом беременных. У 25,2% беременных диагноз ОКИ вначале был отвергнут, и установлен ранний токсикоз.

Структура экстрагенитальных заболеваний (ЭГЗ) отличалась следующим образом: у 37,3% беременных анемия, хронический холецистит у 17%, панкреатит – 14,6%, хронический пиелонефрит – 30,8%, энцефалопатия – 5,6% и другие формы ЭГЗ – 21,9%. Течение беременности осложнились угрозой прерывания беременности у 27,6% женщин, самопроизвольным выкидышем – 6,5% беременных и преждевременными родами – 3,2% женщин.

Таким образом, для того чтобы предотвратить у матери выраженную интоксикацию, обезвоживание, нарушение белково-электролитных отношений, которые могут истощить резервы плацентарной защиты и привести к осложнению течения беременности, возможно, необходимо усовершенствовать алгоритм (тактику) ведения беременности осложнившиеся ОКИ, с целью снижения репродуктивных потерь.

Бекмурзаева Э.К.,

Сейдалиева Ф.М., Абдухалыков А.М.,

Маханбетов Р.С., Абдукаримова Ж.М.

ДИАРЕЯ КАК РАСПРОСТРАНЕННЫЙ ПОБОЧНЫЙ ЭФФЕКТ АНТИБИОТИКОВ

Шымкент, Казахстан

Антибиотики – это одно из наиболее значимых открытий XX века. Это самые широко используемые лекарственные средства, благодаря антибиотикам стало возможным лечить и вылечивать те заболевания, которые ранее были смертельными (туберкулез, менингит, скарлатина, пневмония). Это уникальный класс препаратов, активность которых по отношению к микроорганизмам снижается со временем. Однако, несмотря на прогресс во многих областях медицинской науки, современная цивилизация вынуждена сталкиваться с новыми и новыми проблемами. И одной из них является развитие нежелательных реакций на фоне применения антибактериальных препаратов. Высокая частота использования разнообразных антибиотиков, а также нерациональное и порой необоснованное назначение данных препаратов оказывает свой негативный вклад на организм человека в целом. Наиболее частыми неблагоприятными явлениями на фоне проводимой антибактериальной терапии являются аллергические, токсико-аллергические и диспепсические реакции. Кроме того, отдельного внимания заслуживают развитие антибиотик-устойчивых штаммов патогенных микроорганизмов, нарушение микробного баланса и возникновение антибиотик-ассоциированных состояний. В литературе изменения, развивающиеся на фоне антибактериальной терапии, получили название антибиотик-ассоциированных состояний, а нозологические формы – антибиотик-ассоциированных колитов или антибиотик-ассоциированной диареи (ААД). Согласно современному определению ААД представляет собой наличие 3 или более эпизодов неоформленного стула в течение 2 или более последовательных дней, развившихся на фоне или в течение 2 месяцев после применения антибактериальных препаратов. В общей популяции населения появление симптомов ААД встречается у 5-30% лиц, получающих антибиотики. В отдельных клиниках частота ААД повышается до 62 %. Пациенты в возрасте старше 65 лет, как известно, занимают верхний край этого диапазона. На сегодняшний день взаимосвязь антибактериальных средств и частоты возникновения ААД таковы: клиндамицин, линкомицин – 20-30%, амоксицилин – 10-25%, цефиксим – 15-20%, ампициллин – 5-10%, другие цефалоспорины – 2-5%, макролиды 2-5%, фторхинолоны – 2%. Сопряженность использования разных антибактериальных препаратов и риска развития антибиотик-ассоциированных состояний разная.

Таким образом, можно сказать, что проблема антибиотик-ассоциированных состояний является важной задачей практикующих врачей. Лечение ААД требует полной отмены проводимой антибактериальной терапии, применения препаратов с минимальным риском развития ААД или изменения пути введения, а также диктует необходи-

мость назначения препаратов для нормализации состава и функций кишечной микрофлоры. Прием современных пробиотиков является важным дополнением к этиотропной терапии рецидивов ААД. Не менее важен и тот факт, что прием пробиотиков дает возможность предупредить развитие этого достаточно частого, а иногда и тяжелого, осложнения антибактериальной терапии.

*Бекмурзаева Э.К., Сейдалиева Ф.М.,
Байдуллаев Б.М., Корганбаева Х.Т., Аралбаева Л.Б.*

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У РАБОЧИХ НЕФТЕПЕРЕРАБАТЫВАЮЩЕГО ПРОИЗВОДСТВА

Шымкент, Казахстан

Здоровье населения в целом и отдельные его показатели представляют собой сложные динамические системы, которые медленно меняются во времени под воздействием различных гигиенических и социальных факторов. Для выявления основной тенденции в динамическом ряде показателей заболеваемости нами применен аналитический подход. При этом подходе с учетом реальных данных подбирают наиболее подходящее для выравнивания тенденции математическое уравнение (аппроксимирующая функция). Для подбора соответствующего аппроксимирующего уравнения используют метод наименьших квадратов, который позволяет «минимизировать ошибки» от замены реальных данных теоретическими, полученными в результате решения уравнения.

Так, среди работающих на производстве в тесном контакте преимущественно с предельными углеводородами нефтеперерабатывающего производства (НПП) снизился уровень заболеваемости язвенной болезнью желудка и 12-типерстной кишки (на 1%), дискинезией желчного пузыря (на 1,2%), желчнокаменной болезнью (на 3%), хроническим холециститом (на 2,4%), хроническим панкреатитом (на 12,5%), а также хроническим гепатитом (на 2,2%). Это, в конечном итоге, отразилось в формировании общего уровня заболеваемости болезнями органов пищеварения (0,4%). Вместе с тем заболеваемость работающих хроническим гастритом все же остается на высоком уровне (на 0,8% выше, чем исходный уровень показателя) улучшение условий труда на заводе отразилось и на уровне заболеваемости работающих в контакте с непредельными углеводородами. Снизился уровень заболеваемости дискинезией желчных путей на 6,9%, желчнокаменной болезнью на 2,0%. Вместе с тем, непредельные углеводороды остаются самыми опасными факторами риска для работающих на НПП. Уровень заболеваемости лиц, работающих в преимущественном контакте с непредельными углеводородами, значительно ухудшился. Это произошло за счет роста уровня заболеваемости хроническим гастритом (на 4,7%), язвенной болезнью желудка и 12-типерстной кишки (на 47,4%), хроническим холециститом (на 4,3%), хроническим гепатитом (на 3,7%). В итоге уровень заболеваемости лиц, работающих в контакте с непредельными углеводородами, за 10 лет вырос на 2,6%.

Причину роста уровня заболеваемости данной группы работающих можно объяснить высокой активностью и агрессивностью непредельных углеводородов, пред-

ставляющих угрозу по отношению органов пищеварения. Уровень заболеваемости работающих в контакте с ароматическими углеводородами держится на стабильно высоком уровне. Среди учтенных нозологических форм заболеваний органов пищеварения тенденцию к значительному росту проявляют хронический гастрит (на 1,5%), дискинезия желчных путей (на 26,5%), хронический холецистит (на 0,8%) и хронический гепатит (на 0,3%).

Таким образом, нашими исследованиями установлено, что для каждой группы технологических установок НПП характерны собственные факторы риска, определяемые строениями и активностью химических веществ. Так, для окружающей среды I группы технологических установок характерно преимущественное загрязнение атмосферного воздуха предельными углеводородами, для окружающей среды II группы технологических установок - преимущественное загрязнение непредельными углеводородами и для окружающей среды III группы технологических установок - преимущественное загрязнение ароматическими углеводородами.

*Бекмурзаева Э.К., Сейдалиева Ф.М.,
Сейдахметова А.А., Садыкова Г.С., Азизова А.А.*

ПРОБЛЕМЫ ВТОРИЧНОГО ИЗМЕНЕНИЯ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА

Шымкент, Казахстан

Организм человека и населяющая его микрофлора представляют единую экологическую систему, находящуюся в состоянии динамического равновесия. Загрязнение окружающей среды, накопление в ней разнообразных по механизму действия ксенобиотиков, широкое применение антибиотических препаратов приводят к нарушению эволюционно сложившегося равновесия между организмом и населяющей его микрофлорой, к изменению эндоэкологического статуса, включая состав и функциональную активность микрофлоры.

Дисбактериозы, особенно дисбактериоз кишечника, в последнее время стал широко распространенным состоянием и регистрируется практически у 65-90% населения. Достаточно полно освещены вопросы изменения характера микрофлоры при дисбактериозах разных отделов кишечника, широко представлены работы о биологических свойствах условно-патогенной микрофлоры, предложены различные методы коррекции данного состояния. Однако механизмы, приводящие к нарушению состава кишечной микрофлоры при действии на организм различных ксенобиотиков, в том числе и антибиотических препаратов до конца не ясны. Остается неизвестным, нарушение состава микрофлоры является следствием или причиной изменений гомеостаза непосредственно в месте контакта микро- и макроорганизма (в эпителиоидных клетках кишечника) и организма в целом.

Одна из наиболее важных проблем при лечении заболеваний органов дыхания – это отсутствие эффективных антибиотиков, способных подавлять патогенные микроорганизмы, не вызывая иммунологических сдвигов и негативного воздействия на эндогенную микрофлору кишечника.

В наших научных исследованиях и исследованиях ряда ученых подтверждается, что около 80% всех иммуноком-

петентных клеток организма локализовано в слизистой оболочке кишечника; она на 25% состоит из иммунологически активной ткани, а каждый метр кишечника содержит около 1010 лимфоцитов. Причиной нарушения кишечного микробиоценоза может стать практически любое заболевание органов пищеварения, в первую очередь – заболевания, сопровождающиеся нарушениями процессов переваривания и всасывания, вследствие чего меняется состав внутренней среды в кишке и условия существования кишечных микроорганизмов. Другая возможная причина развития дисбактериоза кишечника – применение антибиотиков, которые прямо влияют на микроорганизмы и существенно изменяют «микробный пейзаж» желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Среди современных антибактериальных средств весьма сложно найти препараты, которые не обладали бы негативным действием на ЖКТ. Для обозначения комплекса изменений в кишечнике и соответствующих клинических проявлений, связанных с дисбактериозом на фоне применения антибиотиков, в зарубежной литературе часто используется термин антибиотик-ассоциированная диарея (antibiotic associated diarrhea) (АДД), эквивалентом которого, по существу, является термин «антибиотик-ассоциированный дисбактериоз кишечника».

Так как физиологический подход к поддержанию и восстановлению собственной микрофлоры кишечника состоит в использовании пробиотиков, то и лечение дисбактериозов, возникших в результате проведенной антибиотикотерапии, возможно путем назначения различных пробиотиков.

Белова Е.Г., Еремушкина Я.М., Кускова Т.К.

ТЕЧЕНИЕ АМЕБИАЗА (КИШЕЧНЫЕ И ВНЕКИШЕЧНЫЕ ФОРМЫ) НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Москва, Россия

Ежегодно в Российской Федерации регистрируются импортированные случаи заболевания амелиазом в связи с увеличивающимся притоком мигрантов из южных регионов стран ближнего и дальнего зарубежья, увеличением въездного туризма, а также значительным увеличением зарубежного туризма, в том числе в страны жаркого климата. В последнее время в г. Москве все чаще встречается такая завозная инфекция как амелиаз. Это заболевание встречается во многих странах. Наиболее распространено в Индии, Индокитае, Северной и Центральной Африке, Южной Америке. Значительно реже встречается в Европе, Австралии. В бывшем СССР эндемичными районами являются Закавказье, Средняя Азия, Приморский край, В Украине амелиаз встречается в южных регионах. Источник инфекции — цистосодержатель и в значительно меньшей степени больной человек. Заболевание встречается как в виде спорадических случаев, так и в виде эпидемий (преимущественно в эндемичных районах).

У врачей первичного звена отсутствует настороженность в отношении амелиаза, несмотря на то, что больные могут указывать на пребывание в эндемичных регионах. Амелиаз при отсутствии лечения приводит к тяжелому течению амелиальной инфекции у неиммунных лиц.

Под нашим наблюдением в клинике инфекционных болезней на базе ИКБ №2 г. Москвы с 2009 по 2013 гг. на-

ходились 38 больных. Практически ни у кого из этих пациентов правильный диагноз не был установлен на догоспитальном этапе. Это провоцирует развитие внекишечных форм амелиаза. В стационар больные направлялись с диагнозами гастроэнтерит (10), брюшной тиф (1), пищевая токсикоинфекция (13), энтероколит (6), шигеллез (4), кишечное кровотечение (1), иерсиниоз (3). Возраст от 5 до 52 лет. Мужчин – 33, женщин – 24, 1 ребенок 5 лет; в том числе россиян – 24, иностранных граждан – 13. Заражение амелиазом в 22 случае произошло в странах Азии, 13 – в Африке и 3 заразились в России (Дагестан).

Амелиаз диагностирован с учетом данных анамнеза, клинико-лабораторного исследования (серология крови и микроскопия ректальных мазков). У 11 больных диагностирован острый кишечный амелиаз, у 8 хронический, у 18 амелиальный абсцесс печени, у 1 абсцесс печени в сочетании с абсцессом легких, 1 множественные абсцесса печени. Среди осложнений: амелиома – 1, кишечное кровотечение – 1, перфорация язвы кишечника с последующим развитием перитонита – 1. Больные внекишечными формами амелиаза переводились в хирургический стационар, где проводилось оперативное лечение. Приводим клинический пример внекишечной формы амелиаза у ВИЧ-инфицированного пациента.

Таким образом, при не осложненных формах амелиаза прогноз, как правило, благоприятный. Специфическая терапия приводит к радикальному излечению. Внекишечные формы амелиаза (абсцессы печени, легких) имеют более серьезный прогноз. Часто требуется хирургическое вмешательство и назначение специфической терапии. Особые опасения представляют лица с тяжелой сопутствующей патологией. Своевременность проведения хирургического вмешательства и назначение специфической терапии могут дать благоприятный результат.

*Бердалиева Ф.А., Жумагулова К.Ж.,
Бердалиева Р., Камытбекова К.Ж., Мухтаркызы Ф.*

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИНВАЗИВНЫХ ДИАРЕЙ У ДЕТЕЙ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Шымкент, Казахстан

В густонаселенной и имеющей проблемы со снабжением питьевой водой, особенно в сельской местности, Южно-Казахстанской области, проблема инвазивных диарей всегда актуальна, несмотря на рост вирусных диарей в структуре ОКИ. Так в 2013 году по области зарегистрировано 3023 случая ОКИ и показатель заболеваемости на 100 000 населения равен 111,8. На долю детей до 14 лет приходится 75,8% заболевших. Из подтвержденных инвазивных диарей: шигеллез – 222 случая (в возрасте до 14 лет – 154, в том числе от 0-6 лет – 85), причем чаще болели организованные дети 62,1%. По результатам бактериального посева выявлено: шигелла Флекснера составила 72,61%, Зонне – 22,71%. Сальмонеллез подтвержден в 38 случаях, из них у детей до 14 лет 44,7%. Диагноз иерсиниоза вызванного иерсиния энтероколита – 4 случая, все дети. С основным диагнозом ОКИ неустановленной этиологии за год по области умерло 4 ребенка, в 2 случаях развился гемолитико-уремический синдром.

Нами были проанализированы 45 историй болезней детей, поступивших в ГИБ с инвазивными диареями. Рас-

пределение по возрасту: до года (10%); от 1-3-лет (52,5%); 4–7 лет (22,5%); от 8-12 лет (15%). Заболевшие в возрасте до года в основном получали искусственное вскармливание. Впервые поступившие в ГИБ с диагнозом ОКИ составили (75%); повторно (25%). В эпиданамнезе на контактный путь указывают (12,5%); алиментарный (10,5%); водный (4,5%); не связывают ни с чем – 72,5%. В клинической картине: температурная реакция имела место у (75%); судороги (5%); рвота (77,5%); диарея (97,5%); тенезмы (7,5%); боли в области живота (50%); метеоризм (5%); сухость кожных слизистых покровов (85%). В лабораторных данных: ОАК – умеренно выраженный лейкоцитоз и повышение СОЭ, гипохромная анемия; в копрограмме – воспалительные элементы L – 87,5%; Эр – 40%; слизь, а в результатах бак/анализов – шигеллез (72,5%); сальмонеллез (7,5%); клебсиеллез (2,5%); эшерихиоз (3,75%); иерсиниоз (0,8%). В итоге: острая форма инвазивных диарей диагностирована у (83,7%); по топике поражений – гастроэнтерит (12,5%); энтерит (4,5%); гастроэнтероколит (52,5%); колит (21,7%); гемоколит (8,8%); по степени обезвоживания – легкое (27,5%); среднее (67,5%); тяжелое (5%). Лечение: регидратационная, инфузионная терапия, нутритивная поддержка, антибиотики, энтеросорбенты, про- и пребиотики. Среднее пребывание в стационаре до 5 суток (75%); до 7 суток (17,5%) и более (7,5%). Исход заболевания: выздоровление (88,7%); хронизация (5,3%); формирование носительства (6%).

Заболеваемость ОКИ, в том числе инвазивными формами у детей по области высокая. Причины инвазивных диарей в основном бактериальные кишечные инфекции с тенденцией к распространению, генерализации процесса, отличающиеся более тяжелым течением, возможностью развития неблагоприятных исходов, длительного бактериовыделения. Решение проблем снабжения питьевой водой, активная санитарно-просветительная работа медиков, усиление санэпиднадзора за условиями содержания организованных детей, совершенствование диагностических, терапевтических возможностей позволит снизить заболеваемость бактериальными и другими ОКИ.

Винакмен Ю.А., Финогеев Ю.П.

ПАЗИТОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АМЕБИАЗА

Санкт-Петербург, Россия

Личный опыт лечения острых кишечных инфекций, в том числе амёбиоза и шигеллеза, полученный в клинике инфекционных болезней (25 больных кишечным амёбиозом и более 200 шигеллезом) и в период работы в Республике Афганистан (1985 - 1987 гг.), показал, что врачи, мало знакомые с амёбиозом, совершают большое число диагностических ошибок, особенно на догоспитальном этапе оказания помощи больным острыми кишечными инфекциями.

Первая ошибка связана с представлением об амёбиозе как редком заболевании. На территории России такое предположение относительно оправдано. Однако ежегодно регистрируются завозные случаи. Вместе с тем, в эндемичных регионах ситуация совершенно иная. Так в структуре инфекционных больных среди военнослужащих в годы войны в ДРА амёбиоз составлял от 6 до 11%.

В тяжёлой форме заболевание протекало в 14% случаев. В 5% случаев наблюдались рецидивы, в таком же количестве заболевание переходило в хроническую форму. Выявлялись случаи сочетанной инфекции – амёбиоз в сочетании с брюшным тифом, малярией и вирусным гепатитом.

Вторая ошибка связана с недостаточными знаниями о кишечных простейших. К сожалению, не все специалисты знают, что в кишечнике человека могут обнаруживаться несколько видов амёб (*E. histolytica*, *E. dispar*, *E. moshkovskii* и др.). Диагноз амёбиоза должен быть основан лишь на обнаружении в фекалиях *E. histolytica* (при микроскопии или молекулярно-генетическими методом), а также выявлении антител к ним в крови пациента.

Третья ошибка связана с представлением о высокой частоте встречаемости при амёбиозе стула типа «малинового желе». Следует помнить, что в начальном периоде амёбиоза появляется водянистый (энтеритный) стул со слизью в виде круглых комочков (стекловидная слизь), имеющих, как правило, бледно-розовую окраску. Авторы не отмечали в стуле примеси слизи в виде «малинового желе». У всех больных определялась болезненность при пальпации сигмовидной и поперечно-ободочной кишки. При лёгком течении амёбиоза патологические примеси слизи появлялись на 14-15 день болезни, при среднетяжёлой форме – на 7-8 день. У большинства больных при ректороманоскопии выявлялись небольшие язвы с эрозиями, у 10% больных – овальные (поперёк кишки). Большие язвенные изменения наблюдались у 5% больных. У больных с язвенными изменениями период выздоровления затягивался до 40 дней. Кишечные кровотечения и перфорации не наблюдались. Больные, обследованные в клинике инфекционных болезней, переносили заболевание без рецидивов и перехода в хроническую форму.

Четвёртая ошибка – представление клинической картины амёбиоза как тяжёлого колита с формированием массивного язвенного процесса в нижних отделах толстой кишки, сходного с таковым при шигеллезе. Клинико-анатомическая картина кишечного амёбиоза отличается от шигеллеза. При амёбиозе появляются своеобразные некротические изменения слизистой оболочки и в подслизистом слое (на 7-10-й и более дни болезни), благодаря чему образуются глубокие язвы. «Дифтеритические» же налёты, которые почти всегда наблюдаются и при кишечном амёбиозе, отлагаются уже впоследствии. Отдельные некрозы сливаются, и таким образом возникает язва. Вслед за появлением некрозов в окружности их образуются валики из фибринозного экссудата.

Таким образом, диагноз амёбиоза ставится только при обнаружении *E. histolytica*, в начале заболевания имеет место водянистый стул со стекловидной слизью; в основе патогенеза кишечного амёбиоза лежит глубокий некроз слизистой оболочки, а в образовании язв – геморрагическое воспаление.

Гранитов В.М., Хорошилова И.А., Бутучел Е.В.

АБДОМИНАЛЬНЫЕ БОЛИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ИНФЕКЦИОНИСТА

г. Барнаул, Россия

На догоспитальном этапе верифицировать диагноз заболеваний, сопровождающихся абдоминальными болями трудно, так как для диагностики можно воспользоваться

лишь анамнестическими и физикальными данными. В таких случаях необходимо иметь представление о возможных причинах абдоминального болевого синдрома и других патологических симптомах со стороны органов брюшной полости.

Цель. Дифференцировать абдоминальный болевой синдром у пациентов на госпитальном этапе в инфекционном отделении.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 89 больных с абдоминальными болями, госпитализированных в инфекционное отделение больницы №5 г. Барнаула в 2009 – 2012 гг. в возрасте 17-83 года. Лица пенсионного возраста составляли 34,8%. За время пребывания в стационаре проводилось комплексное лабораторно-инструментальное обследование в соответствии со стандартом оказания медицинской помощи.

Результаты. Диагноз при направлении в инфекционное отделение следующий: острые кишечные инфекции – в 38,2% случаев, острые вирусные гепатиты – в 47,2%, лихорадка неясного генеза – у 3 больных, хронический гепатит, хронический холецистит, острый гастрит – у 2, цирроз печени, перитонеальный абсцесс, описторхоз – у 1. Перевод пациентов в хирургическое отделение осуществлен с диагнозом: острый аппендицит в 20,2% случаев, желчнокаменная болезнь – в 23,6%, онкологическая патология (заболевание Клацкина, рак головки и тела поджелудочной железы, печени, желудка, Фатерова сосочка, дистального отдела холедоха) – в 20,2%, острый панкреатит – в 7,9%, острая кишечная непроходимость, тромбоз мезентериальных сосудов, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – в 3, с прободением – в 1, эхинококкоз печени – в 2. В единичных случаях верифицирован некроз сальника кишечника, кишечное кровотечение, гемангиома, острый гастроэнтероколит, абсцесс печени, острый холецистит, ущемленная рецидивирующая послеоперационная вентральная грыжа, эмпиема желчного пузыря, эрозивный дуоденит. Оперативное лечение проведено 62 больным. Острый характер начала заболевания выявлен в 86,5% случаев, болевой синдром с локализацией в правом подреберье – в 41,6%, в эпигастрии, мезогастррии или гипогастрии – в 38,2%, во всех отделах одновременно – в 20,2%. Рвота присутствовала у 36% пациентов, жидкий стул водянистого характера без патологических элементов – у 39,3%. Желтушный синдром выявлен у 39,3% больных. Данные физикального осмотра: сухой язык – у 28% больных, обложен белым налетом – у 98%, болезненность при пальпации живота – у 73%, гепатомегалия – у 46%, спленомегалия – у 4. В ОАК: анемия – у 10% больных, лейкоцитоз – у 48,3%, увеличение СОЭ – у 88,8%. Протеинурия – в 56,2% случаев, лейкоцитурия – в 39,3%. Биллирубинемия выявлена у 57,3% пациентов, увеличение количества АЛТ – у 58,4%, АсАТ – у 64%, щелочной фосфатазы – у 46,1%. УЗИ брюшной полости проведено 55 больным, у 45 – признаки хирургической патологии.

Выводы. Таким образом, острые хирургические заболевания могут протекать под маской многих инфекционных заболеваний, в первую очередь острый аппендицит, желчнокаменная болезнь, онкологическая патология. В связи с этим при малейшем сомнении в достоверности диагноза инфекционной патологии инфекционист должен обратиться за помощью к хирургу. Важное значение имеет своевременное проведение инструментальных ме-

тодов исследования (УЗИ, КТ, рентгенография органов брюшной полости и т.д.) на госпитальном этапе.

Денисюк Н.Б.

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ РАСШИФРОВКА И НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ

г. Оренбург, Россия

Острые кишечные инфекции (ОКИ) являются одной из частых причин заболеваемости и смертности детей раннего возраста, что и определяет актуальность проблемы. По распространенности они уступают только ОРВИ, а в структуре младенческой смертности в нашей стране их доля среди инфекционных причин колеблется от 50 до 70%. Неблагоприятные ante- и перинатальные факторы, фоновые заболевания матери и ребенка нередко способствуют возникновению инфекционного заболевания уже в периоде новорожденности. У новорожденных кишечная инфекция часто имеет стертую клиническую симптоматику, что является причиной поздней диагностики и несвоевременного лечения.

Цель работы: изучить этиологическую структуру и некоторые клинические особенности острых кишечных инфекций у новорожденных, а также выявить ведущие факторы риска, способствующие развитию инфекционной диареи.

Проведен анализ 60 историй болезни пациентов в возрасте от 1 недели до 1 месяца, пролеченных в инфекционном стационаре г. Оренбурга в 2011-2013 гг. с диагнозом острая кишечная инфекция. Диагноз подтвержден клиническими данными с использованием бактериологических, серологических, иммуноферментных методов и данных ПЦР. Полученные результаты: с легкими формами заболевания больных не было, заболевание в среднетяжелой форме протекало у 47 детей (78,3%), в тяжелой у 13 (21,6%). Позднее поступление в стационар (позднее 3 суток) имело место у 36 детей (60%). Клинический диагноз подтвержден: бактериальная инфекция, вызванная условно-патогенной флорой (УПФ) (28); моно-ротавирусная инфекция (5); микст-ротавирусная инфекция (8), сальмонеллез (1). У 18 детей при обследовании не удалось обнаружить возбудителя. Наиболее частой причиной кишечной инфекции у новорожденных были представители УПФ: *Kl.pneumoniae*, *Pr.vulgaris*, *Pr.mirabilis*, *Ps.aeruginosae*, *St.aureus*, при этом у 15 детей отмечена ассоциация возбудителей (2 и более представителя). Микст-формы ротавирусной инфекции были представлены сочетанием ротавируса и УПФ (*Kl.pneumoniae* – 4, *Pr. Vulgaris* – 3, *St.aureus* – 1). Все дети в анамнезе имели неблагоприятные факторы: со стороны матери – токсикоз беременности (38), угроза прерывания беременности (17), хроническая урогенитальная патология (32), позднее прикладывание к груди (23). Факторы риска со стороны ребенка: недоношенность (9), гипотрофия (11), гипертензионно-гидроцефальный синдром (5), врожденные пороки сердца (2), анемия (4), затяжная желтуха (9), неустойчивый стул с рождения (28), искусственное вскармливание (24). Клиническая картина кишечной инфекции, вызванной бактериальными возбудителями (УПФ, сальмонелла) отличалась острым началом (18), развитием

токсикоза и эксикоза различной степени. В клинической картине вирусной диареи (ротавирусной) наиболее часто регистрировались: подострое начало, срыгивания (68%), отказ от еды (72%), отсутствие прибавки в весе (60%), немотивированное беспокойство (37%), повышение температуры до субфебрильных цифр (62%). В разгаре заболевания у подавляющего большинства детей (80%) ведущим был синдром диареи по типу энтерита и умеренный синдром интоксикации. Таким образом, наиболее частой причиной острых кишечных инфекций у новорожденных детей являются представители условно-патогенной флоры, а неблагоприятные факторы анамнеза способствуют возникновению кишечной инфекции уже в периоде новорожденности. Клиническая картина кишечной инфекции у новорожденных имеет «стертую» симптоматику, что нередко приводит к несвоевременной диагностике и позднему поступлению в стационар.

*Дубовицкий С.В., Мустафина С.С.,
Камытбекова К.Ж., Утепбергенова Г.А.*

РОЛЬ ИФА В ДИАГНОСТИКЕ ГЕЛЬМИНТОЗОВ И КИШЕЧНЫХ ПРОТОЗООЗОВ

Шымкент, Казахстан

По данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно в мире в результате воздействия инфекций и паразитов умирает 5 млн. человек. Общее количество зараженных паразитами составляет более 4,5 млрд. человек. На долю гельминтозов приходится 95% всех инвазий. Оздоровление населения от актуальных паразитозов (энтериобиоза, гименолепидоза, аскаридоза, эхинококкоза, описторхоза, тениаринхоза, токсокароза) является приоритетным направлением деятельности ВОЗ, которая призвала все страны, регистрирующие эти заболевания, снизить уровень пораженности за 10 лет на 80%.

Гельминтозы широко распространены во всем мире и приносят социально-экономический ущерб населению страны. Наблюдается недооценка их медико-социальной значимости и даже в эндемичных странах им уделяется недостаточное внимание, как со стороны здравоохранения, так и населения. Республика Казахстан является эндемичным регионом для некоторых гельминтозов (эхинококкоз, описторхоз, трихинеллез и т.д.).

Многочисленные научные наблюдения свидетельствуют, что на фоне кишечных паразитозов в 2-5 раз чаще возникают острые кишечные заболевания. Помимо косвенного участия в возникновении острых кишечных бактериальных инфекций многие паразиты являются причиной острых и хронических диарей, а при внекишечных локализациях (печень, легкие, головной мозг и т.д.) приводят к нарушениям функции этих органов.

Материалы и методы: результаты анализов клинико-диагностической лабораторий КДЛ ЮКО «МЕГАЛАБ» за 2013 г.

В 2013 г. методом ИФА обследовано 886 пациентов на выявление иммуноглобулина G при лямблиозе. Из них положительный результат у 32 пациентов (3,6%). Данные копрограммы пациентов подтвердили присутствие вегетативных форм лямблии.

Из 1567 пациентов, сдавших анализы на выявление иммуноглобулина G, возникающего при аскаридозе, методом ИФА, положительный результат выявлен у 18 (1,1%

пациентов, что подтвердилось данными копрограммы). Из 13 пациентов, сдавших анализы на выявление иммуноглобулина G, возникающего при токсокарозе, положительный результат у 2 (15%) пациентов.

Лямблиоз – часто встречающееся паразитарное заболевание тонкого кишечника человека, вызываемое *Giardia lamblia* – представителем семейства *Protozoae*. Диагностика лямблиоза является трудной задачей: у некоторых больных с длительно текущим лямблиозом антитела в сыворотке крови могут отсутствовать, что свидетельствует о неэффективности механизмов гуморальной защиты (иммунитета). Перспективными способами лабораторной диагностики лямблиоза сегодня являются методы иммунофлуоресценции и иммуноферментного анализа (ИФА). Они позволяют выявить антигены данных возбудителей в пробах фекалий и антитела в сыворотке крови больных и носителей. С этой целью используют иммуноферментные и иммунохроматографические тест – системы, выявляющие специфические антитела в сыворотке крови. Они обладают большей чувствительностью (66,3-98,9%) и высокой специфичностью (92,6%) в отличие от рутинных микроскопических методов в диагностике лямблиоза. Тест-системы выявляют специфические суммарные иммуноглобулины (IgG A, M), иначе говоря, иммунный ответ организма на внедрение возбудителя. При этом, повышенный уровень IgG антител может отражать наличие хронического лямблиоза или начало стадии реконвалесценции острого лямблиоза (в сочетании с наличием IgM антител) или указывать как на перенесенную в прошлом, так и на текущую инфекцию. Высокий уровень IgM является индикатором текущей инфекции. Наиболее значимым доказательством наличия активной инфекции является одновременное повышение уровней IgG и IgM. Повышение уровня IgA свидетельствует о наличии активного инфекционного процесса на поверхности слизистых.

Отрицательные результаты теста не исключают инфицирование. Инфекционный процесс может находиться на слишком ранней стадии развития или не вызывать продукции антител в достаточном для теста количестве. Настоящий тест является скрининговым и его результаты должны быть увязаны с данными анамнеза и клинических исследований. Совокупность результатов иммуноферментного анализа (или иммунофлуоресценции), клиники и эпидемиологии инфекции позволяет ставить окончательный диагноз.

Диагностика аскаридоза по анализу крови возможна только в достаточно ограниченном промежутке времени: от 5-10 дней после заражения и в течение последующих 3-х месяцев (ранняя диагностика). При этом, если кровь на анализ сдастся очень быстро после предполагаемого заражения, то результат скорее всего будет отрицательным, так как иммунная система человека вырабатывает антитела не на яйца паразита, а на живые личинки, которые появляются из яиц примерно на 5-10 день после заражения. Через 3 месяца и более после заражения (поздняя фаза развития паразита) сдавать анализ крови на аскаридоз уже не имеет никакого смысла, поскольку в этой фазе организм человека не вырабатывает антитела на аскарид (за исключением случаев хронического заражения). В этот период времени поставить диагноз можно только при обнаружении яиц в фекалиях, – анализ кала на яйца глист (поздняя диагностика). В организме чело-

века аскариды живут примерно 1 год. Целесообразно сделать одновременно оба лабораторных исследования на аскаридоз – анализ крови на антитела и анализ кала на яйца глист. Тогда будет понятно, заражен ли пациент в действительности или нет и, если это произошло, то в какой фазе развития находится заболевание. Результаты анализов крови на аскаридоз и кала на яйца глист, как правило, не совпадают (за исключением случаев хронического, постоянного заражения человека), поскольку отражают разные фазы развития паразита, но, тем не менее, дополняют друг друга, и вместе с клинической картиной помогают врачу правильно поставить диагноз и назначить необходимое лечение. Токсокароз по клиническим проявлениям нередко напоминает аскаридоз. Наиболее постоянный симптом токсокароза – высокая эозинофилия периферической крови (до 60-80%). У пациентов, имеющих симптоматику, характерную для токсокароза, титры антител в ИФА 1:800 и выше подтверждают клинический диагноз. У лиц при отсутствии клинической симптоматики титр антител 1:400 и ниже свидетельствует о контакте человека с возбудителем без развития патологического процесса.

Результаты демонстрируют, что ИФА идеальный метод для диагностики скрыто, бессимптомно и хронически протекающих гельминтозов и кишечных протозоозов.

Жумагалиева Г.Д.

СИСТЕМНЫЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ОТВЕТ ПРИ ДИАРЕЯХ УСЛОВНО-ПАТОГЕННОЙ ЭНТЕРОБАКТЕРИАЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

г. Актобе, Казахстан

Острые кишечные инфекции (ОКИ), вызванные условно-патогенными энтеробактериями (УПЭ), встречаются у детей раннего возраста. Известно, что токсины бактерий семейства *Enterobacteriaceae* активизируют процессы перекисного окисления липидов (ПОЛ) и становятся пусковым механизмом воспаления. В реализации воспалительной реакции ведущая роль принадлежит и цитокинам, особенно выделяют провоспалительные цитокины – тесно взаимосвязанных по своим функциям и эффектам цитокина: ИЛ-1, ИЛ-6 и ФНО- α .

С целью оценки острой фазы воспаления нами изучено содержание метаболитов перекисного окисления липидов (ПОЛ), компонентов антиоксидантной защиты (АОЗ) и ИЛ-1 β и ИЛ-6 при диареях условно-патогенной энтеробактериальной этиологии у детей раннего возраста. Диагноз ОКИ, вызванных УПЭ, выставлен на основании клинико-эпидемиологических данных, результатов бактериологического исследования кала и серологического исследования с аутоштаммами возбудителей. Содержание малонового диальдегида (МДА) определяли по методу Коробейниковой, активность ферментов: каталазы (КАТ) и супероксиддисмутазы (СОД) – методом С. Чевари, содержание витаминов в крови: α -токоферола и ретинола – по методу Р.Ч.Черняускене, аскорбиновой кислоты (АК) – по методу В.В. Соколовского с соавт. и уровень церулоплазмينا (ЦП) методом О.Б. Сивериной с соавт. Содержание цитокинов ИЛ-1 β и ИЛ-6 определяли методом ИФА тест-системой производства ЗАО «Вектор-БЕСТ». Контрольной группой служили показатели 21 практически здорового ребенка.

Анализ результатов выявил повышение ДК в 1,4 раза выявлено при клебсиеллезе ($P < 0,01$) и отсутствие статистически достоверных изменений при остальных диареях. Содержание МДА было в 3-3,8 раза выше показателя здоровых детей при протеозе ($P < 0,001$), КИНЭ ($P < 0,001$) и почти не изменялось у больных с ОКИ, вызванных цитробактером, гафнием и энтеробактером. Угнетение ферментативной активности АОЗ наблюдалось при всех диареях, особенно выраженное при протейной ($P < 0,001$), клебсиеллезной (СОД- $P < 0,001$; КТ- $P < 0,05$) и КИНЭ ($P < 0,001$). Активность СОД снижалась при ОКИ, обусловленных гафнием ($P < 0,01$). Коэффициент антирадикальной защиты обнаружил наиболее выраженный дисбаланс при энтеробактериозе (0,23), клебсиеллезе (0,23). Наиболее низкие концентрации β -токоферола выявлены при протеозе ($P < 0,01$), незначительно – при клебсиеллезе ($P < 0,02$) и энтеробактериозе ($P < 0,05$). Выраженные изменения наблюдали в содержании АК при всех диареях, за исключением ОКИ, вызванной цитробактером. Низкие значения АК (в 10 раз) выявлены при протеозе ($P < 0,001$). Снижение концентрации АК в 3 раза отмечено при клебсиеллезе ($P < 0,001$) и в 1,5 раза при ОКИ, вызванными гафнием ($P < 0,01$) и энтеробактером ($P < 0,05$) по сравнению с показателем здоровых детей ($P < 0,001$). В острый период наряду с симптомами интоксикации в крови повышается уровень сывороточных провоспалительных цитокинов ИЛ-1 β и ИЛ-6 при стафилококковом энтероколите и протеозе ($P < 0,001$). Параллельное повышение обоих интерлейкинов наблюдается и при ОКИ, вызванных клебсиеллой ($P < 0,01$), энтеробактером (ИЛ-1 β – $P < 0,05$; ИЛ-6 – $P < 0,001$) и гафнием (ИЛ-1 β – $P < 0,01$; ИЛ-6 – $P < 0,001$). А цитробактериоз сопровождался стимуляцией выработки лишь ИЛ-1 β ($P < 0,01$). Таким образом, продукция ИЛ-1 β и ИЛ-6, метаболитов липопероксидазы с угнетением АОЗ свидетельствует о формировании местной воспалительной реакции и острофазного ответа на уровне организма при диареях условно-патогенной энтеробактериальной этиологии у детей раннего возраста.

*Жумагулова К.Ж., Бердалиева Ф.А.,
Ризаметов И., Калдыгозова К., Ходжабеков Б.*

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ: ТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ЛИСТЕРИОЗА У РЕБЕНКА

Шымкент, Казахстан

Листерииоз – актуальная инфекционная болезнь, клинически многолика, часто труднораспознаваемая. В Казахстане листерииоз стали регистрировать в последнее десятилетие, 30% взрослых являются носителями листерий, из числа заболевших дети до 14 лет преобладают. Заражение листерииозом беременных женщин может привести к выкидышам, мертворождению, порокам развития и внутриутробному инфицированию плода.

Мы наблюдали больного листерииозом ребенка в возрасте 5,5 месяцев. Он поступил в ГИБ с жалобами на повышение температуры до фебрильных цифр, беспокойство, желтушность кожи, слабость, вялость. В анамнезе: у матери было 7 беременностей, из них в 3-х случаях рождение здоровых детей, в 2-х выкидыши, и 2-е мертворожденных. Из анамнеза: желтушность у ребенка отмечалось с рождения, на 17-й день жизни была кровавая

рвота, симптоматическое лечение в ЦРБ, выписан с рекомендацией обследования на ВУИ, но ребенок не был обследован, желтушность кожи сохранялась, а в последние 2 недели беспокоили увеличение и вздутие живота. На УЗИ печени обнаружили признаки ВПР ж/в путей. Детскими хирургами ребенок был направлен к инфекционистам. Состояние при поступлении тяжелое, в сознании, вялый, адинамичный. Грудь матери сосет слабо. Менингеальных знаков нет. Кожные покровы и склеры желтушно-иктеричные, высыпаний нет. Зев спокоен. В легких жесткое дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены. Живот округлой формы, привздут. Печень увеличена на 2,0x2,5см, плотноватая. Селезенка 1,0 см. Стул желтый, неустойчивый, жидкий до 3-4-х раз в сутки. В крови легкая анемия, лейкоцитоз без сдвига лейкоформулы. В б/х анализе: гипербилирубинемии: общ.билирубин – 682,5 – 381,5 – 300,1, АЛТ – 5,65, АСТ – 1,95. В коагулограмме – картина коагулопатии. На ПЦР – вирус гепатита С, В не обнаружены. Серологическое исследование на листериоз – IgG к возбудителю листериоза (оп. крит – 0,258, оп. Пробы – 1,065). ИФА на листериоз у матери – 1,687. Проведено дробное кормление сцеженным грудным молоком; посиндромное лечение: ампициллин 150 мг 4 раза, виферон 150 тыс. 2 раза, этамзилат, викасол, новосэвен, актовегин, контрикал, альбумин, СЗП, преднизолон, дюфалак, симптоматическое. Состояние в динамике с ухудшением за счет нарастания интоксикации, полиорганной недостаточности, ДВС-синдрома. Экзетировал на 8-й день госпитализации. Патологоанатомический диагноз: основной – Хронический агрессивный гепатит (системное заболевание с генетически опосредованными выраженными иммунными нарушениями) с формированием соединительно-тканых прослоек. Серозно-гнояный гломерулонефрит. Осложнение: геморрагическо-эрозивный гастрит. Фибриноидно-некротический энтерит, некротический колит с микробизмом. Очаговые ателектазы легких. Отек легких. Сладжированные эритроциты в сосудах внутренних органов. Сопут: морфофункциональная незрелость тканей легких. Фоновые состояния: врожденный порок развития; частичная атрезия желчного пузыря и желчевыводящих путей. Причина смерти: печеночно-почечная недостаточность.

В данном клиническом случае полиорганное поражение развивалось в результате врожденного листериоза. При своевременном установлении диагноза и лечения матери с учетом неблагоприятного акушерского анамнеза, можно было предотвратить летальный исход ребенка.

*Жумагулова К.Ж., Бердалиева Ф.А.,
Тулемырзаева А.Д., Жусипова А., Асилова Г.*

СЛУЧАЙ ИЗ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ: ПИЩЕВОЙ БОТУЛИЗМ У РЕБЕНКА

Шымкент, Казахстан

В структуре инфекционных болезней заболеваемость ботулизмом невысокая, но требует своевременную раннюю диагностику и грамотную экстренную помощь, от которых зависит исход болезни. За 2013 год зарегистрировано 20 случаев ботулизма, из которых 1 (5%) у ребенка. У детей ботулизм не всегда диагностируется сразу, так как чаще практичными врачами оценивается как пищевое отравление и специфическое лечение может запаздывать.

Предлагаем случай из врачебной практики: ребенок Р. в возрасте 6 лет доставлен бригадой СМП в городскую инфекционную больницу с жалобами на многократную рвоту, слабость, вялость, отсутствие аппетита. Из анамнеза заболевания: болен 1-й день, заболевание началось с многократной рвоты, бригадой СМП промыт желудок, оставлен с рекомендацией лечения на дому. Но улучшения в динамике не отмечалось, ребенок повторно бригадой СМП доставлен в ГИБ. Эпиданамнез: Контакт с инфекционными больными отрицает. Около 10 часов назад употребляли всей семьей, в составе 4-х человек копченую рыбу. Дома никто не болел. При осмотре состояние ребенка тяжелое за счет проявления выраженного обезвоживания. Сознание заторможено. На осмотр реагирует вяло, в контакт вступает неохотно. Менингеальные знаки отрицательны. Очаговых явлений нет. Зрачки средних размеров, D=S. Глаза запавшие. Тургор и эластичность тканей снижены. Кожные покровы и ногтевые ложа бледные, сухие. Отмечалось цианоз периорального треугольника. Конечности на ощупь холодные. Дыхание с умеренным тахипноэ, ЧД – 34 в мин. В легких жестковатое дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, тахикардия, ЧСС – 116 в мин., периферический пульс слабого наполнения и напряжения. АД – 60/30 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, перистальтика кишечника сохранена. Печень, селезенка не увеличены. Стула не было. Был выставлен диагноз: пищевая токсикоинфекция, тяжелая форма. Гиповолемический шок 1 степени. Проведено посиндромное лечение: промывание желудка, гормонотерапия, оральная и п/энтеральная регидратационная терапия, а/б терапия. В динамике через 36 часов после госпитализации проявления обезвоживания были купированы, но интоксикация сохранялась в виде выраженной слабости, вялости и умеренной одышки. Ребенок отказывался есть, при попытке пить отмечалось поперхивание, других неврологических нарушений не было. В анализе крови лейкоцитоз со сдвигом влево: эрит – $4,5 \times 10^{12}/л$, Нв – 141 г/л, L – $20,3 \times 10^9/л$, п/я – 18%, с/я – 62%, лим – 17%, мон – 3%. В б/х: глюкоза – 5,6 ммоль/л, общий белок – 74 г/л, общий билирубин – 12,5 мкмоль/л, АЛТ – 0,3, АСТ – 0,25, креатинин – 122,5, мочевины – 9,6 ммоль/л, K⁺ 5,33, натрий – 134,7, Ca – 1,10. Анализ мочи и кала без патологий. Анализ микробиологического исследования промывных вод желудка, мочи и кала, сыворотки крови на возбудитель ботулизма и ботулотоксина – не обнаружены (от 2-го дня госпитализаций). Учитывая тяжесть состояния и клинику ребенка, нарушения глотания была назначена противоботулиническая сыворотка АБЕ в дозе – 2 тыс. МЕ. На 3-й день госпитализации (4-й день после употребления копченой рыбы) были госпитализированы другие члены семьи (мать и старшая сестра) с клиникой ботулизма. Ребенок был выписан на 11-й день госпитализации с выздоровлением.

Вывод: инкубационный период детского ботулизма может быть короче, чем ботулизм у взрослых. Своевременная диагностика и начало специфического лечения ботулизма-ПБС у детей предотвращает тяжелые невропаралитические поражения и снижает сроки госпитализации и соответственно финансовые затраты.

*Зинатова К.Р., Мохова О.Г.,
Брагина И.М., Поздеева О.С.*

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

г. Ижевск, Россия

Цель работы: оценить течение ротавирусной инфекции у детей на фоне использования антибактериальных препаратов.

Под наблюдением находились 35 детей в возрасте от 5 месяцев до 4 лет. У всех детей была диагностирована ротавирусная инфекция, которая подтверждалась методами иммуноферментного и иммунохроматографического анализов, проводимых на 1-2 сутки госпитализации и через 5-7 дней лечения (перед выпиской из стационара). Все дети переносили заболевание в среднетяжелой форме. У 29 (82,6%) детей ротавирусная инфекция протекала по типу гастроэнтерита, у 2 (5,7%) – энтерита, у 4 (11,4%) – гастроэнтероколита. Максимальная кратность стула отмечалась на 2-й день заболевания. Рвота у большинства детей (88,6%) регистрировалась с первого дня болезни. Температура достигала фебрильных значений у 88,6% больных. Проявления респираторно-катарального синдрома отмечались у 12 (34,3%) пациентов. В лечении все дети получали базисную терапию, которая включала оральную либо парентеральную регидратацию, сорбенты, ферменты, а также противовирусные препараты (виферон, генферон, анаферон, кипферон). Наблюдаемые дети были поделены на две группы. Первую группу составили 10 человек, которым помимо вышеуказанной терапии были назначены антибактериальные препараты (гентамицин, эрсефурил). Во вторую группу было включено 25 детей, в терапии которых антибактериальные препараты не применялись.

Дети обеих групп были сопоставимы по возрасту ($1,5 \pm 0,3$ и $1,8 \pm 0,2$ года соответственно). У всех детей начало заболевания было острым, с появления рвоты, жидкого стула и повышения температуры. Средняя длительность госпитализации оказалась больше у детей первой группы – $9,0 \pm 1,0$, по сравнению с детьми второй группы – $6,9 \pm 0,3$ дня. Разницы по срокам купирования синдрома рвоты не выявлено ($1,9 \pm 0,3$ и $1,9 \pm 0,2$ дня соответственно группам). Синдром диареи дольше сохранялся у больных 1-й группы – $6,1 \pm 1,7$ дня, в то время как у детей 2-й группы – $4,4 \pm 0,2$ дня. Средняя продолжительность лихорадки в обеих группах была практически равной и составила $2,9 \pm 0,5$ и $2,5 \pm 0,2$ дня соответственно. Обнаружение ротавируса в кале на момент выписки отмечалось у 70% детей первой группы и у 36% детей второй группы.

Таким образом, необоснованное назначение антибактериальных препаратов больным ротавирусной инфекцией способствует пролонгированному течению синдрома диареи и более длительному вирусовыделению, что вероятно связано с усугублением дисбиоза кишечника на фоне получаемой антибактериальной терапии.

Имамбаева Г.Г., Батырхан А.Т.

ПОРАЖЕНИЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОПИСТОРХОЗОМ В УСЛОВИЯХ МАЛОЙ ИНТЕНСИВНОСТИ ИНВАЗИИ

г. Астана, Казахстан

Описторхоз является одним из наиболее распространенных гельминтозов Республики Казахстан. Как

известно, описторхисы не паразитируют в просвете желудочно-кишечного тракта. Многочисленными исследованиями установлено, что механическое раздражение интерорецепторов печени, желчного пузыря, желчных и панкреатических протоков вызывает возникновение патологических нервных импульсов, что влечет за собой нарушение функций двенадцатиперстной кишки и желудка.

Целью нашего исследования являлось изучение клинических особенностей поражения желудочно-кишечного тракта у больных хроническим описторхозом в условиях малой интенсивности инвазии.

Нами было обследовано 86 больных хроническим описторхозом, средний возраст которых составил 42 года. Длительность клинических проявлений патологии желудочно-кишечного тракта анамнестически определялась в диапазоне от 2 до 20 лет (в среднем 5-6 лет).

Гастродуоденопатический вариант течения описторхоза сопровождался наличием у больных чувства тяжести, переполнения желудка уже после небольших количеств пищи, тошнотой, отрыжкой, горечью во рту и изжогой. При этом у 20% больных выявляется эрозивно-язвенный гастродуоденит с локализацией язвенных поражений исключительно в двенадцатиперстной кишке.

Пациенты предъявляли жалобы на чувство тяжести в правом подреберье (34,1%) и боли (16,6%), чаще после приема жирной пищи, дискомфорт в животе (14,7%), горечь во рту (15,9%), тошноту (20,5%), изжогу (13,6%), снижение аппетита (10,6%), отрыжку (12,5%). Отмечались нарушения стула в виде запора (12,5%) или эпизодической диареи (11,2%). Кашицеобразный стул (6,8%) и стеаторея (3,4%) наблюдались у лиц с признаками хронического панкреатита.

В результате эндоскопического исследования у 19,6% больных определялись явления хронического гастродуоденита со сниженной моторной функцией желудка. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки регистрировалась в 17,4% случаях, ГЭРБ – 15,2%, язвенная болезнь желудка и эрозивный бульбит в 8,7%, хронический катаральный эзофагит – 6,6%. Гиперплазия слизистой 12-перстной кишки и недостаточность привратника – в единичных случаях.

При исследовании дуоденального содержимого у 81,2% пациентов выявлялись признаки хронического дуоденита и воспалительных процессов желчевыводящих путей. При бактериологическом исследовании дуоденального содержимого, чаще высевались: *Enterococcus faecalis* (22,3%), *Candida* (15,4%), *St. epidermidis* (12,3%), *Escherichia coli* (8,5%), *Str. anhaemolyticus* (5,4%), *Str. haemolyticus* (4,6%), *St. saprophyticus* (3,8%), *Proteus mirabilis* (3%). В 18,5% случаев были обнаружены несколько возбудителей. У 16,1% больных дуоденальное содержимое оказалось стерильным. Во всех порциях желчи находили яйца описторхисов. Низкий процент содержания яиц (от 4 до 19), был связан с малой интенсивностью инвазии.

Таким образом, длительное пребывание описторхисов в организме хозяина приводит к развитию вялотекущего хронического гастродуоденита. В регионах с низкой интенсивностью инвазии рекомендуется обследование всех пациентов с данными клиническими проявлениями на наличие описторхисов.

Имамбаева Г.Г., Конкаева М.Е.

**АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМИ
КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ
В ГОРОДЕ АСТАНА ЗА 2007-2013 ГГ.**

г. Астана, Казахстан

Целью данного анализа было выявление возможных тенденций в структуре заболеваемости кишечными инфекциями в условиях быстро растущего города за 2007-2012 и первое полугодие 2013 года.

Население г. Астана с 2007 г. по 2013 г. по официальным данным увеличилось с 524,7 тыс. чел. до 808,5 тыс. чел. (на 54%). При этом, кроме учтенного органами статистики населения, в городе ежедневно находятся, по-видимому, еще несколько десятков тысяч человек (подрабатывающие из близлежащих пунктов, командировочные и т.д.), которых также необходимо учитывать при оценке эпидемической обстановки.

Регистрируемый уровень заболеваемости острыми кишечными инфекциями (ОКИ) в г. Астане имеет тенденцию к снижению относительных показателей: в 2007 г. – 205,62; в 2008 г. – 172,45; в 2009 – 155,33; 2010 г. – 214,01; 2011 г. – 153,7; в 2012 г. 53,61, 2013 г. – 50,76 на 100 тыс. населения.

В последние годы улучшилось качество лабораторной диагностики и этиологической расшифровки кишечных инфекций. Увеличился удельный вес пациентов с острыми гастроэнтеритами, вызванными условно-патогенной флорой. В 2013 году снизилась заболеваемость дизентерией на 25,3%, сальмонеллезом на 16,8%, острыми кишечными инфекциями на 13,9%.

Причиной сохранения высокого уровня заболеваемости в г. Астана, по-видимому, послужило то, что население столицы пополнилось за счет лиц, проживающих в неблагоприятных условиях, не всегда питающихся в условиях, отвечающим санитарным нормам (рабочие на стройках, лица без определенного места жительства). На этом фоне сохраняются показатели заболеваемости другими бактериальными пищевыми отравлениями (в 2009 – 19,76; 2010 г. – 31,45; 2011 г. – 27,57; в 2012 г. 23,15, на 100 тыс. населения) и в единичных случаях регистрируется ботулизм: в 2007 г. – 6; 2010 г. – 2; 2011 г. – 3; в 2012 г. – 1 случай.

Анализируя истории болезни пациентов, пролеченных в городской инфекционной больнице с диагнозом «Ботулизм», обращает на себя внимание тот факт, что во всех случаях инфицирование произошло посредством употребления овощных консервов кустарного производства, завезенных из южных регионов.

Острые кишечные инфекции, склонные к эпидемическому распространению, такие как брюшной тиф и паратифы, холера в г. Астана не регистрировались.

Эпидемиологическая обстановка по острым кишечным инфекциям в г. Астана остается стабильной, показатели за последние годы снижались, что вероятно связано с эффективным санитарно-эпидемиологическим надзором.

Таким образом, наличие заболеваемости острыми кишечными инфекциями в г. Астана требует расширения коечного фонда инфекционного стационара, проведения эпидемиологического контроля и санитарно-просветительной работы среди населения.

Имамова И.А., Кутлиева Д.Б., Максудова З.С.

**ВЛИЯНИЕ ВИДА ВСКАРМЛИВАНИЯ
В ГРУДНОМ ВОЗРАСТЕ
НА РАЗВИТИЕ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ОКИ У ДЕТЕЙ**

г. Ташкент, Узбекистан

На современном этапе актуальность ОКИ связана с их распространенностью – 129,1 случаев заболевания на 100 тыс. населения Республики Узбекистан и продолжающимся лидерством в структуре младенческой смертности. Частота тяжелых и осложненных форм ОКИ из общего числа поступивших детей и взрослых за последние годы колеблется от 10,7% до 12,8%. Характерной особенностью ОКИ у детей является быстрое, часто стремительное нарастание признаков болезни (токсикооза, диареи, эксикоза), приводящих больного в считанные часы в тяжелое или крайне тяжелое состояние.

Целью нашего исследования явилось изучение влияния вида вскармливания в грудном возрасте, как фактора, определяющего характер тяжести течения ОКИ у детей.

В настоящее исследование вошли 79 детей с ОКИ до 3-х лет. Больные находились на стационарном лечении в клинике НИИЭМИЗ МЗ РУз. Все дети с ОКИ от момента начала заболевания обследовались комплексно клиническими, бактериологическими, серологическими методами и по необходимости ПЦР диагностикой.

При изучении влияния вида вскармливания на развитие тяжелых форм ОКИ у детей грудного возраста было выявлено, что детей на естественном виде вскармливания было 31 (39,2%) ребенок, из них у 48,4% детей отмечалась тяжелая форма ОКИ, у 19,3% детей – среднетяжелая форма, у 32,3% детей легкая форма заболевания.

Детей, находившихся на искусственном вскармливании, было 24 (30,4%) ребёнка, из которых у 91,7% детей отмечалась тяжелая форма ОКИ, у 4,2% ребенка – среднетяжелая форма, у 4,2% ребенка – легкая форма заболевания.

На смешанном вскармливании было 24 (30,4%) детей, из которых у 79,2% отмечалась тяжелая форма ОКИ, у 8,3% детей – среднетяжелая форма, у 12,5% детей – легкая форма заболевания. Анализ клинических проявлений болезни показал у 26,6% детей с поздним поступлением и находившихся на искусственном вскармливании с неблагоприятным преморбидным фоном дисфункция кишечника сохранялась более 3-4 недель.

Искусственное вскармливание в грудном возрасте в существенной степени является предрасполагающим фактором для развития тяжелых форм ОКИ у детей.

Ирсимбетова Н., Мухтаркызы Ф.,

Долтаева Б.З., Ермолаева О.А., Ергебекова Г.К.

**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ
ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ
ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ В
ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

Шымкент, Казахстан

Распространенность кишечных инфекций является одним из важнейших индикаторов социального и санитарного благополучия. В целом по Южно-Казахстанской области идет тенденция к снижению заболеваемости острыми кишечными инфекциями. За 2013 год по области заболеваемость группы ОКИ характеризуется сниже-

нием на 24,46%, в 2013 г. зарегистрировано 3023 случая, показатель на 100 тыс. населения составляет 109,9 (2012 г. – 3607 случаев, показатель 134,36). В основном заболеваемость приходится на детей до 14 лет и составляет – 75,9%, зарегистрировано 2293 случаев, показатель на 100 тыс. населения составляет 251,5, в сравнении с аналогичным периодом 2013 года отмечается снижение на 24,46% (2012 г. – 3023 случаев, показатель – 134,36).

По оперативному анализу высокий показатель заболеваемости приходится на неорганизованных детей в возрасте до 6 лет, среди которых зарегистрировано 2293 случаев, что составляет 95,2% от общего количества заболевших среди детей до 14 лет, в том числе удельный вес детей до 1 года – 27,7% (839), от 1 до 2-х лет – 36,2% (1095), от 3-х до 6 лет – 8,2% (249), от 7-и до 9 лет – 1,5% (48), от 10-и до 14 лет – 1,8% (62). Анализ заболеваемости показал, что высокий удельный вес заболеваемости ОКИ (84,34%) приходится на неорганизованных детей от 0 до 2-х лет, что в основном связано с отсутствием должного ухода за детьми, нарушением правил и режима кормления и отсутствием контроля за соблюдением правил личной гигиены детей со стороны родителей. По социально-профессиональному составу кроме неорганизованных детей приходится на неработающих 389 случаев (10,8%). Для изучения динамики заболеваемости в возрастном и социально-профессиональном составе взяты показатели заболеваемости за период 2007-2013 годы. Анализ многолетней динамики за 2000-2013 годы показал, что до 2013 года заболеваемость острыми кишечными инфекциями на фоне общей тенденции к снижению характеризуется регулярными периодами подъемов и спадов. В интервале между циклическими повышениями заболеваемости наблюдаются годы подъемы (2000-2001, 2005-2009) и годы спада заболеваемости (2001-2005, 2009-2013), т.е. в динамике заболеваемости отмечается циклическость с периодом 5 лет и с меньшей амплитудой. Теоретически по прогнозу в 2014 году заболеваемость острыми кишечными инфекциями будет варьировать в пределах показателей от 67,44 до 122,13. Но вместе с тем, если учитывать многолетнюю тенденцию к снижению и проявляющуюся циклическость, при отсутствии вспышечной и групповой заболеваемости, на 2014 год ожидается снижение заболеваемости в пределах показателей от 67,44 до 122,13. С наступлением теплого времени года актуальным становится вопрос профилактики кишечных инфекций. В целях профилактики острых кишечных инфекций Главным государственным санитарным врачом РК издано и реализуется Постановление «О проведении санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по предупреждению острых кишечных инфекций». Издано постановление Главного государственного санитарного врача Республики Казахстан об усилении мер по профилактике острых кишечных инфекций, усилению санитарно-эпидемиологического надзора за безопасностью питьевой воды, реализацией пищевых продуктов, активизации санитарно-просветительной работы среди населения.

**Камалова Г.Г., Амреева Н.А.,
Махамбетиярова С.Б., Халилова М.Б.**

АНТИБИОТИКОГРАММА ШИГЕЛЛ

г. Уральск, Казахстан

Дизентерия – инфекционное заболевание, характеризующееся общей интоксикацией организма, поносом и

своеобразным поражением слизистой оболочки толстого кишечника, является одним из наиболее частых острых кишечных заболеваний в мире.

Возбудителем являются бактерии рода *Shigella*, включающие более 40 серотипов. Нами было исследовано 26897 проб от детей и взрослых в 2012 г. – 9586, в 2013 г. – 8981 анализов.

По нашим данным чаще всего выделялись дизентерия Флекснера 2a, 2b и Зонне: за 2012 г. *Sh. flexneri* 2a – 13,3%, *Sh. flexneri* 2 b – 9,8%; за 2013 г. *Sh. flexneri* 2a – 47%, *Sh. flexneri* 2 b – 47%.

Ко всем выделенным патогенным культурам шигелл проводилось определение чувствительности к антибактериальным препаратам согласно МУК 4.2.1890-04 «Определение чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам». Чувствительность определялась к следующим препаратам: фуразолидону, цефазолину, цефалексину, цефтриаксону, цефотаксиму, цефтазидиму, левомицетину и ампициллину.

Все выделенные штаммы шигелл Зонне были устойчивы к фуразолидону (100%) и высокочувствительны к левомицетину (100%), ципрофлоксацину (100%), цефотаксиму (100%), цефтриаксону (100%). К остальным антибактериальным препаратам: высокочувствительны к гентамицину (94,6%), ампициллину (95,2%), амоксициллину (92,2%), полимиксину (92,2%).

Все виды шигелл Флекснера высокочувствительны к ципрофлоксацину (91,4%), цефтриаксону (100%), цефотаксиму (100%), гентамицину (74,6%) и полимиксину (97%). Устойчивы к левомицетину (68,6%), амоксициллину (57%), фуразолидону (61%), ампициллину (61,4%).

Выводы: Среди шигелл чаще всего высевались *Sh. sonnei* и *Sh. flexneri* 2a, 2b. Среди *Sh. sonnei* преобладал не типизируемый штамм. Отмечается устойчивость *Sh. sonnei* к стрептомицину и фуразолидону, а *Sh. flexneri* устойчива к левомицетину, ампициллину, амоксициллину. Все виды шигелл высокочувствительны к антибиотикам цефалоспоринового ряда.

Киселева Т.Ф., Ртищева Л.В.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ САЛЬМОНЕЛЛЕЗНО-ШИГЕЛЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

г. Ставрополь, Россия

Клиническое течение инфекционных болезней у лиц пожилого и старческого возраста имеет большие особенности. Это связано с изменениями в тканях и органах, снижением всех видов обмена, истощением механизмов гуморального и клеточного иммунитета, преморбидным фоном, на котором протекают эти заболевания. Клинические особенности инфекционных болезней у данной категории больных заключаются в более тяжелом течении болезней, неопределенности некоторых симптомов при выраженных морфологических проявлениях, длительном течении, медленном выздоровлении, большей летальности по сравнению с молодыми пациентами. У пожилых больных чаще наблюдаются осложнения и формирование хронического носительства.

Еще тяжелее у таких больных протекают ассоциированные инфекции, в том числе острые кишечные за-

болевания, объединенные общим механизмом и путями передачи. Часто кишечные инфекции у пожилых людей развиваются после употребления заведомо недоброкачественных продуктов. В отечественной литературе есть сообщения о наблюдении смешанной сальмонеллезно-шигеллезной инфекции, которая может встречаться в 8-21% случаев (Корнилова И.И., 1983). Сочетание сальмонеллеза и шигеллеза, по данным литературы, повышает летальность в 2 раза по сравнению с моноинфекцией.

Под нашим наблюдением находилось 16 человек с сочетанной кишечной инфекцией в возрасте от 61 до 87 лет. Двое из них заболели после употребления прокисшего молока, четыре человека – после употребления различных фруктов и овощей. Трое пациентов накануне заболевания ели вяленую рыбу домашнего приготовления, четыре человека пили сырые куриные яйца, двое употребляли техническую воду на даче. Один пациент заболел после употребления молочной каши, хранившейся вне холодильника. Острое начало заболевания отмечалось у всех больных. В клинической картине преобладали тяжелые (56%) и среднетяжелые формы (44%) болезни. При этом были ярко выражены симптомы общей интоксикации, болевой синдром, тенезмы, выраженная длительная лихорадка (до 14 дней). У тяжелых больных имели место осложнения: инфекционно-токсический шок, гиповолемический шок, шок смешанного генеза, острая почечная недостаточность, судорожный синдром, обморочное состояние. У четверых пациентов развились симптомы раздражения брюшины разной степени выраженности. Это послужило причиной проведения широкой дифференциальной диагностики, дополнительных инструментальных исследований (ЭКГ, обзорная рентгенограмма брюшной полости, ЭГДС) и консультаций специалистов (хирурга, кардиолога, невролога). Характер диарейного синдрома варьировал в зависимости от очередности развития сальмонеллеза или шигеллеза. Стул имел вид водянистого обильного, зеленоватого, или скудного бескалового. У половины тяжелых больных в стуле появились патологические примеси в виде слизи и крови. В лечении пожилых больных использовали комбинированную антибактериальную терапию, интенсивную дезинтоксикационную и регидратационную терапию. Всем пациентам была проведена коррекция лечения терапевтом в зависимости от преморбидного соматического статуса. Продолжительность пребывания больных в стационаре колебалась от 15 до 24 дней. При выписке у больных сохранялись явления диспепсии и астенизации. Двое пациентов после выписки наблюдались по поводу хронического носительства сальмонеллы.

Таким образом, сочетание сальмонеллеза и шигеллеза у лиц пожилого возраста представляет серьезную клиническую проблему, сопровождающуюся частыми осложнениями, создает опасность неблагоприятной эпидемиологической ситуации.

*Киушкина И.Н., Никулина М.А.,
Карбышева Н.В., Бабина Е.Ф., Хабарова Е.В.*

ХАРАКТЕРИСТИКА САЛЬМОНЕЛЛЕЗА У ВЗРОСЛЫХ

г. Барнаул, Россия

Сальмонеллез, являясь одной из самых распространенных по частоте острой кишечной инфекцией, остается ак-

туальной проблемой у взрослого населения. Повсеместная распространенность этой инфекции, легкость путей передачи, возникновение эпидемических вспышек, пораженность работоспособного населения, нозокомиальные формы, а также способность к генерализации и септикопиемии свидетельствуют о высокой эпидемиологической и социально-экономической значимости сальмонеллеза. На протяжении нескольких лет в ряде районов Алтайского края и городе Барнауле сохраняется высокий уровень заболеваемости сальмонеллезом (30-36 на 100 тыс. населения).

Цель данного исследования – выявить клинические особенности течения сальмонеллеза у взрослого населения. Клинико-лабораторное обследование было проведено у 80 пациентов, находящихся под наблюдением в инфекционном отделении городской больницы №5 г. Барнаула, из них 41 мужчина и 39 женщин. Представленные пациенты в 65% составили работающее население. Диагноз сальмонеллез гастроинтестинальная форма подтвержден у всех пациентов бактериологическим выделением *S. enteritidis*. При этом гастроэнтероколитический вариант сальмонеллеза установлен у 56% больных, у остальных – гастроэнтеритический вариант. Возраст больных от 16 до 84 лет в среднем составил $39,21 \pm 2,06$ лет. Госпитализация пациентов осуществлялась в первые 1-2 дня заболевания в 67%. Легкое течение заболевания наблюдалось у 37 пациентов, средней степени тяжести у 43 пациента. Время пребывания в стационаре в среднем составило $8,77 \pm 0,22$ койко-день. Все больные отмечали острое начало заболевания с повышения температуры тела от 37°C до $40,5^\circ\text{C}$ ($38,57 \pm 0,10$). Продолжительность лихорадочного периода при легком течении составила $3,30 \pm 0,31$ дня, при среднетяжелом – $4,05 \pm 0,47$. Преобладающее число больных предъявляли жалобы на выраженную общую слабость (80%), головную боль (60%), тошноту (67%), рвоту (55%), боли в животе (85%), диарею (100%). При легком течении заболевания частота стула в среднем составила $9,24 \pm 1,03$ в день, при среднетяжелом – $11,04 \pm 1,10$. Водянистый характер стула отмечали все больные со среднетяжелым течением и только 46% больных с легким течением. Стул с преобладанием зеленой окраски был у 57% пациентов. Продолжительность диареи при легком течении – $3,75 \pm 0,15$, при среднетяжелом – $5,47 \pm 0,27$ дня ($P(F) < 0,05$). В копрограмме у всех обследованных пациентов был обнаружен детрит, непереваренная и переваренная клетчатка, измененные мышечные волокна, лейкоциты. У 9% пациентов с более тяжелым течением сальмонеллеза из сопутствующей патологии выявлялся герпетический дерматит.

Анализ клинической картины сальмонеллеза у взрослых показал, что наиболее частым проявлением среднетяжелого течения была гастроинтестинальная форма гастроэнтероколитический вариант. Более тяжелое и длительное течение заболевания наблюдалось у пациентов старшей возрастной группы.

Климовицкая Е.Г., Ситников И.Г., Петрова М.С.

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

г. Ярославль, Россия

Количество заболевших ротавирусной инфекцией в 2013 году по данным Инфекционной клинической больницы г.

Ярославля составило 1051 человек (46,0% от всех острых кишечных инфекций). С целью изучения современных особенностей ротавирусной инфекции у детей нами проанализированы их истории болезни. Больные поступали в стационар преимущественно на 1-2 сутки от начала заболевания. В возрасте до 1 года было 220 (21,0%) заболевших, от 1 до 3 лет – 524 (50,0%), от 3-7 лет – 241 (23,0%), старше 7 лет – 52 (5,0%) детей, взрослых – 14 (1,0%). У 34,7% больных был выявлен атопический дерматит, у 14,3% – анемия, у 19,4% – гастроэнтерологическая патология. Превалировали среднетяжелые формы (72,0%), тяжелые составили 28,0%. У 23,8% больных был диагностирован токсикоз с эксикозом, у 13,2% – ацетонемическая рвота. У 587 (55,8%) детей был выявлен гастроэнтерит, у 329 (31,3%) – гастроэнтероколит, у 27 (2,6%) – энтерит, у 108 (10,3%) – энтероколит. Подавляющее большинство пациентов (96,3%) заболели остро. Симптомы интоксикации отмечены у всех детей с первого дня болезни. Подъем температуры тела до фебрильных цифр зафиксирован в 83,7% случаев. Температура сохранялась в течение 1-2 дней у 68,5% больных, до 3-5 суток – у 31,5%. У 87,1% детей была многократная рвота, у 9,7% – однократная. У (58,4%) детей выявлен жидкий водянистый стул, у 41,6% – стул с примесью слизи и зелени. В среднем длительность дисфункции составила 3-4 дня. У 59,1% больных наблюдались гиперемия слизистых оболочек мягкого нёба, язычка, зернистость задней стенки глотки; кашель и насморк – у 24,7%. Продолжительность катарального синдрома составляла от 3 до 5 дней. У 38 (3,6 %) детей ротавирусная инфекция осложнилась реактивным панкреатитом, у 153 (14,6%) бактериальными инфекциями в виде отита, бронхита, тонзиллита. У 1016 (96,7%) больных диагноз был подтвержден методом иммуноферментного анализа, у 35 (3,3%) поставлен клинико-эпидемиологически. У 55 детей (5,2%) ротавирусная инфекция протекала в сочетании с бактериальными возбудителями: сальмонеллами у 48 больных, амёбной дизентерией – 1, патогенными эшерихиями – 5, иерсиниозом – 1. С момента поступления в стационар всем больным назначали комплексную терапию: пероральную регидратацию, сорбенты (сметта, энтеросгель), при токсикозе с эксикозом и ацетонемической рвоте – инфузионную терапию. Большинство пациентов получали пробиотики (бифиформ, энтерол, линекс, бифидумбактерин форте, пробифор). Антибактериальную терапию назначали детям с тяжелыми формами в сочетании с бактериальными возбудителями. Средний койко-день составил 4,0 дня. Таким образом, в последние годы заболеваемость ротавирусной инфекцией остаётся на высоком уровне (46% от всех острых кишечных инфекций). Болеют преимущественно дети первых 3-х лет жизни (71,0%). Среди клинических форм преобладают гастроэнтеритические. Имеют место среднетяжелые (72,%) и тяжелые (28,0%) степени заболевания. У 5,2% детей ротавирусная инфекция протекала в сочетании с бактериальными возбудителями.

Кошарова Б.Н., Имамбаева Г.Г., Конкаева М.Е.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН ЗА 2007-2013 ГГ.

г. Астана, Казахстан

Острые кишечные инфекции (ОКИ) являются одними из самых актуальных инфекционных заболеваний в свя-

зи с повсеместной распространенностью и развитием у части больных состояния, представляющего непосредственную угрозу жизни. В развивающихся странах число заболевших достигает 3–5 млрд человек в год, при этом 5–10 млн. больных умирают. Даже в такой развитой стране, как США, ежегодно регистрируется от 25 до 99 млн. случаев заболевания, около 8 млн. пациентов требуют госпитализации и около 10 тыс. человек погибают. Для Республики Казахстан ОКИ представляют несомненный интерес.

Целью данного анализа было выявление возможных тенденций в структуре заболеваемости кишечными инфекциями в Казахстане.

Проведенный анализ показал, что наибольшая заболеваемость острыми кишечными инфекциями населения республики отмечалась в 2008 году и составляла 150,96 случаев на 100 тыс. населения. Планово проводимая в стране противоэпидемическая и санитарно-просветительная работа оказала положительное воздействие на динамику заболеваемости данной патологией и характеризовалась ежегодным динамичным снижением заболеваемости (2009 г. – 130,6; 2010 г. – 133,06; 2011 г. – 113,11; 2012 г. – 99,55). Лидируют по уровню заболеваемости ОКИ Кызылординская, Южно-Казахстанская и Мангыстауская области, что вероятно связано с высокой плотностью населения и климатическими особенностями данных регионов. Так, в Кызылординской области в течение ряда лет отмечалось ухудшение качества питьевой воды, вызванное наводнениями, на фоне сброса воды в Сырдарью Узбекистаном.

Анализируя распределение больных по нозологиям, нами выявлено изменение уровня заболеваемости ротавирусными энтеритами, бактериальными дизентериями и сальмонеллезными инфекциями (в 2010 г - 3072 случая, 2613 случаев, 2195 случаев соответственно), которое характеризовалось резким увеличением количества случаев в 2010 году и снижением заболеваемости на 30% в 2013 году (1848 пациентов; 1462 пациента и 1404 пациента соответственно). По степени тяжести превалируют легкие и среднетяжелые формы заболевания (86%).

Сохраняется высокий удельный вес пациентов с острыми гастроэнтеритами, вызванными условно-патогенной флорой (52,4%). Неуточненные кишечные инфекции в общем удельном весе составляли 12%.

Брюшной тиф, носительство возбудителя брюшного тифа, паратифы А и В регистрируются в единичных случаях. Холера с 2008 года на территории страны не диагностирована.

Эпидемиологическая обстановка по ОКИ в Республике Казахстан остается стабильной, отмечается тенденция к снижению заболеваемости.

Таким образом, в республике следует продолжить профилактические мероприятия, санитарно-просветительную работу среди населения, эпидемиологический контроль в рамках государственной программы по управлению водными ресурсами Республики Казахстан на 2014-2040 годы, а также наблюдение и лечение больных с ОКИ на уровне первичной медико-санитарной помощи и поликлиник.

*Крылова Е.В., Скворцова В.В.,
Дмитраченко Т.И., Семенов В.М.*

**ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ
САЛЬМОНЕЛЛЕЗА
И РЕЗИСТЕНТНОСТИ САЛЬМОНЕЛЛ К
АНТИБИОТИКАМ**

г. Витебск, Республика Беларусь

Нами проведен сравнительный анализ клинического течения внебольничного сальмонеллеза, вызванного *S. enteritidis* и *S. typhimurium*, у взрослых пациентов, госпитализированных в Витебскую областную инфекционную клиническую больницу в периоды 1999-2002 гг. и 2010-2013 гг. и оценена динамика чувствительности к антибактериальным препаратам клинических изолятов *S. typhimurium* и *S. enteritidis*.

Как показал проведенный анализ, в последние годы изменилось клиническое течение внебольничного сальмонеллеза. Так, среди госпитализированных пациентов с сальмонеллезом, вызванным *S. enteritidis*, гастроэнтероколит регистрировался в 45,4±4,4% случаев в период 2010-2013 гг. и только в 15,6±2,4% случаев в период 1999-2002 гг. ($p < 0,001$). В то же время гастроэнтерит наблюдался у 77,5±2,8% пациентов в период 1999-2002 гг. и у 41,5±0,4% больных в период 2010-2013 гг., энтероколит – у 6,9±1,7% и 13,1±2,9% пациентов, соответственно. В целом, колитический синдром в более ранний анализируемый период регистрировался реже, чем в период 2010-2013 гг. (22,5±2,4% и 58,5±7,9% соответственно, $p < 0,001$). Также значительно увеличилась и средняя длительность диареи с 1,7±0,2 до 3,5±0,2 дня ($p < 0,01$), что сопровождалось более частым выделением сопутствующей микрофлоры в посевах кала, которая была обнаружена у 28,5±3,9% пациентов в 2010-2013 гг. и только у 19,9±2,6% пациентов в предыдущий период времени.

В последние годы выросла доля тяжелых форм сальмонеллеза энтеритидис среди госпитализированных пациентов с 18,1±2,5% до 60,8±4,3% ($p < 0,001$), значительно снизилась доля легких и среднетяжелых форм с 13,9±2,2% до 6,2±2,1% и с 67,9±3,1% до 33,1±4,1% соответственно ($p < 0,001$). Среди госпитализированных пациентов с внебольничным сальмонеллезом, вызванным *S. typhimurium*, также значительно выросла доля тяжелого течения заболевания с 9,0±2,9% до 68,4±6,1% ($p < 0,001$). Однако в истекший период времени при сальмонеллезе тифимуриум не было отмечено достоверных отличий поражения толстого кишечника. Гемоколит наблюдался у 36,4±4,9% больных в период 1999-2002 гг. и у 21,1±5,4% пациентов в период 2010-2013 гг. ($p > 0,05$).

В последние 10 лет произошли изменения чувствительности к антибактериальным препаратам *S. typhimurium*, снизилась резистентность к ампициллину с 89,3% до 42,86%, выросла чувствительность к цефалоспорином III-IV поколений и гентамицину до 98-100%. Значительно выросли уровни чувствительности к хлорамфениколу, тетрациклину, чувствительность к которым приблизилась к 50%. Появились клинические изоляты, проявляющие резистентность к амикацину (11,11±3,33%), выросла доля штаммов резистентных к налидиксовой кислоте с 3,7% до 26,98%, при этом все они имели внегоспитальное происхождение.

В тоже время, существенно снизилась чувствительность *S. enteritidis* к ампициллину с 92,1% до 50,63%,

доксциклину – с 83,2% до 42,83%, к ко-тримоксазолу – с 91,1% до 48,39%, появилась и существенно выросла резистентность к налидиксовой кислоте (22,58±4,36%). При этом появились штаммы нечувствительные к цефалоспорином III-IV поколений и фторхинолонам (0,84-2,08%).

Таким образом, изменение клинического течения сальмонеллеза, который характеризуется частым развитием инвазивной диареи, и изменение чувствительности сальмонелл к антибактериальным препаратам требует пересмотра тактики проведения этиотропной терапии при сальмонеллезе.

*Кулагина О.И., Феоктистова Л.А.,
Попова Л.С., Астудина О.И.,
Краснов А.В., Беляева Н.В., Иванова К.Ю.*

**КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
СОВРЕМЕННОГО ТЕЧЕНИЯ
ОСТРОГО ГЕПАТИТА А У ВЗРОСЛЫХ**

г. Кемерово, Россия

Вирусный гепатит А (ВГА) в РФ до настоящего времени сохраняет важное социально-экономическое значение, занимая в этиологической структуре острых вирусных гепатитов доминирующее положение (Шахгильдян И.В., Михайлов М.И., 2009). Рост актуальности проблемы ВГА в последние годы (когда по образному выражению Р. Van Damme имеет место «новая схватка с этой старой болезнью») обусловлен появлением большой когорты взрослого населения, не имеющей в крови антител к ВГА, активным вовлечением в эпидемиологический процесс взрослого населения, в том числе старших возрастных групп, увеличением числа случаев ВГА на фоне хронических гепатитов В и С и частым заболеванием гепатитом А путешественников.

Цель исследования: изучение клинических особенностей современного течения острого гепатита А у взрослых.

В 2013 г. в МБУЗ ГИКБ № 8 г. Кемерово находилось на лечении 25 больных с диагнозом ВГА в возрасте от 18-55 лет (мужчин – 9, женщин – 16). ВГА диагностировали на основании клинико-биохимических анализов крови, УЗИ и обнаружения специфических антител в крови IgM HAV (ИФА).

Среди больных ВГА преобладали лица молодого возраста от 18-35 лет – 17 (68,0%) человек, от 36-50 – 6 (24,0%) и от 51-55 лет – 2 (8,0%). Из эпидемиологического анамнеза установлено, что 2 (8,0%) человека указали на контакт с больными ВГА, семейные случаи выявлены у 6 (24,0%), 14 (56,0%) больных употребляли сырую воду и можно предположить водный путь и 3 (12,0%) пациента находились за 1 месяц до заболевания в туристических поездках (Хакасия, Египет, Индия).

Анализ клинического течения ВГА выявил преобладание среднетяжелых форм болезни – у 17 (68,0%) человек, тогда как легкая форма была у 4 (16,0%) и тяжелая – у 4 (16,0%). Преджелтушный период преимущественно протекал по диспептическому варианту – у 12 (48,0%) больных, по гриппоподобному – у 8 (32,0%), по смешанному – у 5 (20,0%). Средняя продолжительность преджелтушного периода составила 8 дней. Желтушный период в среднем составлял 19 дней. Холестатический вариант ВГА встречался у 5 (20,0%) больных. При исследовании

крови отмечалось высокое повышение тимоловой пробы от 8 до 16 ед. у 22 (88,0%) больных, повышение билирубина более 10 норм у 4 (16,0%) и наличие выраженного цитолиза. Особенностью ВГА у взрослых явилось сочетание его с другими хроническими гепатитами: у 2 пациентов – ВГА+ ХГВ+ С; у 2 больных – ВГА+ хронический алкогольный гепатит, у 1 – ВГА + стеатогепатит и у 1 - ВГА + хронический описторхоз. Это у всех пациентов привело к более длительной интоксикации, утяжелению клинических проявлений ВГА, развитию холестатического варианта течения с удлинением желтушного периода до 4 недель и более. С клинко-биохимическим выздоровлением было выписано всего 5 (20,0%) человек, остальные 20 (80,0%) – с улучшением, т.е. с остаточными явлениями (умеренная гепатомегалия, билирубинемия, гиперферментемия).

Выводы. Таким образом, основными особенностями современного гепатита А являются: изменение возрастного состава больных и увеличение удельного веса старших возрастных групп; наличие холестатического варианта течения и аутоиммунного компонента ВГА; более частое развитие среднетяжелых и тяжелых форм; сочетание ВГА с хроническими гепатитами В, С и с алкогольной интоксикацией.

Кулаев К.Т., Сагатов Т.А., Осанов К.Е.

ТОКСИКОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА МОРФОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ТКАНЕВЫХ СТРУКТУР ЖЕЛУДОЧНО- КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ ИНТОКСИКАЦИИ ПЕСТИЦИДОМ «СУМИ-АЛЬФА»

Шымкент, Казахстан

Инсектицид «Суми- альфа» однократно внутрижелудочно вводили белым мышам, крысам и кроликам, в дозах 100,0; 150,0; 175,0; 200,0 и 250,0 мг/кг массы животного. Острый эксперимент на животных позволил установить максимально смертельную – 250,0 и среднесмертельную дозу – 150,0 мг/кг. Клинические признаки острой интоксикации были однотипными и наиболее выраженными у животных, получивших значительные дозы препарата. Животные после затравки находились в возбужденном состоянии (учащенное дыхание, обильная саливация), затем угнеталась двигательная активность, отсутствовал аппетит, шерсть становилась неопрятной, взъерошенной. Гибель животных отмечалась на 1-3 сутки после затравки. При меньших дозах клинические признаки были менее выраженными, общее состояние животных восстанавливалось в течение 2-х недель. Патоморфологические данные у животных, получивших дозы 100,0; 150,0; 175,0; 200,0 и 250,0 мг /кг на массу тела животного показывают, что через 3 дня после эксперимента наблюдаются воспалительно-деструктивные изменения в тканевых структурах во всех органов ЖКТ и их оболочек. Через 15 дней эксперимента во всех органах и их оболочках воспалительно-деструктивные изменения прогрессируют. Через 30 дней наряду с воспалительными явлениями наблюдаются атрофические изменения во всех оболочках ЖКТ. В слизистой оболочке во всех исследуемых отделах наряду с воспалительно-деструктивными изменениями, местами наблюдается отслоение слизистой оболочки.

Таким образом, при однократном внутрижелудочном

введении препарата в организм белых крыс пороговая доза равна 50 мг/кг. Длительность эксперимента составляла 4 недели. Опыт проведен на белых крысах; доза препарата для затравки – 1/5 от ЛД50 (30 мг/кг веса) в течение 4-х суток, затем ее увеличивали в 1,5 раза. Обследование животных проводили 1 раз в неделю, а также по окончании 30- дневного восстановительного периода. Выраженные признаки интоксикации проявлялись у крыс к концу второй недели. Животные становились неопрятными, отмечалось отсутствие аппетита. Гибели животных до конца эксперимента не произошло. Однако все показатели (норковый рефлекс, активность щелочной фосфатазы, АсАТ АлАТ в сыворотке крови, содержание сульфгидрильных групп в крови, масса тела животных) в большей или меньшей степени были статистически достоверно изменены по сравнению с контролем. Это позволило сделать вывод, что «Суми-альфа» нарушает синтетическую и антиоксидантную функции печени и ЖКТ, вследствие деструктивных процессов, происходящих в клетках ЖКТ.

Кулжанова Ш.А.

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ ПИЩЕВЫХ ТОКСИКОИНФЕКЦИЙ

г. Астана, Республика Казахстан

Полиморфизм клинических проявлений, полиэтиологичность, атипичность течения пищевых токсикоинфекций на современном этапе в ряде случаев затрудняют их диагностику и обуславливают практическую важность дифференциальной диагностики. Помимо пищевых токсикоинфекций, вызванных условно патогенной микрофлорой и протекающих с признаками гастроэнтерита, проявляющимися тошнотой, рвотой, болями в животе, жидким стулом, такую же клиническую картину могут иметь и ботулизм в начальном периоде развития заболевания.

Однако, диспепсический синдром, наблюдаемый при ботулизме, выражен значительно меньше, чем при пищевых токсикоинфекциях, для которых, как правило, характерны яркие проявления гастроэнтерита в виде тошноты, многократной рвоты, часто от 2-3 раз до 15 раз в сутки, жидкого, водянистого стула без патологических примесей. Симптомы дегидратации не характерны для ботулизма, тогда как при пищевых токсикоинфекциях может наблюдаться обезвоживание I-II степени (по В.И. Покровскому), когда потери жидкости составляют 3 - 6% от массы тела больного, возможны и более значительные потери жидкости – до 7-10% (III-IV степень).

Для ботулизма более характерны запоры, а послабление стула, если и наблюдается, то кратковременное, в начале заболевания. Иногда такие симптомы, как потемнение в глазах, мелькание «мушек» перед глазами, снижение звучности голоса, афония, нарушения глотания, ощущение «комка» в горле, связанные с сильным обезвоживанием организма при пищевых токсикоинфекциях, ошибочно принимаются за неврологические расстройства, характерные для ботулизма.

Первыми проявлениями неврологического синдрома при ботулизме являются нарушение зрения и сухость во рту. Сухость появляется рано и отмечается у всех без исключения больных, даже с легкими формами ботулизма, что важно для дифференциальной диагностики. Сухость во рту может наблюдаться и при ПТИ, однако она связана с сильным обезвоживанием организма. Более спец-

ифичными являются нарушения зрения, вызванные поражением III, IV и VI пар черепных нервов. Из глазных проявлений при ботулизме дифференциально-диагностическое значение имеют следующие признаки: расширение зрачков со снижением или даже отсутствием реакции на свет, конвергенции и аккомодации, у части больных выявляются анизокория, паралич аккомодации. Характерны ограничение движения глазных яблок во все стороны и птоз, может развиваться диплопия.

Другим проявлением невропаралитического синдрома является парез лицевых мышц, что приводит к амимии, маскообразности лица, больные не могут оскалить зубы, нахмурить брови. В дальнейшем развиваются нарушения акта глотания (ощущение «комка в горле»), затруднение глотания сухой пищи, а затем и жидкости. В результате пареза мышц глотки и гортани пища попадает в трахею (поперхивание, кашель, афония). Развитие болезни в дальнейшем приводит к парезам и параличам скелетных мышц туловища и конечностей.

Появление и развитие неврологической симптоматики позволяют надежно дифференцировать ботулизм от всех других заболеваний, сопровождающихся гастроинтестинальным синдромом, в том числе и от ПТИ.

Куттыкужанова Г.Г., Ешибекова Ж.Р.

ЭТИОЛОГИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ (ОКИ) У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

г. Алматы, Казахстан

Говоря об эволюции инфекционной патологии, мы имеем в виду любое инфекционное заболевание, в том числе ОКИ. Это касается и этиологического спектра, который к тому же имеет и региональные особенности. Целью нашей работы было изучение этиологии, эпидемиологии ОКИ у детей в условиях большого мегаполиса в Республике Казахстан.

Проанализированы данные детей, прошедших через Детскую инфекционную клиническую больницу г. Алматы за период 2011-2013 гг. Этиология ОКИ верифицировалась бактериологическим и серологическим методами. Возраст исследуемых от 0 до 15 лет, преимущественно были дети первых трех лет жизни (80%).

В структуре госпитализированных в стационар больных на ОКИ пришлось 34%. Среди них подтвержденные нозологические формы составили 69,5%. Сезонность можно было проследить только в старших возрастных группах (у школьников), которая приходилась на лето-осень. В остальных случаях учитывая, что большинство пациентов были первых 2-х лет жизни сезонности не отмечено. В группе верифицированных ОКИ нозологические формы представлены следующим образом: шигеллез был у 32,6 % детей, сальмонеллез у 12,7%, эшерихиоз у 18,2%, ОКИ обусловленные условно-патогенной флорой (УПФ) у 25,6% и на ротавирусы (РВ) пришлось – 10,9% больных. Возраст детей согласно нозологическим формам распределялся следующим образом: среди детей 1-го года жизни шигеллеза было 13,6%, сальмонеллеза – 42,6%, эшерихиоза 44,2%, ротавирусной инфекции – 25,2%, УПФ – 54,2%. В возрастной группе от 1 до 3 –х лет шигеллезом болели 48,9%, сальмонеллезом – 44,1%, эшерихиозом – 41,3%, РВ – 61,2%, УПФ – 45,0%. В группе больных от 3-х

до 7 лет шигеллеза было 26,25%, сальмонеллеза – 9,5%, эшерихиоза – 11,8%, РВ – 12,5%, УПФ – 0,7%.

Среди детей школьного возраста регистрировали шигеллез у 21,3%, сальмонеллез – у 3,8%, эшерихиоз – у 2,7%. При серотипировании сальмонелл выяснилось, что чаще встречались сальмонеллы редких групп (34,5%), на втором месте – *S. enteritidis* – 30,3%, на третьем месте *S. typhimurium* – 26,8%, и на остальные серовары приходилось 8,4%. Шигеллез чаще встречался серотипом Флекснер (73,7%), затем Зонне (22,9%) и на остальные виды – 3,3%. Эшерихиоз был представлен *E.coli*: O20 – 34,2%, O55 – 26,0%, O26 – 25,8%, O111 – 23,2%. В группе УПФ выделяли – *E.coli haemolit.*, *Enterobacter faecalis*, *Citrobacter*, *Hafnia*, *Klebsiella*, *Staph. aureus*, частота в порядке убывания. Среди госпитализированных преобладали дети со среднетяжелыми формами болезни (77,9%), нежели с тяжелыми формами (22,1%).

Таким образом, заболеваемость ОКИ остается на высоком уровне, среди нозологических форм по-прежнему преобладает шигеллез. Манifestными формами болеют чаще дети младшего возраста. Встречаемость нозологических форм зависела от возраста: у детей первого года жизни чаще, чем в других возрастных группах встречались ОКИ обусловленные УПФ, в группе детей первых 3-х лет жизни преобладали сальмонеллез (86,7%), ротавирусная инфекция (86,4%), эшерихиоз (85,5%). Большинство заболевших шигеллезом были в возрасте от 1 до 3-х лет. У школьников и дошкольников среди нозологических форм преобладал шигеллез, вызванный чаще шигеллами Флекснера (73,7%). Среди сальмонелл чаще находили представителей редких групп и *S. enteritidis* (64,8%).

Куттыкужанова Г.Г.,

Танирбергенова А.Ж., Джумабекова А.Т.

ХАРАКТЕРИСТИКА ШИГЕЛЛЕЗОВ У ДЕТЕЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

г. Алматы, Казахстан

Острые кишечные инфекции остаются одной из наиболее актуальных проблем детской инфектологии. Актуальность обусловлена высоким уровнем заболеваемости, повсеместным распространением, среди них шигеллез представляет серьезную проблему. Целью данной работы явилось изучение клинико-лабораторных показателей шигеллезом у детей на современном этапе.

Нами проанализировано 93 случая острой дизентерии у детей до 15 лет, находившихся на стационарном лечении в ДГКИБ города Алматы с 2010 г. по 2013 год. Диагноз верифицирован бактериологическим исследованием.

Для получения характеристики возрастной заболеваемости, проведен анализ среди 4-х групп: I группа (дети в возрасте от 3-х мес. до 1 года) – 31,2%, II группа (дети в возрасте от 1 г. – до 3-х лет) – 38,7%; III группа (дети в возрасте от 3-х до 7 лет) – 24,7%, IV группа (7-14 лет) – 5,4%. По половому признаку: 57% мальчиков и 43% девочек. В клинической картине преобладала среднетяжелая форма (73,1%), в 26,9% случаев заболевание протекало в тяжелой форме. Необходимо отметить, что значительный удельный вес тяжелых форм (68%) наблюдался в группе больных от 3-х до 7 лет. Заболевание начиналось у всех детей остро. Повышение температуры тела отмечалось

в 96,8% случаев, при этом субфебрилитет наблюдался у 10 больных (11%), фебрильная – у 80 пациентов (89%). Выраженные симптомы интоксикации регистрировались в 54,8% случаев. Такие симптомы, как срыгивание или рвота наблюдались у 59 больных (63,4%), из них 34% составляли детей в возрасте от 1 г. до 3-х лет, 35,6% случаев в возрасте от 3-х до 7 лет. Боли в животе отмечались у детей старшей возрастной группы (16,1%). Тенезмы наблюдались только у 10 пациентов (10,8%), при этом 80% случаев приходилось на детей из III группы. Характерный стул для дизентерии с наличием патологических примесей: слизи, зелени, крови имел место в клинической картине. Однако, гемоколит отмечался только в 29% случаев, с высоким удельным весом у детей в возрасте от 3-х до 7 лет – 63%. В общем анализе крови лейкоцитоз регистрировался у 38,7%, нейтрофилез у 45,2%, ускорение СОЭ у 33,3%. Такие изменения воспалительного характера в гемограмме чаще наблюдались у пациентов II и III групп. Анемия отмечалась у 32 больных (34,4%), преимущественно у детей в возрасте от 1 г. до 3-х лет (62,5%). При бактериологическом исследовании у 89 (95,7%) больных из кала был выделен *Shigella flexneri* (подсерovar 1a у 19 (21,3%), 1b – 8 (9%), 2a у 30 (33,7%), 2b – 14 (15,7%), 3a у 11 (12,4%), 4a – 4 (4,5%) больных, у 3-х (3,4%) пациентов серovar не определен), *Shigella sonnei* был обнаружен у 4 (4,3%) больных. При проведении антибиотикограммы была установлена высокая чувствительность выделенных возбудителей к цефалоспорином (III поколения), фторхинолонам, карбапенемам, аминогликозидам II поколения.

Таким образом, проведенные нами исследования позволяют сделать следующие выводы: 1) среди заболевших шигеллезом преобладают дети в возрасте до 3-х лет; 2) заболевание протекает преимущественно в среднетяжелой форме, тяжелая форма чаще регистрировалась в возрасте от 3-х до 7 лет; 3) в клинической картине в 89% отмечался фебрильный характер температурной реакции, боли в животе, тенезмы, гемоколит чаще наблюдались в группе от 3-х до 7 лет, воспалительный характер гемограммы отмечался лишь в 33,3%-45,2% случаев; 4) шигеллез у 95,7% больных обусловлен *Shigella flexneri*, чаще подсероваром 2a. 5) возбудители высоко чувствительны к цефалоспорином (III поколения), фторхинолонам, карбапенемам, аминогликозидам II поколения.

*Ляховская Н.В., Скворцова В.В.,
Дмитраченко Т.И., Семенов В.М.*

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НОРОВИРУСНОЙ И СОЧЕТАННОЙ РОТАВИРУСНО-НОРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЙ

г. Витебск, Беларусь

Сравнительный анализ клинического течения вирусных ОКИ был проведен у 218 детей в возрасте от 0 до 3 лет, госпитализированных в Витебскую областную инфекционную клиническую больницу в период 2010–2012 гг. Под наблюдением находились 174 пациента с ротавирусной инфекцией, 32 пациента с норовирусной инфекцией, 12 – со смешанной ротавирусно-норовирусной инфекцией. У всех пациентов вирусная природа заболе-

вания была подтверждена лабораторно в ПЦР.

Проведенный анализ показал, что во всех сравниваемых группах преобладали среднетяжелые формы вирусных кишечных инфекций. Наиболее характерными для вирусных ОКИ были гастроэнтеритическая и энтеритическая формы заболевания, которые регистрировались у подавляющего большинства пациентов: $71,26 \pm 3,44\%$ случаев при ротавирусной, $78,13 \pm 7,42\%$ при норовирусной инфекции. В то же время, достоверно чаще, чем при других вирусных ОКИ, при норовирусной инфекции наблюдалась гастритическая форма болезни ($21,88 \pm 7,42\%$, $p < 0,0001$). Вовлечение в процесс толстого кишечника наблюдалось в $25,86 \pm 3,33\%$ случаев при ротавирусной инфекции и не было зарегистрировано ни у одного пациента при норовирусной инфекции, однако, при сочетанной ротавирусно-норовирусной инфекции патологические примеси в стуле имели место в $58,33 \pm 14,86\%$ случаев.

Катаральный синдром достоверно реже наблюдался при норовирусной инфекции ($12,5 \pm 5,94\%$), в то время как при ротавирусной ($46,55 \pm 3,79\%$) и смешанной ротавирусной инфекции ($41,67 \pm 14,86\%$) регистрировался приблизительно с одинаковой частотой.

Рвота была одним из основных клинических симптомов при норовирусной инфекции и наблюдалась у 100% детей, при этом у $93,75 \pm 4,32\%$ пациентов рвота была многократной (более 3-х раз в сутки), что было достоверно чаще ($p < 0,05$), чем при ротавирусной инфекции. Однако, у большинства пациентов с норовирусной инфекцией ($90,63 \pm 5,24\%$) рвота сохранялась не более двух дней, что достоверно отличалось от ротавирусной инфекции ($p = 0,01$), при которой у $35,98 \pm 3,76\%$ пациентов рвота сохранялась в течение 3 дней и более. При этом при смешанной инфекции частота и длительность рвоты напоминали ротавирусную инфекцию.

У пациентов с норовирусной инфекцией диарея регистрировалась только у $78,13 \pm 7,42\%$, что было достоверно реже в сравнении с ротавирусной инфекцией ($p < 0,0001$). Ни в одном случае у пациентов с норовирусной инфекцией кратность стула не превышала 5 раз в сутки и у подавляющего большинства пациентов ($68,0 \pm 9,52\%$) диарея сохранялась не более двух дней, что достоверно отличалось от ротавирусной инфекции ($p = 0,0001$).

Лихорадка была более характерна для ротавирусной и смешанной инфекции, при которых она регистрировалась в $97,13 \pm 1,27\%$ и 100% случаев соответственно. При норовирусной инфекции повышение температуры наблюдалось только у $75,0 \pm 7,78\%$ пациентов.

Таким образом, проведенный анализ показал, что норовирусная инфекция имеет существенные отличия от ротавирусной инфекции и характеризуется бурным началом с вовлечением в процесс верхних отделов ЖКТ и более напоминает клиническую картину пищевой токсикоинфекции. Сочетанная рота-норовирусная инфекция по клиническому течению имеет сходство с ротавирусной инфекцией, однако характеризуется более частым вовлечением в процесс толстого кишечника и более выраженной температурной реакцией.

Максимова Г.С., Амиреев С.А., Нажмеденова А.Г.

ЛИСТЕРИОЗ У ДЕТЕЙ И БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

г. Алматы, Казахстан

В городе Алматы проводятся следующие профилактические мероприятия по предупреждению детской смертности, связанной с заболеванием женщин листериозом: обследование женщин с воспалительными заболеваниями женской половой сферы на листериоз; при положительном результате на листериоз проводится специфическое лечение; обследование новорожденных, родившихся от матерей с положительными лабораторными диагнозами на листериоз (бактериологически, серологически); обследование на листериоз новорожденных с наличием гепато- и спленомегалии, патологической желтухой; обследование на листериоз новорожденных, умерших в первые три дня после родов, независимо от результатов обследования матери; обследование мертворожденных. При исследовании трупного материала на исследование берется кровь, кусочки печени, почек, селезенки, легкого, головного мозга и лимфоузлы. В акушерской практике обязательному исследованию подлежат мертворожденные и дети, умершие в первые дни после родов с клиническим диагнозом внутриутробная пневмония и внутриутробный сепсис.

Профилактическому лабораторному обследованию на листериоз подлежат женщины детородного возраста при повторных ангинах, воспалении яичников, шейки матки; беременные и роженицы с отягощенным акушерским анамнезом, патологическим течением беременности (гриппоподобные заболевания, токсикозы, ангины) и/или родов.

По городу Алматы с 2005 по 2007 годы среди 13645 обследованных беременных женщин листериоз был выявлен у 104 (0,8 %). Эти женщины были взяты на учет и получили соответствующее этиотропное лечение.

В акушерской практике обязательно были обследованы дети, умершие в первые дни после родов с клиническим диагнозом «внутриутробная пневмония и внутриутробный сепсис». При анализе материалов лаборатории особо опасных инфекций ДГСЭН г. Алматы по журналу «регистрации проб и выдачи результатов исследования материала от людей на особо-опасные и зоонозные инфекции» с 28.09.2004 по 29.01.2008 гг. было выявлено, что за этот период на листериоз были обследованы 555 подозрительных на эту инфекцию больных и умерших. Продолжительность жизни умерших детей составляла от двух до 11 суток. При лабораторном обследовании на листериоз родителей умерших детей диагноз не подтвердился. Диагноз умерших детей подтверждали бактериологическим и серологическим методами. Для бактериологического исследования брали кусочки печени, почек, селезенки, легкого, головного мозга и лимфоузлы (46 образцов). У тринадцати умерших детей (2,3 %) была выделена культура *Listeria monocytogenes*, в основном было поражение печени (19,5 %) и легких (19,5 %). При серологическом (РПГА) исследовании крови умерших детей титр антител составил от 1:200 до 1:3200.

Таким образом, у 0,8% беременных женщин города Алматы выявлен листериоз и при инфицировании плода внутриутробно или во время родов в 2,3% случаев исход среди новорожденных детей был летальным. Эти данные подчеркивают актуальность листериоза для беременных

женщин и новорожденных детей и требуют внедрения повсеместно по республике стандартного определения случая листериоза для своевременной диагностики, лечения и профилактики.

Маукаева С.Б., Нуралинова Г.И., Тусупова К.Н., Смаил Е.М., Кривцаева А.С., Малгаждарова К.Б., Пищаева Н.В., Кононова В., Сутормина А.В.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В РЕГИОНЕ Г.СЕМЕЙ

г. Семей, Казахстан

Вирусные диареи имеют широкое распространение во всем мире и встречаются как в виде спорадических случаев, так и в виде эпидемических вспышек и, главным образом, у детей раннего возраста. Ведущее место по заболеваемости занимает ротавирусная инфекция. Удельный вес ротавирусной кишечной инфекции, среди всех ОКИ установленной этиологии у детей раннего возраста составляет 30-35%, а в период эпидемического подъема заболеваемости (осенне-зимний период) доходит до 70-80% (по данным стационаров).

Целью нашего исследования явилось выявление эпидемиологических особенностей ротавирусной инфекции в г.Семей за период с 2004 по 2013 гг.

Динамика заболеваемости ротавирусной инфекцией в регионе г. Семей с 2004 по 2013 гг. характеризовалась относительной стабильностью. Интенсивный показатель колебался в пределах от 15,6 до 48,0 с некоторой тенденцией к повышению в последние годы. Минимальная заболеваемость ротавирусной инфекцией отмечалась в 2004 году, максимальная – в 2013 году. В указанные годы четко определялся период подъема заболеваемости в холодные месяцы года. Дети болели инфекцией гораздо чаще взрослых. Заболеваемость детей до 2 лет колебалась от 258,3 в 2009 году до 858,3 – в 2013 году.

Изучение эпидемиологических особенностей ротавирусной инфекции в 2013 году выявило, что городские жители болели чаще, чем сельские. Удельный вес горожан составил 93,7%, сельские – 6,3%. Преобладали лица мужского пола (64,5%). Изучение возрастной структуры заболевших ротавирусной инфекцией выявило, что чаще инфекцией болели дети в возрасте 12 месяцев (46,5%), реже – от 6 до 12 месяцев (20,1%) и в 2 года (16,7%), еще реже болели дети до 6 месяцев (5,5%), в 4 года (4,9%), в 3 года (4,2%) и в 5, 6 и 12 лет по 0,7% соответственно.

По социально-профессиональному составу заболевшие распределились следующим образом. Неорганизованные дети составили 95,1%, причем дети до 2 лет составили 93,4%, остальные – дети от 3 до 6 лет. Реже болели организованные дети, школьники – по 2,1% и дети домов ребенка – 0,7%. Источник инфекции был выявлен в 3 случаях (1 – вирусноноситель, 2 – больных людей). Ведущим был пищевой путь заражения (90,3%), реже – водный (9,7%).

Больные были госпитализированы в 30,5% случаев на 2 день болезни, диагноз ротавирусной инфекции был выставлен на 2 сутки после заболевания у трети больных и в первые сутки после обращения – у всех больных.

Всего было выявлено 150 очагов инфекции, из них 95,3% - квартирные, по 2% - детские сады и школы, 0,7% – дома ребенка.

Таким образом, в целом по региону эпидемиологическая ситуация по ротавирусной инфекции остается стабильной, чаще болеют дети в холодное время года. Основной путь передачи – пищевой. Сохраняющийся уровень заболеваемости в течение многих лет требует проведения эффективных профилактических мероприятий.

*Махамбетиярова С.Б.,
Ахметова Г.М., Халилова М.Б., Амреева Н.А.*

ИЗУЧЕНИЕ СЕРОВАРОВ ШИГЕЛЛ И САЛЬМОНЕЛЛ В ОБЛАСТНОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЬНИЦЕ ЗА 2011-2013 ГОДЫ

г. Уральск, Казахстан

Возрастание уровня заболеваемости острыми кишечными инфекциями наблюдается в последнее десятилетие во многих странах мира. При расшифровке этиологии острых кишечных заболеваний приоритетным является исследование на патогенные энтеробактерии. Проведен анализ заболеваемости больных сальмонеллезом и дизентерией, изучение циркулируемых сероваров шигелл и сальмонелл, частота их обнаружения у больных за 2011-2013 годы.

Шигеллы составили 69% высева патогенных энтеробактерий. Следует считать, что в группе кишечных инфекций ведущими были шигеллезы. Выделенные штаммы шигелл и сальмонелл распределились в возрастной структуре следующим образом: дети – 59%, взрослые – 41%. Результаты говорят о большей «уязвимости» детей.

Высевы патогенных энтеробактерий имели четкую сезонную зависимость (летне-осеннюю). На летне-осенний период приходилось до 76% всех штаммов шигелл и 55% – сальмонелл. В пейзаже сальмонелл из 12 сероваров традиционно преобладала *S. enteritidis* (83%), *S. typhimurium* составила 8,5% случаев. Отмечена циркуляция ранее не встречавшихся сероваров сальмонелл (*S. tschiongwe*, *S. virchow*, *S. newport*, *S. essen*, *S. agama*, *S. manhattan*, *S. london*, *S. muenchen*, *S. sandiego*, *S. reading*), главная роль в миграционном процессе объясняет «завоз» новых сероваров сальмонелл.

Пейзаж дизентерийных бактерий определялся 13 сероварами из групп шигелл АВСД. Если за анализируемый период наибольший удельный вес имела дизентерия Флекснера (75% – в 2011 году; 97,4% – в 2012 году; 95,2% – в 2013 году), то в 2011 году по сравнению с 2012 и 2013 годами преобладала доля дизентерии Зонне (73%).

Выводы: за анализируемый период ведущими патогенными энтеробактериями являются дизентерия Флекснера и *Salmonella enteritidis*. В 2011 году по сравнению с двумя последующими годами снизился удельный вес дизентерии Зонне.

*Махамбетиярова С.Б., Ахметова Г.М.,
Халилова М.Б., Амреева Н.А.*

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА КОЛИ-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

г. Уральск, Казахстан

Бактериологические исследования на коли-инфекцию имеют первостепенное значение для охраны здоровья де-

тей раннего возраста как наиболее уязвимой для инфекции возрастной группы населения.

Нами изучена циркуляция серовариантов энтеропатогенных кишечных палочек (ЭПКП) и энтероинвазивных кишечных палочек (ЭИКП) от больных ОКИ в Областной инфекционной больнице г. Уральска за 2012-2013 годы. Бактериологические исследования фекалий от больных ОКИ проводились от 3274 больных вне зависимости от клинических проявлений данного заболевания. Положительные пробы выделены от 130 больных, из них от детей до 2 лет в 72% случаев. Исследования проводились по стандартной методике бактериологическим методом. В работе использовалась питательная среда – Эндо, Левина производства ФГУН ГНЦ прикладной микробиологии и биотехнологии (г. Оболensk, Россия), сыворотки эшерихиозные ОК и иммуноглобулины ОК типовые производства ОАО «Биомед» им. И.И. Мечникова (г. Москва, Россия).

Лабораторная диагностика коли-инфекции включала обнаружение возбудителя, определение антигенных, биохимических свойств. Серологическая дифференциация проводилась по O-, K- антигенам, определялась чувствительность выделенных культур к антибактериальным препаратам.

За 2012 и 2013 годы микробный пейзаж представлен кишечными палочками из 17 серовариантов, из них частота обнаружения различных серогрупп кишечной палочки составила: 1) ЭПКП O128:K67 (19) – 14,6%, O20:K84 (17) – 13%, O26 :K60 (13) – 10%, O111:K58 (13) – 10%, O55:K59 (8) – 6,2%, O25 :K11 (6) – 4,6%, O142 :K86 (6) – 4,6% O127:K63 (6) – 4,6%, O75K (6) – 4,6 %, O18:K77 (6) – 4,6%, O44:K74 (5) – 3,8%, O114:K90 (5) – 3,8%, O86 :K61 (3) – 2,3%, O33:K (3) – 2,3%, O126:K71 (2) – 1,5%. 2) ЭИКП O143: K (5) – 3,8%, O144 :K (3) – 2,3%.

Из них у детей до 2 лет ЭПКП O26:K60 высевалась в 91% случаев; ЭПКП O75:K95 и ЭПКП O25:K11 – в 83% случаев; ЭПКП O111:K58 – в 75% случаев; ЭПКП O127:K67 – в 71% случаев; ЭПКП O20:K84 – в 62,5% случаев; ЭПКП O142:K86 – в 50% случаев; ЭПКП O128:K67 – в 44% случаев; ЭИКП O143:K высевалась в 75% случаев, ЭИКП O144 :K не выделена.

Выводы: в 2012 и 2013 годы в Областной инфекционной больнице г. Уральска в этиологической структуре коли – инфекции ЭПКП O128:K67 (14,6%) занимает ведущее место; наибольшая заболеваемость коли-инфекцией отмечается у детей до 2 лет (72% от общего числа обследуемых); у детей раннего возраста ЭПКП O26:K60 высевалась в 91% случаев, ЭИКП O143:K высевалась в 75% случаев.

Мирзажанова Д.Б., Каримова Ф.У., Набиева Ш.А.

РОЛЬ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ОППОРТУНИСТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ВИЧ ИНФИЦИРОВАННЫХ

г. Ташкент, Узбекистан

В Республике Узбекистан количество зарегистрированных лиц с ВИЧ-инфекцией превысило 24000, треть из них достигли третьей или четвертой клинической стадии. В третьей клинической стадии спектр оппортунистических заболеваний расширяется за счет условно-патогенных микроорганизмов, таких как, *Proteus mirabilis*, *Streptococcus epidermidis*, *St. aureus*, *Candida albicans* и прочие. Однако, из-за истощения иммунной системы, рост условно-патогенной и патогенной микрофлоры постоянно нарастает, в ор-

организме пациента формируются антибиотикорезистентные штаммы микроорганизмов, что отчасти объясняет торпидность клинических проявлений к проводимой терапии. Это затрудняет лечение госпитальных инфекций и оппортунистических заболеваний. В связи с этим необходим интегрированный подход к лечению ВИЧ инфицированных.

В связи с этим, целью настоящего исследования явилось: изучить распространенность резистентных штаммов возбудителей бактериальных оппортунистических инфекций у ВИЧ инфицированных и сопоставить степень их резистентности в зависимости от стадии болезни и динамики заболевания.

В работе представлены результаты клинического обследования 52 ВИЧ-инфицированных больных в возрасте от 18 до 45 лет, которые проходили лечение в специализированной клинике при центре по борьбе со СПИДом. В процессе выполнения работы использованы следующие методы исследования: клинико-лабораторные; бактериологические (посев крови, кала, слизи из зева); статистическая обработка результатов.

Основными жалобами у обследованных больных были понос, вздутие живота и повышение температуры тела. 32 больных из всех обследованных, наряду с вышеперечисленными жалобами, беспокоили боль и першение в горле, сухой кашель. С целью выявления возбудителей оппортунистических болезней у больных были взяты мазки из зева и проведено бактериологическое исследование мазков и образцов кала. По результатам бактериологического исследования мазка из зева у 56,0% больных был выявлен кандидоз и у 38,0% стрептококковая инфекция. *C. albicans* выделена в 44,0% случаях из общего числа кандидозов. Из стрептококков в большом количестве выделен (50,0%) *Str. faecium*. Также в 19,0% случаях в мазке из зева было выделено *E. coli*.

По результатам бактериологического исследования кала у 11,0% больных был выявлен кандидоз и у 28,0% стрептококковая инфекция, а у 28,0% *E. coli*. Из кандидозов в 100,0% случаях выделена *C. albicans*. Из стрептококков в 90,0% случаев выделен *Str. aerogenes*. В 33,3% случаях также выявлен дисбактериоз кишечника различной степени. 90,0% *E. coli*, которые выделены из кала, были лактозоотрицательными.

На наш взгляд, по данным бактериологического анализа кала и мазка из зева можно определить степень ВИЧ-инфекции и степень иммунодефицита. Обнаруженное несоответствие клинической симптоматики с данными бактериологических исследований зависит от состоянии иммунодефицита приводящей к сглаживанию отдельных симптомов оппортунистических заболеваний, способствуя бурному развитию других симптомов, в данном случае, желудочно-кишечных проявлений.

Мулладжанова К.А., Юльчибаев М.Р., Тойчиев А.Х.

ЗНАЧЕНИЕ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА ПРИ ДИАРЕЯХ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

г. Андижан, Узбекистан.

Иммунный статус организма в значительной степени определяет клиническую картину инфекционного процесса. Очень часто обострение инфекционного процесса возникает на фоне иммунологической недостаточности. При диарее иммунная система подвергается постоянному и усиленному воздействию разнообразных микробных продуктов, в том числе относящихся к факторам патогенности.

Выбранные нами интерлейкин ИЛ-10 и фактор некроза опухолей-альфа (ФНО- α) активируют каскад вторичных медиаторов воспаления, последовательно ведущий к повреждению эндотелия гемодинамическим и метаболическим нарушением. Основным эффектом ИЛ-10 заключается в подавлении синтеза цитокинов Th1-клетками и снижении активности макрофагов, в том числе продукции воспалительных цитокинов. ФНО- α является сильным активатором нейтрофилов, увеличивает проницаемость сосудов. Основным источником является макрофаги, моноциты, лимфоциты, эпителиальные и эндотелиальные клетки. Избыточное количество ФНО- α может способствовать возникновению инфекционно-токсического и септического шока, гипертермии, гемодинамических расстройств, полиорганной недостаточности при инфекционных заболеваниях различного генеза.

Цель исследования: выявление показателей некоторых цитокинов у детей первого года и установление их патогенетической роли в развитии диареи.

Материалы и методы исследования: под нашим наблюдением находились 50 больных с диарейными заболеваниями. Исследования проводили в остром периоде (1-3 день болезни) заболевания и в период выздоровления.

Показатели выявили в периферической крови больных с использованием тест-систем для иммуноферментного анализа в соответствии с инструкцией к тест-наборам.

При исследовании показателей цитокинов нами обнаружено существенное повышение ($P < 0,001$) средних показателей цитокина ФНО-альфа при инвазивных диареях (29,4 пг/мл), секреторных диареях (10,8 пг/мл) по сравнению со здоровыми детьми (5,7 пг/мл).

При изучении средних показателей ИЛ-10 при секреторных и инвазивных диареях у детей до 1 года отмечено изменение уровня цитокина в сторону повышения. Средний уровень ИЛ-10 составил при инвазивных диареях 28,8 пг/мл, а при секреторных диареях 13,5 пг/мл, по сравнению со здоровыми детьми (7,7 пг/мл, $P < 0,001$).

Результаты показателей цитокинов у детей, находившихся на естественном вскармливании, были умеренно высоким ($P < 0,01$), а у детей со смешанным и искусственным вскармливанием были сравнительно высокие ($P < 0,001$) показатели интерлейкинов.

Полученные данные отражают усиление активности как клеточного звена иммунитета, так и гуморального, что говорит о значительной патогенетической роли цитокинов в процессе формирования воспалительных процессов в кишечнике. Исходя из полученных данных, можно предположить, что при диарее баланс между эффектами провоспалительных цитокинов ФНО-альфа и ИЛ-10 лежит в основе развития и исхода инфекционного процесса, а также определяет тяжесть его течения и долгосрочный прогноз.

Мусаев Ю.М.

КИШЕЧНЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ С ПНЕВМОНИЕЙ С ПОЗИЦИИ ДОНОЗОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОКИ

Шымкент, Республика Казахстан

Тяжелые пневмонии у детей характеризуются токсикозом, дыхательной недостаточностью, кардиоваскулярным и астмоидным синдромами и др., однако вопросы

особенностей кишечного синдрома в аспекте необходимости его дифференциальной диагностики и лечения пациентов с острой кишечной инфекцией (ОКИ) в литературе должного освещения не нашли.

Целью работы является изучение особенностей ведущих симптомов клиники и результатов основных лабораторных исследований кишечного синдрома у детей с пневмонией с позиции его донозологической диагностики и лечения пациентов с ОКИ.

Анализом ретроспективных наблюдений 150 детей раннего возраста (от 1 мес. до 1 года) с тяжелой пневмонией установлено, что кишечный синдром развивался у 16 детей на 3-7 день заболевания. Кроме общепринятых клиничко-лабораторных и инструментальных исследований пациентов и детей контрольной группы (10 здоровых детей), проведены неоднократные копрологические и бактериологические анализы кала. Группой сравнения служили дети (10) с нетяжелой пневмонией.

Результатами наблюдений установлено, что при появлении кишечного синдрома общее состояние больных нарушалось резко, возникали симптомы снижения аппетита, нарастала вялость, отмечалась 1-3 кратная рвота, выраженные симптомы эксикоза, наблюдалось вздутие живота, стул был жидким, зеленым, водянистым со слизью до 5-8 раз в сутки.

Температура, как правило, повышалась до 39-40°C, нарастали явления токсикоза. Наиболее тяжелым было состояние больных детей, у которых кишечный синдром протекал одновременно с явлениями энцефалического синдрома. Живот при пальпации оставался безболезненным, мягким. Тоны сердца становились глухими, нарастала тахикардия, а у некоторых больных – аритмия.

При копрологическом исследовании кала у детей отмечено большое количество слизи, лейкоцитов (до 15-25 в поле зрения), а у 4 больных отмечено наличие 3-5 эритроцитов. При этом в двух случаях было подозрение на сальмонеллез. В таких случаях проведены срочные дополнительные исследования для установления донозологической диагностики ОКИ и пересмотра тактики лечения.

Таким образом, кишечный синдром у детей с тяжелой пневмонией отягощает течение заболевания, значительно усугубляет тяжесть состояния больных и сопровождается дисэлектролитемией. В случаях патологии копрограммы с бактериологическим подтверждением кишечной инфекции следует пересмотреть тактику лечения пациентов с учетом этиологии ОКИ в комплексной терапии.

*Мухтаркызы Ф., Алиев Д.С.,
Джанабаяев Р.Т., Акимханов Б.С., Серикбаева Ж.Ш.*

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ В ЮКО ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ В 2010-2012 ГГ.

Шымкент, Казахстан

Проблема острых кишечных инфекций (ОКИ) в Республике Казахстан занимает одно из ведущих мест в патологии детского раннего возраста и во многом определяет показатели смертности детей. Даже при условии благоприятного прогноза перенесенные острые диареи у детей способствуют формированию дисбиотического и аллергического состояний, оказывают негативное влияние

на дальнейшее физическое и психическое развитие. В настоящем исследовании приведены данные о заболеваемости ОКИ у детей в ЮКО: ОКИ шигеллезом, сальмонеллезами и условно-патогенной флорой.

Установлено, что наиболее высокие показатели заболеваемости ОКИ характерны в группе детей в возрасте 0-2 лет. В 2010 г. наивысший показатель составил 3768,3 на 100 000 детского населения. При этом заболеваемость по бактериально подтвержденным случаям ОКИ составила от 869,3 до 1065,7. В 2012 году доля числа заболеваний ОКИ в группе детей возраста 1-2 года составила 52% относительно всех ОКИ среди детей. Затем следуют дети в возрасте до 1 года (37,3% от числа случаев заболеваний детей ОКИ в 2010 г.). Соответственно удельный вес для группы детей 3-6 лет среди всех заболевших ОКИ составляет 12%, а 7-9 лет – 3,2 %, 10-14 лет – 2,7%.

Случаи ОКИ неустановленной этиологии среди детей 7-14 лет в 2010 году составил в среднем 15-21%. В исследуемый период заболеваемость детей ОКИ в ЮКО колебалась от 915,7 до 1173,7 на 100 000 населения.

Основной причиной высокого уровня заболеваемости ОКИ являются дефицит доброкачественной питьевой воды, реализация обсемененных продуктов питания, недостаточный уровень санитарной культуры.

Характерно, что в этиологической структуре заболеваний, вызванных условно патогенной флорой, наибольший удельный вес занимали *Citrobacter* (24,5%), *Proteus* (23,8%), *Klebsiella* (23,6%) и *Staphylococcus aureus* (23,5%) Значительно реже причиной были и др.

Основной путь передачи острой кишечной инфекции в условиях ЮКО пищевой. Причиной явились нарушения технического процесса приготовления блюд, правил и сроков хранения продукции, мойки и дезинфекции оборудования и инвентаря.

Сезонный подъем заболеваемости отмечался, начиная с мая месяца по октябрь. Наряду с обычным сезонным подъемом (июль-август) заболеваемости усилилось внесезонное распространение ОКИ. Это обусловлено, с одной стороны высокой централизацией питания, завозом продуктов питания с различных территорий, что при нарушении санитарно-гигиенического режима способно приводить к повышению заболеваемости.

*Мухтаркызы Ф., Джанабаев Р.Т.,
Алиев Д.С., Алимжанова Г.Т., Тимошенко М.Г.*

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОМ ЗА 2012-2013 ГГ. В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Шымкент, Казахстан

Сальмонеллез в настоящее время не только остается одной из важнейших гигиенических и эпидемиологических проблем, но и приобретает все большее значение в связи с экологическим и экономическим неблагополучием во многих регионах, интенсивной миграцией населения. Большинство сальмонелл патогенны не только для человека, но и для различных теплокровных животных, птиц, рыб, пресмыкающихся и т.д.

По Южно-Казахстанской области за 12 месяцев 2013 года зарегистрировано 38 случаев сальмонеллеза, показатель на 100 тыс. населения составляет 1,41, за аналогичный период 2012 года было зарегистрировано 71

случаев, показатель 2,64, снижение заболеваемости составляет 46,6%. Среди заболевших основной удельный вес составляют взрослые старше 15 лет 55,3%, в 2012 г. на долю взрослого населения приходилось 64,8% случаев сальмонеллеза. Чаще сальмонеллезом болеют городские жители. Смертельных случаев от сальмонеллеза в 2013 году не зарегистрировано, в 2012 г. был 1 случай. Внутрибольничная заболеваемость сальмонеллезом в 2012-2013 гг. выявлена не была.

Распределение заболеваемости за 2013 год по социально-профессиональным группам показало следующее: неорганизованные дети 13 случаев (34,2%), безработные 11 (28,9%), школьники 5 (13,2%), пенсионеры 4 (10,6%), прочие 2 (10,6%), служащие, медицинские работники и студенты по 1 случаю по 2,6%.

Все случаи сальмонеллеза подтверждены бактериологически (серологически). Было обследовано 111 контактных лиц по сальмонеллезу и выявлен 1 бактерионоситель. Исследовано 9623 проб из объектов внешней среды, положительных проб не было, в 2012 г. исследовано 12427 проб с выявлением *S. enteritidis* в 2 пробах (мясные продукты). Также было проведено бактериологическое обследование декретированных групп населения, обследовано 56761 человек, среди которых выявлено 34 бактерионосителя.

Таким образом, на основании проведенного анализа эпидемиологической ситуации на Юге Казахстана можно сделать следующие выводы: эпидемиологическая ситуация по заболеваемости сальмонеллезом стабильная с тенденцией к снижению, в связи со своевременным проведением профилактических и противоэпидемических мероприятий. С целью дальнейшего снижения заболеваемости сальмонеллезом необходима четкая координация усилий специалистов не только медицинской, но и ветеринарной, санитарно-ветеринарной и других служб и ведомств.

Ниязова Т.А., Каримова М.Т., Максудова З.С.

КОРРЕКЦИЯ ДИСБИОЗА КИШЕЧНИКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БРУЦЕЛЛЕЗЕ

г. Ташкент, Узбекистан

Под дисбиозом кишечника понимают клинико-лабораторный синдром, связанный с изменением качественного и количественного состава микрофлоры кишечника с последующим развитием метаболических и иммунологических нарушений с возможным развитием желудочно-кишечных расстройств. Такое нарушение чаще всего возникает после массивного или частого применения антибиотиков (Захарченко С.М., 2009). Этиотропная терапия хронических форм бруцеллеза в основном осуществляется длительно с использованием комбинированной антибиотикотерапии, которая часто приводит к нарушениям биоценоза кишечника. В связи с этим мы решили изучить дисбиоз кишечника при хроническом бруцеллезе и провести его коррекцию препаратом бифилакс-иммуно.

Целью исследования явилось: проведение коррекции дисбиоза кишечника при хроническом бруцеллезе препаратом бифилакс-иммуно. Было обследовано 56 больных, в возрасте 20-59 лет с диагнозом: хронический бруцеллез по классификации Рагозы с дополнениями (1988). Из них 30 (53,6%) больных составляли основную и 26 (46,4%) контрольную группы. У всех больных проводили в динамике общеклинические,

лабораторные и серологические (реакции Хедельсона, Райта и ИФА) исследования. Состояние кишечного биоценоза у больных хроническим бруцеллезом с дисбиозом кишечника определялось в динамике по методике Р.В. Эпштейн-Литвака, Ф.Л. Вильшанской (1977). У всех больных при поступлении в стационар был установлен дефицит микробиоценоза кишечника (*Bifidobacterium*, *Lactobacillus*, облигатная *E.coli* ниже 100 млн. КОЕ/г). Бактериологическое исследование показало наличие штаммов стрептококков у 45% больных, в ассоциации с *Staphylococcus aureus* и *Enterococcus* у 23% больных обеих групп. Больные основной группы на фоне комплексной терапии принимали пробиотик бифилакс-иммуно по 1 капсуле х 1 раз в день через 30 минут после еды в течение 20 дней. Об эффективности препарата судили по показателям клинико-лабораторных данных. Применение пробиотика бифилакс-иммуно в сочетании с традиционной терапией позволяло добиться благоприятного исхода лечения в 87,5% случаев, в сравнении с традиционным лечением без бифилакс-иммуно, где улучшение было отмечено только в 56,8% случаев. В динамике наблюдения показали, что в основной группе достигнуто купирование суставного (57,9%), болевого (57,9%) и астеновегетативного (82,1%) синдромов; в контрольной группе эти показатели составили 30,2% и 67,5% соответственно ($P < 0,05$).

Анализ состояния микробиоценоза кишечника показал, что у больных в основной группе показатели почти достигли нормальных значений (85,7%), которые достоверно отличались от контрольной группы (45,4%). По сравнению с контрольной группой (54,3%) у этих больных наблюдалось более интенсивное антителообразование (89,3%), которое соответствовало клиническому течению болезни ($P < 0,05$).

Мы не наблюдали побочных эффектов и осложнений при использовании пробиотика бифилакс-иммуно. На основании вышеприведенных клинико-лабораторных данных, можно судить о высокой эффективности пробиотика бифилакс-иммуно для коррекции дисбиоза кишечника при хроническом бруцеллезе.

Ногойбаева К.А., Заирова Г.Т., Бекенова Д.С.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ В УСЛОВИЯХ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПОДЪЕМА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ

г. Бишкек, Кыргызская Республика

В Кыргызской Республике с 2012 года отмечается циклический эпидемический подъем заболеваемости вирусным гепатитом А, который повторяется через каждые 3-4 года. Анализ статистических данных показывает более широкое вовлечение в процесс лиц юношеского и молодого возраста.

Целью настоящей работы явилось изучение некоторых клинических параметров у больных с вирусным гепатитом А в различных возрастных категориях.

Было проведено ретроспективное изучение историй болезни 312 больных с желтушной формой вирусного гепатита А (antiHAV IgM+), получивших стационарное лечение в Республиканской клинической инфекционной больнице (РКИБ) за период сентябрь – декабрь 2012 года. Лечащими врачами у всех больных была констатирована средне-тяжелая и тяжелая форма болезни, что послужило поводом для госпитализации. Были изучены

клинические, эпидемиологические данные и показатели лабораторного исследования больных. В ходе изучения проведена возрастная группировка согласно классификации ВОЗ: 0-12 месяцев, 1-4 года, 5-14 лет, 15-29 лет, 30-64 года и лица старше 65 лет. Больные распределены по тяжести процесса, при этом индикаторами служили показатели пигментного обмена (уровень общего билирубина для легкого течения до 85 ммоль/л, средней тяжести 86-135 ммоль/л и тяжелой формы – выше 136 ммоль/л.), свертывающей системы крови (ПТИ, ПВ), изменения психо-эмоционального статуса и выраженности диспепсического синдрома.

Из изученных 312 больных всего 6 случаев (1,9%) были детьми ясельного возраста, 1-4 года, ($m = 3.8$, $SE = 0.2$, $\sigma = 0.4$, $min = 3$, $moda = 4$, $max = 4$). Данная ситуация была связана с сортировкой больных, т.е. в отделение, где проводилось исследование, в основном направлялись дети старшего возраста и взрослые. Дети садовского и младшего школьного возраста (5-14 лет) составили треть часть когорты, 33,3 % – 104 сл., ($m = 10.7$, $SE = 4.4$, $\sigma = 3.0$, $moda = 14$), лица 15-29 лет – 60,3% - 188 сл., ($m = 19.5$, $SE = 6.0$, $\sigma = 3.6$, $moda = 17$). Больные старше 30 лет имели удельный вес – 4,5% – 14 сл ($m = 37.9$, $SE = 11.9$, $\sigma = 6.7$, $min = 30$, $max = 52$). При этом во всех возрастных группах превалировали лица мужского пола. Детальный анализ клинико-лабораторных данных показал, что у 62,8% случаев заболевание протекало в легкой форме, среднетяжелое течение наблюдалось у 27,9% и тяжелая форма была определена у 9,3% больных. У детей 1-4 года и 5-14 лет среднетяжелая и тяжелая форма заболевания была констатирована лишь у небольшого числа больных (33% и 25%, соответственно). Тогда как среди лиц 15-29 лет и 30-64 года каждый второй больной обращался со среднетяжелым и тяжелым течением болезни (43% и 50%, соответственно). Частота тяжелых форм в старшей возрастной группе (30-64 лет) имела статистически значимую разницу с данным показателем в предыдущей возрастной группе (9 и 36%, соответственно, $P < 0,05$). Необходимо подчеркнуть что не было статистически значимых различий в показателях цитолиза гепатоцитов и уровня повышения тимоловой пробы в зависимости от выраженности нарушения билирубинового обмена в возрастном аспекте.

Обсуждение. Использование практическими врачами симптомов интоксикации, в качестве критерия тяжести при вирусном гепатите А без учета показателей нарушения пигментного обмена приводит к необоснованной госпитализации больных. Распределение больных по интенсивности нарушения билирубинового обмена и цитолиза гепатоцитов показало, что более тяжелое течение процесса отмечается у лиц старше 30 лет. Данный факт еще раз говорит о целесообразности вакцинации против гепатита А серонегативных лиц, особенно старшего возраста.

Ногойбаева К.А., Тобокалова С.Т., Муратбаева Г.М.

**КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ
ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ
ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ
С ДИАРЕЙНЫМ СИНДРОМОМ
У ДЕТЕЙ ДО 5 ЛЕТ**

*г. Бишкек, Кыргызская Республика,
г. Алматы, Республика Казахстан*

В инфекционных стационарах Кыргызской Республики наряду с острыми кишечными (ОКИ) и респиратор-

ными вирусными инфекциями (ОРВИ), детям с диарей на фоне признаков поражения респираторного тракта диагностировали «ОКИ+ОРВИ». При поддержке CDC/CAR, г. Алматы проведено молекулярно-генетическое исследование указанных больных на наличие респираторных и кишечных патогенов.

Целью настоящей работы является выявление клинических и эпидемиологических особенностей у этиологически расшифрованных больных с ОКИ+ОРВИ.

В исследование были включены пациенты в возрасте 0-4 лет (71 случая), госпитализированные в Республиканскую клиническую инфекционную больницу (РКИБ) с ноября 2010 г. до марта 2011г. Сбор демографических, эпидемиологических и клинических данных проводили по специально созданному и апробированному вопросу у больных, соответствующих стандартному определению случая (ВОЗ, 2009г) тяжелой острой респираторной инфекции (ТОРИ), и имеющих более 2 дефекаций за сутки, с продолжительностью более 2 дней. ПЦР проводили с использованием коммерческих мультиплексных тест-систем производства «АмплиСенс» (Россия). Результаты учитывали с помощью прибора Real-Time PCR «Corbett Research» (Австралия).

За указанное время в РКИБ поступило всего 7996 больных с различными инфекционными заболеваниями. Из 2675 больных (33%, 2675/7996), поступивших с диагнозом ОРВИ, 959 случаев (36%, 959/2675) имели диагноз ОКИ+ОРВИ. Еженедельное распределение обращаемости показало увеличение госпитализации больных с указанным диагнозом с 47 недели (ноябрь) 2010 года, пик пришелся на 50-52 неделю (декабрь) и спад – на 4 неделю (февраль) 2011 года. Анализ эпидемиологического анамнеза указал на наличие контакта с больными ОРВИ в семье у 40 % детей, вне семьи – 15%. Контакт с ОКИ в семье выявлен у 10%, а вне семьи – 5% исследованных. Методом мультиплексной ПЦР у 69 % (49/71) из обследованных больных были выделены патогены. Из них у 73 % (36/49) – респираторные патогены (парагрипп 2, 3 типа, рино-, метапневмо, адено-, боко-, РС-вирус), у 27 % (13/49) – кишечные патогены (шигелла, кампилобактер, адено-, норо-, ротавирусы), а у 16 % (8/49) выделены одновременно и кишечные и респираторные патогены. Клиническая симптоматика у этиологически расшифрованных больных (49 случаев) характеризовалась лихорадкой (90%), катаральными явлениями верхних (85%) и нижних дыхательных путей (90%), диспепсией (55%), болью (15%) и вздутием живота (10%), а так же диареей энтеритного характера (96%).

В сезон подъема ОРВИ поступление каждого третьего больного (36%, 959/2675) с диарейным синдромом на фоне респираторных признаков болезни, наличие контакта с больными ОРВИ в семье и вне ее предполагало в причинности поражения кишечного тракта - респираторных патогенов, что подтвердилось выделением у 73% больных с ОКИ+ОРВИ различных респираторных вирусов. Вирусное поражение кишечника у исследуемых больных характеризовалось признаками энтерита, поражения верхних и нижних отделов дыхательных путей на фоне лихорадочного синдрома. Знание практическими врачами клинических симптомов вирусной диареи должно снизить верификацию диагноза ОКИ+ОРВИ, предупредить необоснованное применение антибактериальных средств у детей до 5 лет, а так же расширить назначение необходимых патогенетических препаратов.

Нуралинова Г.И., Маукаева С.Б.,
Тусупова К.Н., Турдунова Г.К., Турдунов К.С.,
Ахметова А.К., Кудайбергенова Н.К., Куанышева
А.Г., Исабекова Ж.Б., Кажитаева Д.Д.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В РЕГИОНЕ Г.СЕМЕЙ

г. Семей, Казахстан

Острые кишечные инфекции, несмотря на успехи медицинской науки и практики здравоохранения, остаются одной из актуальных проблем. Задачей нашего исследования явилось установление уровня и тенденций заболеваемости острыми кишечными инфекциями (ОКИ) в г. Семей за период с 2004 по 2013 гг. с выявлением основных эпидемиологических параметров.

Многолетняя динамика заболеваемости ОКИ в регионе г.Семей характеризовалась относительной стабильностью. Интенсивный показатель колебался в пределах от 156,3 до 288,5 с некоторой тенденцией к снижению в последние годы. В указанные годы четко определялись 2 периода подъема сезонной заболеваемости: первый – летне-осенний – август-сентябрь с явным спадом в ноябре, второй – с января по март. Преимущественным путем передачи кишечных инфекций в регионе являлся пищевой (39,9%), который был связан с употреблением овощей и фруктов, молока и молочных продуктов. Заражение происходило преимущественно при употреблении пищи домашнего приготовления.

Этиологическая структура ОКИ расшифрована у 61,2% пациентов. Последняя была представлена в основном за счет условно патогенной флоры – *Citrobacter* (29,5%), *Staphylococcus aureus* – 21,3%, другие – 49,2%. Из патогенной флоры в 7% случаев были выделены *Shigella*, преимущественно *Shigella flexneri* 2a (53,4%) и 2b (18,6%), *Shigella sonnei* (4,1%). Соотношение больных и бактерионосителей составило 3:1. Среди заболевших преобладали дети (58,2%), из них неорганизованные от 0 до 2 лет – 68,1%. Уровень заболеваемости у детей от 3 до 6 лет, а также школьников от 7 до 14 лет был относительно невысоким и составил 101 и 85,7 на 100 тысяч соответственно.

Среди взрослого контингента преобладали неработающие мужчины (55,2%), преимущественно жители города (84,7%). Крупных очагов кишечной инфекции среди зарегистрированных больных в анализируемый период не было выявлено. Групповых случаев и случаев внутрибольничной инфекции также не зарегистрировано.

Таким образом, в целом по региону на протяжении 10 лет сохраняется стабильная эпидемиологическая ситуация по острым кишечным инфекциям. Стабильно сохраняющийся уровень заболеваемости в течение многих лет свидетельствует о ряде нерешенных проблем, связи с социальными и экономическими факторами, активностью пищевого и водного факторов пути передачи, недостаточностью объема лабораторных исследований по определению возбудителей ОКИ, о чем свидетельствует низкий уровень выявления патогенных агентов и вирусов инфекций. Все вышеизложенное обуславливает необходимость совершенствования профилактики острых кишечных инфекций.

Огошкова Н.В., Дроздова Т.Г.,
Кашиба Э.А., Любимцева О.А.,
Ханипова Л.В., Антонова М.В., Бертрам Л.И.,
Хайновская Н.Н., Губарь О.Ю., Бескорвайная Е.А.

РЕАЛИЗАЦИЯ ВЛИЯНИЯ ИММУНОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ НА ОТДАЛЕННЫЕ ИСХОДЫ ПСЕВДОТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ

г. Тюмень, Россия

На протяжении многих лет сохраняется пристальное внимание к иерсиниозам. Для практикующих врачей всех специальностей серьезными проблемами является диагностика, лечение и реабилитация больных иерсиниозом, псевдотуберкулезом.

Цель настоящей работы – определение взаимосвязи «иммунного здоровья» и последствий псевдотуберкулеза (ПТ) у детей.

Проведено клинико-иммунологическое обследование 24 детей в возрасте от 7 до 15 лет на 18-21 день заболевания псевдотуберкулезом и в течение двухлетнего катарального периода. Среди пациентов выделены 2 группы иммунологического здоровья: иммунокомпromитированные (ИК), которые составили 67% и иммунологически здоровые (ИЗ) – 33%. У 46% ИК больных доминировал инфекционный синдром, у 21% – аллергический. В периоде ранней реконвалесценции (на 18-21 день болезни) иммунологические изменения характеризовались тенденцией к снижению хелперов/индукторов (CD4+), повышенными значениями активационных маркеров CD23+, CD71+, CD11b+, HLA-DR+ ($p < 0,05$) и иммуноглобулинов классов А и М. Это может быть связано с незавершенным иммунным ответом, а так же присутствием в организме генетически чужеродных антигенов и их стимулирующим влиянием на иммунную систему. Через 1 год после перенесенного ПТ определялось повышение иммунорегуляторного индекса ($p < 0,05$) за счет преобладания хелперов над цитотоксическими лимфоцитами. Также как и в периоде реконвалесценции сохранялись повышенными значения DR-антигенов HLA, CD11b+ и увеличение количества CD38+. После двухлетнего катарального наблюдения доля «иммунологически здоровых» была примерно та же – 35%. В группе ИК произошло перераспределение – преобладающим стал аллергический синдром – 43%. Это связано с впервые появившимися после перенесенного псевдотуберкулеза проявлениями аллергии у 30% детей (пищевая, атопический дерматит). ИК с преобладанием инфекционного синдрома составили 22%. В данной группе появились дети, у которых были впервые диагностированы гастродуодениты, дискинезия желчевыводящих путей, язвенная болезнь желудка. В иммунологических показателях отмечалась нормализация иммунорегуляторного индекса, значений HLA-DR, но продолжали оставаться повышенными CD11b+ и CD38+. Наибольший удельный вес формирующихся иммунопатологических состояний, выявленных у наблюдаемых нами детей, относится к срокам 8-14 месяцев после перенесенного ПТ. Следовательно, фенотипическая характеристика лимфоцитов с увеличением значений активационных маркеров HLADR+, CD11b+, CD38+ и повышением соотношения CD4+/CD8+ может считаться прогностически неблагоприятной.

Выводы: 1) Высокий удельный вес ИК среди больных

псевдотуберкулезом свидетельствует о том, что преморбидный иммунопатологический фон способствует развитию манифестных форм при данной инфекции. 2) Исследование клинко-иммунологического статуса в периоде реконвалесценции и при проведении диспансеризации целесообразно для своевременного проведения иммуно-реабилитации пациентов с целью профилактики развития иммунопатологических состояний.

Оналбаева Г.Ж.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА У ДЕТЕЙ, ВЫЗВАННОГО РЕДКИМИ СЕРОТИПАМИ

г. Алматы, Казахстан

На современном этапе проблема острых кишечных инфекций, в том числе сальмонеллеза, остается актуальной и имеет серьезное социально-экономическое значение для всех стран мира. Особенно велика заболеваемость у детей. В последние годы отмечается тенденция к изменению этиологической структуры сальмонеллезной инфекции, в частности наблюдается рост сальмонеллез, обусловленных редкими серотипами.

Целью нашего исследования было изучение особенностей течения сальмонеллеза, вызванного редкими серотипами. Нами наблюдались 90 детей, заболевших сальмонеллезом, вызванным редкими серотипами, в возрасте от 1 месяца до 14 лет.

Наиболее распространенными серотипами среди наблюдаемой группы детей были: *Salmonella ser. Ndjamen* 14:b:1,2 (11,1%), *Salmonella ser. Lovelace* 13,22:l,v:1,5 (7,7%), *Salmonella ser. Vleuten* 44:f,g (7,7%), *Salmonella ser. Atento* 11:b:1,2 (5,5%), *Salmonella ser. Kimberley* 38:1,v:1,5, *Salmonella ser. III b* 58:z52:z и *Salmonella ser. Borbeck* 13,22,23:l,v:1,6 (по 4,4% соответственно).

Высокий процент среди заболевших приходился на детей первого года жизни – 49 детей (54,4%), затем шла возрастная группа 1-3 лет – 18 пациентов (20,0%). Заболевание протекало в виде моноинфекции у 53 больных (58,9%). В подавляющем большинстве случаев ассоциантами при микстинфекции являлись представители условно-патогенной флоры, лишь у 2,2% больных было сочетание с ротавирусной инфекцией, а в 1,1% случаев – с кишечным иерсиниозом.

У всех больных сальмонеллез, вызванный редкими серотипами, проявлялся в гастроинтестинальной форме. По уровню поражения желудочно-кишечного тракта распределялась в виде гастроэнтероколита у 48 детей (53,3%), энтероколита – у 29 (32,2%), энтерита – 8 (8,9%) и гастроэнтерита – у 5 детей (5,6%). У 70 больных (77,8%) диагностировалась среднетяжелая форма, у 15 больных (16,7%) – тяжелая и у 5 больных (5,6%) легкая форма заболевания.

У преобладающего большинства больных (92,2%) заболевание имело острое начало. Повышение температуры тела отмечалось у всех больных, у 40 детей (44,4%) – болезненность живота, у 53 (58,8%) – рвота, которая в 16,6% случаев была многократной, тенезмы – у 7 больных (7,7%). У 4 пациентов (4,4%) обнаруживалась гепатомегалия. Инвазивный тип диареи отмечался у 77 больных (85,5%), при этом гемоколит – у 14 (15,5%), стул по типу «болотной тины» – у 5 (5,5%).

Сальмонеллез, вызванный редкими серотипами, протекал с сопутствующей патологией соматического или инфекцион-

ного генеза у более половины больных (65,5%), преимущественно у детей первых трех лет жизни: до 1 года – 85,7%, от 1 года до 3 лет – 66,6%. Продолжительность клинических симптомов болезни составила, в среднем, 5-7 дней.

Таким образом, сальмонеллез, вызванный редкими серотипами, характеризовался: многообразием серотипов; в более половине случаев протекал в виде моноинфекции; чаще заболевали дети грудного возраста; превалировала среднетяжелая форма заболевания; в более половине случаев регистрировалась сопутствующая патология.

*Отарбаева А.П., Бердыкулова М.М.,
Сагитова С.С., Баимбетова С.Б.,
Шойынбай Э.С., Утепбергенова Г.А.*

ПОЛИОМИЕЛИТ-ВИРУСНАЯ КИШЕЧНАЯ ИНФЕКЦИЯ: УСПЕХИ И ПРОБЛЕМЫ

Шымкент, Казахстан

Полиомиелит – это вирусная кишечная инфекция, известная еще в Древнем Египте, поражающая нервную систему, вызывающая параличи, парезы мышц, преимущественно ног и туловища. Возбудители кишечных вирусных инфекций относятся к семейству *Picornaviridae* (вирусы полиомиелита, ЕСНО, Коксаки и другие энтеровирусы). Вирус полиомиелита может передаваться пищевым, водным, контактно-бытовым и воздушно-капельным режими путями. Заболевание имеет высокую смертность – до 10% и до 40% инвалидность. В 2012 году 84% детей грудного возраста в мире получили три дозы полиовакцины. По данным ВОЗ в мире существует 4 страны, где полиомиелит еще не ликвидирован – Афганистан, Пакистан, Индия и Нигерия. В Сирийской Арабской Республике в 2013 г. подтверждены 13 случаев инфицирования диким полиовирусом типа 1 (ДПВ1). С 2002 года Казахстан был сертифицирован ВОЗ как страна, свободная от полиомиелита, однако в 2010 году в РК Южно-Казахстанской области был зарегистрирован случай полиомиелита.

Цель исследования: ретроспективный анализ этиологической структуры острых вялых параличей (ОВП) у детей, находившихся на стационарном лечении в городском инфекционной больнице г. Шымкента за 2008-2011 гг.

Результаты и обсуждение: Показатели заболеваемости полиомиелитом в КазССР за 1980-1995 гг. колебались в пределах 0,15; 0,08; 0,05 на 100 тыс. населения и последний случай полиомиелита зарегистрирован в 1995 г., показатель заболеваемости составил 0,01 на 100 тыс. населения. В связи с проведением Национальной Кампании иммунизации в РК заболевание полиомиелитом не регистрировалось до 2010 г. За 2008-2011 гг. в ШГИБ поступило 39 детей с диагнозом острый вялый паралич, у 13 детей (33%) вирусологическим методом подтвержден полиомиелит и полиомиелитоподобные заболевания. Энтеровирусы ЕСНО выделены у 3 (24%), вирусы Коксаки у 4 (30%), полиовирус 1 типа (ДВП1) – у 1 (8%), вакциноассоциированный паралитический полиомиелит (ВАПП) диагностирован у 5 (38%). По полу девочек – 14 (35%), мальчиков – 25 (65%). Школьников – 15 (38%), д/с – 1 (3%), неорганизованные – 23 (59%). Возраст больных от 2 до 15 лет. Летальный исход был у 1 (2,5%) ребенка с диагнозом: острый вялый паралич, восходящий паралич Ландри, вялый тетрапарез. ОВП развился в 1-е день заболевания у 25 детей (61%).

Ребенок К., 7 лет, поступил в ШГИБ на 12-й день болезни из ЦРБ Сары-Агашского района с жалобами на слабость и боли в нижних конечностях, затруднение мочеиспускания, заболел остро, с повышения температуры до 39-40 °С, боли в мышцах, с развитием параличей нижних конечностей. Привит по календарю. В соседних государствах в 2010 г. зарегистрированы случаи полиомиелита. При поступлении состояние тяжелое за счет неврологической симптоматики, сознание ясное, менингеальные симптомы – ригидность затылочных мышц, Кернига, Брудзинского положительные; атония мышц, сухожильные рефлексы на нижних конечностях не вызываются, чувствительность сохранена, снижение мышечной силы до 3-х баллов, выявляется умеренная атрофия, трудности передвижения. В ликворе – цитоз до 14×10⁶/л, белок 0,66 г/л. Панди ++, преобладают лимфоциты. Находился 26 койко/дней, выписан с улучшением на дальнейшее лечение в неврологический стационар. При вирусологическом исследовании на культуре клеток RD, L20B, Нер-2 2-й пробы фекалий, взятый на 3-4 день болезни получен положительный результат, выделен полиовирус 1 типа (№2376-2377). Выставлен диагноз: полиомиелит, паралитическая форма, вялый парапарез с нарушением тазовых органов.

Единственным средством защиты от данного заболевания является своевременная вакцинация. Против полиомиелита применяют живые вакцины: вакцину полиомиелитную пероральную 1, 2, 3 типов (Институт полиомиелита и вирусных энцефалитов им.М.П. Чумакова, Россия), Полио Сабин™ (GlaxoSmithKline Biologicals s.a., Бельгия) и инактивированную полиомиелитную вакцину (ИПВ) Имовакс Полио (Sanofi Paster S.A., Франция), в составе комбинированных мультивалентных вакцин: Инфанрикс™ и Инфанрикс® гекса (GlaxoSmithKline Biologicals s.a., Бельгия), Пентаксим и Гексаксим® (Sanofi Paster S.A., Франция). Вакцинацию проводят согласно Национального календаря прививок в РК. Охват вакцинацией детей до 1 года в ЮКО ОПВ3/ИПВ составил 99,1%, ОПВ4 – 99,3%, необходим полный охват ревакцинацией против полиомиелита.

По данным ВОЗ, первым в списке 10 величайших достижений здравоохранения XX века является: иммунопрофилактика, которая ежегодно предотвращает 2,5 млн. смертей и инвалидности среди детей. Учитывая высокий уровень внешней и внутренней миграции населения в области, современная стратегия эпиднадзора за полиовирусной инфекцией должна включать: надзор за подозрительными на полиомиелит заболеваниями (с синдромом остро развившегося вялого паралича (ОВП) у детей), что позволяет своевременно обнаружить паралитические случаи полиомиелита; мониторинг циркуляции полиовирусов среди людей и в объектах окружающей среды.

Ртищева Л.В., Киселева Т.Ф., Ланутьева Г.В.

ОСОБЕННОСТИ АБДОМИНАЛЬНОЙ ФОРМЫ ИЕРСИНИОЗА

г. Ставрополь, Россия

Под нашим наблюдением находился 21 больной с острым аппендицитом иерсиниозной этиологии (ОАИЭ) в возрасте от 18 до 45 лет. Мужчины составили 66,7%, женщины 33,3%. Начальный период ОАИЭ длился от

нескольких часов до 2-3 дней и характеризовался появлением болей в животе. В 13,3% заболевание начиналось с диспепсического или катарального синдромов, на фоне которых затем появлялись боли в животе. Первоначально боли возникали в правой подвздошной, эпигастральной, околопупочной областях, в нижних отделах живота или по всему животу. В этот период характерные для иерсиниоза симптомы выражены слабо. Период разгара характеризовался максимальным развитием симптомов начального периода и выраженными болями в животе. Пациенты направлялись в хирургический стационар. Большинство пациентов ОАИЭ (75%) госпитализированы в первые сутки от начала заболевания. В 6,7% случаев боли локализовались в нескольких отделах, у 27,3% пациентов наблюдались вздутие, урчание в животе, у 11,23% пациентов - диарейный синдром, у 33,3% – тошнота и рвота. Высокая лихорадка встречалась у 33,3%. Катаральный синдром различной степени выраженности – малохарактерен. Наличие аналогичных болей в животе в прошлом отмечалось лишь у четверти больных. При пальпации боли локализовались преимущественно (80%) в правой подвздошной области. Почти у половины пальпировалась болезненная или урчащая слепая кишка. Увеличение печени не характерно и встречалось только у 7,2%. Положительные симптомы раздражения брюшины отмечены у 43,50% и локализовались преимущественно в правой подвздошной области. Лейкоцитоз обнаружен у большей части заболевших (56,3%). Экстренное оперативное вмешательство по поводу острого аппендицита выполнено в течение 2 часов с момента поступления у 46,7% больных, после динамического наблюдения – у 33,3%, у 21,3% – установлен диагноз кишечная колика. Течение послеоперационного периода осложнилось нагноением послеоперационных ран у 3,7% больных. Длительное (более 3 суток) повышение температуры тела наблюдали у 33,3%, а повторные подъемы отмечены у 20,0%. Средняя продолжительность лихорадочного периода составила 3,7 суток. При анализе отдаленных результатов оперативного лечения ОАИЭ (в сроки от 6 месяцев до 2 лет) у 6 больных установлено, что различные жалобы предъявляли 3 (50%) человека. Из них рецидивы болей в животе отмечал 1 пациент, появление болей в суставах – у 1 пациента, у 1-го пациента наблюдалось длительное сохраняющееся повышение температуры тела и периодически возникающие без видимой причины расстройства стула. У одной больной после выписки из стационара появилась узловатая эритема и у одного пациента – быстропроходящая (в течение 1 суток) сыпь. Из 3 не оперированных больных, различные жалобы предъявляли после выписки из стационара 2 человека.

Таким образом, основным принципом лечения ОАИЭ должно быть сочетанное применение оперативных и консервативных методов.

Сагитова С.С., Отарбаева А.П.,

Оспанова З.А., Утепбергенова Г.А., Осербаяева А.М.

АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ОТ ОКИ У ДЕТЕЙ (ПО ДАННЫМ ШГИБ)

Шымкент, Казахстан

По данным ВОЗ, ежегодно в мире болеют диарейями более 2 млрд. человек, из которых дети до 5 лет состав-

ляют 65-70%. Около 4 миллионов человек умирают от кишечных инфекций, ОКИ занимают 3-е место среди причин детской смертности и занимают ведущее место, уступая лишь ОРВИ. От диарейных заболеваний ежегодно умирает от 1 до 4 млн. детей на земном шаре (каждые 6 секунд – 1 ребёнок). Частым и тяжелым осложнением острых кишечных инфекций является гемолитико-уремический синдром (ГУС или синдром Гассера).

Цель исследования: анализ летальных исходов детей от острых кишечных инфекций по данным Шымкентской городской инфекционной больницы за 2012-2013г.г.

По материалам нашего инфекционного стационара за 2012-2013 г.г. от ОКИ умерло 6 детей. По возрастному составу 2-3 мес. – 2, 1 год – 2, 2 года – 1, 4 года – 1 ребенок. Заболевшие поступили весной – 2, летом – 3, осенью – 1 ребенок. Все больные поступили с диагнозом ОКИ, острый гастроэнтерит; с явлениями гиповолемического шока – 3, кишечного токсикоза с эксикозом – 3, инфекционно-токсического шока – 1, развитие гемолитико-уремического синдрома – 2 детей с развитием острой почечной недостаточности – 5 детей. Досуточная летальность составила 66%. Двое детей до поступления в областной центр находились в инфекционном отделении районной больницы, один из них с диагнозом дизентерия, остальные получали амбулаторное лечение. В крайне тяжелом состоянии поступило 4 детей. В динамике у всех больных отмечалось анемия, повышение креатина, мочевины, лейкоцитоз, олиго-анурия, тромбоцитопения – у 2 детей.

Анализ 6 летальных исходов детей от острых кишечных инфекций показал, что в результате бактериологических исследований кала положительные анализы оказались лишь у 4 больных: в 3 случаях заболевания были вызваны УПФ (*Proteus vulgaris*, *Citrobacter*), в одном случае – вызвано *Salmonella typhimurium*, в двух случаях бактериологические посевы были отрицательными. Патологоанатомическое вскрытие провели у одного ребенка, другие родители отказались. У погибшего ребенка М., 2 мес., поступивший с диагнозом: ОКИ, острый гастроэнтерит. Гиповолемический шок 3 ст. ОПН в стадии анурии. ДВС-синдром на секции выявлен мелкоочаговый серозный энтерит, серозно-некротический колит, выделена культура *Citrobacter amalanaticus*. В патогенезе и пусковым механизмом инвазивных диарей, таких как шигеллез лежит адгезия, колонизация эпителия шигеллами и инвазия в энтероциты, развитие воспалительного процесса в кишечнике, развитие диарейного синдрома, токсикоза с эксикозом; вследствие продукции токсинов происходит эндотоксикоз, токсинемия, развитие нейротоксикоза, ИТШ, ДВС-синдром, ГУС и др. При сальмонеллезной инфекции присоединяется бактериемия, развитие токсико-септического синдрома. Развитие такого осложнения, как гемолитико-уремический синдром (ГУС) с почечным синдромом должно служить поводом для культурального исследования испражнений на ЭГКП O157:H7 или определения в стуле шигеллезного токсина (известной также под названием энтерогеморрагического эшерихиоза), *Shigella dysenteriae* type I, *Aeromonas hydrophilia*, а также нейраминидаза *Streptococcus pneumoniae*. Кроме этого, развитие гемолитико-уремического синдрома вызывают не образующие веротоксин бактерии – *Salmonella*, *Campylobacter*, *Yersinia*, *Clostridium difficile*, вирусы ветряной оспы, ЕСНО, Коксаки А и В.

Пациенты с типичным гемолитико-уремическим синдромом нуждаются в диализе (перитонеальном или гемо-

диализе), считается установленным, что своевременная диагностика и раннее применение диализа значительно улучшают прогноз заболевания, в связи с чем необходимо открытие детского отделения гемодиализа, которое будет оказывать специализированную помощь детям не только при развитии синдрома Гассера при острых кишечных инфекциях, но и при развитии острой и хронической почечной недостаточности другой этиологии.

Сайфуллина С.К., Лиознов Д.А., Николаенко С.Л.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНТЕРОСОРБЕНТА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ.

Санкт-Петербург, Россия

Существенной проблемой при лечении больных ОКИ продолжает оставаться широкое и часто нерациональное применение антибактериальных препаратов, ведущее к нарушению микробиоценоза организма, формированию резистентных штаммов возбудителей, развитию хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта. В связи с этим особое значение приобретает совершенствование патогенетической терапии, в том числе применение энтеросорбентов. Обследован 71 больной острыми кишечными инфекциями. Все пациенты были включены в исследование в Клинической инфекционной больнице имени С.П. Боткина с октября 2011 г. по январь 2012 г. Диагноз заболевания устанавливали на основании клинико-эпидемиологических данных с верификацией этиологии ОКИ бактериологическим, серологическим и/или молекулярно-генетическим методами. Все больные получали базисную терапию: этиотропные препараты (фторированные хинолоны), регидратационную терапию и симптоматические средства. Препарат «Мукофальк» получали 33 пациента основной группы по схеме: 3 пакетика в сутки до нормализации стула (в течение 3–4 дней), далее в пребиотической дозе – по 1 пакетик в день. Средний возраст обследованных больных был $31,8 \pm 13,1$ лет (от 17 до 64 лет). Основную группу составили 33 пациента в возрасте от 19 до 58 лет (средний возраст $32,0 \pm 12,1$ лет), из них мужчин – 51% (17 человек); контрольную группу – 38 больных в возрасте от 17 до 64 лет (средний возраст $31,6 \pm 15,0$ лет), из них мужчин – 45% (17 человек). Больные поступали в стационар на $3,0 \pm 1,5$ день болезни с жалобами на повышение температуры тела, тошноту, рвоту, нарушение стула, боли в животе. У всех пациентов был установлен диагноз «острая кишечная инфекция, средняя степень тяжести». При анализе клинического течения заболевания с учетом проводимой терапии установлено, что включение в комплексное лечение больных ОКИ препарата «Мукофальк» оказало влияние на длительность диареи и болей в животе (оценивали по методу Каплана – Мейера). У пациентов основной группы нормализацию стула фиксировали достоверно раньше, чем у больных контрольной группы ($2,9 \pm 0,9$ день и $4,1 \pm 1,2$ день лечения соответственно, $p < 0,05$). Купирование болей в животе также наблюдали в более ранние сроки: у пациентов основной группы на $1,5 \pm 0,5$ день пребывания в стационаре, в контрольной – на $1,9 \pm 0,7$ день ($p < 0,05$). У всех больных был исследован уровень провоспалительного цитокина интерлейкина-8 (ИЛ-8) в сыворотке кро-

ви в период разгара (при поступлении в стационар) и в период ранней реконвалесценции (на 4–5-й день стационарного лечения). Медиана уровня ИЛ-8 в период разгара у больных основной группы была достоверно выше показателя контрольной группы (26,3 (15,8; 36,2) пг/мл и 14,1 (4,7; 17,7) пг/мл соответственно, $p < 0,01$). В динамике заболевания (на 5–6-й день лечения) медиана уровня ИЛ-8 в сыворотке крови больных основной группы была достоверно ниже показателя контрольной группы (8,1 (4,6; 18,1) пг/мл и 22,3 (12,35; 29,35) пг/мл соответственно, $p < 0,01$). Анализ полученных данных показал, что клиническое улучшение и снижение концентрации провоспалительного цитокина ИЛ-8 в сыворотке крови больных, получавших «Мукофальк», наступали в более ранние сроки. Таким образом, применение препарата «Мукофальк» в комплексной терапии острых кишечных инфекций оказывает положительное влияние на клиническое течение заболевания. Нежелательных явлений у больных, получавших «Мукофальк», не выявлено.

*Сейдахметова А.А., Бекмурзаева Э.К.,
Кауызбай Ж.А., Шаязова К.Г., Кенжеханова Р.Н.*
**ФАРМАКОТЕРАПИЯ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ
ПОРАЖЕНИЙ ЖЕЛУДКА
И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

Шымкент, Казахстан

Эрозивно-язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки широко распространены. Их значение обусловлено в первую очередь высокой частотой встречаемости: так, при проведении эндоскопического исследования по поводу диспепсических жалоб язва желудка или двенадцатиперстной кишки обнаруживается практически у четверти больных, эрозии гастродуоденальной слизистой оболочки – у 2-15% больных, подвергшихся эндоскопии. Язвы лежат в основе 46-56% кровотечений, эрозии желудка и двенадцатиперстной кишки – в основе 16-20% кровотечений.

Цель работы: изучение клинических параметров у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки на фоне эрадикационной терапии.

Материал и методы: обследовано 100 больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии обострения. Среди них было 76 мужчин и 24 женщины в возрасте от 26 до 54 лет, средний возраст составил $34,2 \pm 2,3$ года.

Всем пациентам проводилось определение *H.pylori* гистологически и оценка степени колонизации инфекцией слизистой гастродуоденальной зоны цитологическим методом. Больные в соответствии с целью и задачами исследования были рандомизированы на две группы: 1 группа ($n=50$ больных) – которым проводилась эрадикационная терапия – омепразол 20 мг 2 раза в день + амоксициллин 1 г 2 раза + кларитромицин 500 мг 2 раза на протяжении 14 дней. 2 группа ($n=50$ больных), которым проводилась эрадикационная терапия – лансобел (лансопразол) 30 мг 1 раза в день + амоксициллин 1 г 2 раза + кларитромицин 500 мг 2 раза на протяжении 14 дней.

У больных язвенной болезнью в стадии обострения в клинической картине доминирующими оказался болевой симптом (78,8%), характеризующийся поздними, ночными, голодными болями различной степени интенсивности в пилородуоденальной области живота. Различные варианты желудочной диспепсии (изжога, отрыжка кислым,

тошнота, отрыжка, срыгивание) наблюдались у 89,3%. С меньшей частотой наблюдались симптомы кишечной диспепсии. При эндоскопическом обследовании у всех больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии обострения были выявлены различные изменения слизистой оболочки гастродуоденальной зоны. У 85,3% больных язвенная болезнь сопровождалась поверхностным гастритом антрального отдела желудка.

Изучение эффективности различных схем лечения показало, что клиническая ремиссия во 2 группе больных, наступала в среднем в 2 раза быстрее, чем у пациентов 1 группы. Болевой синдром у больных 1 группы уже на первый день оставался лишь у 15,8%, а к 14-му дню – лишь у 3,5% ($p < 0,01$). Во 2 группе отмечен более выраженный терапевтический эффект проводимого лечения. В I группе, после проведенного лечения, эрадикация *H.pylori* отмечена в 87,9%, во II группе – 93,6% больных. При эндоскопическом исследовании двух групп больных оказалось, что к концу лечения рубцевание язвенного дефекта наступило в 1 группе – 91,2%, во 2 группе – у 95,5%.

Таким образом, результаты свидетельствуют о высокой терапевтической эффективности препарата лансобел (лансопразол) в схемах эрадикационной терапии. Клинический эффект у больных, получавших лансобел, проявляется в ускорении сроков исчезновения болевого, диспепсического синдромов, улучшения общего самочувствия. При применении лансопразола эрадикация *H.pylori*, заживление язвы желудка и двенадцатиперстной кишки происходит быстрее по сравнению с омепразолом.

*Сейдахметова А.А., Кауызбай Ж.А.,
Шаязова К.Г., Байдуллаев Б.М., Умиралиева Г.А.*
**ДИНАМИКА ПРОЦЕССОВ РЕГЕНЕРАЦИИ
СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ**

Шымкент, Казахстан

Язвенная болезнь относится к числу наиболее распространенных заболеваний и является важнейшей медико-социальной проблемой. Болезнь поражает людей в активном, творческом возрасте, часто становится причиной временной и стойкой утраты трудоспособности. Установление связи инфекции *Helicobacter pylori* с гастродуоденальными заболеваниями позволила по-новому подойти к лечению.

Цель исследования – изучение процессов регенерации слизистой оболочки гастродуоденальной зоны на фоне эрадикационной терапии.

Обследовано 100 больных с язвенной болезнью желудка двенадцатиперстной кишки в стадии обострения. Среди них было 76 мужчин и 24 женщины в возрасте от 26 до 54 лет, средний возраст составил $34,2 \pm 2,3$ года. Верификацию диагноза проводили на основании клинических данных, результатов эндоскопического исследования и гистологического изучения гастробиоптатов. Всем пациентам проводилось определение *H.pylori* гистологическим методом и осуществлена оценка степени колонизации цитологическим методом. Репаративные процессы оценивались морфологически и морфометрически в гистологических препаратах.

Больные в соответствии с целью и задачами исследования были рандомизированы на две группы: 1 группа

(n=50 больных) – которым проводилась эрадикационная терапия - омепразол 20 мг 2 раза в день + амоксициллин 1 г 2 раза + кларитромицин 500 мг 2 раза на протяжении 14 дней. 2 группа (n= 50 больных), которым проводилась эрадикационная терапия - лансобел (лансопразол) 30 мг 1 раза в день + амоксициллин 1 г 2 раза + кларитромицин 500 мг 2 раза на протяжении 14 дней.

Динамика регенераторных процессов слизистой оболочки гастродуоденальной зоны при различных способах лечения: морфологический анализ прицельно взятых биоптатов показал, что после проведенного лечения, у больных I и II групп (у 92,7% и у 98,8% соответственно) отмечалась положительная динамика.

Отличительной особенностью динамики изменений в слизистой оболочке у больных I группы было обнаружение умеренно выраженных признаков воспаления только в единичных случаях. Все сравниваемые показатели после лечения имели достоверно высокие отличия ($p < 0,001$) с аналогичными данными, полученными до начала лечения больных. Только увеличение количества бокаловидных клеток и гипертрофия дуоденальных желез, как показатели сохраняющегося умеренно выраженного воспалительного процесса, наблюдались у 7 пациентов этой группы, но при этом достоверно ($p < 0,01$) отличались от начальных показателей, выявленных до лечения. Инфильтрация всех слоев слизистой оболочки была умеренной, с преобладанием плазматических клеток. В покровном эпителии преобладали зрелые, дифференцированные клетки. Во II группе пациентов наблюдались более отчетливые изменения. Признаки активного воспаления, фиброзирование, дистрофические, дисрегуляторные и атрофические изменения отсутствовали. Все показатели с высокой степенью достоверности отличались от начальных изменений. Ворсинки были покрыты энтероцитами со светлой цитоплазмой, хорошо выраженной щеточной каймой, в криптах обнаруживалось большое количество бокаловидных клеток.

Проведенные исследования позволили провести сравнительную оценку эффективности проводимой терапии, свидетельствующие о высокой терапевтической эффективности препарата лансобел (лансопразол) в схемах эрадикационной терапии.

Таиров И.Н., Галеева Н.В.

ЗАВИСИМОСТЬ АКТИВНОСТИ КАТАЛАЗЫ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ У БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭНТЕРИТИЧЕСКИМ ВАРИАНТОМ ТЕЧЕНИЯ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА И ВЛИЯНИЕ НА НЕЕ ОЗОНОТЕРАПИИ

г. Казань, Россия

Цель: проследить динамику изменения активности антиоксидантного фермента каталазы у больных сальмонеллезом гастроинтестинальной формы, гастроэнтеритического варианта при разной степени тяжести течения заболевания и влияние на нее озонотерапии.

Под наблюдением находилось 139 больных с сальмонеллезом гастроэнтеритического варианта течения. Группу здоровых доноров составили 30 человек. Все больные были разделены на две группы - основную и сравнения. Основная группа пациентов наряду с традиционной патогенетической терапией (солевые растворы,

ферментные препараты, сорбенты), получала дополнительно озонотерапию, которую проводили внутривенно капельно, ежедневно, курсом пять процедур. В качестве инфузионной среды для озонотерапии выбран 0,9% NaCl объемом 200 мл.

Во всех исследуемых группах по сравнению со здоровыми лицами ($1044,3 \pm 8,5 \times 10^3$ мккат/л) наблюдались достоверно низкие значения исходной активности каталазы – при легком течении заболевания у основной группы пациентов на 10,3% ($936,25 \pm 32,5 \times 10^3$ мккат/л, $n=22$; $p < 0,05$), при средней тяжести на 30,6% ($724,98 \pm 16,2 \times 10^3$ мккат/л, $n=22$; $p < 0,01$), тяжелом на 39,9% ($627,20 \pm 16,3 \times 10^3$ мккат/л, $n=29$; $p < 0,001$). В группе сравнения соответственно на 9,7% ($942,86 \pm 24,7 \times 10^3$ мккат/л, $n=19$; $p < 0,05$), 26,4% ($768,77 \pm 27,6 \times 10^3$ мккат/л, $n=22$, $p < 0,01$; $p < 0,01$), 42,1% ($604,28 \pm 21,1 \times 10^3$ мккат/л, $n=25$; $p < 0,001$).

У основной группы пациентов в динамике после курса озонотерапии наблюдалось достоверное повышение активности каталазы – при легком течении на 8,6% ($1024,35 \pm 29,8 \times 10^3$ мккат/л, $n=22$, $p < 0,05$), средней тяжести на 7,6% ($780,41 \pm 29,8 \times 10^3$ мккат/л, $n=22$, $p < 0,05$), тяжелого течения на 19,6% ($750,0 \pm 20,5 \times 10^3$ мккат/л, $n=22$, $p < 0,05$). К показателям здоровых лиц в основной группе пациентов, уровень каталазы приблизился только в случае с пациентами легкого течения заболевания. У больных группы сравнения исходные значения каталазы напротив снижались в исследуемые сроки при легком течении на – 19,4% ($759,67 \pm 28,5 \times 10^3$ мккат/л, $n=19$, $p < 0,05$), средней тяжести на – 17,7% ($631,84 \pm 29,8 \times 10^3$ мккат/л, $n=22$, $p < 0,05$). При тяжелом течении показатели практически остались на прежнем уровне – $601,44 \pm 25,8 \times 10^3$ мккат/л, $n=25$).

Таким образом, активность антиоксидантного фермента каталазы зависит от тяжести течения локализованного сальмонеллеза, которая активизируется на фоне озонотерапии.

Тузельбаев Н.К., Бекенов Н.Н., Курбанова Л.Н., Ташимбетова О.Ж.

ПРИМЕНЕНИЕ КИСЛОМОЛОЧНЫХ СМЕСЕЙ У ДЕТЕЙ ПРИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ

Шымкент, Казахстан

В настоящее время острые кишечные инфекции (ОКИ) являются одной из самых частых заболеваний детей грудного возраста. Известно, что длительная диарея приводит к тяжелым метаболическим нарушениям. В остром периоде инфекционных заболеваний длительная анорексия усиливает катаболические процессы вследствие повышенного потребления аминокислот в синтезе белков острой фазы воспаления. Для обеспечения адекватной антиоксидантной защиты детского организма необходимо достаточное потребление углеводов, жиров, витаминов и микроэлементов. Это указывает на необходимость применения кисломолочных продуктов при инфекционных заболеваниях у детей раннего возраста.

Для детей, находящихся на искусственном вскармливании, возникает необходимость выбора рационального и сбалансированного питания. Общеизвестно, что часто ОКИ развиваются на отягощенном преморбидном фоне, то есть у детей, имеющих отягощенный аллергологический

анамнез. Также установлено, что при ОКИ у детей грудного возраста формируется ферментативная недостаточность вследствие функциональной гипولاктозии.

Цель нашей работы: эффективность применения кисломолочных смесей в комбинированной терапии детей раннего возраста при ОКИ в условиях поликлиники.

Под наблюдением находилось 22 ребенка с ОКИ, проживающие на участках городской поликлиники №6 г.Шымкента в возрасте от 2 месяцев до 1,5 лет. Девять детей первые месяцы жизни находились на искусственном вскармливании в связи с развитием гиполактрии у матери. Остальные 11 детей были переведены на искусственное вскармливание в связи с введением прикорма. Все дети получали оральную регидратацию (регидроном) и антибактериальную терапию (7-10 дней). У 9 детей с ОКИ при применении кисломолочной Humana положительная динамика отмечалась на 3-4 день, у 6 детей при использовании смеси Nestogen положительная динамика была на 4-5 день болезни. Семь детей контрольной группы с ОКИ получали смесь Nutrilak 1 (обычная смесь), нормализация стула у них отмечалась только на 10-11 день. Применение у детей с ОКИ кисломолочных смесей приводит к улучшению самочувствия в 2-2,5 раза быстрее, по сравнению с контрольной группой.

Критериями эффективности являлись: более быстрое улучшение самочувствия, исчезновение явлений болевого синдрома, интоксикации, рвоты, а также результаты исследования на копрологию. Кисломолочные смеси имеют ряд преимуществ перед пресными смесями. Белок в этих продуктах находится в створоженном состоянии. В результате развития молочно-кислых бактерий в кисломолочных смесях накапливаются продукты расщепления белков, а также молочная кислота. Все это улучшает процессы пищеварения и благоприятно влияет на усвоение пищевых веществ.

Таким образом, наши предварительные данные по применению кисломолочных смесей: позволяют улучшать состояние микрофлоры кишечника, по видимому еще стимулируют резистентность организма и снижают риск повторных ОКИ.

*Тусупова К.Н., Нуралинова Г.И.,
Маукаева С.Б., Нурахметова Г.К.,
Мукейманова А.К., Ержигитова Э.М.,
Ешухамбетова А.З., Ислямова А.Е., Тлекина Д.Б.*

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ ПО Г. СЕМЕЙ ЗА 2013 ГОД

г. Семей, Казахстан

Острые кишечные инфекции (ОКИ) являются одной из актуальных проблем инфекционных заболеваний. Повышение уровня заболеваемости ОКИ тесно связано с социально-санитарным состоянием населения. Целью нашего исследования было провести эпидемиологический обзор острых кишечных инфекций по г. Семей за 2013 г.

Всего за 2013 год было зарегистрировано острых кишечных инфекций – 541 случай, интенсивный показатель – 154,0 на 100 тыс. населения. Среди них городское население в 2013 г. составило – 514, интенсивный показатель на 100 тысяч населения – 156,0, сельское население – 27

случаев, интенсивный показатель на 100 тысяч населения – 123,3. Детей до 14 лет за 2013 г. заболело – 367 или 67,8%, интенсивный показатель на 100 тысяч населения составил – 553,0, в 2012 г. детей заболело – 503 или 74,5%, интенсивный показатель на 100 тысяч населения – 710,7. Из них детей в возрасте до 2-х лет заболело в 2013 г. – 271 или 73,8%, интенсивный показатель на 100 тысяч населения составил – 1817,2, в 2012 г. – 358 или 71,1%, интенсивный показатель на 100 тысяч населения – 2103,6. Отмечается снижение заболеваемости ОКИ среди детей до 14 лет на 22,1%, среди детей в возрасте до 2-х лет на 13,6%.

Микробный пейзаж ОКИ за 2013 г. выглядит следующим образом: протей вульгарис – 29 (10,8%), протей мирабилис – 1 (0,3%), синегнойная палочка – 3 (1,1%), цитробактер – 142 (53,1%), стафилококк aureus – 48 (17,9%), энтеробактер – 42 (15,7%), Эшерихия коли – 2 (0,7%). Возбудители дизентерии были выделены от 16 больных (Флекснера – 11, Зоне – 5). Бактерионосителей дизентерии не зарегистрировано. Анализ заболеваемости по контингентам показал, что, как и в предыдущие годы, 55,2% (299), интенсивный показатель на 100 тысяч населения – 1079,0, составили неорганизованные дети, в 12,0% (65), интенсивный показатель на 100 тысяч населения – 169,0 – школьники, 7,9% (43), интенсивный показатель на 100 тысяч населения – 1169,4 – не работающие.

За 12 месяцев 2013 года случаев ОКИ с летальным исходом не зарегистрировано. Групповых случаев и случаев внутрибольничной инфекции не наблюдалось. Пищевой путь передачи был выявлен у 464 больных (85,7%); водный путь передачи – у 1 (0,1%), контактно-бытовой путь передачи – у 76 (14,0%). Факторами передачи послужили следующие продукты питания: при ОКИ мясные продукты – 9, при дизентерии – 16; при ОКИ куриное мясо – 2, при дизентерии – 4, при ОКИ рыбные продукты – 2, при дизентерии – 7; при ОКИ колбасные изделия – 3, при дизентерии – 11; при ОКИ молочные продукты – 11, при дизентерии – 31; при ОКИ овощи – 16, при дизентерии – 32; при ОКИ бахчевые культуры – 14, при дизентерии – 24; при ОКИ фрукты – 76, при дизентерии – 160; при ОКИ салаты – 13, при дизентерии – 44; при ОКИ кондитерские кулинарные продукты – 7, при дизентерии – 19; при ОКИ мороженое – 1; при ОКИ йогурты – 4, при дизентерии – 8; при ОКИ детские молочные смеси – 5, при дизентерии – 9.

Все вышеизложенное свидетельствует о необходимости проведения санитарно-просветительной работы по профилактике ОКИ среди населения города.

Тыныбеков А.С., Джумабекова А.Т., Егеубаева З.Т.

К ВОПРОСУ О РАЦИОНАЛЬНОМ ПРИМЕНЕНИИ АНТИБИОТИКОВ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

г. Алматы, Казахстан

На сегодняшний день в структуре инфекционной заболеваемости у детей кишечные диареи занимают второе место после острой респираторной инфекций. По данным ВОЗ ежегодно от диарейных заболеваний умирают до 5 млн. детей по всему миру.

В течение многих лет в качестве единственных этиотропных средств для лечения острых диарей использовались антибиотики. Однако, в настоящее время, в связи с широким распространением вирусных диарей подход к

назначению антибиотиков при острых кишечных инфекциях (ОКИ) во многих странах мира пересматривается.

В настоящее время в Казахстане отсутствуют согласованные подходы к терапии ОКИ у детей, причем частота назначения антимикробных препаратов остается на высоком уровне, особенно у госпитализированных пациентов. По этой причине представляется актуальным освещение вопросов антимикробной терапии при ОКИ на современном этапе.

Цель исследования – изучить обоснованность назначения антибактериальной терапии при острой кишечной инфекции.

Для изучения данной проблемы мы проанализировали историю болезни 350 больных в возрасте от 1 месяца до 15 лет, прошедших лечение в городской детской инфекционной больнице г. Алматы за 2013 год. Проведенные исследования показали, что у детей, болеющих ОКИ, в большинстве случаев в приемном покое стационара назначается антибактериальная терапия у 80% госпитализированных (гентамицин внутрь), причем минимум у половины больных вообще отсутствуют какие-либо показания к ее назначению.

На различных этапах диагностики врачи чаще всего ставили следующие диагнозы: ОКИ, острый гастроэнтерит, острый энтерит, острый энтероколит, пищевые отравления. Этиологическими факторами ОКИ являлись: энтеропатогенные эшерихий O20, O26, O55, O111 – 30%, вирусные диарей – 25%, УПФ – 20%, шигеллы (*Sh. flexneri*) – 10%, сальмонеллы – 15%. После лечения антибиотиками (цефалоспорины 3 поколения: цефтазидим, цефиксим, цефтриаксон; аминогликозиды: гентамицин, амикацин; старшим детям – ципрофлоксацин) чувствительных к бактериальным возбудителям, кишечный синдром и интоксикация купировались на 3-5 сутки госпитализации у больных с инвазивной диарей. 98% больных с секреторной диарей также получали антибактериальную терапию (гентамицин внутрь, ампициллин, цефазолин в/м) до госпитализации, 35% в стационарных условиях. При изучении причины такого подхода к назначению антибиотиков выяснили, что врачи как на догоспитальном этапе, так и в стационаре не придерживаются международной классификации ОКИ по патогенетическому типу диареи, которая предусматривает их разделение на группы - «инвазивного», «секреторного» и «осмотического» типа.

ВЫВОДЫ: Назначение чувствительных антимикробных препаратов при бактериальных диареях в 100% случаев приводит к санации макроорганизма от возбудителя. Необоснованное назначение антибиотиков (вирусные диареи) способствует продолжительной персистенции бактериального агента в ЖКТ, вследствие не только подавляющего влияния на нормальную микрофлору кишечника, но и прямого иммуносупрессивного действия, то нужно врачам всех уровней отходить от практики шаблонного, неоправданного назначения антибиотиков.

*Утепбергенова Г.А., Айнабек Г.А.,
Кульжанова К.Ж., Рыстаева Б.Н., Камбарова З.М.*

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ИНВАЗИВНЫХ ДИАРЕЙ В Г.ШЫМКЕНТЕ

Шымкент, Казахстан

Важное значение в системе эпидемиологического надзора за острыми кишечными инфекциями (ОКИ)

принадлежит верификации их этиологической структуры. Согласно современной классификации, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения, все инфекционные диареи делятся на инвазивные, секреторные и затяжные. Этиологическая структура ОКИ в разных странах вариабельна. Так, во многих странах Европы первое место среди бактериальных ОКИ занимают сальмонеллезы, в Великобритании - кампилобактериоз, в Японии – заболевания, вызываемые паразитическим вибрионом.

Цель исследования: изучение этиологической структуры острых бактериальных кишечных инфекций за 2009-2013 гг. по данным инфекционного стационара г. Шымкента (ШГИБ).

Анализ показал, что удельный вес всех острых кишечных инфекций (ОКИ) в структуре нозологических заболеваний у больных, прошедших стационарное лечение в ШГИБ составил в 2012 и 2013 гг. – 24,5% и 24,8% соответственно, из них ОКИ установленной этиологии – 8,2% и 8,1% соответственно.

В 2009 году проведено 9361 бактериологических исследований копрокультуры, из них этиология установлена в 36% исследований. В динамике за анализируемый период бактериологическое подтверждение 6262 анализов снизилось до 31% в 2013 г. В этиологической структуре инвазивных диарей преобладает УПФ – 87%, на одном уровне остается высеив сальмонелл – 2,6% в 2009 г. и 2,0% в 2013 г.; незначительный рост шигелл – 6,3% и 9,7%; снижение ЭПКП – 3,65 и 0,9% соответственно.

За 2009-2013 гг. проведено 10591 исследований копрокультуры на УПФ. Среди условно-патогенной флоры преобладали *Citrobacter* – 29%, *Proteus vulgaris* – 22%, *Klebsiella* – 19%, *Staph.aureus* – 16%, *Hafnia* – 5%, *Enterobacter* – 5%, по 0,01% – *Serratia*, *Edwardsiella*, *Providencia*.

За аналогичный период проведено 1061 бактериологических исследований на дизентерийную группу. Выявлено, что среди шигелл на преобладали *Sh. flexneri* – 86,8%, *Sh. sonnei* – 12,8%, *Sh. boydii* – 0,4%. Среди 364 исследований на сальмонеллезную группу выявлено, что 57,4% занимают *Salmonella typhimurium*, 30,5% – *Salmonella enteritidis*, 10,5% – *Salmonella* редких групп, 1,6% – *Salmonella typhi*.

Таким образом, в настоящее время микробиологическая диагностика инфекционных диарей в нашем стационаре составляет – 33%, что объясняется самостоятельным приемом антибактериальных средств на дому, лечением на уровне ПМСП; в этиологической структуре инвазивных диарей за 2009-2013 г.г. по данным бактериологической лаборатории ШГИБ преобладает УПФ – 86,6%, среди которой лидирующее место занимает *Citrobacter* 29%; среди дизентерийной группы – *Sh. flexneri* 86,8%, что свидетельствует о водном и бытовом заражении; среди сальмонеллезной инфекции преобладает *Salmonella typhi murium*, – 57,4%.

Этиологическая верификация острых кишечных инфекций прежде всего необходима для проведения противоэпидемических мероприятий. Бактериологические исследования фекалий, которые считаются «золотым стандартом», позволяют расшифровать этиологию инвазивных диарей лишь у 1/3 части больных и будут иметь решающее значение для определения антибиотикочувствительности возбудителей; методы ИФА имеют очень ограниченный спектр возбудителей. С целью повышения

точности и расширения ассортимента определяемых возбудителей инфекционных диарей, необходимо внедрение современных способов лабораторной диагностики, в частности, молекулярно-генетические исследования, проводимые методом ПЦР, которые позволят тестировать патогены (вирусы, простейшие, анаэробы), не выделяемые обычными бактериологическими способами.

Утепбергенова Г.А., Бажикова А.С.

ИММУНОПРОФИЛАКТИКА КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ЮЖНОМ КАЗАХСТАНЕ

г. Алматы, Казахстан

Ежегодно в мире 1,7 миллиардов человек переносят кишечную инфекцию (ОКИ). По определению ВОЗ, «Вакцинопрофилактика и чистая вода – единственные меры, реально влияющие на общественное здоровье». Для эффективной борьбы с инфекцией необходимо два фактора: высоко эффективная вакцина (производитель) и высокий уровень «привитости» (система здравоохранения, общество).

Цель исследования: анализ заболеваемости и иммунопрофилактики острыми кишечными инфекциями в Южно-Казахстанской области (ЮКО) за 2009-2013 гг.

Инфекционная заболеваемость по Южно-Казахстанской области за 2013 год, в сравнении с 2012 годом характеризуется снижением всей группы ОКИ на 16,8%, других сальмонеллезных инфекций на 46%, с 2009 по 2013 г. – с 136 до 38 случаев; дизентерии – на 42%, количество зарегистрированных больных дизентерией за 2009-2012г.г. остается в пределах 348-334 случаев; других бактериальных отравлений – на 36,8%, снижения 2,1 раза. Количество заболевших брюшным тифом по области было по 1 случаю в 2009, 2010, 2012 гг, 3 случая – в 2011 г. и не зарегистрировано в 2013 году. В 2010 году в ЮКО зарегистрирован завозной случай полиомиелита. Ежегодно регистрируются случаи пищевого ботулизма: в 2009 г. – 55 случаев, из них 6 у детей, в 2010 г. – 43, из них 4 ребенка, в 2011 г. – 5, 1 ребенок, в 2012 г. – 42 случая, из них 7 у детей, в 2013 г. – 20 случаев, 1 ребенок. Для лечения и профилактики у контактных пищевого ботулизма используют противоботулиническую очищенную концентрированную жидкую сыворотку типов А, В, Е в инфекционных стационарах.

За анализируемый период по области зарегистрировано ротавирусных энтеритов в 2009г. – 80 случаев, в 2010 г. – 78, в 2011 – 30, в 2012г. – 37, в 2013г. – 49 случаев у детей. Отмечается рост ротавирусных энтеритов по г. Шымкенту на 31,5% в связи с приобретением диагностикума и постановкой лабораторных анализов в ШГИБ. ВОЗ (2010) настоятельно рекомендует включение вакцинации против ротавирусной инфекции в национальные программы иммунизации. В РК зарегистрированы две вакцины: 1) РотаТек, живая, оральная, пентавалентная (MSD, США) для профилактики ротавирусной инфекции (серотипы G1, G2, G3, G4 и P1) у детей от 6 до 32 недель, которая вводится по 1 дозе трехкратно, перорально, с интервалом 4 недели, 2) Ротарикс (моновалентная человеческая живая аттенуированная вакцина жидкая, GlaxoSmithKline Biologicals s.a., Бельгия), для профилактики ротавирусной инфекции (серотипы G1, G2, G3, G4 и G9) у детей с 6 до 24 недель жизни, вакцинация состоит из 2-х прививок,

с интервалом не менее 4-х недель: например в 6-10 недель или 2-4 месяца.

По области за 2013 г. снижена заболеваемость острыми вирусными гепатитами в целом на 23,7%, в том числе острым вирусным гепатитом А (ОВГА) – на 29,3%. Увеличилось количество закупок доз вакцины против ВГА «Хаврикс» (Бельгия, GlaxoSmithKline) с 98.567 доз в 2009 году до 350 тыс. доз в 2013 г., в связи с проведенной вакцинацией по схеме 0-6 мес. снизилась заболеваемость среди детей до 14 лет с 243,63 в 2009 году до 8,46 на 100 тыс. населения в 2013 году. Вакцинация проводится в кабинетах иммунопрофилактики и КИЗах поликлиник в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП).

В РК для профилактики и лечения кишечных инфекций применяются бактериофаги (брюшнотифозный, сальмонеллезный групп ABCDE, колипротейный, дизентерийный, интести бактериофаг) производителей НПО Микроген, Россия, АО Биохимфарм, Грузия; против полиомиелита применяют живые вакцины: вакцину полиомиелитную пероральную 1,2,3 типов (Институт полиомиелита и вирусных энцефалитов им.М.П.Чумакова, Россия), Полио Сабин™ (GlaxoSmithKline Biologicals s.a., Бельгия) и инактивированную полиомиелитную вакцину (ИПВ) Имовакс Полио (Sanofi Paster S.A., Франция), в составе комбинированных мультивалентных вакцин: Инфанрикс™ и Инфанрикс® гекса (GlaxoSmithKline Biologicals s.a., Бельгия), Пентаксим и Гексаксим® (Sanofi Paster S.A., Франция). Охват детей до 1 года полным курсом вакцинации ОПВ/ИПВ против полиомиелита в ЮКО составил 99,3%. Холерные вакцины (пероральная живая (103 HgR) и инактивированная (WCBS), парентеральная (Vi), рекомендуемые для туристов, выезжающие в эндемичные районы в настоящее время отсутствуют).

Таким образом, для иммунопрофилактики закупаются высоко эффективные и безопасные вакцины от производителей вакцин, соответствующие международным стандартам, правилам GMP и GSP и имеется Единая национальная система здравоохранения, которая в рамках ГОБМП, Национального календаря профилактических прививок осуществляет профилактику инфекционных заболеваний.

Халилова М.Б., Ахметова Г.М.,

Махамбетиярова С.Б., Камалова Г.Г.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ДИСБАКТЕРИОЗА КИШЕЧНИКА У НАСЕЛЕНИЯ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

г.Уральск, Казахстан

Дисбактериоз – это количественные и качественные нарушения состава нормальной микрофлоры, под которой понимают совокупность микроорганизмов, устойчиво заселяющих определенные участки организма практически здорового человека.

Цель работы – оценка микробного статуса толстого кишечника у населения различных возрастных групп.

Изучено состояние микрофлоры кишечника у 1179 человек разных возрастных категорий в 2013 году. Из них дети в возрасте до 1 года – 294 человека (1 группа), 296 человек – возрастной период 1 – 14 лет (2 группа), 589 человек – взрослые, 14 – 50 лет (3 группа). Нарушения

микрофлоры выявлено у 1108 лиц всех возрастных групп, что составило 94 %, при этом у детей до 1 года дисбактериоз кишечника фиксировался в 98% случаев, у детей старшей возрастной группы в 85% , у взрослых – в 82% случаев.

Ведущим фактором в развитии дисбактериоза кишечника у детей до 1 года явилось повышенное количество стафилококков (*S. aureus* – 57%), в 26 % случаев выделялась гемолитически активная кишечная палочка, дрожжеподобные грибы рода *Candida* (19% случаев), увеличение УПМ происходило в 24% случаев, этиологически значимыми микроорганизмами является род *Enterobacter*. В 1 случае фактором дисфункции кишечника явился сальмонеллез, выделена *Salmonella enteritidis*.

У детей второй возрастной группы от 1 года до 14 лет количественные изменения микрофлоры кишечника происходили в основном за счет повышения УПМ (48% случаев, этиологическим фактором является род *Enterobacter*), снижения лактобактерий (32% случаев) и бифидобактерий (25% случаев). Также наблюдается в 12% случаев увеличение и в 10 % – снижение типичной кишечной палочки.

Микробиоценоз кишечника взрослых людей характеризуется в основном дефицит лактобактерий (42% случаев) и увеличение УПМ (32%). Основным представителем УПМ, являющимся этиологическим фактором возникновения дисбактериоза в третьей возрастной группе так же является род *Enterobacter* (высеваемость в 76% случаев). Увеличивается высеваемость дрожжеподобных грибов рода *Candida* в 13% случаев, НГОБ были представлены *P. aeruginosa* – 4 % случаев. Гнилостная флора, представленная протеом, отмечалась у 2% лиц. Единично встречается увеличение количества золотистого стафилококка (0,5 %), в одном случае выделена *Salmonella typhimurium*.

Выводы. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что во всех возрастных группах широко распространены дисбиотические нарушения микробиоценоза кишечника. Этиологические факторы дисбактериоза кишечника различаются в зависимости от возраста. У детей раннего возраста – это увеличение количества золотистого стафилококка, УПМ, гемолитически активной кишечной палочки, грибов рода *Candida*. Микрофлора кишечника детей старшего возраста более стабильна, что объясняется, видимо, более совершенным иммунным статусом.

Старшая возрастная группа – наиболее благополучная по состоянию микрофлоры кишечника, однако возникающий в этом возрасте дефицит лактобактерий, типичной кишечной палочки, увеличение УПМ способствует возникновению эндогенных инфекций и дисфункций ЖКТ.

Шерметова М.Б.

ДИАРЕЙНЫЙ СИНДРОМ ПРИ ККГЛ

г. Туркестан, Казахстан

Диарейный синдром возникает как при инфекционных, так и при неинфекционных заболеваниях. Только в группу острых кишечных инфекций (ОКИ) входит более 30 нозологических форм. Поэтому ранняя диагностика ОКИ должна носить не этиологический, а синдромальный характер, для того, чтобы дифференцировать кишечные инфекции от других острых инфекционных и

неинфекционных заболеваний: хирургических, терапевтических, гинекологических. У этих заболеваний имеется множество сходных симптомов, что приводит порой к поздней диагностике. Число диагностических ошибок, регистрируемых у больных ОКИ, достигает 10,2-14,7%. При дифференциальной диагностике заболеваний, протекающих с диарейным синдромом, необходимо определить симптомы поражения отделов желудочно-кишечного тракта (гастроэнтерит, энтероколит, гемоколит). Казанцев А.П., Зубик Т.М (1999) предложили включить в 1-ю группу больных, у которых отмечаются рвота и понос, во 2-ю группу – диарея без рвоты и примеси крови в кале и в 3-ю группу – больных, у которых отмечается примесь крови в испражнениях, в ней могут быть как инфекционные (амебиаз, балантидиаз, дизентерия, шистоматоз и др.), так и неинфекционные заболевания (язвенный колит, болезнь Крона, опухоли кишечника и др.). Диагностика ККГЛ в начальном периоде без геморрагических проявлений представляет трудности и требует проведения дифференциального диагноза не только с гриппом, пневмонией, вирусным гепатитом, но и с острыми кишечными заболеваниями.

Цель исследования: изучение клинического течения диарейного синдрома у больных Конго-Крымской геморрагической лихорадкой (ККГЛ) и выявление ошибок при постановке диагноза в предгеморрагический период.

Материалы и методы: ретроспективный анализ историй болезней больных ККГЛ за 2009 г. по г. Туркестан.

Проведен анализ у 15 больных с ККГЛ, находившихся на стационарном лечении в инфекционном отделении ЦРБ г. Туркестан. При поступлении у всех больных отмечалась высокая температура, слабость и геморрагический синдром – у 93%, боли и чувство жжения в животе – у 80%, рвота и диарея – у 46%, гепаторенальный синдром – у 46%, ОПН – у 33%, судороги в нижних конечностях – у 20%, одышка в покое – у 40%, нарушение сознания – у 6% больных. Ошибочный диагноз ОКИ, острый гастроэнтерит при поступлении был выставлен 3-м больным, 1 случай закончился летальным исходом.

Б-й Р., 40 лет, поступил на 2-й день болезни с жалобами на слабость, повышение температуры до 39,2 °С; рвоту, боли в эпигастрии, жидкий стул. Отмечалась болезненность в эпигастриальной области, на 2-ые сутки в стационаре появились детгеобразный черный стул 2-3 раза в день (мелена), носовое кровотечение, на 4-й день появились геморрагическая сыпь, гематомы на местах инъекций. Показатели тромбоцитов в пределах $250 \times 10^9/\text{л}$, лейкоциты – $9,7 \times 10^9/\text{л}$, которые в динамике на 4-й день в стационаре резко снизились до $2,2 \times 10^9/\text{л}$. В эпиданамнезе: содержит КРС, проводил противоклещевую обработку. Бакпосевы отрицательные, диагноз ККГЛ подтвержден ИФА.

Б-й К., 61 г., поступил на 5-й день болезни в отделение реанимации с явлениями ОКИ, острого гастроэнтерита, гиповолемического шока, дегидратации II-III ст. Предъявлял жалобы на слабость, головокружение, судорожные подергивания в конечностях, жидкий стул в течении 3-х дней до 7 раз, частую рвоту, не связанную с приемом пищи, дискомфорт, чувство жжения в эпигастрии. Геморрагические проявления отсутствовали. Тромбоциты при поступлении $487 \times 10^9/\text{л}$. Контакт с инфекционными больными отрицал. В динамике развилась ОПН. Бакпосевы отрицательные, диагноз ККГЛ подтвержден иммуногистохимическим методом.

Болевой синдром при ККГЛ обусловлен тромбогеморрагическим синдромом с последующим развитием ДВС-синдрома, тяжелых микроциркуляторных расстройств во всех органах и тканях, множественными кровоизлияниями в слизистых оболочках желудочно-кишечного тракта, легких, почках, печени.

Медицинским работникам, проживающим на территории природного очага по ККГЛ в ЮКО, необходимо учитывать клиническое течение заболевания в предгеморрагический период в виде синдрома гастроэнтерита (рвота, понос), высокой температуры, мелены, болевого синдрома и чувства жжения в животе при нормальных показателях тромбоцитов для своевременного выставления предположительного случая ККГЛ, забора лабораторных анализов крови на антиген, антитела в ИФА, ПЦР, назначения этиотропной терапии (рибавирина, иммунной плазмы).

Юлдашев А.М.,

Бектимиров А.М.-Т., Султанова Г.Ю.

**КЛИНИЧЕСКО-ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ
ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ
ИНФЕКЦИЙ, ВЫЗВАННЫХ УСЛОВНО-
ПАТОГЕННЫМИ МИКРООРГАНИЗМАМИ**

г. Ташкент, Узбекистан

Острые кишечные инфекции (ОКИ) остаются актуальной проблемой ввиду их значительной распространенности, не всегда эффективного применения этиотропных препаратов для их лечения, сопутствующих нарушений качественного и количественного состава микробиоценоза кишечника. Среди этиологических факторов ОКИ бактериальной природы ведущее место занимают шигеллы, сальмонеллы, патогенные группы эшерихии, иерсинии и условно-патогенные бактерии (УПБ).

Целью исследования явилось изучение клиническо-этиологических особенностей при ОКИ, вызванных УПБ. Под наблюдением находился 61 больной в возрасте 17-60 лет с острыми кишечными инфекциями, у которых лабораторно установлены в качестве этиологического агента условно-патогенные бактерии.

Среди наблюдавшихся нами больных преобладали лица до 50 лет (75%), причем мужчин было больше, чем женщин. Больные поступали в стационар преимущественно на 1-2 сутки от начала заболевания – 86%, в то время как остальные 14% – на 3 сутки.

Этиологическая расшифровка острых кишечных инфекций, вызванных УПБ, показала, что наиболее часто возбудителями острых кишечных инфекций были протей (48,9%), клебсиеллы (33,7%), цитробактеры (15,3%).

Частота заболеваний в отдельных возрастных группах свидетельствует о выявлении клебсиелл и цитробактера у наиболее активной части больных (от 20 до 40 лет – 69,0%).

У подавляющего большинства больных (82,1%) болезнь началась внезапно, остро на фоне полного здоровья. В первые часы заболевания общетоксические и диспептические симптомы сочетались у 24,6% человек, общее недомогание отмечено у всех (100%) больных, слабость и головные боли выявлялись у 52,5%, тошнота и рвота была у 18,5% больных, многократный жидкий стул выявлен у 71,6% человек.

При анализе клебсиеллезной кишечной инфекции обращает на себя внимание острое начало с явлениями гастроэнтерита у 21,0% больных, колитический синдром наблюдался у 54,3% человека, и только у 18,3% больных

заболевание начиналось с энтерита. Больные предъявляли жалобы на схваткообразные боли в животе, жидкий стул при этом регистрирован у 57,0% больных, у 30,7% испражнения были без патологических примесей, у 12,3% наблюдаемых в жидком стуле была слизь. Стул со слизью и кровью отмечен у 8,1% больных.

При анализе проявлений ОКИ протейной этиологии у всех больных зарегистрировано острое начало, ведущими жалобами заболевания были: понос – 92,6%, повышение температуры – 92,6%, рвота – 53,0%, снижение аппетита – 73,7%. Учащение стула до 5 раз отмечено у 11,1% больных, 5-9 дефекаций у 12,2%, 10 и более раз у 1,9% пациентов. На наличие в испражнениях примесей слизи указывало 16,7% человек, а у 13,0% в стуле была замечена кровь. При поступлении в стационар бледность кожных покровов была выявлена у 33,7% больного.

Таким образом, ведущими этиологическими факторами при ОКИ, вызываемых УПБ, являлись протей, цитробактеры и клебсиеллы.

Юльчибаев М.Р., Ахмедова М.Д., Усарова С.А.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОБИОТИКА
ЭНТЕРОЖЕРМИНА В КОМПЛЕКСНОЙ
ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ
КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ
И ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА
С ЯВЛЕНИЯМИ ДИСБАКТЕРИОЗА КИШЕЧНИКА**

г. Андижан, Узбекистан

Целью настоящего исследования являлось оценка клиничко-лабораторной эффективности пробиотика энтерождермина (ЭЖ) в сравнении с традиционными пробиотиками бифидум- и лактобактерином, а также средствами базисной терапии у больных с острыми кишечными инфекциями (ОКИ) неустановленной этиологии и хроническими заболеваниями ЖКТ (ХЗЖКТ) с явлениями дисбактериоза кишечника (ДК).

Под наблюдением находилось 60 взрослых больных мужчин и женщин в возрасте от 18 до 60 лет с ОКИ и ХЗЖКТ (гастродуоденит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в периоде ремиссии) с явлениями ДК. Из них 30 пациентов (основная группа) получали ЭЖ в сочетании с патогенетическими и симптоматическими средствами – базисной терапией; 20 пациентам (группа сравнения) назначали традиционные пробиотики (бифидумбактерин, лактобактерин) также в комплексе с базисной терапией; а 10 пациентов находились только на базисной терапии (контрольная группа). Препарат ЭЖ назначали внутрь по 5 мл 3 раза в день. Курс лечения составлял в случаях ОКИ – 10 дней, а при ХЗЖКТ – 2-3 нед и более. Из исследования были исключены пациенты с тяжелыми формами заболеваний, а также лица, у которых применялись антибактериальные препараты. Комплексные клиничко-лабораторные наблюдения исключали посев фекалий на патогенную и условно-патогенную микрофлору и определение ДК.

Результаты исследования показали, что при применениями ЭЖ отмечена более выраженная ($P < 0,05$) клиническая эффективность, особенно по срокам стихания диспепсических проявлений ($2,7 \pm 0,05$ дня) и нормализации стула ($2,8 \pm 0,14$ дня), по сравнению с группой больных получавших традиционный пробиотик (соответственно:

2,9±0,3; 3,2±0,3 дня) и базисные средства (соответственно 3,2±0,5; 3,6±0,5 дня. Бактериологические исследования у больных ОКИ и ХЗЖКТ показали, что после курса лечения пребиотиком ЭЖ отличались более выраженные положительные сдвиги в кишечной микрофлоре. Так, после проведения курса лечения ЭЖ статистически значимо ($P<0,01$) увеличилось число пациентов с нормальными показателями кишечной микрофлоры – с 6,8 до 44,3%, в то время, как после курса лечения традиционными пробиотиками – соответственно с 9,5 до 14,3%, а при базисной терапии – с 6,3 до 12,5%. Также необходимо отметить статистическое значимое уменьшение количества случаев ДК с выраженными проявлениями (ДК 3 степени). Так, если

до лечения число таких больных составило 26,6%, то после курса лечения ЭЖ выраженных проявлений ДК не обнаружено ни у одного из них, а после лечения пробиотиками и базисными препаратами число больных с выраженными проявлениями ДК практически не изменилось. Кроме того, ЭЖ вызывал положительные изменения со стороны индигенной флоры (особенно увеличение количества кишечных палочек), а также исчезновение условно-патогенной флоры (*Proteus*, *Citrobacter*, *Staphylococcus*).

Таким образом, у больных ОКИ и ХЗЖКТ с явлениями ДК, получавших в комплексной терапии пробиотик ЭЖ, клинические результаты были лучше, у них положительные сдвиги в состоянии микробиоценоза кишечника были более выраженные, чем у пациентов, получавших пробиотики.

Содержание

<i>С.В. Халиуллина, В.А. Анохин</i> ТЕРАПИЯ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ. ДОКАЗАННАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	9
<i>А.А. Яковлев, М.Н. Погромская, И.П. Федуняк, В.Б. Мусатов, В.Н. Кутузов, И.В. Горбова, Л.А. Кафтырева, Ю.Н. Коржаев, Л.В. Петрова</i> ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ПРАКТИЧЕСКИЕ УРОКИ КРУПНОЙ ВСПЫШКИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ	18
<i>Абдуллаев А.О., Ибрагимов М.Б., Анваров Ж.А.</i> ОЦЕНКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТОКСОКАРОЗОМ СРЕДИ ГРУПП ВЫСОКОГО РИСКА	24
<i>Абдухалыков А.М., Медетова Ж.С., Медетова А.Ж., Макаровка Е.А.</i> НЕКОТОРЫЕ МЕТОДЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ.....	24
<i>Абуова Г.Н., Айнабек Г.А., Аяпова А.Д., Мирзалиев Б.И., Камытбекова К.Ж.</i> СТРУКТУРА ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ	25
<i>Абуова Г.Н., Айнабек Г.А., Нурмашева А.А., Ережепов Б.А., Мирзалиев Б.И.</i> ИНФЕКЦИОННАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ	25
<i>Абуова Г.Н., Култаев Р.У., Абуов М.К., Ходжабеков Б.К., Ризаматов И.Х.</i> ПИЩЕВОЙ БОТУЛИЗМ В ЮЖНОМ КАЗАХСТАНЕ	26
<i>Абуова Г.Н., Кульжанова К.Д., Аяпова А.Д., Калдыгозова К.Е., Мухаметалина У.М.</i> РОЛЬ СОВРЕМЕННОЙ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ	27
<i>Абуова Г.Н., Лизинфельд И.А., Камытбекова К.Ж., Ходжабеков Б.К., Тулепова Д.У.</i> ВЛИЯНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ А В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ.....	27
<i>Абуова Г.Н., Лизинфельд И.А., Рыстаева Б.Н., Култаев Р.У.</i> О ПРИМЕНЕНИИ АНТИДИАРЕЙНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ТЕРАПИИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ.....	28
<i>Агафонов В.М., Некрасова Л.И., Бурмагина И.А., Волчецкий А.Л., Пономарева Н.А.</i> ДИАГНОСТИКА ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ИНФЕКЦИОННОМ СТАЦИОНАРЕ И ПОЛИКЛИНИКЕ.....	28
<i>Айтбаева Б.Ж.</i> ВИРУСНЫЕ ЭНТЕРИТЫ. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ ДО 5 ЛЕТ	29
<i>Амиреев С.А., Нажмеденова А.Г.</i> ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ УРОВНЯ ЗНАНИЙ И УМЕНИЙ СПЕЦИАЛИСТОВ ПМСП ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИММУНИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ НА ПРАКТИКЕ.....	29
<i>Ахмедова М.Д., Мирзажанова Д.Б., Гулямов Н.Г.</i> ЭФФЕКТ ИММУНОМОДУЛИНА ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ БАКТЕРИОНОСИТЕЛЬСТВА В ИСХОДЕ БРЮШНОГО ТИФА.	30
<i>Ахметова Г.М., Халилова М.Б., Махамбетиярова С.Б., Камалова Г.Г.</i> УДЕЛЬНЫЙ ВЕС СЕРОВАРОВ ШИГЕЛЛ И ИХ АНТИБИОТИКОГРАММА.....	31
<i>Ахметова Д.Г., Волкова Г.С., Булатова Н.А.</i> СТРУКТУРА ВЫДЕЛЯЕМЫХ ИЗОЛЯТОВ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ.....	31
<i>Баешева Д.А., Турсунбекова С.Н., Имамбаева Г.Г., Конкаева М.Е., Смагулова З.К., Бейсенбиева Н.Е., Туребаева Г.О.</i> СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН ЗА 2007-2013 ГГ.....	31

<i>Бегайдарова Р.Х., Абилкасимов З.Е., Алиынбекова Г.К., Дюсембаева А.Е., Насакаева Г.Е., Омарова Г.М.</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ	32
<i>Бегимбекова Л.М., Сулейменова Ж.У., Рыстаева Б.Н.</i> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ В РЕГИОНЕ С ВЫСОКИМ РЕПРОДУКТИВНЫМ ПОТЕНЦИАЛОМ.....	32
<i>Бекмурзаева Э.К., Сейдалиева Ф.М., Абдухалыков А.М., Маханбетов Р.С., Абдукаримова Ж.М.</i> ДИАРЕЯ КАК РАСПРОСТРАНЕННЫЙ ПОБОЧНЫЙ ЭФФЕКТ АНТИБИОТИКОВ.....	33
<i>Бекмурзаева Э.К., Сейдалиева Ф.М., Байдуллаев Б.М., Крганбаева Х.Т., Аралбаева Л.Б.</i> ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У РАБОЧИХ НЕФТЕПЕРЕРАБАТЫВАЮЩЕГО ПРОИЗВОДСТВА.....	34
<i>Бекмурзаева Э.К., Сейдалиева Ф.М., Сейдахметова А.А., Садыкова Г.С., Азизова А.А.</i> ПРОБЛЕМЫ ВТОРИЧНОГО ИЗМЕНЕНИЯ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА	34
<i>Белова Е.Г., Еремушкина Я.М., Кускова Т.К.</i> ТЕЧЕНИЕ АМЕБИАЗА (КИШЕЧНЫЕ И ВНЕКИШЕЧНЫЕ ФОРМЫ) НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ	35
<i>Бердалиева Ф.А., Жумагулова К.Ж., Бергалиева Р., Камытбекова К.Ж., Мухтаркызы Ф.</i> КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИНВАЗИВНЫХ ДИАРЕЙ У ДЕТЕЙ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ.....	35
<i>Винакмен Ю.А., Финогеев Ю.П.</i> ПАРАЗИТОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АМЕБИАЗА.....	36
<i>Гранитов В.М., Хорошилова И.А., Бутучел Е.В.</i> АБДОМИНАЛЬНЫЕ БОЛИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ИНФЕКЦИОНИСТА	36
<i>Денисюк Н.Б.</i> ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ РАСШИФРОВКА И НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ	37
<i>Дубовицкий С.В., Мустафина С.С., Камытбекова К.Ж., Утепбергенова Г.А.</i> РОЛЬ ИФА В ДИАГНОСТИКЕ ГЕЛЬМИНТОЗОВ И КИШЕЧНЫХ ПРОТОЗООЗОВ.....	38
<i>Жумагалиева Г.Д.</i> СИСТЕМНЫЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ОТВЕТ ПРИ ДИАРЕЯХ УСЛОВНО-ПАТОГЕННОЙ ЭНТЕРОБАКТЕРИАЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ.....	39
<i>Жумагулова К.Ж., Бердалиева Ф.А., Ризаметов И., Калдыгозова К., Ходжабеков Б.</i> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ: ТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ЛИСТЕРИОЗА У РЕБЕНКА	39
<i>Жумагулова К.Ж., Бердалиева Ф.А., Тулемырзаева А.Д., Жусипов А., Асилова Г.</i> СЛУЧАЙ ИЗ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ: ПИЩЕВОЙ БОТУЛИЗМ У РЕБЕНКА.....	40
<i>Зинатова К.Р., Мохова О.Г., Брагина И.М., Поздеева О.С.</i> АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ	41
<i>Имамбаева Г.Г., Батырхан А.Т.</i> ПОРАЖЕНИЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОПИСТОРХОЗОМ В УСЛОВИЯХ МАЛОЙ ИНТЕНСИВНОСТИ ИНВАЗИИ	41
<i>Имамбаева Г.Г., Конкаева М.Е.</i> АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ В ГОРОДЕ АСТАНА ЗА 2007-2013 ГГ.	42
<i>Имамова И.А., Кутлиева Д.Б., Максудова З.С.</i> ВЛИЯНИЕ ВИДА ВСКАРМЛИВАНИЯ В ГРУДНОМ ВОЗРАСТЕ НА РАЗВИТИЕ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ОКИ У ДЕТЕЙ.....	42

<i>Ирсимбетова Н., Мухтаркызы Ф., Долтаева Б.З., Ермолаева О.А., Ергебекова Г.К.</i> ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ.....	42
<i>Камалова Г.Г., Амреева Н.А., Махамбетиярова С.Б., Халилова М.Б.</i> АНТИБИОТИКОГРАММА ШИГЕЛЛ.....	43
<i>Киселева Т.Ф., Ртищева Л.В.</i> КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ САЛЬМОНЕЛЛЕЗНО-ШИГЕЛЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА.....	43
<i>Киушкина И.Н., Никулина М.А., Карбышева Н.В., Бабина Е.Ф., Хабарова Е.В.</i> ХАРАКТЕРИСТИКА САЛЬМОНЕЛЛЕЗА У ВЗРОСЛЫХ.....	44
<i>Климовицкая Е.Г., Ситников И.Г., Петрова М.С.</i> СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ.....	44
<i>Кошерова Б.Н., Имамбаева Г.Г., Конкаева М.Е.</i> АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН ЗА 2007-2013 ГГ.	45
<i>Крылова Е.В., Скворцова В.В., Дмитраченко Т.И., Семенов В.М.</i> ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА И РЕЗИСТЕНТНОСТИ САЛЬМОНЕЛЛ К АНТИБИОТИКАМ.....	46
<i>Кулагина О.И., Феоктистова Л.А., Попова Л.С., Астудина О.И., Краснов А.В., Беляева Н.В., Иванова К.Ю.</i> КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕПАТИТА А У ВЗРОСЛЫХ.....	46
<i>Кулаев К.Т., Сагатов Т.А., Оспанов К.Е.</i> ТОКСИКОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА МОРФОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ТКАНЕВЫХ СТРУКТУР ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ ИНТОКСИКАЦИИ ПЕСТИЦИДОМ «СУМИ-АЛЬФА».....	47
<i>Кулжанова Ш.А.</i> ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ ПИЩЕВЫХ ТОКСИКОИНФЕКЦИЙ.....	47
<i>Куттыкужанова Г.Г., Ешибекова Ж.Р.</i> ЭТИОЛОГИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ (ОКИ) У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН.....	48
<i>Куттыкужанова Г.Г., Танирбергенова А.Ж., Джумабекова А.Т.</i> ХАРАКТЕРИСТИКА ШИГЕЛЛЕЗОВ У ДЕТЕЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ.....	48
<i>Ляховская Н.В., Скворцова В.В., Дмитраченко Т.И., Семенов В.М.</i> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НОРОВИРУСНОЙ И СОЧЕТАННОЙ РОТАВИРУСНО-НОРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЙ.....	49
<i>Максумова Г.С., Миреев С.А., Нажмеденова А.Г.</i> ЛИСТЕРИОЗ У ДЕТЕЙ И БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН.....	50
<i>Маукаева С.Б., Нуралинова Г.И., Тусупова К.Н., Смаил Е.М., Крыкпаева А.С., Малгаждарова К.Б., Пищаева Н.В., Кононова В., Сутормина А.В.</i> ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В РЕГИОНЕ Г.СЕМЕЙ.....	50
<i>Махамбетиярова С.Б., Ахметова Г.М., Халилова М.Б., Амреева Н.А.</i> ИЗУЧЕНИЕ СЕРОВАРОВ ШИГЕЛЛ И САЛЬМОНЕЛЛ В ОБЛАСТНОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЬНИЦЕ ЗА 2011-2013 ГОДЫ.....	51
<i>Махамбетиярова С.Б., Ахметова Г.М., Халилова М.Б., Амреева Н.А.</i> ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА КОЛИ-ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	51
<i>Мирзажанова Д.Б., Каримова Ф.У., Набиева Ш.А.</i> РОЛЬ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ОПОРТУНИСТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ВИЧ ИНФИЦИРОВАННЫХ.....	51

<i>Мулладжанова К.А., Юльчибаев М.Р., Тойчиев А.Х.</i> ЗНАЧЕНИЕ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА ПРИ ДИАРЕЯХ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ	52
<i>Мусаев Ю.М.</i> КИШЕЧНЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ С ПНЕВМОНИЕЙ С ПОЗИЦИИ ДОНОЗОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОКИ.....	52
<i>Мухтаркызы Ф., Алиев Д.С., Джанабаев Р.Т., Акимханов Б.С., Серикбаева Ж.Ш.</i> ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ В ЮКО ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ В 2010-2012 ГГ.	53
<i>Мухтаркызы Ф., Джанабаев Р.Т., Алиев Д.С., Алимжанова Г.Т., Тимошенко М.Г.</i> ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОМ ЗА 2012-2013 ГГ. В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ.....	53
<i>Ниязова Т.А., Каримова М.Т., Максудова З.С.</i> КОРРЕКЦИЯ ДИСБИОЗА КИШЕЧНИКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БРУЦЕЛЛЁЗЕ	54
<i>Ногойбаева К.А., Заирова Г.Т., Бекенова Д.С.</i> КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ В УСЛОВИЯХ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПОДЪЕМА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ	54
<i>Ногойбаева К.А., Тобокалова С.Т., Муратбаева Г.М.</i> КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ С ДИАРЕЙНЫМ СИНДРОМОМ У ДЕТЕЙ ДО 5 ЛЕТ	55
<i>Нуралинова Г.И., Маукаева С.Б., Тусупова К.Н., Турдунова Г.К., Турдунов К.С., Ахметова А.К., Кудайбергенова Н.К., Куанышева А.Г., Исабекова Ж.Б., Кажитаева Д.Д.</i> ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В РЕГИОНЕ Г.СЕМЕЙ	56
<i>Огошкова Н.В., Дроздова Т.Г., Кащуба Э.А., Любимцева О.А., Ханипова Л.В., Антонова М.В., Бертрам Л.И., Хайновская Н.Н., Губарь О.Ю., Бескоровайная Е.А.</i> РЕАЛИЗАЦИЯ ВЛИЯНИЯ ИММУНОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ НА ОТДАЛЕННЫЕ ИСХОДЫ ПСЕВДОТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ	56
<i>Оналбаева Г.Ж.</i> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА У ДЕТЕЙ, ВЫЗВАННОГО РЕДКИМИ СЕРОТИПАМИ	57
<i>Отарбаева А.П., Бердыкулова М.М., Сагитова С.С., Баимбетова С.Б., Шойынбай Э.С., Утепбергенова Г.А.</i> ПОЛИОМИЕЛИТ-ВИРУСНАЯ КИШЕЧНАЯ ИНФЕКЦИЯ: УСПЕХИ И ПРОБЛЕМЫ	57
<i>Ртищева Л.В., Киселева Т.Ф., Лапутьева Г.В.</i> ОСОБЕННОСТИ АБДОМИНАЛЬНОЙ ФОРМЫ ИЕРСИНИОЗА	58
<i>Сагитова С.С., Отарбаева А.П., Оспанова З.А., Утепбергенова Г.А., Осербаетова А.М.</i> АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ОТ ОКИ У ДЕТЕЙ (ПО ДАННЫМ ШГИБ).....	58
<i>Сайфуллина С.К., Лиознов Д.А., Николаенко С.Л.</i> КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНТЕРОСОРБЕНТАВ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ.....	59
<i>Сейдахметова А.А., Бекмурзаева Э.К., Кауызбай Ж.А., Шаязова К.Г., Кенжеханова Р.Н.</i> ФАРМАКОТЕРАПИЯ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ.....	60
<i>Сейдахметова А.А., Кауызбай Ж.А., Шаязова К.Г., Байдуллаев Б.М., Умираниева Г.А.</i> ДИНАМИКА ПРОЦЕССОВ РЕГЕНЕРАЦИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ.....	60
<i>Таиров И.Н., Галеева Н.В.</i> ЗАВИСИМОСТЬ АКТИВНОСТИ КАТАЛАЗЫ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ У БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭНТЕРИТИЧЕСКИМ ВАРИАНТОМ ТЕЧЕНИЯ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА И ВЛИЯНИЕ НА НЕЕ ОЗОНОТЕРАПИИ	61

<i>Тузельбаев Н.К., Бекенов Н.Н., Курбанова Л.Н., Ташимбетова О.Ж.</i>	
ПРИМЕНЕНИЕ КИСЛОМОЛОЧНЫХ СМЕСЕЙ У ДЕТЕЙ ПРИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ	61
<i>Тусупова К.Н., Нуралинова Г.И., Маукаева С.Б., Нурахметова Г.К., Мукейманова А.К., Ержигитова Э.М., Ешухамбетова А.З., Ислямова А.Е., Тлекина Д.Б.</i>	
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ ПО Г. СЕМЕЙ ЗА 2013 ГОД	62
<i>Тыныбеков А.С., Джумабекова А.Т., Егеубаева З.Т.</i>	
К ВОПРОСУ О РАЦИОНАЛЬНОМ ПРИМЕНЕНИИ АНТИБИОТИКОВ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ	62
<i>Утепбергенова Г.А., Айнабек Г.А., Кульжанова К.Ж., Рыстаева Б.Н., Камбарова З.М.</i>	
ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ИНВАЗИВНЫХ ДИАРЕЙ В Г. ШЫМКЕНТЕ	63
<i>Утепбергенова Г.А., Бажикова А.С.</i>	
ИММУНОПРОФИЛАКТИКА КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ЮЖНОМ КАЗАХСТАНЕ.....	64
<i>Халилова М.Б., Ахметова Г.М., Махамбетиярова С.Б., Камалова Г.Г.</i>	
ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ДИСБАКТЕРИОЗА КИШЕЧНИКА У НАСЕЛЕНИЯ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП.....	64
<i>Шерметова М.Б.</i>	
ДИАРЕЙНЫЙ СИНДРОМ ПРИ ККГЛ	65
<i>Юлдашев А.М., Бектимиров А.М.-Т., Султанова Г.Ю.</i>	
КЛИНИЧЕСКО-ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ, ВЫЗВАННЫХ УСЛОВНО-ПАТОГЕННЫМИ МИКРООРГАНИЗМАМИ	66
<i>Юльчибаев М.Р., Ахмедова М.Д., Усарова С.А.</i>	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОБИОТИКА ЭНТЕРОЖЕРМИНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ И ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА С ЯВЛЕНИЯМИ ДИСБАКТЕРИОЗА КИШЕЧНИКА	66