

ISSN 2072-8107 Print  
ISSN 2618-8139 Online



АССОЦИАЦИЯ  
ПЕДИАТРОВ-ИНФЕКЦИОНИСТОВ

2019  
Том 18

СПЕЦВЫПУСК

# ДЕТСКИЕ ИНФЕКЦИИ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ

**МАТЕРИАЛЫ XVIII КОНГРЕССА  
ДЕТСКИХ ИНФЕКЦИОНИСТОВ РОССИИ**

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ  
ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ  
И ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ**

**МОСКВА  
12—14 ДЕКАБРЯ 2019 Г.**

**Детские инфекции. 2019; Том 18, Спецвыпуск: Материалы XVIII Конгресса детских инфекционистов России «Актуальные вопросы инфекционной патологии и вакцинопрофилактики». Москва, 2019, 12—14 декабря: 196 с.**

Подписано в печать 05.12.19.  
Формат 84 x 108 <sup>1</sup>/<sub>32</sub>. Бумага офсетная. Объем 196 с.  
Тираж 400 экз. Заказ 5691.

Отпечатано в типографии «ВИССЛА ПРЕСС»,  
115088, г. Москва, ул. Новоостановская, д. 10

© Ассоциация педиатров-инфекционистов, 2019

## **1 Клинико-эпидемиологические особенности течения ротавирусной инфекции у детей до 3-х лет**

**Албегова Б.З., Гуссоева И.Г., Хаматова Э.А., Юнусова Д.Д., Гюева З.А.**

ФГБОУ ВО Северо-Осетинская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения Российской Федерации, Владивкавказ, Россия

Ротавирусная инфекция доминирует в структуре вирусных диарей у детей, в связи с чем изучение её особенностей является одной из наиболее актуальных проблем детских инфекций.

Цель: изучение особенностей течения ротавирусной инфекции среди детей в возрасте до 3-х лет жизни, проходивших лечение на базе РДКБ г. Владикавказа.

Материалы и методы: Для проведения исследования было изучено 377 историй болезни детей с подтверждённым диагнозом ротавирусной инфекции.

Результаты: Выявлено, что за период с 2014 по 2018 годы моно-ротавирусной инфекцией болело 226 детей ранней возрастной группы, что составляет 59,9% от общего числа детей до 3-х лет с этой инфекцией. Из них наиболее восприимчивы дети до 1-го года — 180 (79,5), среди которых дети первого полугодия составили 50 (27,7), а количество детей в возрастной группе от 1 года до 3-х лет — 46 (20,5). В данной категории больных ротавирусная инфекция встречалась с одинаковой частотой среди мальчиков — 111 и девочек — 115. В клинической картине заболевания преобладали среднетяжёлые формы — 91%, тогда как тяжёлая форма отмечалась в 7% случаев, лёгкая — в 2%. Наиболее часто ротавирусная инфекция протекала в виде гастроэнтерита, реже — энтерита. Повышение заболеваемости ротавирусной инфекцией у детей до 3-х лет наблюдалось в зимне-осенний период, пик заболеваемости приходился на февраль 52 (23%). По территориальной распространённости городское население 160 (70,8) преобладало над сельским — 66 (29,2%).

Выводы: Ротавирусная инфекция в моноформе у детей в возрасте до 3 лет жизни встречалась чаще, чем в ассоциации с другими инфекциями, болели в основном дети первого года жизни. Таким образом, можно сделать вывод, что ротавирусная инфекция является серьёзной проблемой у детей раннего возраста, что диктует необходимость введения вакцинопрофилактики в Национальный календарь прививок.

## **2 Влияние способа родоразрешения на вероятность развития инфекционных заболеваний у детей раннего возраста**

**Албегова Б.З., Гуссоева И.Г., Юнусова Д.Д.**

ФГБОУ ВО Северо-Осетинская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения Российской Федерации, Владивкавказ, Россия

В момент родов ребенок контактирует с жизненно важными сапрофитными микроорганизмами, которые колонизируют кишечник, кожу, лёгкие, что стиму-

лирует иммунитет ребёнка. Дети, рожденные оперативным путём, появляются на свет в стерильных условиях, что способствует снижению иммунитета.

Цель: сравнение частоты развития инфекционных заболеваний у детей раннего возраста, рождённых путём кесарева сечения и естественным путём.

Материалы и методы: Проведено ретроспективное исследование. Методом случайной выборки проанализировано 150 историй болезни детей в возрасте до 3 лет, 50 из которых были рождены путём кесарева сечения (КС), 100 — естественным путём (ЕП).

Результаты: Причинами оперативного родоразрешения были в 88% случаев абсолютные и относительные показания, а в 12% случаев было элективное кесарево сечение, которое проводилось без медицинских показаний. Критерии включения в исследование: рождение в срок, масса тела при рождении 3000—4000 г, оценка по шкале Апгар 6—8 баллов. Изучались заболевания, которые патогенетически были связаны с нарушением микрофлоры ребёнка (кишечная инфекция, острые респираторные заболевания и др.). Исследование проводилось на базе Республиканской детской клинической больницы г. Владикавказа.

В ходе исследования дети основной группы, рождённые путём кесарева сечения чаще переносили различные инфекционные заболевания, чем дети контрольной группы, рожденные естественным путём. Так, частота развития инфекций нижних дыхательных путей составила 32 и 14%, из которых на долю пневмонии приходилось 12,5 (КС) и 7% (ЕП), обструктивного бронхита — 18% (КС) и 14% (ЕП). У 4% больных из основной группы отмечались проявления отита, у детей контрольной группы — в 6% случаев. Синуситы наблюдались у детей обеих групп с одинаковой частотой. У детей контрольной группы острый ларинготрахеит в большинстве случаев протекал со стенозом I степени, а у детей, рождённых путём кесарева сечения, — 1—2 и 2 ст. Острые кишечные инфекции у детей в группе КС составили 28%, а в группе рождённых естественным путём — 15%. При этом в обеих группах приблизительно с одинаковой частотой встречалась ротавирусная инфекция (15 и 12%). Кишечные инфекции, вызванные патогенными и условно-патогенными бактериями, чаще встречались у детей, рождённых путём кесарева сечения (16%). В контрольной группе таких детей было 4%. Дети основной группы чаще болели рецидивирующими респираторными инфекциями, чем дети рождённые ЕП — контрольной группы (25 и 10% соответственно). Кроме того, у детей основной группы частота инфекций кандидозной и паразитарной этиологии отмечалась в 2 раза чаще.

Выводы: Таким образом, дети, рождённые путём кесарева сечения, в раннем возрасте чаще болели различными инфекционными заболеваниями, по сравнению с детьми, рождёнными естественным путём. Кроме того, у этих же детей отмечался более высокий риск развития респираторных инфекций.

### **3 Течение инфекционного мононуклеоза в зависимости от этиологического фактора**

**Албегова Б.З., Гусоева И.Г., Юнусова Д.Д., Эскиева С.Х., Магамадова Х.И.**

ФГБОУ ВО Северо-Осетинская государственная медицинская академия МЗ РФ, Владикавказ, Россия

Актуальность проблемы инфекционного мононуклеоза обусловлена высокой степенью инфицированности герпесвирусами населения во всём мире, лёгко-

стью заражения, часто латентным течением заболевания и пожизненной персистенцией вируса в организме человека.

Цель: Выявление основных закономерностей эпидемиологического процесса в течении инфекционного мононуклеоза, клинической картины и изучение проблем диагностики и лечения.

Материалы и методы: Исследование проведено на базе инфекционного отделения РДКБ г. Владикавказа. Были изучены истории болезни 143 детей за период с 2014 по 2018 г. с выявленным диагнозом инфекционный мононуклеоз. Лабораторная диагностика проводилась методом качественного иммунохроматографического экспресс-теста для определения специфических IgM-антител к вирусному капсидному антигену (VCA) вируса Эпштейна-Барр в сыворотке крови, методом иммуноферментного анализа с определением в крови маркеров Эпштейна-Барр вирусной инфекции (IgM VCA), определялась ДНК-EBV методом полимеразной цепной реакции.

Результаты: В ходе работы выявлено 133 (69%) случая инфекционного мононуклеоза с подтверждённой Эпштейна-Барр вирусной этиологией. Пик заболеваемости отмечался в осенне-зимний период. Распространённость заболевания среди городского населения — 78,9 %, сельского — 21,1%. Гендерные различия представлены следующим образом: мальчики 61% (82 человека); девочки 39 % (51 человек). В клиническом течении преобладали среднетяжелые формы 93,2 %; лёгкие составили 2,3 %; тяжелые — 4,5%. Преобладающий контингент — дети в возрасте от 3 до 6 лет с отягощенным преморбидным фоном, что составило 48% (64 человека). У детей раннего возраста инфекционный мононуклеоз протекал с выраженным лимфопролиферативным синдромом, а в старшей возрастной группе с более тяжелым и длительным поражением ротоглотки. У 92% больных лихорадка сохранялась 5—10 дней, у 8% свыше двух недель. У большинства обследуемых детей (47%) наблюдались жалобы на заложенность носа, на боль в горле жаловались 19%, недомогание — 35%, головную боль — 10%, боль в животе, рвоту — 7%, кашель — 13% детей. У 92% больных лихорадка сохранялась 4—8 дней, у 8% — свыше двух недель. Средняя продолжительность стационарного лечения составила 9 койко-дней.

Выводы: Таким образом, благодаря современным методам диагностики не вызывает затруднения установление этиологического фактора в развитии инфекционного мононуклеоза. Это позволяет своевременно начать противовирусную терапию и купировать патологический процесс на ранних сроках заболевания.

## **4 Спектр возбудителей сочетанной астровирусно-бактериальной кишечной инфекции у детей**

**<sup>1</sup>Алиев Г.Н., <sup>1</sup>Рустамова Л.И., <sup>1</sup>Мамедова В.Г., <sup>2</sup>Ибрагимова Г.Х., <sup>1</sup>Исмаилова А.С., <sup>1</sup>Мамедова Дж.С.**

<sup>1</sup>Научно-Исследовательский Институт Медицинской Профилактики им. В.Ю.Ахундова, Баку, Азербайджан,

<sup>2</sup>Азербайджанский Медицинский Университет, Баку, Азербайджан

Острые кишечные инфекции (ОКИ) в педиатрической практике характеризуются не только высоким уровнем заболеваемости, но и более высокой леталь-

ностью (ВОЗ, 2018). В настоящее время в связи со сменой этиологической структуры ОКИ у детей алгоритмы диагностики и лечения ОКИ нуждаются в периодическом усовершенствовании. Смена традиционно доминирующих возбудителей ОКИ с преобладанием лидирующих позиций таких вирусов, как ротавирусы, аденовирусы, астровирусы является важным аспектом эпидемиологии ОКИ как в зарубежных странах, так и в нашей республике.

Цель: установление спектра возможных возбудителей сочетанной астровирусно-бактериальной кишечной инфекции у детей.

Материалы и методы: в исследование были включены 75 детей, госпитализированные в клинику инфекционных болезней НИИ Медицинской Профилактики г. Баку в 2018 году. Астровирусный антиген (Antigen HstV) определялся с помощью экспресс-метода иммунохроматографии. Образцы фекалий детей, помимо астровирусного антигена, проверялись также на наличие ротавирусного и аденовирусного антигенов. Реакция ставилась согласно инструкции производителя (SerTest Biotec, Испания). У всех детей изучалось состояние микрофлоры кишечника с определением традиционных бактериальных агентов.

Результаты: 17,3% (13 проб) содержали астровирусы. Возрастная структура пациентов была следующей: 0–6 мес. — 4 детей, 1–2 года — 4 детей, 3–16 лет — 67 детей. В возрастной группе 0–6 мес. астровирусный антиген не был обнаружен.

Выявляемость астровирусного антигена в возрастной группе 1–2 года составляет 25,0%, в возрастной группе 3–16 лет — 17,9%. В 9,3% (7 случаев) пробах астровирусы были выявлены совместно с другими кишечными вирусами — 4 случая с ротавирусами (5,3%) и 3 случая с аденовирусами (4,0%). Проследивание динамики выявляемости астровирусного антигена по месяцам в течение года показало, что у детей астровирусная кишечная инфекция характеризуется зимней-весенней сезонностью. Подъем заболеваемости астровирусными кишечными инфекциями приходится на февраль-март (6 случаев).

Изучение состояния микробиоценоза кишечника у детей с астровирусной кишечной инфекцией выявило почти у всех детей дисбактериоз различной степени (с очень низким содержанием *E. coli* и преобладанием грибов рода *Candida*).

Выводы: Полученные данные позволяют полагать, что при астровирусной кишечной инфекции у детей микрофлора кишечника характеризуется изменением баланса сапрофитной флоры.

## **5 Клинико-эпидемиологическая характеристика инфекционного мононуклеоза у детей**

**Андреева Л.В., Стеколыщикова И.А., Акимова В.П., Семенова В.А., Петрейкина И.Е.**

ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И.Н.Ульянова», Чебоксары, Россия

Герпесвирусные инфекции широко распространены среди детей и взрослых. Наиболее частой клинической формой при инфицировании герпесвирусами у детей является инфекционный мононуклеоз (ИМ).

Цель: Проведение анализа и оценки клинико-эпидемиологических особенностей течения ИМ у детей на современном этапе.

**Материалы и методы:** Было проведено ретроспективное исследование 78 историй болезни детей с диагнозом ИМ в возрасте от 1 мес. до 15 лет, госпитализированных в инфекционный стационар БУ «ГДБ №2»г. Чебоксары в 2018 году. Все дети с клиникой ИМ были обследованы методом ИФА и ПЦР на герпесвирусы (ВЭБ, ЦМВ, ВПГ).

**Результаты:** Основную массу больных ИМ составили дети раннего (25 — 32,1%) и дошкольного (42— 53,8%) возраста. Пациентов школьного возраста было существенно меньше — 11 (14,1%). Среди заболевших преобладали мальчики (48—61,5%). 59% (46) больных были направлены на стационарное лечение участковым педиатром, 34,6% (27) по линии скорой помощи и 6,4% (5) при самообращении; из них с направительным диагнозом: ОРВИ — 41,1% (30), ИМ — 38,4% (28), острый тонзиллит — 13,7% (10), вирусный гепатит, синусит, лимфаденит, аппендицит — 6,8% (5). Число ошибочных диагнозов направления составило 61,6%. Процент этиологической расшифровки ИМ составил 60,3% (47). У 39,7% (31) пациентов этиология ИМ осталась невыясненной. В структуре расшифрованных случаев доминировали ВЭБ (31—39,8%), ЦМВ определялись у 16,6% (13), в 3 (3,8%) случаях была смешанная этиология (ВЭБ + ВПГ 1 типа, ВЭБ + ЦМВ). Рост заболеваемости ИМ наблюдался в осенне-зимнее время — 56 (71,8%). Преобладали среднетяжелые формы заболевания — 84,6% (66), тяжелые формы диагностированы у 15,4% (12). Негладкое течение заболевания с развитием осложнений не наблюдалось. У всех пациентов имела место типичная клиника ИМ: затруднение носового дыхания — 79,4% (62), лихорадка — 97,4% (76), тонзиллит с налетом — у 89,7% (70), экзантема — 28,2% (22), лимфопролиферативный синдром — 100%, гепатоспленомегалия — 96,2% (75), реактивный гепатит — 19,2% (15). В общем анализе крови отмечался лейкоцитоз у 61,8%, моноцитоз — у 41%, лимфоцитоз — у 52,9%, тромбоцитопения — у 29,4%, атипичные мононуклеары обнаружены у 71 (91%) пациента: от 5 до 10% — у 15 (19,2%), от 10 до 20% — у 39 (50%) и более 20% — у 17 (21,8%). У 7 (9%) пациентов атипичные мононуклеары не выявлены.

**Выводы:** В возрастном аспекте больше подвержены заболеваемости ИМ дети дошкольного возраста, преимущественно мальчики. Клиническая картина сохранила свои классические черты, нередко с развитием реактивного гепатита. Комплексное лабораторное обследование позволило подтвердить полиэтиологичность структуры ИМ у детей. Лидирующим возбудителем остается ВЭБ, обращает на себя внимание высокий процент нерасшифрованных форм и ошибочных диагнозов на догоспитальном этапе.

## 6

### **Клинико-лабораторные параллели сальмонеллезной инфекции в зависимости от серотипов**

**Андреева Л.В., Стекольников И.А.,  
Петрейкина И.Е., Семенова В.А., Питрукова А.П.**

ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова», Чебоксары, Россия

В последние годы в этиологической структуре бактериальных диарей ведущее место занимает сальмонеллез. По данным Роспотребнадзора Чувашии, за

1 полугодие 2019 г. в общей структуре ОКИ доля сальмонеллеза выросла на 0,5% по сравнению с аналогичным периодом 2018 г. (2,3—1,8%).

Цель: провести анализ клинического течения сальмонеллеза у детей в зависимости от серотипа.

Материалы и методы: Проведено ретроспективное исследование историй болезни 48 больных сальмонеллезом, госпитализированных в КДО БУ «ГДБ№2» г. Чебоксары в январе-октябре 2019 г. Клиническое течение сальмонеллеза оценивали в соответствии с принципом определения типа, тяжести, характера течения инфекционного процесса.

Результаты: Из 48 пациентов в возрасте до 1 года было 6 детей (12,5%), от 1 до 3 лет — 14 (29%), от 3 до 7 лет — 16 (33,5%), старше 7 лет — 12 (25%). Чаще болели мальчики — 35 (73%) и дети, посещающие школу и ДДУ — 30 (62,5%).

В этиологии заболевания преобладали серовары *S. enteritidis* (32 случая — 66,7%) и *S. typhimurium* (10 случаев — 20,8%), и только в 6 (12,5%) случаях — *S. chester* и гр. В, С.

Больные по тяжести распределились следующим образом: легкая форма — 2 ребенка (4,2%), среднетяжелая — 34 (70,8%), тяжелая — 12 (25%).

Штамм *S. enteritidis* чаще был выделен у детей возраста 3—7 лет в 22 случаях (68,8%) и в 19 (59,3%) случаях в зимне-весенний период. Лихорадку регистрировали в 100% случаев (32), у 30 детей (93,8%) диагностирована секреторная диарея по типу гастроэнтерита и энтерита, в 2-х (6,2%) случаях наблюдали энтероколит. Токсикоз с эксикозом I и 1—2 степени был выявлен у 25 (78,1%) пациентов, синдром токсической почки — в 5 (15,6%) случаях. В гемограмме в 46% случаев выявлен лейкоцитоз, в 21% — ускорение СОЭ, в 4% — токсическая зернистость нейтрофилов.

Штамм *S. typhimurium* наблюдался преимущественно среди детей школьного возраста — 6 (60%), с пиком в летне-осеннее время. Заболевание протекало в виде гастроэнтероколита во всех случаях, с токсикоз эксикозом 1—2 степени, в 5 случаях наблюдали гемоколит. По общему анализу крови выявлено, что *S. typhimurium* в 100% случаев приводила к лейкоцитозу, пятая часть которых сопровождалась палочкоядерным нейтрофилезом и токсической зернистостью. В общем анализе мочи в 4 случаях наблюдали протеинурию и микрогематурию.

У детей, зараженных *S. chester* и *S. гр. В и С* в клинической картине заболевания наблюдали субфебрильную температуру, отсутствие рвоты и токсикоза с эксикозом, развитие энтерита легкой и средней степени тяжести.

При определении чувствительности к антибиотикам, выявили, что *S. enteritidis* устойчив к налидиксовой кислоте, однако 27% показали чувствительность к полусинтетическим пенициллинам (амоксиклав, ампициллин), фторхинолонам, налидиксовой кислоте, цефалоспорином III поколения (цефтриаксон), аминогликозидам. Штамм *S. typhimurium* показал низкую чувствительность к ампициллину (56,5%) и амоксиклаву (37,5%) и высокую — к фторхинолонам, цефалосопринам III поколения, аминогликозидам и хлорамфениколу.

Выводы: Таким образом, в этиологической структуре возбудителей доминирует *S. enteritidis* (гр. Д). Наиболее часто болели дети раннего возраста (41,5%). В клинической картине заболевания преобладала секреторная диарея — гастроэнтерит и энтерит.

## 7 Этиологическая характеристика вирусных диарей у детей

Андреева Л.В., Стекольников И.А., Семенова В.А.,  
Петрейкина И.Е., Питрукова А.П.

ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет  
имени И.Н.Ульянова», Чебоксары, Россия

В последние годы ведущее место в этиологической структуре острых кишечных инфекций (ОКИ) у детей занимают вирусные поражения желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), при этом более половины регистрируемых случаев приходится на долю детей раннего возраста.

Цель: Изучить этиологическую структуру вирусных диарей у детей в зависимости от возраста.

Материалы и методы: Проведено ретроспективное исследование 1017 историй болезни детей с вирусными диареями в возрасте от 1 мес. до 15 лет жизни, госпитализированных в кишечно-диагностическое отделение инфекционного стационара БУ «ГДБ № 2» г. Чебоксары. Для выявления рото-норо-астро-адено-энтеровирусов в фекалиях использовались методы ИФА и ПЦР.

Результаты: Среди пациентов с вирусным поражением ЖКТ дети первого года жизни составили 17,9% (182), от 1 года до 3-х лет — 44,4% (452), от 3-х до 7 лет — 24,1% (245) и от 7 до 15 лет — 13,6% (138). Положительные результаты обследования на вирусы были выявлены у 901 (88,6%) пациента из 1017 больных с вирусной диареей. 116 (11,4%) больных были выписаны с диагнозом вирусная диарея неустановленной этиологии. Этиологическая структура выглядела следующим образом: моновирусная инфекция — ротавирус выделен у 579 (56,9%) детей, норовирус генотип 2 — у 222 (21,8%), астро-вирус — у 91 (8,9%), аденовирус — у 1 (0,1%). Смешанная вирусно-вирусная и вирусно-бактериальная инфекция составила 0,8% (8). Смешанная вирусно-вирусная инфекция определялась в пропорции: рота + норо у 3-х больных, рота-норо-астро — у 2-х. У 3-х пациентов была выявлена ротавирусная инфекция в сочетании с клебсиеллой, сальмонеллой и кампилобактером. Ротавирусная инфекция преобладала у детей в возрасте 1—3 лет (47,8% — 277) и 3—7 лет (26,3% — 152) и, значительно реже, у детей грудного (19,5% — 113) и школьного возраста (6,4% — 37). Норовирусная инфекция доминировала в возрастной группе 1—7 лет (64,4% — 143), но в отличие от ротавирусной, чаще регистрировалась у детей школьного возраста (23% — 51) и реже в грудном возрасте (12,6%—28).

Выводы: Основными возбудителями в структуре вирусных диарей у детей являются рота- и норовирусы (78,7%). Установлено преобладание вирусных поражений ЖКТ у детей в возрасте до 3-х лет. Наибольшая частота госпитализации детей до 5 лет обусловлена ротавирусной инфекцией, а у школьников — норовирусной.

## 8

### Эффективность пробиотика в терапии острых кишечных инфекций бактериальной этиологии у детей на амбулаторном этапе

Арова А.А., Хлынина Ю.О., Невинский А.Б.

Волгоградский государственный медицинский университет,  
Волгоград, Россия

Острые кишечные инфекции остаются актуальной проблемой в инфекционной заболеваемости. Одно из их проявлений — развитие нарушений микрофлоры желудочно-кишечного тракта. Применение пробиотических средств является обоснованным и соответствует принципам доказательной медицины.

Целью исследования явилась оценка клинической эффективности препарата «Биовестин-лакто» в комплексном лечении гастроэнтероколитов бактериальной этиологии у детей.

Материалы и методы: На лечении находилось 30 больных с ОКИ бактериальной этиологии в возрасте от 3-х до 14-ти лет. 1 группа больных получала оральную регидратацию, антибиотики, энтеросорбенты в сочетании с жидким пробиотиком «Биовестин-лакто». Контрольная группа получала комплексную терапию без назначения пробиотика.

Результаты: Диарейный синдром у детей 1 группы уменьшался со 2—3 дня с полным купированием к 5—6 дню терапии. У больных контрольной группы симптомы энтероколита сохранялись первые 3—4 дня терапии, и к 10—12 дню терапии у 100% пациентов не было «жидкого» стула. Динамика исчезновения клинических симптомов инфекционного токсикоза (сниженный аппетит, лихорадка, вялость, слабость) была положительной, но в основной группе сроки были короче. Нарушение микробиоценоза кишечника отмечено у всех больных (в той и другой группе) уже в начальном периоде заболевания. Изменения в количественном и качественном составе микрофлоры кишечника были однотипными и характеризовались снижением показателя концентрации ниже возрастной нормы бифидо-, лактобактерий, в меньшей степени — энтерококков и повышением общего количества кишечной палочки. Изменения микробиоза в кишечнике нормализовались к 10 дню лечения у основной группы больных. Дисбиотические изменения в микрофлоре кишечника у больных контрольной группы оставались на прежнем уровне, а у отдельных больных даже прогрессировали. Продолжительность основных клинических симптомов у детей была достоверно меньше в основной группе.

Выводы: В результате исследования установлено, что включение в терапию БАДа «Биовестин-лакто» оказывает положительное воздействие на стабилизацию клинических симптомов инфекционного гастроэнтероколита, а также способствует нормализации количественного состава отдельных представителей нормофлоры толстого кишечника. Включение жидкого пробиотика «Биовестин-лакто» в комплекс терапии бактериальных кишечных инфекций у детей позволяет повысить эффективность терапии, снизить сроки реабилитации и уменьшить степень дисбактериоза кишечника в более короткие сроки.

## 9

### Вариант течения вирусно-бактериального (ЦМВ + *Streptococcus agalactiae*) менингоэнцефалита у новорождённого: случай из практики

Артемичик Т.А., Симаченко О.В., Крастелева И.М.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,  
ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», Минск, Республика Беларусь

Проблема внутриутробных инфекций (ВУИ) крайне сложна и многообразна. Актуальность на сегодняшний день приобретают сочетанные вирусно-бактериальные ВУИ, которые характеризуются тяжелым течением и атипичными формами заболевания, чаще приводят к летальности и инвалидизации пациентов.

Цель: Описание клинического случая острого менингоэнцефалита, вызванного ЦМВ и *Streptococcus agalactiae*, у новорожденного ребенка.

Материалы и методы: Проанализирована история болезни новорожденного, который находился на лечении в ГУ РНПЦ «Мать и дитя» г. Минска.

Результаты: Ребенок М., находился на лечении с клиническим диагнозом: Внутриутробный сепсис, септикопиемическая форма (гнойный менингит, врожденная пневмония). Врожденная ЦМВ-инфекция (менингоэнцефалит).

Из анамнеза: родился доношенным, 8/9 по шкале Апгар. Беременность протекала на фоне пневмонии в 16 недель, многоводия, кольпита у матери.

В первые часы жизни у новорожденного появилась одышка, признаки дыхательной недостаточности (ДН), крик со стоном и нарушение микроциркуляции. По результатам исследования КОС: метаболический декомпенсированный ацидоз, ДН-III. Рентгенологическое исследование легких выявило врожденную пневмонию. В течение часа состояние ухудшилось, развился септический шок, гипертермия до 39°C, гипотензия и судороги, ребенок переведен на ИВЛ. В общем и биохимическом анализах крови отмечались выраженные воспалительные изменения, прокальцитонин 185,33 нг/мл, что свидетельствует о бактериальном сепсисе. В СМЖ четырехзначный нейтрофильный цитоз. Из ликвора выделен *Streptococcus agalactiae*. Также проводилось обследование и были получены отрицательные результаты на ВУИ (ЦМВ, ВПГ, гепатит В и С) методом иммуноферментного анализа.

На фоне проводимой антибактериальной терапии в течение 5 дней состояние улучшилось, стало стабильным, кислородозависимость регрессировала и ребенок был экстубирован. В контрольных анализах крови и СМЖ (10–11 сутки) отмечалась нормализация показателей.

Однако на 15-е сутки состоянии пациента ухудшилось, появилась судорожная готовность, ребенок стал вялым и адинамичным. Снова была проведена ЛП. В СМЖ обнаружен лимфоцитарный двухзначный цитоз. При обследовании методом ПЦР (20-й день жизни) выявлена ДНК ЦМВ в крови и ликворе. Известно, что выявление вируса в любой биологической среде у ребенка до 3 недель жизни позволяет установить врожденную ЦМВ-инфекцию. Так же обнаружение ЦМВ в крови и ликворе и наличие клинико-лабораторных маркеров менингоэнцефалита послужило поводом для назначения ганцикловира, что позволи-

ло справиться с заболеванием. Спустя месяц от начала лечения ганцикловиром было проведено обследование на ЦМВ — в слюне, моче обнаружена ДНК ЦМВ, в крови и ликворе ДНК ЦМВ не обнаружена.

Ребенок был выписан в удовлетворительном состоянии для дальнейшего динамического наблюдения у инфекциониста.

Выводы: В результате проведенного лечения и реабилитационных мероприятий ребенок растет и развивается соответственно возрасту, не имеет патологии со стороны ЦНС, органа слуха и зрения. Данный клинический случай продемонстрировал важность обследования новорожденных с бактериальными инфекциями на наличие оппортунистов методом ПЦР. Своевременная диагностика позволяет назначить необходимую терапию и улучшить прогноз пациентов. Дальнейшее диспансерное наблюдение у инфекциониста позволило решить вопросы вакцинации и реабилитации ребенка, что улучшило качество его жизни.

## **10 Состояние цитокинового статуса у беременных с антифосфолипидным синдромом, перенесших вирусный гепатит**

---

**Ахмаджонова Г.М.**

Андижанский государственный медицинский институт,  
Андижан, Узбекистан

В последнее время среди акушерских и перинатальных осложнений особое место занимает антенатальная гибель плода, что вероятно может быть одним из классических клинических критериев антифосфолипидного синдрома (АФС), особое значение отведено влиянию образований антител (аутоиммунных реакций) к некоторым собственным фосфолипидам на процессы имплантации, роста, развития эмбриона и плода, течение беременности и исход родов. Особое внимание заслуживает течение беременности у данного контингента с перенесенным вирусным гепатитом в анамнезе.

Следует отметить, что большинство цитокинов являются иммуоактивными соединениями, секретирующимися иммунокомпонентными клетками локально, в зоне воспаления. Повышение уровня провоспалительных цитокинов рассматривают обычно как фактор, утяжеляющий течение заболевания.

Цель: Изучить показатели цитокинов у беременных с антифосфолипидным синдромом (АФС).

Материалы и методы: Нами были исследованы 18 женщин с АФС. Проводились клинико-лабораторные методы обследования на базе ЦНИЛ, помимо АФС, все женщины были обследованы на TORCH-инфекции. Цитокиновый статус включал определение ИЛ-1, ИЛ-6 и ФНО- $\alpha$ .

Результаты: У обследуемых женщин была выявлена экстрагенитальная патология, в частности хронический воспалительный процесс в печени. У пациенток были обследованы ИЛ-1, ИЛ-6 и ФНО и выявлено повышение показателей цитокинов в плазме обследуемых. При изучении концентрации цитокинов было выявлено увеличение концентрации ИЛ-6 у больных, чем в контрольной группе ( $p < 0,001$ ), что совпадает с результата-

ми (R.R. Forastiero и соавт. 2005) об увеличении синтеза ИЛ-6 при этом заболевании. Выявлена отрицательная корреляция уровня ИЛ-6 с количеством тромбоцитов ( $p < 0,01$ ) у больных АФС, указывающая на возможное участие этого цитокина в развитии тромбоцитопении при АФС. Уровень ФНО- $\alpha$  в сыворотках больных значительно превышал таковой у АФС ( $p < 0,001$ ). Увеличение сывороточной концентрации ФНО- $\alpha$  отмечено у 74% больных АФС. Другими авторами получены сходные результаты о повышении уровня ФНО- $\alpha$  при АФС (Forastiero R.R. и соавт., 2005). Показано, что при АФС концентрация ФНО- $\alpha$  у 16 больных с патологией ЦНС была выше, чем у 21 больного без поражения ЦНС ( $p < 0,01$ ). Сывороточный уровень ИЛ-1 у больных с АФС был выше данного показателя у контрольной группы ( $p < 0,05$ ). При АФС повышение уровня ИЛ-1 коррелировало с уменьшением количества случаев тромбозов в анамнезе ( $p < 0,02$ ). Учитывая имеющиеся данные о способности ИЛ-1 подавлять клеточные иммунные реакции, можно предположить, что этот цитокин является протективным фактором в отношении развития тромботических осложнений и тяжелых органических повреждений при АФС.

Выводы: Небольшая концентрация цитокинов в плазме крови и значительные колебания уровня делают трудоемким процесс их определения, однако полученная информация становится бесценным помогающим нам в познании этиологии и патогенеза болезни и создании новых методов диагностики и лечения. По данным исследования было отмечено, что на фоне воспалительных процессов наблюдаются повышение концентрации цитокинов, что требует дальнейшего тщательного изучения данных цитокинов при АФС, с целью возможностью одним из диагностических критериев данной патологии.

## 11

### **Спектр энтеровирусных инфекций в условиях мониторинга синдрома острого вялого паралича в период завершения глобальной программы искоренения полиомиелита**

<sup>1</sup>Баликин В.Ф., <sup>2</sup>Смирнова Л.А., <sup>2</sup>Яныкина О.Б.

<sup>1</sup>Ивановская государственная медицинская академия,  
<sup>2</sup>ТУ Роспотребнадзора по Ивановской области

Актуальность энтеровирусных инфекций (ЭВИ), отличающихся многообразием серотипов, высокой контагиозностью и возникновением эксплозивных вспышек, широким полиморфизмом клинических проявлений, в наибольшей степени определяется мониторингом синдрома острого вялого паралича (ОВП).

Цель в период завершения глобальной программы искоренения полиомиелита (ВНО) изучить спектр ЭВИ у детей с акцентом на ОВП и установить современные клинико-эпидемиологические тенденции.

Материалы и методы: анализ Государственных докладов Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Ивановской области за период 2015—2018 гг. и медицинской документации (ист. болезни уч.ф. 003/у) 155 детей, находившихся на стационарном лечении в ОБУЗ «Городская клиническая больница №1» с января 2017 г. по сентябрь 2019 г.

Результаты: В Ивановской области в 2015–2017 гг. установлен выраженный тренд инцидентности ЭВИ: в 2015–2016 гг. рост на 39,3% (9,5/100 тыс. нас.), в 2016–2017 гг. — в 2,7 раза, в 2017 г. — в 6,3 раза (25,9/100 тыс. нас.). С 2018 г. наметилась тенденция к снижению (6,5/100 тыс. нас.). Внутригодовая динамика ЭВИ характеризовалась летне-осенним подъемом. Период эпидемического подъема составил 3 месяца — с августа по октябрь включительно. Установлен высокий удельный вес вспышечной заболеваемости: 2015 г. — 32,4%; 2016 г. — 24,5%; 2017 г. — 10,9%; все вспышки зарегистрированы в детских дошкольных учреждениях (ДОУ). В возрастной структуре заболеваемости 90,9% случаев ЭВИ зарегистрировано у детей до 14 лет (2016 г. — 92,9% — 58,2/100 тыс. нас.; 2017 г. — 97% — 162,5/100 тыс. нас.). Наиболее пораженными группами оказались дети двух возрастных групп: 1–2 года (2016 г. — 184,5/100 тыс. нас.; 2017 г. — 460,2/100 тыс. нас.; 2018 г. — 129,9/100 тыс. нас.) и 3–6 лет (2016 г. — 72,7/100 тыс. нас.; 2017 г. — 257,8/100 тыс. нас.; 2018 г. — 33,3/100 тыс. нас.). В клинической структуре ЭВИ не выявлено ни одного случая полиомиелитоподобного заболевания, ОВП ассоциированного с ЭВИ и полиомиелита вызванного циркулирующими полиовирусами вакцинного происхождения (цПВВП). Доля энтеровирусного менингита (ПЦР-верификация-ликвор) составила 7,6%: 2016 г. — 0,48/100 тыс. нас.; 2017 г. — 0,29/100 тыс. нас.; 2018 г. — 0,49/100 тыс. нас.); болели дети двух возрастных групп — школьники 7–14 лет (2,37/100 тыс. нас.) и, особенно, подростки 15–17 лет (7,66 на 100 тыс. нас.). ЭВИ энтерит выявлен в 22,7%, экзантемы — в 9,1%, герпангина — в 25,8%, фарингит — в 6,0%, комбинированные формы — в 27,3% случаев.

В вирусологической лаборатории ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ивановской области» обследовано на энтеровирусы 2901 человек, в том числе с диагностической целью 2088, по эпидемическим показаниям — 343, с профилактической целью (дети дома ребенка) — 60 человек. Методом ПЦР определена РНК энтеровирусов у 976 человек, по результатам вирусологического исследования определен вакцинный штамм полиовируса тип 1 только в одной пробе, который при идентификации в Национальном центре по лабораторной диагностике ПОЛИО/ОВП был не подтвержден. Доминирующее положение занимал энтеровирус вида А (серотип Коксаки А6, Коксаки А2). По результатам генотипирования определялись вирусы Коксаки А22, Коксаки А16, Коксаки А6, Коксаки А10, Коксаки А2, ЕСНО6, ЕСНО9, ЕСНО30.

Выводы: Пятилетний мониторинг спектра ЭВИ и эпидемиологических тенденций заболеваемости в период завершения глобальной программы искоренения полиомиелита выявил в 2015–2017 гг. в Ивановской области выраженный тренд инцидентности с превышением среднероссийских показателей на 58,3% с высоким удельным весом вспышечной заболеваемости в ДОУ, с последующим снижением показателей в 2018 г. (в 4 раза). В возрастной структуре заболеваемости 90,9–97% случаев ЭВИ зарегистрировано у детей в двух возрастных группах — 1–2 года и 3–6 лет. На территории не выявлено ни одного случая полиомиелитоподобного заболевания, полиомиелита, вызванного цПВВП. В клинической структуре доминировали герпангина (25,8%) и комбинированные формы (27,3%). Доля ЭВИ менингита составила 7,6% с поражением детей двух возрастных групп — школьники 7–14 лет и, особенно, подростки 15–17 лет. Идентификация вирусов в Национальном центре по лабораторной диагностике ПОЛИО/ОВП выявила доминирование энтеровирусов вида А (серотип Коксаки А6, Коксаки А2); при генотипировании определялись

вирусы Коксаки А22, Коксаки А16, Коксаки А6, Коксаки А10, Коксаки А2, ЕСНО6, ЕСНО9, ЕСНО30.

## 12 **Естественное течение перинатальной HIV1-инфекции у детей**

**<sup>1</sup>Баликин В.Ф., <sup>2</sup>Щуренков А.П., <sup>2</sup>Каплина С.Ю,  
<sup>1</sup>Философова М.С., <sup>1</sup>Тезикова И.В.**

<sup>1</sup>Ивановская государственная медицинская академия,

<sup>2</sup>Ивановский Центр по борьбе с ВИЧ

и инфекционными заболеваниями, Иваново, Россия

В глобальной пандемии ВИЧ/СПИД в отдельных группах имеет место проблема отсутствия приверженности беременных к антиретровирусной терапии (АРВТ) и к трехэтапной профилактике передачи инфекции от матери к ребенку (ППМР), что приводит к естественному течению HIV1 у детей с неонатального периода.

Цель: провести анализ естественного течения перинатальной HIV1-инфекции у детей.

Материалы и методы: проведен анализ материалов с периода начала регистрации ВИЧ/СПИД (с 2001 по 2004 г.) в Ивановской области по 2019 г.; выявлены 6 детей с естественным течением без АРВТ перинатальной HIV1-инфекции в разных возрастах.

Результаты: Анализ показал гетерогенность течения и темпов прогрессирования перинатальной HIV1-инфекции без АРВТ у детей. В одном случае мальчик, рожденный от HIV1-позитивных родителей (потребители внутривенных психоактивных веществ (ПАВ); мать потребляла ПАВ в течение беременности и в послеродовом периоде), родился с признаками тяжелой внутриутробной ВИЧ-инфекции (ВУИ) — тяжелая гипотрофия, микроцефалия, с явлениями двусторонней фетальной пневмонии с респираторным дистресс-синдромом, гепато-спленомегалии, тяжелой тромбоцитопенией, уровень CD4 + 960 с/mkl, VL 9 000 000 UI/mkl. После 3-недельного пребывания в ОАРИТ переведен в отделение выхаживания новорожденных и через 3 мес. выписан на амбулаторное наблюдение. От АРВТ мать отказалась. В возрасте 8 мес. ребенок заболел тяжелой ветряной оспой — опоясывающим лишаем (VZV-инфекцией) с некрозом кожи по типу пояса в umbиликальной области и генерализацией процесса (эцефаломенингит, ретинит, интерстициальная пневмония, некротический колит), что привело к летальному исходу.

Девочка 6 лет, рожденная на 32 неделе гестации от HIV1-позитивной матери (инфицирована при сексуальных контактах) без признаков ВУИ с массой 2850 г. В течение 6 лет наблюдалась в Центре по борьбе ВИЧ, где неоднократно предлагалась АРВТ, от которой бабушка (опекун внучки) отказывалась. В 6 лет девочка заболела пневмонией и при консультативном осмотре специалистов Центра выявлены CD4 + 30 с/mkl, VL 6 500000 UI/mkl, в связи с чем настоятельно рекомендован АРВТ. На фоне терапии калетрой и вирамуном (назначены в ФКУ РКИБ МЗ РФ «Научно-практический центр профилактики и лечения ВИЧ-инфекции у беременных женщин и детей», г. Санкт-Петербург, пос. Усть-Ижора) развился синдром восстановления иммунитета (СВИС) на фоне тяжелой миело-, гепато- и панкреатотоксичности и, несмотря на проведенную коррекцию, развился летальный исход.

У двоих мальчиков и девочки 13 лет с вертикальной HIV1-инфекцией принятие решения о начале АРВТ законными представителями (бабушка-опекун, приемная мать, мать) состоялось в 12, 14 и в 13 лет соответственно, при значениях CD4 + 120 с/mkl, VL 500 000 UI/mkl; CD4 + 120 с/mkl, VL 7 400 000 UI/mkl; CD4 + 60 с/mkl, VL 8 500 000 UI/mkl соответственно, имело благоприятное течение болезни и положительное влияние АРВТ, что привело к нивелированию тяжелой иммуносупрессии и снижению VL до не определяемых значений.

У девушки в возрасте 16 лет с вертикальной HIV1-инфекцией (мать ППМР не получала, умерла, когда девочке было 13 лет; бабушка опекун). После перенесенной тяжелой пневмонии в 8 лет в возрасте 9 лет девочка попала под наблюдение врачей Центра (CD4 + 14 с/mkl, VL 9 500 000 UI/mkl), однако мать от АРВТ ребенка отказалась. В последующем не болела. С 11 лет (CD4 + 633 с/mkl, VL 9 000 000 UI/mkl) начала получать АРВТ комбинированный препарат «Эвиплера», однако в силу низкой приверженности лекарственные средства принимала не регулярно. В возрасте 15 лет выявлена тяжелая миастения, в 16 лет — ВИЧ-инфекция, стадия 4В, фаза неполной ремиссии на фоне АРВТ, ПГЛ, рецидивирующие вирусно-бактериальные инфекции; тяжелая анемия (Эр. 2,2 тыс./л, Нв 37 г/л), тромбоцитопения (19 тыс./л), выраженная системная воспалительная реакция (лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом влево, нормобласты, СОЭ 67 мм/час).

Выводы: При отсутствии ППМР и естественном течении без АРВТ перинатальная HIV1-инфекция наиболее неблагоприятно протекает при развитии фетальной формы, которая заканчивается летально. Критическими периодами при принятии решения о начале АРВТ при естественно сформированном терапевтическом безлекарственном коридоре следует считать период в 5—7 лет (период пикового роста, гормонального всплеска, «иммуно-гематологический перекрест») и пубертатный период (низкий уровень приверженности, риски токсических реакций). Дети, дожившие без АРВТ до подросткового возраста, требуют особо тщательного подхода при принятии решения об АРВТ, особенно комбинированными препаратами.

## **13** **Влияние типа конституции на течение хронического гастроудоденита, ассоциированного с *H. pylori*, у детей**

**Балко О.А.**

Тульский государственный университет, Медицинский институт, кафедра Педиатрии, г. Тула

Учет конституциональных особенностей является составной частью персонифицированного подхода в медицине, что особенно актуально в настоящее время. Поэтому данная тематика представляется нам важной и необходимой для изучения.

Цель: Изучение теоретических основ учения о конституции как фактора индивидуальности течения хронического гастрита, ассоциированного с *H. pylori*, у детей.

Материалы и методы: Проведен анализ отечественной и зарубежной литературы по обозначенной тематике, выявлены современные тенденции и направления исследований в данной области.

Результаты: В настоящее время известно, что на разных уровнях параметры жизнедеятельности конституционально обусловлены.

Пищеварительная система, непосредственно контактирующая с внешней средой, является составной частью единой гомеостатической системы организма и имеет конституциональные особенности, которые можно подтвердить путем применения инструментальных методик:

— рентгенологическое исследование, при котором можно выделить три формы желудка, соответствующие трем типам конституции: форма рога — для гиперстеника, форма чулка — для астеника, форма крючка — для нормостеника;

— УЗИ органов брюшной полости с применением метода акустического контрастирования желудочно-кишечного тракта 5%-ным раствором глюкозы и определение эвакуаторной функции желудка у детей эхографическим способом (по В.Г. Сапожникову);

— ФГДС, дающая косвенные данные, в зависимости от величины угла Гиса. Л.М. Нисневич в своих работах отмечал, что у астеников он является острым, а у гиперстеников — тупым.

Учитывая наглядно подтвержденные данные конституциональных особенности строения пищеварительной системы у детей, можно с уверенностью судить о конституциональных различиях в патогенезе хронического гастродуоденита.

Несмотря на наличие таких причин, как нарушение баланса факторов агрессии и защиты, роль психогенных факторов, инфекционный фактор является ведущим в развитии хронического гастродуоденита у детей. В последнее время большее внимание уделяется не только особенностям жизнедеятельности бактерии как таковой, но и непосредственно процессу взаимодействия *Helicobacter pylori* и макроорганизм. Так, в одной из работ выявлены взаимосвязи между частной конституцией системно-органный уровня (форма живота) и частотой выявляемости *Helicobacter pylori*. По результатам исследования отмечены некоторые конституциональные особенности обсемененности *Helicobacter pylori*: заболевание, ассоциированное с *Helicobacter pylori*-инфекцией, чаще выявляется у людей, имеющих форму живота, расширяющуюся вниз, реже овоидную и форму живота, расширяющуюся вверх.

Выводы: Таким образом, выявлены важные конституциональные особенности, оказывающие непосредственное влияние на течение хронического гастродуоденита, ассоциированного с *H. pylori*, у детей. Однако следует отметить, что конституциональная норма реакции, не изменяет сущности самой болезни, но она позволяет выяснить конституционально-зависимые признаки болезни, придающие патологическому процессу индивидуальное выражение.

## 14 *H. pylori*-ассоциированный хронический гастродуоденит у детей: особенности течения в зависимости от типа конституции

Балко О.А., Сапожников В.Г.

Тульский государственный университет, Медицинский институт, кафедра Педиатрии, г. Тула

Вопрос учения о конституции человека является одним из основополагающих в медицинской антропологии, поскольку индивидуальная анатомическая изменчивость определяет способность реагировать на разнообразные воздействия раздражителей внешней среды.

Цель: Изучение особенностей течения хронического гастродуоденита у детей в зависимости от типа конституции и их влияние на течение и прогноз заболевания.

Материалы и методы: Проведено исследование 90 пациентов с хроническим гастродуоденитом, находившихся на стационарном лечении в ДТО ГУЗ ТГК БСМП им. Д.Я. Ваныкина с сентября 2018 г по январь 2019 г. Оценивался возрастной, гендерный состав, тип конституции. Распределение по конституциональным группам осуществлялось на основании индекса Пинье.

Результаты: Обследованы пациенты в возрасте от 4 до 17 лет (средний возраст  $11,64 \pm 3,2$ ). Всем детям проводилось объективное обследование, а также комплекс лабораторно-инструментальных методов, в том числе дыхательный тест на *H. pylori* с помощью индикатора компьютеризированного ХЕЛИК®-аппарат при поступлении и через 1.5 месяца после проведения терапии.

Пациенты старшего школьного возраста чаще подвержены развитию хронического гастродуоденита: 12,2% в возрасте 13 лет (11 пациентов) и 17,7% в возрасте 15 лет (16 пациентов). При этом девочки болеют чаще мальчиков (59% против 41%). Конституциональное распределение пациентов имеет следующий характер: 54,4% — астеники, 36,7% — нормостеники, 8,9% — гиперстеники.

Отмечено, что погрешности в питании и стрессовые факторы являлись основными триггерами ухудшения состояния среди всех обследованных детей: 66,7% и 22,2% соответственно. В структуре жалоб преобладали такие симптомы, как боли в эпигастрии и околопупочной области, что чаще наблюдалось у детей-астеников (28,9% в сравнении с нормостениками (23,3%) и гиперстениками (5,6%). Симптоматика в большинстве своем сочеталась с такими диспепсическими проявлениями, как тошнота (36,7% — астеники, 21,1% — нормостеники, 34,9% — гиперстеники), рвота (25,6% — астеники, 14,4% — нормостеники, 8,9% — гиперстеники), снижение аппетита. Пальпаторно болевой синдром локализовался в эпигастрии и околопупочной области, при чем у астеников также встречался преимущественно, в отличие от нормостеников и гиперстеников (72,2% против 38,9% и 25,6% соответственно).

Верификация диагноза проводилась с использованием золотого стандарта диагностики гастродуоденита — ФГДС. По результатам обследования у большинства пациентов обнаружен поверхностный гастрит. При этом в качестве сопутствующей патологии гастро-эзофагеальный рефлюкс у астеников встречался в 3 раза чаще (11,1%), чем у гиперстеников (3,3%) и почти в 10 раз чаще, чем у нормостеников (1,1%). Дуодено-гастраль-

ный рефлюкс у детей-астеников выявлялся более чем в 2 раза чаще (10%) в сравнении с нормостениками (4,4%) и не встречался у детей-гиперстеников. Недостаточность кардии отмечалась только у детей-астеников (3,3%), но не встречалась у нормостеников и гиперстеников.

Выводы: Таким образом, в ходе исследования были подтверждены данные о склонности астеников к развитию заболеваний желудочно-кишечного тракта. Отмечены некоторые особенности течения хронического гастродуоденита, ассоциированного с *H. pylori*, у детей, в зависимости от типа конституции, в частности большая подверженность детей-астеников функциональным нарушениям эзофаго-гастральной зоны.

## 15 Состояние специфического иммунитета к столбняку в отдельных социальных и возрастных группах

**Басов А.А., Цвиркун О.В., Кашковская Н.В., Зекорева А.Х.**  
ФБУН МНИИЭМ им. Г.Н. Габричевского Роспотребнадзора

Актуальность столбняка в нашей стране обусловлена сохраняющейся летальностью (0,03 на 100 тыс. населения ежегодно). На фоне единичной заболеваемости и сохраняющейся летальности возрастает роль серологического мониторинга за этой инфекцией, который на сегодняшний день, не ведется ни на одной из территорий нашей страны.

Цель: Оценить состояние специфического иммунитета у столбняку в отдельных социальных и возрастных группах.

Материалы и методы: Нами были проведены исследования методом ИФА 473 сывороток крови лиц различных возрастов и социальных групп на наличие специфических антител к столбняку, из них: 6 — 17 лет — 104 человека, взрослые в возрастной группе 18 — 50 лет — 160 человек, 50 лет и старше — 139 человек; беременные женщины в возрасте от 20 до 40 лет, находящиеся на разных сроках беременности — 207 человек; медицинские работники — 100 человек. Сыворотки крови медицинских работников и беременных женщин также были включены в исследование при разделении на различные возрастные группы, однако из этого исследования были исключены женщины, находящиеся во втором и третьем триместре беременности.

Результаты: Скрининговое серологическое исследование среди школьников и взрослых показало, что в отдельных возрастных группах взрослых «18—50 лет» и «50 лет и старше» доля серонегативных лиц к столбняку составила  $5,1 \pm 1,7\%$  и  $3,8 \pm 1,6\%$  соответственно. В то же время, среди школьников «6—17 лет» доля серонегативных составила  $11,5 \pm 3,1\%$ , что значительно выше регламентируемого действующими методическими указаниями показателя эпидблагополучия в этой возрастной группе — не более 5% серонегативных.

Исследование медицинских работников показало высокую защищенность лиц этой социальной группы против столбняка — всего 1% серонегативных.

Доля серонегативных среди беременных женщин, независимо от триместра, составила  $8,1 \pm 1,9\%$  из 207 обследованных. При этом, этот показатель постепенно увеличивался в

зависимости от сроков беременности от 6,3% среди женщин, находящихся в I триместре, до 10,7% серонегативных среди женщин, находящихся в III триместре.

Выводы: Таким образом, на сегодняшний день иммуноферментный анализ позволяет проводить серологический мониторинг к столбняку среди различных возрастных и социальных групп и может служить заменой регламентируемому в действующих методических указаниях методу РПГА. Это крайне актуально, с учетом выявленных нами серонегативных лиц к этой инфекции и высокой доли незащищенных против столбняка школьников 6–17 лет, являющихся группой риска по этой инфекции.

## 16

### **Протейная инфекция у детей раннего возраста**

**Баум Т.Г., Первишко О.В., Бевзенко О.В.**

ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, г. Краснодар,  
ГБУЗ СКДИБ, г. Краснодар, Россия

В последние годы у детей раннего возраста, при условии сниженной резистентности организма, поражение желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) вызваны условно-патогенными микроорганизмами — протейями.

Цель: изучение клинического течения протейной инфекции (ПИ) у детей первого года жизни, госпитализированных в ГБУЗ СКДИБ г. Краснодара.

Материалы и методы: за период с сентябрь 2018 г. по август 2019 г. было проведено наблюдение 47 детей в возрасте от 0 до 1 года. Больные распределены по возрастам: от 0 до 1 мес. — 6 (11%); от 1 мес. до 6 мес. — 22 (46%); от 6 до 12 мес. — 19 (39%). Этиологически протеоз был вызван *Proteus mirabilis* в 24 случаях (51%), *P. vulgaris* — в 19 (41%), *P. morgani* — в 4 (8%).

Результаты: Для определения клинической картины ПИ в исследовании были включены больные с верифицированным диагнозом. Анализ клинических проявлений показал, что основными синдромами ПИ был гастроэнтерит у детей первого полугодия и энтерит или энтероколит у детей второго полугодия жизни. Удельный вес тяжелых форм 12 (25%) и средне-тяжелых форм заболевания 31 (67%) превалировал над легкими 4 (9%). Лихорадка в большинстве случаев носила фебрильный характер у 10 (44,1%) больных и держалась до 4–7 дней. Рвота наблюдалась в первые 2–3 дня у 20 (42%) детей, стул обильный, водянистый, желто-зеленого цвета с неперевавленными комочками у 21 (44%). Синдром энтерита характеризовался у 15 (31%) детей жидким стулом со слизью от 3 до 7 раз в сутки. У 12 (25%) детей заболевание протекало тяжело с развитием токсикоза с эксикозом II степени в течении 3–4 суток. Протейный энтероколит у 6 больных (12%) протекал в виде микст-инфекции в ассоциации с клебсиеллой — 2 случая (33%), с ротавирусом — 1 случай (16%) и со стафилококком — 3 (50%).

Выводы: у детей первого года жизни протейная инфекция протекает преимущественно в тяжелой или средне-тяжелой форме; регистрируется с одинаковой частотой, как в форме моно-, так и микст-инфекции и характеризуется выраженным гастроэнтеритическим синдромом.

# 17

## Клинико-лабораторная характеристика инфекционного мононуклеоза у детей

Белоусова Р.А., Козловская О.В., Гаулика С.О., Хорина М.Ю.

БУ ХМАО «Сургутская окружная клиническая больница»,  
Сургут, Россия

Актуальность проблемы обусловлена высокой распространенностью герпесвирусных инфекций. Болеют преимущественно дети, удельный вес которых в структуре заболевших составляет 65–80%.

Цель: Изучить клинико-лабораторные особенности инфекционного мононуклеоза у детей в возрасте от 0 до 3-х лет.

Материалы и методы: истории болезни 34 детей с диагнозом инфекционный мононуклеоз. Методы исследования: клинические, иммунологические методы исследования (ПЦР, ИФА) на выявление в крови маркеров вируса Эпштейна-Барр, цитомегаловируса, вируса герпеса 6 типа.

Результаты: Изучены 34 случая инфекционного мононуклеоза у детей. Большая часть детей заболели с января по март — 40% ( $n = 14$ ), с апреля по август — 31% ( $n = 11$ ), с сентября по декабрь — 29% ( $n = 9$ ). Чаще болели организованные дети — 52% ( $n = 18$ ), неорганизованные дети болели реже и составили 48% ( $n = 16$ ). В большинстве случаев инфекционный мононуклеоз ассоциировался с ВЭБ и ЦМВ инфекцией — 28% ( $n = 10$ ); на долю микст инфекции (ВЭБ, ЦМВ, ВГЧ 6 типа) пришлось 21% ( $n = 7$ ); ассоциированный с ЦМВ — 20% ( $n = 7$ ), с ВЭБ — 17% ( $n = 5$ ), с ЦМВ и ВГЧ 6 типа — 8% ( $n = 3$ ), с ВЭБ и ВГЧ 6 типа — 3% ( $n = 1$ ), с ВГЧ 6 типа — 3% ( $n = 1$ ). Острое начало заболевания с лихорадкой отмечалось у 74% ( $n = 26$ ), гепатолиенальный синдром — у 24% ( $n = 26$ ), тонзиллит — у 88% ( $n = 31$ ), лимфаденопатия — у 94% ( $n = 32$ ), гепатоспленомегалия — у 24% ( $n = 8$ ).

В общем анализе крови были следующие изменения: лейкоцитоз — у 76% ( $n = 27$ ), лимфоцитоз — у 73% ( $n = 26$ ), моноцитоз — у 32% ( $n = 11$ ), атипичные мононуклеары — у 59% ( $n = 26$ ), ускорение СОЭ — у 80% ( $n = 22$ ). Подтверждение диагноза методом ПЦР крови в отношении ВЭБ составила 68% ( $n = 24$ ), ВГЧ 6 типа — 44% ( $n = 15$ ), ЦМВ — 29% ( $n = 26$ ). При проведении ИФА ЦМВ обнаружился в 76% случаев ( $n = 27$ ), ВЭБ — в 17% ( $n = 17$ ), ВГЧ 6 типа — в 8% ( $n = 3$ ). Лечение проводилось с учетом тяжести заболевания, с применением этиотропных, патогенетических средств. Положительная динамика наблюдалась при терапии интерфероном альфа-2b в 91% ( $n = 31$ ) случаев в возрастных дозировках курсом 10 дней. При наличии бактериальных осложнений применялись цефалоспорины II–III поколений.

Выводы: Таким образом, все случаи инфекционного мононуклеоза регистрировались в зимне-весенний период, среди заболевших преобладали организованные дети. В большинстве случаев мононуклеоз был обусловлен двумя возбудителями (ВЭБ и ЦМВ). Клиническая картина мононуклеоза имела типичные проявления: лихорадку, лимфаденопатию, тонзиллит, гепатолиенальный синдром. Диагностическая ценность реакции ПЦР выше для обнаружения ВЭБ и ВГЧ 6 типа, а реакция ИФА имеет высокую диагностическую значимость для выявления ЦМВ.

Бельтикова А.А., Нуртдинова В.К., Титова В.А., Антонюк Н.В.,  
Орлов М.Д., Кашуба Э.А., Сютюкина О.Н.,  
Семенюк Е.Н., Какимова А.С., Тюменцева Т.С.

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень, Россия

Синдром доброкачественной мозжечковой атаксии (синдром Лейдена-Вестфала) характеризуется расстройством координации движения с локализацией патологического процесса в области мозжечка, может развиваться у детей, как на фоне вирусной инфекции, так и через 1–2 недели после неё.

Цель: Определить частоту развития синдрома Лейдена-Вестфала при ветряной оспе у детей и дать его клиническую характеристику.

Материалы и методы: Проведён ретроспективный анализ 220 историй болезни детей, госпитализированных в Областную инфекционную клиническую больницу (ОИКБ) г. Тюмени с диагнозом: ветряная оспа (ВО) в 2017–2019 гг. и из них выбраны 7 историй болезни пациентов с развившимся синдромом доброкачественной мозжечковой атаксии (синдромом Лейдена-Вестфала).

Результаты: За период 2017–2019 гг. в ОИКБ г. Тюмени с диагнозом ВО госпитализированы 220 детей, из них: в 2017 г.  $n = 60$ , в 2018 г.  $n = 100$ , в 2019 г.  $n = 60$ . Синдром Лейдена-Вестфала развился у 3,18% ( $n = 7$ ) пациентов и регистрировался, соответственно в 2017 г. у 3,3% ( $n = 2$ ), в 2018 г. у 3% ( $n = 3$ ), в 2019 г. у 3,3% ( $n = 2$ ) детей; определялся только у организованных детей 3–6 лет, не привитых от ВО и с отягощённым преморбидным фоном в анамнезе: частые респираторные эпизоды (71,4% ( $n = 5$ ), бронхиты (28,6% ( $n = 2$ )) и в единичных случаях: ангина, пневмония, бронхиальная астма, псориаз, нефрит. Среди заболевших, преобладали девочки 57% ( $n = 4$ ). Контакт по ВО отмечали 85,7% ( $n = 6$ ) детей. Дети поступали в стационар в состоянии средней степени тяжести, в 2017 г. на  $11 \pm 1$  сутки, в 2018 г. на  $10 \pm 0,5$  сутки, в 2019 г. на  $7,5 \pm 2,5$  сутки от момента начала заболевания. Основными жалобами при поступлении были: шаткость походки — 100% ( $n = 7$ ), рвота — 28,5% ( $n = 2$ ), тремор конечностей — 28,5% ( $n = 2$ ) и субфебрилитет — 28,5% ( $n = 2$ ), которые развились после короткого периода клинического улучшения по ВО на  $8,1 \pm 0,9$  сутки с момента появления сыпи. Неврологически определялись: у 42,9% ( $n = 3$ ) детей умеренная ригидность затылочных мышц; у 71,4% ( $n = 5$ ) статико-локомоторная атаксия нижних конечностей в виде шаткости походки и неустойчивости в позе Ромберга; у 28,6% ( $n = 2$ ) соответственно установочный горизонтальный нистагм и динамическая атаксия в виде промахивания при выполнении пальце-носовой пробы, нарушения точности быстрых движений и интенционного тремора. Исследование ликвора проводилось с согласия у 85,7% ( $n = 6$ ) лиц, у всех определялся лимфоцитарный плеоцитоз в пределах  $24,6 \pm 11,9$  клеток, незначительное повышение белка  $0,46 \pm 0,1$  г/л и глюкозы  $3,9 \pm 0,4$  ммоль/л. Из ликвора методом ПЦР у всех пациентов выделена ДНК *Varicella zoster virus*, и в единичных случаях сопутствующие ДНК *Epstein-Barr virus* и *Herpes 6* типа. Согласно клиническим рекомендациям по оказанию медицинской помощи детям больным ВО, назначался ацикловир в среднесуточной дозе на  $12,4 \pm 0,9$  суток с патогенетической и симптоматической терапией. На фоне лечения неврологические расстройства у пациен-

тов угасали в среднем на  $7,4 \pm 1,2$  сутки с момента госпитализации. Синдром Лейдена-Вестфала имел благоприятный исход, и дети выписывались на  $12,5 \pm 1$  сутки с клиническим выздоровлением.

Выводы: Таким образом, у детей на фоне течения ветряной оспы в 3% случаев может развиться синдром Лейдена-Вестфала, что способствует продлению и утяжелению заболевания. Несмотря на прогностически благоприятный исход, в доступной литературе отсутствуют данные по проспективному наблюдению реконвалесцентов ветряной оспы с cerebellum в анамнезе. В настоящее время вакцинопрофилактика ветряной оспы защищает от болезни и предотвращает развитие редкого неврологического осложнения доброкачественной мозжечковой атаксии.

## **19** **Некоторые результаты вакцинации детей в возрасте до 4-х лет современной четырехкомпонентной комбинированной вакциной**

**Беседина Е.И., Мельник В.А., Лыгина Ю.А.,  
Мельник Ал.В., Мельник К.В., Беседин И.Е.**

ГОО ВПО ДОННМУ им. М. Горького, Донецк

В соответствии с действующим календарём плановых профилактических прививок Донецкой Народной Республики (ДНР), дети, начиная с 3-месячного возраста, должны быть привиты против коклюша, дифтерии, столбняка и вирусного гепатита В (АКДС + Геп. В).

Цель: Выявить особенности применения и эффективность иммунизации детей раннего возраста современной четырехкомпонентной комбинированной вакциной АКДС + Геп. В.

Материалы и методы: Проведено изучение исходного уровня иммунитета и аллергии у 198 детей грудного возраста до и после иммунизации АКДС + Геп. В в возрасте с 3 месяцев, а также у контрольной группы — 12 детей, получающих первую вакцинацию с 4 месяцев жизни, концентрации общего IgE методом иммуноферментного анализа (ИФА), напряженность иммунитета к указанным инфекциям определяли методом ИФА.

Результаты: В ходе исследования выявлено высокое содержание антител к дифтерии ( $1,5 \pm 0,4$  МЕ/мл) и к столбняку ( $1,6 \pm 0,3$  МЕ/мл) в сыворотках крови обследованных детей исследуемой группы. Примерно такие же показатели иммунитета к дифтерии и столбняку отмечались у их матерей. У детей контрольной группы в возрасте 4-х месяцев показатели напряженности иммунитета к дифтерии и столбняка были практически в два раза ниже, чем у детей в возрасте 3 месяцев. Уровень IgE перед началом проведения прививок в обеих группах не превышал возрастного норматива (до 74 МЕ/мл). По уровню исходной сенсибилизации у детей в возрасте 4-х месяцев нет преимуществ перед 3-х месячными детьми, в то время как уровень материнских антител выше у 3-х месячных детей.

Таким образом, вакцинацию в возрасте 4-х месяцев и старше следует начинать только тем детям, которые в 3-х месячном возрасте имели высокий материнский иммунитет против дифтерии и столбняка (матери таких детей обычно оказываются привитыми незадолго до планируемой беременности). Детям с таким указанием в анамнезе следует планомерно определять напряженность иммунитета к указанным инфекциям в 3-х месячном

возрасте и отбирать группы, которым следует начинать прививки с 3-х или 4-х месячного возраста.

Выполнение перечисленных выше рекомендаций детскими иммунологами и педиатрами должно позволить сократить у прививаемых детей число поствакцинальных реакций и осложнений аллергической природы. Дальнейшему снижению числа отказчиков от прививок послужит проведение санитарно-просветительной работы с родителями о необходимости ревакцинации против столбняка детей, находящихся в группе риска по заболеванию данной инфекцией и имеющих низкие защитные титры.

Выводы: Вакцинацию в возрасте 4-х месяцев и старше следует начинать только тем детям, которые в 3-х месячном возрасте имели высокий материнский иммунитет против дифтерии и столбняка. Это позволит снизить у них число поствакцинальных реакций и осложнений аллергической природы.

## **20** **Некоторые итоги проведения эпидемического надзора за краснухой с 1 января 2016 г. по 1 ноября 2019 г. в г. Донецке и пути ее профилактики**

**Беседина Е.И., Мельник В.А., Лыгина Ю.А.,  
Трунова О.А., Демкович О.О.**

ГОО ВПО ДОННМУ им. М. Горького, Донецк

Краснуха представляет наибольшую опасность для беременных, т. к. имеется риск внутриутробного заражения плода с последующим развитием тяжелых пороков развития или прерывания беременности. Введение профилактической вакцинации изменило характеристики эпидемического процесса краснухи — такие, как возрастная структура заболевших, формирование очагов.

**Цель:** Определить современные тенденции в течении эпидемического процесса краснушной инфекции в г. Донецке и наметить перспективные меры борьбы с ней.

**Материалы и методы:** Проведен ретроспективный эпидемиологический анализ материалов официальной регистрации заболеваемости краснухой за период с 1 января 2016 г. по 1 ноября 2019 г. по данным Донецкого городского центра Республиканского центра санитарно-эпидемиологического надзора госсанэпидслужбы Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики.

**Результаты:** В течение всего периода наблюдения заболеваемость краснушной инфекцией в г. Донецке составляла в 2016 г. 0,21 на 100 тыс. населения, в 2018 г. и за 10 месяцев 2019 г. — 0,1 на 100 тыс. населения. При этом, в 2017 г. случаи заболевания краснушной инфекцией в г. Донецке не регистрировались.

Эпидемический процесс краснухи в изучаемый период реализовался, в основном, за счет детского населения. Дети 0—17 лет составляли  $67,2 \pm 0,6\%$  в общей структуре заболеваемости, взрослые —  $32,3 \pm 0,6\%$ . Доля привитых среди заболевших краснухой на протяжении всего исследуемого периода находилась на уровне  $51,5 \pm 8,9\%$ , не привитые дети составляли  $48,5 \pm 8,9\%$ .

План по профилактической вакцинации против краснушной инфекции в г. Донецке выполнялся не полностью, в первую очередь, из-за дефицита иммунобиологических препаратов в военный период, несмотря на то, что плановая вакцинация против этой инфек-

ции внесена в календарь прививок Донецкой Народной Республики. За исследуемый период было вакцинировано  $82,3 \pm 19,7\%$  подлежащих контингентов (возраст до 2 лет), ревакцинировано (возрастной контингент 6 лет) —  $40,3 \pm 17,8\%$ . При этом, в 2016—2019 гг. вакцинация проводилась не только тривакциной против кори, краснухи и эпидемического паротита, но и краснушной моновакциной.

Проводимая иммунизация населения против краснухи обусловила возникновение достаточного коллективного иммунитета в пределах от 85 до 90% по разным возрастным группам.

Выводы: Установленные современные особенности эпидемического процесса краснухи в г. Донецке свидетельствуют о сохранении потребности в профилактической вакцинации населения против краснухи для поддержания надлежащего уровня коллективного иммунитета, как среди детей, так и взрослых.

## 21 Клинико-эпидемиологические особенности ветряной оспы у детей

**Богвилене Я.А., Мартынова Г.П., Иккес Л.А., Мализиди О.В.**

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России»,

КГБУЗ «Красноярская межрайонная детская клиническая больница №1», Красноярск, Россия

Ветряная оспа относится к числу наиболее распространенных инфекционных заболеваний детского возраста, ее удельный вес составляет 20—25% всех случаев инфекционных заболеваний, за исключением гриппа и других ОРВИ.

Цель: изучить клинико-эпидемиологические особенности ветряной оспы у детей на современном этапе.

Материалы и методы: Под наблюдением находилось 172 ребенка от 0 до 14 лет, госпитализированных в КГБУЗ «КМДКБ №1» за период с 2015 г. по июнь 2019 г. Диагноз был выставлен на основании клинико-эпидемиологических данных, в сомнительных случаях для подтверждения диагноза проводилось исследование содержимого везикул методом ПЦР.

Результаты: Среди наблюдаемых больных преобладали дети в возрасте до 2-х лет (48,9%), дети от 3 до 6 лет составили 26,7%, старше 6 лет — 24,4%. Ветряной оспой несколько чаще болели мальчики (52,3%). Только 39% детей, поступивших в стационар, были неорганизованными, остальные посещали детские коллективы (ДДУ, школы, закрытые детские учреждения). Наибольшая часть пациентов (88,4%) имели непосредственный контакт с больным ветряной оспой, 2,9% — опоясывающим герпесом, у 8,7% — эпид. анамнез выяснить не удалось. В зависимости от выраженности синдрома интоксикации, локализации, характера и длительности периода высыпаний у 72% больных была диагностирована среднетяжелая форма заболевания, у 18,6% — тяжелая форма, у 8,7% — легкая форма. Все больные с легкой формой ветряной оспы госпитализированы по эпидемиологическим показаниям, температура тела у них не превышала  $38^{\circ}\text{C}$ , носила кратковременный характер, симптомы интоксикации отсутствовали, высыпания были необильными, продолжались 2—3 дня, а затем исчезали бесследно. При среднетяжелой

форме температура тела достигала 38,5—39,5°C, дети жаловались на плохой аппетит, головную боль, недомогание. Высыпания были обильными, в том числе и на слизистых оболочках полости рта, продолжались 4—5 дней. Клиническая картина тяжелой формы заболевания сопровождалась выраженным интоксикационным синдромом, гипертермией выше 39,5°C, сохраняющейся в течение 7—10 суток, наличием обильных, крупных высыпаний на коже, волосистой части головы, ладонях, стопах, слизистых оболочках полости рта, мочеполового тракта, конъюнктиве глаз. Один ребенок находился на лечении в стационаре с буллезной формой ветряной оспы.

Следует отметить, что у 50% госпитализированных больных развивались неспецифические осложнения, обусловленные наложением вторичной бактериальной флоры в виде импетиго и даже флегмоны лица. Обычно эти осложнения отмечались при нарушении правил личной гигиены. Но особого внимания заслуживают неврологические осложнения ветряной оспы, среди которых наиболее значимым является ветряночный энцефалит. За наблюдаемый период в отделение нейроинфекций было госпитализировано 18 детей с диагнозом «ветряночный энцефалит, атаксическая форма», больных с церебральной формой энцефалита за период наблюдения не было.

Выводы: Таким образом, ветряная оспа — это небезопасное инфекционное заболевание, которое может протекать тяжело даже у исходно здоровых детей и особенно у иммунокомпрометированных пациентов. Вакцинация является самым эффективным и экономически выгодным профилактическим мероприятием, известным в современной медицине.

## **22** **Лечение детей, больных герпесвирусными инфекциями в условиях детской поликлиники**

**Боковой А.Г.**

Детский центр диагностики и лечения им. Н.А. Семашко.  
Москва, Россия

Наблюдается значительный удельный вес герпесвирусных инфекций в инфекционной и соматической патологии детей в возрасте от 1-го года до 15 лет жизни (до 35% в популяции).

Цель: провести клинические и лабораторные исследования для уточнения основных принципов диагностики и лечения данного контингента больных в амбулаторных условиях.

Материалы и методы: Обследованы 189 детей с диагнозом ОРВИ в условиях детской поликлиники. С целью уточнения этиологии респираторных заболеваний проводилось исследование методом ИФА для обнаружения противовирусных и антибактериальных М- и G-антител в сыворотке крови при первичном обследовании пациентов. Специальные методы исследований включали подсчет атипичных мононуклеаров в ОАК, определение М-антител и титров G-антител к герпесвирусам (ГВ) в сыворотке крови, выявление геномов ГВ в крови, слюне и моче методом ПЦР, исследование иммунного статуса (гуморального, клеточного, интерферонового).

Результаты: Анализ частоты встречаемости клинических синдромов показал, что из 189 детей у 99 (52,4%) в анамнезе установлена повторная частая заболеваемость ОРВИ (6–9 эпизодов в год) и в этой группе отмечены лимфаденопатия (80%), субфебрилитет (88%).

В группе часто болеющих детей методом ПЦР в крови, моче и слюне у 83% обнаружены геномы ВГЧ-1, ВГЧ-4, ВГЧ-5, ВГЧ-6 и у 90% — 2–4-кратное увеличение титров IgM- и IgG-антител к указанным вирусам. Сравнительное изучение отдельных параметров иммунного статуса у 78 детей с ОРВИ (лимфоциты CD-4, CD-8, регуляторный индекс, уровень  $\gamma$ -интерферона) выявило 2–4-кратное снижение этих показателей у часто и повторно болеющих пациентов. Указанные лабораторные и клинические данные послужили основанием для назначения детям с активно протекающей герпесвирусной инфекцией (при обнаружении ДНК герпесвирусов в крови) сочетания аномальных нуклеозидов с иммуномодуляторами (ацикловир, валтрекс, фамвир, ликолипид, циклоферон, генферон лайт в возрастных дозах).

Выводы: Проведенные исследования дают основание считать, что текущая герпесвирусная инфекция в 52,4% имеет маску и является кофактором ОРВИ. Поэтому в своевременной диагностике и проведении адекватного лечения пациентов существенное значение имеет выделение группы часто болеющих детей с синдромами длительного субфебрилитета и лимфаденопатии. Полученные лабораторные данные свидетельствуют о необходимости комплексной этиотропной и иммуномодулирующей терапии.

## **23 Морфологические изменения в последе у новорожденных с внутриутробной инфекцией**

**Васильев В.В., Агафонова А.В., Рогозина Н.В.,  
Гринева А.А., Жидкова О.Б., Белитченко Н.В.**

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Детский научно-клинический центр инфекционных болезней Федерального медико-биологического агентства», Санкт-Петербург, Россия

Необходимость ранней диагностики внутриутробных инфекций обусловлена высокой частотой заболеваемости и смертности в перинатальном периоде. Оценка течения беременности и морфологическое исследование последа играет важную роль в прогнозировании состояния новорожденного.

Цель: Изучить особенности морфологической характеристики последов у новорожденных детей с внутриутробной инфекцией.

Материалы и методы: Произведен анализ 24 морфологических заключений последов у детей, находившихся на лечении в отделении патологии новорожденных с диагнозом «Внутриутробная инфекция» в качестве основного или сопутствующего за 2018 год. Пациенты исследовались по стандартной схеме, включающей макроскопическую оценку, вырезку и гистологическое исследование.

Результаты: Ретроспективный анализ протоколов морфологического исследования последов показал, что из 24 наблюдений перинатальной заболеваемости внутриутробной инфекцией доношенными родились 14 (58%), недоношенными — 10 (42%) новорожден-

ных. При рождении состояние новорожденных соответствовало удовлетворительному (оценка по шкале Апгар 8—10 баллов) в 12 (50%) случаях, средней тяжести (оценка по шкале Апгар 6—7 баллов) в 7 (29%) случаях; тяжелое и крайне тяжелое состояние (оценка по шкале Апгар 4—5 и 1—3 баллов) имело место в 4 (17%) случаях. В одном случае оценка по шкале Апгар не производилась по причине домашних родов.

Всего при гистологическом исследовании выявлено 16 (67%) случаев с морфологическими проявлениями инфицирования последа, в том числе признаки восходящего инфицирования обнаружены в 10 (42%) случаях, признаки гематогенного инфицирования обнаружены в 4 (17%) случаях и сочетанного (восходящего и гематогенного) — в 2 (8%) случаях.

Из 24 наблюдений у половины детей (12 случаев) в плаценте были обнаружены маркеры хронической фетоплацентарной недостаточности, причем в 10 (42%) случаях в сочетании с проявлениями инфицирования и в 2 (8%) случаях в качестве изолированной патологии (без явлений плацентита).

В 3 (12,5%) наблюдениях при патоморфологическом исследовании последа воспалительных изменений не обнаружено и имело место правильное гистологическое строение ворсинчатого хориона плаценты, соответствующее сроку гестации.

Описанные результаты согласуются с имеющимися литературными данными о том, что морфологические признаки инфекционного поражения не всегда определяются при инфицировании плаценты вирусами, при этом проявления плацентарной недостаточности в виде нарушения развития и дифференцировки ворсин хориона в ряде случаев может служить единственным проявлением перенесенной на ранних сроках гестации инфекции, что объясняет особенности развития внутриутробных инфекций TORCH-этиологии — частое отсутствие клинических признаков инфекционного поражения беременной женщины при тяжелом заболевании плода.

Выводы: Таким образом, в настоящее время не разработаны достоверные критерии дифференциальной диагностики патологических изменений в последе, в частности разграничение маркеров инфекционного и неинфекционного поражения, что вызывает значительные трудности ввиду сходства гистологических изменений и высокой частоты сочетания указанных состояний.

Данный факт диктует необходимость включения дополнительных диагностических маркеров в схему исследования плаценты.

## **24 Нетипичные возбудители гемолитико-уремического синдрома у детей**

**Васюнин А.В., Краснова Е.И., Карпович Г.С.,  
Ениватова Л.И., Комиссарова Т.В., Сурдина Т.Г.**

Новосибирский государственный медицинский университет,  
ГБУЗ НСО ДГКБ №3, Новосибирск, Россия

Главным этиологическим агентом гемолитико-уремического синдрома (ГУС) является энтерогеморрагическая кишечная палочка. Однако появляются сообще-

ния о других потенциально возможных возбудителях ГУС. Но истинная этиологическая структура ГУС остается не до конца ясной.

Цель: Выявить этиологическую структуру инфекционно-обусловленного ГУС у детей Новосибирской области.

Материалы и методы: Проведен проспективный анализ за 18 детьми, развивших ГУС на фоне инфекционной патологии, в период с 2010 по 2018 гг. Исследование носило многоцентровой характер, проводилось на базе ГБУЗ НСО ДГКБ №3, нефрологических отделений ГБУЗ НСО ДГКБ №1 и ГНОКБ, а также амбулаторных медицинских учреждений города и области.

Результаты: Этиологическими агентами ГУС у детей являлись: *E. coli* O26 — 1 случай, *Sh. flexneri* — 1 случай, *Campylobacter* — 2 случая, *Y. pseudotuberculosis* — 2 случая, *Citrobacter freundii* — 1 случай, *Kl. pneumonia* — 1 случай, вирус гриппа — 2 случая, в 8 случаях этиологию расшифровать не удалось. Из перечисленных возбудителей лишь *E. coli*, *Sh. flexneri* и *C. freundii* могут вызывать типичный ГУС (тГУС), так как для них описана возможность выделения шига-подобного токсина. Патогенез развития ГУС при других представленных возбудителях неясен и требует дальнейшего изучения. Для нетипичных инфекционных возбудителей ГУС — *Campylobacter*, *Y. pseudotuberculosis*, *Kl. pneumonia* описана возможность секреции нейраминидазы. Подобный механизм характерен для пневмококкового ГУС (пГУС), и связан с оголением естественного холодового антигена эритроцитов и эндотелиоцитов, вызываемым разрушением силовых кислот под действием нейраминидазы возбудителя. Помимо этого, указанные микроорганизмы относятся к семейству *Enterobacteriaceae*, для которого описана межвидовая горизонтальная передача генов. Учитывая, что возможность продукции шига-подобного токсина у энтерогеморрагических кишечных палочек кодируется лямбда-видным бактериофагом — плазмидным генетическим материалом, представляется потенциально возможной передача этого гена представителям данного семейства. Возможно данные возбудители приобрели возможность к секреции подобного токсина в ходе эволюционных процессов и межвидового взаимодействия микроорганизмов, однако данный факт не является достоверно установленным.

Выводы: Изучение механизма развития ГУС при нетипичных возбудителях является актуальным вопросом современной медицины, в силу того, что разные по патогенезу формы ГУС требуют кардинально отличающихся подходов к терапии. Медленное накопление знаний приводит к наличию низкой настороженности у врачей о возможности развития ГУС у пациентов с данными инфекциями. Таким образом, вопрос дальнейшего изучения патогенеза ГУС при различных бактериальных агентах является актуальным, решение его повлечет за собой разработку адекватных подходов к диагностики и терапии этой патологии.

## 25 Факторы, оказывающие влияние на тяжесть кишечных инфекций, вызванных условно-патогенными возбудителями, у детей раннего возраста

Васюнин А.В., Краснова Е.И., Карпович Г.С.,  
Кибирева Е.Н., Селезнева Е.Е.

Новосибирский государственный медицинский университет,  
ГБУЗ НСО ДГКБ №3, Новосибирск, Россия

Кишечные инфекции (КИ) занимают значительное место в структуре детской заболеваемости. Первые месяцы жизни являются адаптационным периодом, поэтому факторы, нарушающие этот процесс, могут являться возможной причиной формирования патологических состояний, в том числе и КИ.

Цель: Проанализировать этиологическую структуру КИ, вызванных условно-патогенными возбудителями, у детей первых трех месяцев жизни, и вероятные факторы риска тяжелого течения данных инфекций.

Материалы и методы: Проведен анализ 121 истории болезни пациентов первых трех месяцев жизни с КИ, вызванными условно-патогенной микрофлорой (УПМ). Оценивали факторы риска тяжелого течения КИ, для этого оценивалась встречаемость факторов нарушения нормальной микробиоты кишечника у всех детей с данными КИ (121 ребенок) и у детей с тяжелыми формами УПМ КИ (31 ребенок).

Результаты: Наиболее частыми возбудителями являлись: *Staphylococcus aureus* — 36 случаев (29,7%), *Klebsiella pneumoniae* — 27 случаев (22,3%), *Enterobacter cloacae* — 13 случаев (10,7%) и др. К факторам риска развития подобных заболеваний принято относить: предшествующую антибиотикотерапию, искусственное вскармливание и роды путем Кесарева сечения (Кс). Встречаемость данных факторов в первой группе составила: искусственное вскармливание — 32,2% случаев, операция Кс — 39,7% случаев, антибиотикотерапия в анамнезе в 18,2% случаев. Во второй группе соответствующие показатели составили: искусственное вскармливание — 83,9% случаев, роды путем Кс — 61,3%, антибиотикотерапия в анамнезе в 41,9% случаев, что достоверно ( $p = 0,0001$ ,  $p = 0,05$ ,  $p = 0,02$  соответственно) чаще, чем у пациентов первой группы. Показатель ОШ составили: для Кс — ОШ = 2,4, 95% ДИ 1,1–5,4; для искусственного вскармливания — ОШ = 10,9, 95% ДИ 4,0–30,6; для антибактериальной терапии — ОШ = 3,3, 95% ДИ 1,2–7,6.

Выводы: Таким образом, факторы риска нарушения формирования нормальной микробиоты (искусственное вскармливание, роды путем Кс, антибиотикотерапия в анамнезе), достоверно являются факторами риска тяжелого течения КИ, вызванных УПМ, у детей первых трех месяцев жизни. Данный факт может быть использован в клинической практике для прогнозирования тяжести течения УПМ КИ и создания групп, требующих повышенного наблюдения в период лечения и реабилитации.

## 26 Специфическая иммунопрофилактика коклюша на современном этапе: проблемы и перспективы

Васюнин А.В., Краснова Е.И., Карпович Г.С.,  
Михайленко М.А., Селезнева Е.Е.

Новосибирский государственный медицинский университет,  
ГБУЗ НСО ДГКБ №3, Новосибирск, Россия

Несмотря на широкий охват населения плановой иммунизацией, достигающей 95%, коклюш в России продолжает демонстрировать волнообразные подъемы и спады эпидемического процесса. Данный факт во многом отражает недостаточную эффективность существующих схем вакцинопрофилактики.

Цель: Исследовать особенности плановой иммунизации против коклюша на территории города Новосибирска.

Материалы и методы: Проведено исследование 784 амбулаторных карт детей, наблюдающихся в поликлиниках города Новосибирска, которые были отобраны случайным образом. Карты разделялись на две группы: в первую отнесены условно здоровые дети ( $n = 727$ ), во вторую — пациенты с неврологической патологией ( $n = 57$ ).

Результаты: В первой группе вакцинированы против коклюша были 595 детей (81,8%), при этом для первичной иммунизации в 68,2% случаях использовались цельноклеточные вакцины, в 31,8% — ацеллюлярные. 132 ребенка (18,2%) не получили специфическую иммунопрофилактику данной инфекции: 116 пациентов (87,9%) — из-за отказа родителей, 16 (12,1%) — вследствие медицинского отвода. Во второй группе был привит 21 ребенок (36,8%), у 36 детей (63,2%) вакцинация не проводилась. Среди причин отсутствия иммунопрофилактики коклюша у пациентов с патологией ЦНС в 2000—2003 гг. преобладали медицинские отводы — у 9 человек (64,3%), обоснованность которых в 50% случаях была недостаточной. Отказ от вакцинации зарегистрирован у 3 детей (21,4%). В 2016—2018 гг. обоснованный медицинский отвод наблюдался у 2 пациентов (28,6%), отказ родителей был зафиксирован в 4 случаях (57,1%) и составлял основную причину отсутствия вакцинации.

Таким образом, для оптимизации контроля за коклюшной инфекцией необходима модернизация существующего Национального календаря профилактических прививок. Достаточно широкое применение для первичной иммунизации ацеллюлярных коклюшных вакцин, обладающих меньшей продолжительностью защиты, требуют включения в календарь прививок второй ревакцинации против коклюшной инфекции в школьном возрасте.

По-прежнему уязвимой группой остаются дети в возрасте до 3 месяцев жизни, в связи с особенностями национального календаря, лишенные иммунной защиты против коклюша. Единственной возможностью создания иммунитета у данной возрастной группы является проведение вакцинации у беременных женщин, что приводит к трансплацентарной передаче антител против коклюша от матери к ребенку. Данные схемы продемонстрировали свою безопасность и эффективность на примере многих государств мира и являются перспективным направлением в профилактике коклюшной инфекции.

Отмечена положительная тенденция, проявляющаяся снижением количества необоснованных медицинских отводов от вакцинации у детей с неврологической патологи-

ей, однако, этот вопрос по-прежнему является болевой точкой современной педиатрии. Ведущую роль в причинах отсутствия вакцинации как у здоровых детей, так и у детей с неврологической патологией занимает отказ родителей от проведения плановой вакцинации.

Выводы: Таким образом, требуется проведение активной санитарно-просветительской работы среди населения о необходимости выполнения специфической иммунопрофилактики коклюша у детей, что вместе с модернизацией Национального календаря профилактических прививок приведет к стабилизации и снижению заболеваемости коклюшем, а также снижению экономических потерь от данной инфекции.

## 27 Анализ экспрессии генов цитокинов при респираторных вирусных инфекциях и бронхиальной астме у детей

**Ветрова Е.Н., Тюшева В.В., Чернышова А.И., Исаева Е.И., Пritchina Т.Н., Морозова О.В.**

ФГБУ «Национальный исследовательский центр эпидемиологии и микробиологии имени почетного академика Н. Ф. Гамалеи» Минздрава России, Москва

Респираторные вирусные инфекции вызывают дисбаланс цитокинов что может приводить к осложнениям у детей. Внутриклеточная презентация вирусных антигенов вызывает развитие клеточного иммунитета индуцирует Th1 цитокины (ЦК) и клеточный иммунитет с элиминацией возбудителей.

Цель: Анализ экспрессии генов цитокинов (ЦК) в носоглоточных смывах у детей с ОРВИ и бронхиальной астмой (БА).

Материалы и методы: Для детекции вирусного агента использовали тест-системы «Амплиценс ОРВИ-скрин-FL» («Амплиценс», Москва). Определяли геном-эквиваленты генов интерферонов (IFN)  $\alpha$ ,  $\beta$ ,  $\gamma$ ,  $\lambda$ , интерлейкинов (IL) 4, 10, 17 методом ОТ-ПЦР реальном времени (ОТ-ПЦР-РВ).

Результаты: В смывах 215 детей, госпитализированных в Москве в эпидемический сезон 2018—2019 гг., методом ОТ-ПЦР-РВ выявлены респираторные вирусы в 85,9%. Вирус Гриппа А был обнаружен в 18,1%, аденовирус — 10,3%, респираторно-синцитиальный вирус — 2,9%, метапневмовирус — 6,6%, бокавирус — 2,3%, парагрипп — 6%, риновирус — 7,9%, коронавирусы — 1,9%, смешанные инфекции — 29,9%.

Были исследованы вирусные нагрузки в носоглоточных-смывах в течении 2—7 дней и уровни цитокинов врожденного иммунитета IFN  $\alpha$ ,  $\beta$ ,  $\gamma$ ,  $\lambda$  и воспалительного Th2 пути. Вирусная нагрузка возрастала к 5 дню, для вируса гриппа, аденовируса и риновируса в 1,5—2 раза ( $p < 0,05$ ). Наиболее часто у детей с обнаруженным аденовирусом диагностировали бронхит. Сочетание смешанной инфекции РСВ и метапневмовируса определяли у больных с пневмониями. Среди больных БА детектировали преимущественно hRV и RSV, при отсутствии других вирусов. Высокие частоты смешанных ОРВИ  $29,9 \pm 2,08\%$  у детей определяли осложнения. У детей с тяжелым течением заболевания установлено повышение уровня цитокинов IL-1 $\beta$ , TNF- $\alpha$  и IL-4, по сравнению с группой здоровых детей. У детей

с БА так же выявлено более значительное повышение в 2—8 раз ( $p < 0,05$ ) этих цитокинов, по сравнению к контрольной группе детей.

Установлено снижение экспрессии генов IFN  $\alpha$ ,  $\beta$ ,  $\lambda$  в носоглоточных смывах детей с БА, однако, при инфекции гриппом и респираторно-синцициальным вирусом экспрессия интерферонов существенно не отличаются от значений в группе детей без осложнений. Значительное повышение экспрессии генов IFN  $\gamma$  у детей с БА наблюдается на 3—4 сутки. Уровень провоспалительных цитокинов TNF- $\alpha$  и IL-10 был значительно выше у детей с астматическим синдромом. Высокая частота выявления IL-4 в смывах, который индуцирует переключение синтеза IgG1 на IgG4 и IgE подавляет Th1 иммунный ответ у больных БА.

В течение первых дней ОРВИ КП < 1 для ЦК Th2:Th1 или Th17:Th1 у детей свидетельствовали о Th1-поляризации врожденной резистентности.

Несмотря на КП = (0.1, 0.7) < 1 у детей с БА, выявлено отсутствие экспрессии мРНК IFN  $\beta$ . В образцах носоглоточных смывов больных ОРВИ мРНК IFN $\alpha$  отсутствовала при выявлении в большинстве образцов больных БА. Выявлены уменьшение концентраций генов IFN  $\alpha$ ,  $\beta$ ,  $\lambda$  и рост концентраций TNF- $\alpha$  и IL4, активирующие образование антител. В контрольных смывах у здоровых детей КП = 0.

Выводы: В носоглоточных смывах детей с ОРВИ выявлена высокая частота встречаемости смешанных инфекций. Дисбаланс экспрессии генов интерферонов I—III типов установлен у детей с БА в индукции провоспалительных и противовоспалительных цитокинов.

Значительное повышение экспрессии гена IFN  $\gamma$ , и уровня провоспалительных цитокинов TNF- $\alpha$ , IL-4 и IL-10 был значительно выше у детей с БА.

Коэффициент поляризации иммунного ответа в течение первых дней ОРВИ КП < 1 для ЦК Th2:Th1 или Th17:Th1 у детей свидетельствовали о Th1-поляризации врожденной резистентности.

## 28 Частота встречаемости патологии ЛОР-органов у детей с инфекционным мононуклеозом

**Виноградова Ю.Ю., Нагаева С.Ю.**

г. Тверь, Россия

Патология ЛОР-органов на фоне инфекционного мононуклеоза встречается у большинства детей и проявляется различными острыми гнойными заболеваниями, такие как острый отит, синусит, гайморит, обострением хронического аденоидита, тонзиллита, а также бактерионосительством. Это требует особого подхода в терапии и наблюдении таких пациентов с инфекционным мононуклеозом.

Цель: определить частоту встречаемости патологии ЛОР-органов у детей с различной степенью тяжести инфекционного мононуклеоза у детей.

Материалы и методы: Нами было обследовано 97 детей в возрасте от 1 года до 16 лет, находящихся на лечении в ДИО ГБУЗ КДБ №2 г. Твери в 2018 году с диагнозом: инфекционный мононуклеоз. Для установления диагноза «инфекционный мононуклеоз» и различной патологии ЛОР-органов были использованы эпидемиологические, общеклинические, лабораторные и инструментальные методы исследования.

Результаты: Больные были разделены на 3 группы: 1 гр. — с лёгкой степенью тяжести — 41 чел., 2 гр. — со средней степенью тяжести — 41 чел., 3 гр. — с тяжёлой степенью инфекционного мононуклеоза — 15 чел. При поступлении в отделение у всех больных были взяты мазки на ВЛ и микрофлору из носа и зева до начала лечения. Бактерионосительство (золотистый стафилококк, нетоксигенная коринебактерия *mitis*, синегнойная палочка) выявлено у 11 детей (11,3%); микоз глотки — у 3 детей (3,1%). Среди сопутствующей патологии в 15,5% случаев был выявлен хронический аденоидит, у одного ребенка — хронический средний отит. В 1 группе чаще наблюдалось бактерионосительство: *Staph. aureus* — у 7 детей (17%), нетоксигенной дифтерийной палочки — у одного ребёнка. Микоз глотки выявлен у 2 детей, хронический аденоидит — у 5 детей (12%). Во 2 группе бактерионосительство выявлено всего у 2-х человек. В этой группе чаще встречалась другая патология со стороны ЛОР-органов: хронический аденоидит — у 6 чел. (14,6%), острый средний неперфоративный отит — у 6 чел. (14,6%), у 1 чел. — острый двусторонний гнойный гайморит, этмоидит. У 1 ребёнка выявлен микоз глотки. В 3 группе чаще отмечались гнойные заболевания ЛОР-органов: острый гнойный гайморит — у 2 чел., острый гнойный отит — у 3 чел. (у 50% детей процесс носил двусторонний характер). Хронический аденоидит отмечался у 4 детей (26,6%). Бактерионосительство выявлено у 1 ребёнка с хроническим аденоидитом (*Staph. aureus*).

Выводы: Частота встречаемости различной патологии ЛОР-органов у детей (от бактерионосительства до тяжелых гнойных заболеваний) с инфекционным мононуклеозом зависит от степени тяжести этого заболевания.

## 29

### Клиническая характеристика бактериальных ангин у детей на современном этапе

Виноградова Ю.Ю., Нагаева С.Ю., Виноградов Р.И.,  
Костюкова Т.А., Яковлева М.В.  
г. Тверь, Россия

Ангина как отдельная нозологическая форма — одна из самых распространённых патологий детского возраста. Актуальность проблемы бактериальной ангины (БА) обусловлена развитием осложнений, как ранних (отит, синусит), так и поздних (гломерулонефрит, миокардит).

Цель исследования: провести анализ клинической картины бактериальной ангины у детей на современном этапе.

Материалы и методы: проведён анализ 68 историй болезни детей с клиническим диагнозом «ангина», находившихся на лечении в детском инфекционном отделении ГБУЗ КДБ №2 г. Твери в 2018 г.

Результаты: нами было проанализировано 68 историй болезни детей с БА, из них с клиническим диагнозом фолликулярная ангина — 71%, лакунарная ангина — 29%. При изучении мест проживания пациентов было установлено, что среди заболевших преобладали городские жители (82%), что, вероятно, связано с повышенной скученностью городского населения и высокой вероятностью контакта с больным. В результате проведённого исследования возрастной структуры мы установили, что среди детей с диагнозом «ангина» преобладали школьники (56%), их них наибольший процент составили дети в возрасте от

7 до 12 лет (31%). Анализ гендерной структуры показал, что среди мальчиков БА встречается чаще, чем среди девочек (61 и 39% соответственно). На современном этапе БА сохраняет свой типичный симптомокомплекс: лихорадку, боль в горле, изменения в ротоглотке, регионарную лимфаденопатию. Анализируя данные историй болезни, удалось установить, что заболевание протекало с повышением температуры тела у подавляющего большинства пациентов — 97%. При этом повышение температуры тела до фебрильных цифр отмечалось у 53% детей, с лихорадкой выше 39°C — у 30%, до субфебрильных цифр — у 17% пациентов. Боль в горле отмечали 97% пациентов (данный симптом учитывался у детей старше 3 лет). При осмотре ротоглотки была выявлена гиперемия слизистой различной степени выраженности у 100% детей. Гипертрофия небных миндалин I степени была диагностирована у 47% больных, гипертрофия миндалин II степени — у 12%, III степени — у 6% детей. У 35% больных БА протекала без гипертрофии небных миндалин (преимущественно дети первых лет жизни). Увеличение регионарных лимфатических узлов определялось лишь у 58% больных с гнойными ангинами. Значительная часть БА протекала с развитием осложнений. Большую часть осложнений составили поражения со стороны ЛОР-органов (47%), инфекции мочевыводящей системы (13%), острые бронхиты (10%).

Общие выводы: БА на современном этапе сохраняют свою типичную клиническую картину и протекают с лихорадкой, характерными изменениями в ротоглотке и регионарной лимфаденопатией. Ангины чаще встречаются у школьников мужского пола. Среди осложнений преобладает патология со стороны ЛОР-органов.

## **30** **Определение типа конституции у детей с диагнозом острая пневмония**

**Воробьева А.В., Сапожников В.Г.**

ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет, медицинский институт», ГУЗ «Городская клиническая больница №2 г. Тулы им. Е.Г. Лазарева», Тула, Россия

Распространённость острой пневмонии (о. пневмонии) среди пациентов детского возраста — актуальная социальная проблема сегодняшних дней и глобальная медицинская проблема, так как о. пневмония относится к числу очень опасных болезней детского возраста.

Цель: Изучить частоту встречаемости разных типов конституции у детей с диагнозом острая пневмония.

Материалы и методы: В исследовании приняли участие дети с подтвержденным диагнозом острая внебольничная пневмония. Было обследовано 229 больных детей в возрасте от 1 года до 17 лет, находившихся на стационарном лечении в педиатрическом отделении МЦДД ГУЗ «ГКБ №2 города Тулы им. Е.Г. Лазарева» (декабрь 2017 г. — август 2019 г.).

Результаты: Среди обследованных нами детей с острой пневмонией было: 137 мальчиков (59,83%), 92 девочки (40,17%). Использовалась общепринятая возрастная классификация для выделения возрастных групп обследованных детей. Пациенты были разделены на следующие возрастные группы: мальчики от 1 до 3 лет, от 4 до 7 лет, от 8 до 12 лет, от 13 до 17 лет; девочки от 1 до 3 лет, от 4 до 7 лет, от 8 до 11 лет, от 12 до 17 лет.

Из 137 обследованных мальчиков чаще болели острой пневмонией дети в возрасте от 8 до 12 лет (34,3% от общего числа больных) по сравнению с другими возрастными группами: в возрасте от 1 до 3 лет — 14,6%, от 4 до 7 лет и от 13 до 17 лет — по 25,55% соответственно.

Из 92 девочек чаще болели острой пневмонией дети в возрасте от 12 до 17 лет (42,4%) по сравнению с другими возрастными группами: в возрасте от 1 до 3 лет — 14,1%, от 4 до 7 лет — 23,9%, от 8 до 11 лет — 19,6%.

Все критерии исследования были проанализированы с учетом типов конституции всех участников. Для определения типа конституции мы использовали метод Черно-руцкого М.В. В результате распределения больных детей с острой пневмонией в зависимости от типов конституции нами получены следующие данные: число астеников составило — 75,98% от числа обследованных детей, нормостеников — 20,52%, гиперстеников — 3,49%. Среди всех обследованных девочек астенический тип конституции наблюдался у 68,5% пациентов, нормостенический — 26,1%, гиперстенический — только у 5,4% детей.

Как следует из приведённых выше данных, в каждой возрастной группе преобладали девочки с астеническим типом конституции. Чаще болели о. пневмонией девочки в возрасте от 12 до 17 лет.

Среди всех 137 нами обследованных мальчиков астенический тип конституции верифицирован у 81% пациентов, нормостенический — у 16,8% детей, гиперстенический — только у 2,2% больных. В каждой возрастной группе и среди общего количества обследованных мальчиков с о. пневмонией преобладали дети с астеническим типом конституции. Чаще болели о. пневмонией мальчики в возрасте от 8 до 12 лет.

Выводы:

1. Среди больных детей с о. пневмонией доминировали мальчики по сравнению с девочками.

2. И у мальчиков и у девочек с о. пневмонией во всех возрастных периодах чаще выявлялся астенический тип конституции, поэтому у педиатров должна быть настороженность к детям-астеникам по развитию пневмонии..

3. Наиболее часто о. пневмонией болели и девочки и мальчики в возрасте 12—17 лет по сравнению с детьми более младшего возраста, что возможно обусловлено нестабильностью иммунной системы детей во время пубертатного периода развития.

## 31 **Источник инфекции при коклюше у детей первого года**

**Гаврилова О.А.**

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,  
Минск, Республика Беларусь

Как во всем мире, так и в Республике Беларусь отмечается увеличение заболеваемости детей коклюшем. Так, за последние 19 лет она возросла почти в 4 раза: с 8,6 на 100 тыс. детского населения в 2000 г. до 33,5 на 100 тыс. детского населения в 2018 г.

Цель: определить источник инфекции при коклюше у детей первого года жизни.

Материалы и методы: выполнено обследование на коклюш матерей ( $n = 72$ ) 280–ти стационарных пациентов с лабораторно верифицированным коклюшем в возрасте от 1 месяца до 17 лет 11 месяцев включительно.

Результаты: При обследовании методом ПЦР 72 матерей стационарных пациентов с коклюшем в 16 ротоглоточных мазках из 72, что составило 22,2%, была выявлена ДНК *Bordetella pertussis*. Причем все 16 случаев выявления генетического материала отмечены у матерей, чьи дети были в возрасте до года, 15 пациентов из них не были привиты, а один ребенок только начал вакцинацию против коклюша. Для установления связи и последовательности появления кашля у матери и ребенка, были проанализированы анамнестические данные, указывающие на контакт пациента с лабораторно верифицированным коклюшем до заболевания с человеком, имевшим кашель. Так, в 5 случаях из 16, что составляет 31,3%, выявлено появление кашля сначала у матери, а потом у ребенка, которому впоследствии установлен диагноз коклюш, что говорит о наличии не диагностированной манифестной формы заболевания у матери. Причем двое детей были в возрасте 1 месяца жизни, 2 — в возрасте двух месяцев и один — в возрасте шести месяцев жизни. Вместе с тем, 5 матерей из 16 отметили наличие контакта ребенка с кашляющими членами семьи (другие дети в семье, бабушки/дедушки), тогда как еще 6 (37,5%) матерей не отмечают контакта заболевшего ребенка с кашляющими людьми вовсе.

Выводы: При обследовании матерей заболевших коклюшем детей методом ПЦР выявлено, что в 37,5% случаев обнаружения ДНК *Bordetella pertussis* у матери больного ребенка с лабораторно верифицированным коклюшем основной клинический симптом заболевания — кашель — отсутствовал, что может говорить о наличии бактерионосительства и атипичных форм коклюшной инфекции у взрослых, которые становятся источником инфекции для детей в возрасте до года, с незаконченной вакцинацией или без нее.

## **32** **Этиологические особенности острых бактериальных диарей у детей г. Минска с 2004 по 2018 гг.**

**Галькевич Н.В., Довнар-Запольская О.Н.**

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,  
Минск, Республика Беларусь

Бактериальные острые кишечные инфекции (ОКИ) остаются актуальной проблемой детской инфектологии в Республике Беларусь, обуславливая нередко госпитализацию детей и развитие тяжелых форм заболевания. Меняющийся со временем пейзаж возбудителей требует адекватных ситуации мер санитарной профилактики.

Цель: изучение этиологической структуры и возрастных особенностей бактериальных ОКИ у детей, госпитализированных в УЗ «ГДИКБ» г. Минска.

Материалы и методы: Проведено ретроспективное исследование историй болезни детей с ОКИ в возрасте от 1 месяца до 18 лет, госпитализированных в УЗ «ГДИКБ» г. Мин-

ска с 2004 по 2018 годы. Для этиологической диагностики использовалось бактериологическое исследование кала.

Результаты: Наиболее частым возбудителем бактериальных ОКИ за все годы наблюдения была сальмонелла, причем заболеваемость выросла в 2 раза (с 1899 случаев в 2004—2008 гг. до 4125 случаев в 2014—2018 гг.). Всего было выделено 32 серотипа сальмонелл, из них доминирующий — *S. enteritidis* (82,3%). Реже выделялись серотипы *S. typhimurium* (6,1%) и *S. mission* (5,9%). Сальмонеллезы регистрировались чаще с мая по октябрь. Чаще болели дети первых 3 лет жизни (71,3%).

Иерсинии были на втором месте по частоте выделения после сальмонелл. Заболеваемость детей г. Минска иерсиниозом была одинаковой за 2004—2008 (46,3%) и 2009—2013 годы (43,8%), но с 2014 г. заболеваемость резко снизилась (9,9%). Во все годы доминирующим возбудителем была *Y. enterocolitica* (92,1%), гораздо реже — *Y. pseudotuberculosis* (7,1%). Отмечена двухволновая сезонность — с мая по октябрь и в октябре—ноябре. В возрастной структуре преобладали дети от 1 года до 3-х лет (49,2%) и дети от 3 до 7 лет (30,5%).

В течение 15 лет произошло резкое снижение заболеваемости шигеллезом: если за 2004—2008 годы шигеллы были выделены у 248 детей (85,2% от всех заболевших за 15 лет), то в последующие 5 лет — только у 27 детей (9,3%), а за 2014 — 2018 гг. — только у 16 (5,5%) пациентов. За эти годы сменился ведущий штамм шигелл: в период 2004—2008 гг. преобладал штамм *S. flexneri* (59,7%), реже — *S. sonnei* (40,3%), в период с 2009 по 2013 гг. преобладал серотип *S. flexneri* (77,8%), но затем произошла смена доминирующего штамма на *S. sonnei* (81,2%). Повышение заболеваемости отмечалось с марта по июнь. За 15 лет шигеллезом чаще болели дети школьного возраста (47,9%), реже — дошкольники (29,1%). Дети в возрасте до 1 года болели крайне редко и только в 2004—2008 гг. (6,2%), также, как и в группе от 1 года до 3-х лет (16,8%).

Эшерихиозы выявлялись у детей реже всего — в 57 случаях за 15 лет. За 2004—2008 гг. *E. coli* выделены только у 4-х детей (7%), с последующим ростом в 2009—2013 гг. — у 23 (40,4%), а за последние 5 лет — у 30 (52,6%) детей. Преобладающим серотипом была энтеропатогенная эшерихия (91,7%), гораздо реже — энтероинвазивная эшерихия (8,3%). *E. coli* других серотипов не зарегистрированы. Отмечена сезонность эшерихиозов с марта по июнь — 52,6% случаев. В возрастной структуре преобладали дети раннего возраста — до 1 года (47,4%), от 1 года до 3-х лет (33,3%). Дети школьного возраста болели намного реже (19,3%).

Выводы: Таким образом, преимущественными возбудителями бактериальных ОКИ у детей г. Минска являются сальмонеллы, гораздо реже — иерсинии, шигеллы и эшерихии. За весь наблюдаемый период подъем заболеваемости этими инфекциями наблюдался в теплое время года.

Возрастное распределение заболеваний ОКИ зависит от вида возбудителя: эшерихиозами болеют чаще дети 1 года жизни, сальмонеллезом — дети до 3-х лет, иерсиниозом — дети дошкольного возраста, а шигеллезом — чаще дети школьного возраста.

# 33

## Ретроспективный анализ течения гепатита С у детей за период 2004—2019 гг., новые возможности терапии

Горячева Л.Г., Венцловайте Н.Д., Грешнякова В.А.,  
Ефремова Н.А., Шилова И.В.

ФГБУ ДНКЦИБ ФМБА России, Санкт-Петербург, Россия

Анализ противовирусной терапии (ПВТ) гепатита С у взрослых показал, что эффективность ее зависит от степени выраженности фиброза на этапе начала лечения. Возможность использования препаратов прямого противовирусного действия (ПППД) у детей — один из путей решения этой проблемы.

Цель: Определить особенности течения гепатита С у детей, инфицированных в раннем возрасте, проанализировать эффективность новых схем терапии.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ течения ХГС у 559 детей, наблюдавшихся в ФГБУ ДНКЦИБ ФМБА России в 2004—2019 гг. и эффективность противовирусной терапии (ПВТ) у данной категории больных.

Результаты: В этиологической структуре хронических гепатитов у детей ХГС составил 66,6%. В возрастной структуре преобладали школьники (6—11 лет — 47,2%, 12—17 лет — 32,1%), дети раннего возраста (до 2-х лет) составили 7,1%. Основным путем инфицирования детей был перинатальный путь. В 91,1% случаев имел место контакт с матерью больной ХГС, но частота передачи вируса от инфицированной матери ребенку составила 7,2%. По данным ДНКЦИБ, девочки инфицировались чаще мальчиков (71,4% против 28,6% соответственно у детей в возрасте до 1 года). Однако в дальнейшем (после 3-х лет) наблюдалось снижение удельного веса девочек среди заболевших (56,1% — девочки и 43,9% — мальчики). Вероятно, это связано с более высокой частотой у них спонтанного клиренса вируса. Так из 39 детей, у которых зарегистрировано стойкое отсутствие вiremии (без терапии), девочек было 25. Частота спонтанной элиминации вируса в различные годы колебалась от 7 до 18%.

Клинически ХГС характеризовался наличием диспептического (87%), астеновегетативного (56%) синдромов, минимальной гепатомегалией (80%), значительно реже наблюдались более выраженная гепатомегалия и спленомегалия (20%), артралгический синдром (15%). Для детей 1 года жизни была характерна высокая (65%) и умеренная (до 30%) вирусная нагрузка с преобладанием минимальной и низкой биохимической активности в 75% случаев. В более старшем возрасте отмечалось снижение уровня вiremии (в возрасте 4—5 лет высокая вирусная нагрузка выявлена у 30—35%, средняя — у 50%, низкая — у 20% детей) и нормализация биохимической активности (у 80—85% пациентов). Нами не выявлено продвинутых стадий фиброза при ХГС в детском возрасте, по данным эластографии лишь в 12,1% установлен фиброз 1 степени по шкале Метавир.

В настоящее время в РФ для лечения ХГС у детей могут быть использованы 3 схемы ПВТ: 1) с 3 лет ПегИФН + рибавирин (курс 24—48 нед.); 2) с 12 лет софосбувир + рибавирин (курс 12—24 нед., для 2—3 генотипа); 3) с 12 лет глекапревир/пибрентасвир (пангеномный — курс 8 нед.). Эффективность ПВТ у детей при использовании любых схем терапии выше, чем у взрослых. В ДНКЦИБ пролечено 20,9% больных с ХГС. Устойчивый вирусный ответ

(УВО) достигнут при использовании ПегИФН + рибавирин в 81,8—89,2%, софосбувира + рибавирин — в 100% случаев.

В настоящее время продолжают клинические исследования препаратов ПППД у детей в возрасте 6—11 лет.

Выводы: Гепатит С — основная причина хронических заболеваний печени в детском возрасте. Основным источником их инфицирования является мать. Для детей 1-го года, перинатально инфицированных HCV, характерен высокий уровень вирусной нагрузки и низкая активность АлТ, с последующим снижением вiremии и нормализацией трансфераз. Спонтанная элиминация вируса отмечалась в 7—18%. Течение ХГС отличается более медленными темпами развития фиброза. Проведение ПВТ у детей препаратами ПППД позволяет достигнуть УВО, предупредить развитие осложнений и распространение HCV-инфекции.

## **34 Оптимизация лекарственной терапии вирусных диарей на основе фармакоэпидемиологического анализа**

**Грекова А.И., Смолянкин Н.Н., Шевченко С.С., Алдохина Е.О., Федонина Е.А., Шумилов А.П., Солдатенков С.В., Сосновская Т.Н.**

ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Смоленск

Вирусные диареи в структуре острых кишечных инфекций (ОКИ) занимают 70—80%. Ведущее место принадлежит ротавирусной инфекции (РИ), заболеваемость составляет 81,2 на 100 тыс. населения. При назначении этиотропной терапии часто возникают трудности, т.к. ранняя диагностика затруднена.

Цель: Оптимизация лекарственной терапии вирусных диарей (ВД) на основе фармакоэпидемиологического анализа.

Материалы и методы: Проведен сравнительный анализ лекарственной терапии на основе изучения карт стационарных больных, госпитализированных в инфекционное отделение ОГБУЗ КБ №1 г. Смоленска с вирусными диареями в период 2008—2009 гг. (189 карт) — 1-группа и в период 2018 — 2019 гг. (200 карт) — 2-группа.

Результаты: В структуре ВД в 1 группе РИ составила 26,4%, во 2 группе — 48,1%. В обеих группах преобладали дети раннего возраста — 70,3 и 77,8% соответственно. Преобладала среднетяжелая форма заболевания — 78,5 и 71% соответственно. Частота назначений противовирусных препаратов (ПВП) составила в 1 группе — 55,9%, во 2 группе — 85,6%. В структуре ПВП преобладал меглюмина акридонацетат (циклоферон) — 46,4% в 1 группе и 68,3% — во 2 группе. КИП соответственно — 17,2 и 13,2%, интерферон альфа-2b (ВИФЕРОН) — 36,4 и 6,6%, во 2 группе умифеновир (арбидол) составил 10,9%, в 1 группе — не назначался. Частота назначения АБП при РИ составила 44,1% в 1-й группе и 14,4% — во 2 группе. В структуре АБП в 1-й группе преобладали гентамицин — 34,7%, фуразолидон — 22,3%, во 2-й группе — цефтриаксон — 42,3%, нифураксозид — 30,7%, цефиксим — 23%. Частота назначений патогенетических препаратов составила в группах 1 и 2 соответственно: энтеросорбенты — 55,7 и 84,4%; пробиотики — 33,7 и 49,7%; ферменты — 44,3 и 36,1%; регидратационная терапия

98,2 и 97,5%. Оральная регидратация проводилась у 24,1% в 1 группе и 66% — во 2 группе. Парентеральная регидратация: 75% — в 1 группе и 34% — во 2 группе. В структуре энтеросорбентов в 1 и 2 группах соответственно преобладали: активированный уголь — 57 и 41,3%; смекта — 41,2 и 42,9%. Из ферментных препаратов — мезим-форте — 95,3% в 1 группе, во 2 группе — панкреатин — 74,8%. В структуре пробиотиков в 1-й группе 77% составил бифидумбактерин, а во 2-й группе — 80% аципол.

Выводы: На основании фармакоэпидемиологического анализа выявлено, что в лечении вирусных диарей произошли положительные изменения: возросла частота назначений ПВП, снизилась частота АБП, увеличилась частота назначений оральной регидратации, энтеросорбентов и пробиотиков. Чаще стали использовать препараты с доказанной клинической эффективностью.

Таким образом, проведение фармакоэпидемиологического анализа является важным методом в коррекции лекарственной терапии ВД у детей.

## **35 Эффективность противовирусной терапии ротавирусной инфекции у детей**

**Грекова А.И., Смолянкин Н.Н., Шевченко С.С., Соколовская В.В., Жилина Е.А., Азломце Н.А., Телеш М.А., Виноградова А.П., Тимошенкова А.Д., Балкова О.П.**

ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Смоленск

Ротавирусная инфекция (РИ) среди расшифрованных острых кишечных инфекций занимает значительную долю. Заболеваемость РИ остается высокой, особенно у детей 1—2 года жизни. В комплексном лечении РИ ведущее место занимает этиотропная терапия, однако выбор её ограничен и вызывает затруднения.

Цель: Оценка эффективности противовирусных препаратов (ПВП) при РИ у детей на современном этапе.

Материалы и методы: Методом сплошной выборки проведен анализ 200 историй болезни детей с РИ, которые находились на лечении в инфекционном отделении ОГБУЗ КБ №1 г. Смоленска. Критерием оценки эффективности были: длительность синдрома интоксикации, диарейного синдрома, длительность лечения и выделения возбудителя, динамика копроцитограммы.

Результаты: Заболевание у всех детей протекало в среднетяжелой форме, в гендерной структуре преобладали мальчики — 56%. Дети до 3-х лет составили — 72%, 3—6 лет — 22%, старше 6 лет — 6%. Все дети получали ПВП, из них монотерапия — 84%, комбинированная терапия — 16%. Из ПВП 80% детей получали меглюмина акридонацетат (циклоферон), 9,8% — умифеновир (арбидол), 7,2% — КИП; из других ПВП — интерферон альфа-2b (ВИФЕРОН) и анаферон — по 1,5%. Среди комбинаций ПВП 40% детей получали циклоферон + умифеновир; 40% — циклоферон + КИП; по 10% — ВИФЕРОН + циклоферон и КИП + ВИФЕРОН + циклоферон. При оценке эффективности выявлено, что длительность симптомов интоксикации составила при КИП — 2,8 дней; умифеновире — 3,2 дня; циклофероне — 4,4 дня, при комбинированной терапии — 4,7 дня (циклоферон + КИП) и 4,9 дня (циклоферон + умифеновир). Длительность кишечного синдрома при

применении КИП, умифеновира, циклоферона составила 3,3 дня, 4,0 дня и 5,8 дней соответственно. При комбинированной терапии — 4,2 дня (циклоферон + КИП) и 5,5 дней (циклоферон + умифеновир). Длительность госпитализации при применении КИП, умифеновира, циклоферона и комбинированной терапии (циклоферон + КИП и циклоферон + умифеновир), соответственно составила: 4,3 дня, 4,8 дней, 6,1 день, 5 дней, 6 дней. В динамике копроцитограммы существенной разницы не отмечено: копроцитограмма к выписке нормализовалась у 72 — 75% детей. Санация возбудителя к выписке отмечена у 83,3% — при КИП, у 82,4% — при умифеновире, у 78,5% — при циклофероне и у 80,1% и 75,4% — при комбинациях циклоферон + КИП и циклоферон + умифеновир.

Выводы: Наиболее эффективными ПВП в терапии РИ оказались КИП и умифеновир. Циклоферон оказался менее эффективным, хотя назначался гораздо чаще. Отмечена высокая доля назначаемых комбинаций ПВП при их низкой эффективности.

## **36 Клинико-эпидемиологические особенности острых кишечных инфекций бактериальной этиологии у детей и подростков**

**Грекова А.И., Шевченко С.С., Солдатенков С.В., Смолянкин Н.Н.,  
Погодина М.В., Алдохина Е.О., Аносова А. Ю., Конобрицкая М.Д.,  
Шумилов А.П.**

ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Смоленск

Острые кишечные инфекции занимают ведущее место среди инфекционных заболеваний у детей, уступают лишь ОРВИ. ОКИ бактериальной этиологии протекают тяжелее вирусных, с высоким риском формирования хронической патологии ЖКТ, а также возможностью индуцирования неинфекционной патологии.

Цель: Выявить структуру ОКИ бактериальной этиологии и провести клинико-эпидемиологический анализ.

Материалы и методы: Методом сплошной выборки проведен анализ 57 историй болезни детей с ОКИ, которые находились на лечении в 5 инфекционном отделении ОГБУЗ КБ №1 г. Смоленска в 2018 году. У всех пациентов диагноз подтвержден бактериологическим методом.

Результаты: В структуре ОКИ бактериальной этиологии преобладал сальмонеллез — 81%, эшерихиозы составили 15% и 4% — кишечный иерсиниоз. Среди ОКИ сальмонеллезной этиологии преобладала *S. enteritidis* — 87%, *S. typhimurium* — 13%. Среднетяжелая форма заболевания составила 76% с *S. enteritidis* и 84% — *S. typhimurium*, тяжелые формы соответственно 4 и 6%. По гендерным различиям преобладали мальчики по 67% в обеих группах. По возрастной структуре в группах *S. enteritidis* и *S. typhimurium* дети до 1 года составили 5 и 50%; до 3-х лет — 32 и 33%; 3–7 лет — 36 и 17% и старше 7 лет — 0 и 27% соответственно. Синдром интоксикации отмечен у 100% пациентов, его длительность составила 5 дней в группе *S. enteritidis* и 7,8 дней — в группе *S. typhimurium*. Синдром энтерита и гастроэнтерита был выражен у больных с *S. enteritidis* — 3,8 дней.

Длительность синдрома энтероколита составила 9 дней с *S. enteritidis* и 7,1 дня — с *S. typhimurium*. Синдром гастроэнтероколита соответственно сохранялся 4,2 дня и 8,1 дня.

В структуре эшерихиозов 72% составили энтеропатогенные (ЭПЭ), по 14% энтероинвазивные (ЭИЭ) и энтерогеморрагические (ЭГЭ). По тяжести у всех больных преобладала среднетяжелая форма, у детей с ЭПЭ — 10% тяжелых форм. В гендерной структуре преобладали мальчики — 71%. В возрастной структуре дети до 1 года составили 14%, 1—3 года — 44%; 3—7 лет — 14% и 28% — дети старше 7 лет. Синдром интоксикации был выражен у 100% детей. Синдром энтерита и гастроэнтерита — 57%, синдром гастроэнтероколита — 29%, энтерогемоколита — 14% детей. Синдром интоксикации сохранялся 6,5 дней у всех наблюдаемых детей при ОКИ разной этиологии. Синдром энтерита и гастроэнтерита преобладал у детей с ЭПЭ и его длительность составила 5,8 дней; синдром гастроэнтероколита был выражен при ЭИЭ и ЭПЭ, его длительность составила соответственно 4,3 дня и 5,8 дней; синдром энтерогемоколита был выражен при ЭПЭ и его длительность составила 3,8 дня.

Выводы: Анализ клинико-эпидемиологических особенностей позволяет более рационально подойти к выбору лекарственной терапии.

## **37 Группы риска по цитомегаловирусной инфекции у взрослых в г. Баку**

**<sup>1</sup>Гусейнова З.Н., <sup>2</sup>Алиаскерли Н.С., <sup>3</sup>Рустамова Л.И.**

<sup>1</sup>Азербайджанский Медицинский Университет, Баку, Азербайджан

<sup>2</sup>Университет «Одлар Юрду», Баку, Азербайджан

<sup>3</sup>Научно-Исследовательский Институт Медицинской Профилактики им. В.Ю. Ахундова, Баку, Азербайджан

Цитомегаловирусная инфекция (ЦМВИ) стала в последние 15—20 лет одной из важнейших проблем научного поиска и повышенного внимания клиницистов. Во многих регионах мира, в том числе в России и в Азербайджане отмечается ежегодный прирост ЦМВ-серопозитивного населения. Изучению значимости ЦМВ в развитии различной патологии уделяется особое внимание.

Цель исследования: изучить группы риска по ЦМВ-инфекции у взрослых в г. Баку.

Материалы и методы: Проведено комплексное клинико-лабораторное обследование 128 взрослых пациентов с подозрением на ЦМВ-инфекцию. Всем пациентам было проведено лабораторное исследование, включающее определение специфических анти-ЦМВ антител классов М и G в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа и определение ДНК ЦМВ с помощью полимеразной цепной реакции.

Результаты: Среди пациентов, включенных в обследование, женщин было 113 (88,3%), мужчин — 15 (11,7%). Средний возраст женщин составлял  $34,3 \pm 1,4$  года, мужчин  $38,7 \pm 0,9$  лет. Анализ частоты встречаемости ЦМВИ у женщин показал, что специфические анти-ЦМВ IgG антитела больше выявлялись в возрастной группе до 30-ти лет (85,9%). Специфические анти-ЦМВ IgM антитела больше обнаруживались в возрастной группе 40—49 лет (16,7%). У мужчин наибольшая выявляемость специфических анти-ЦМВ IgM и IgG антител наблюдалась в возрастной группе 30—39 лет (16,7% и 83,3% соответственно).

В целом, выявляемость ЦМВИ у женщин была больше, чем у мужчин. Установлено, что у женщин и у мужчин ЦМВИ в основном протекала как хроническая инфекция и частота выявляемости составляла 81,8 и 81,6% соответственно. У мужчин активные формы ЦМВИ диагностировались почти в 3 раза чаще, чем у женщин (18,4 против 6,1%). Специфические анти-ЦМВ антитела классов М и G в большем проценте случаев определялись у мужчин.

Выводы: Таким образом, полученные результаты, основанные на возрастных, половых, серологических и клинических особенностях, помогают выявить группы риска у взрослых по развитию ЦМВИ.

## 38

### **К вопросу о современном течении ветряной оспы у детей**

**Гусоева И.Г., Албегова Б.З., Алагова М.В., Кокаева З.Р.**

ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Минздрава России, Владикавказ

Согласно определению ВОЗ, ветряная оспа (ВО) представляется крайне контагиозным вирусным заболеванием. Ведущее место в структуре капельных инфекций у детей, возможность развития тяжелых бактериальных осложнений и поражение ЦНС определяют актуальность проблемы ВО.

Цель: Изучение особенностей эпидемиологии и клинического течения ВО у детей в РСО-Алания.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ историй болезней 209 детей, госпитализированных в РДКБ г. Владикавказа с 2012 г. по 2018 г.

Результаты: Распределение больных по годам выявило циклический характер заболеваемости с периодичностью в 3 года (в 2012 г. поступило 10% детей, в 2013 г. — 17%, в 2014 г. — 14%, в 2015 г. — 8%, в 2016 г. — 18%, 2017 — 20%, 2018 г. — 13%). Заболеваемость ВО преимущественно характеризовалась зимне-весенней сезонностью (69%), наибольшее количество больных пришлось на месяц январь (19%). Мальчики (54,1%) болели несколько чаще девочек. Дети первых трех лет жизни составили 56% случаев, от 3 до 7 лет — 15%, старше 7 лет — 29%. В 67% случаев дети проживали в городе. Источник ВО установлен у большинства (55%), у 5 детей заболевание развилось при контакте с больным опоясывающим герпесом. В легкой форме заболевание протекало у 15% детей, среднетяжелой — у 64%, тяжелой — у 21%. Типичные осложнения ВО диагностированы в 18% случаев. Рожистое воспаление выявлено у 3,3% больных, флегмона — в 4% случаев, встречались также инфильтраты, абсцедирование, лимфаденит. Ветряночный энцефалит развивался в основном у детей школьного возраста (5%) в периоде появления корочек. Среди сопутствующих заболеваний наиболее часто регистрировались ОРВИ (19,3%), острая кишечная инфекция (13,9%), анемия (3,6%), инфекция мочевыводящей системы (2,6%). У одного ребенка ВО протекала одновременно с менингококкцемией, отмечены также случаи одновременного развития клиники ВО и кори у ребенка 11 месяцев, наслоения ВО на коклюшную инфекцию у ребенка 2 лет жизни и на острый аппендицит в после-

операционном периоде у мальчика 6 лет. За редким исключением больные получали этиотропную терапию ацикловиром.

Выводы: В РСО-Алания уровень заболеваемости детей ВО остается высоким, имеет циклический характер и зимне-весеннюю сезонность. ВО часто развивается в младенческом возрасте, у каждого пятого госпитализированного протекает с осложнениями. Таким образом введение вакцинации против ВО в календарь профилактических прививок является насущной необходимостью.

## **39 Коревая инфекция у детей в период эпидемического подъема заболеваемости**

**Гуссова И.Г., Албегова Б.З., Алагова М.В., Кокаева З.Р.**

ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Минздрава России, Владикавказ

Вслед за подъемом заболеваемости корью в Европе, с 2009 г. стали регистрироваться случаи и в России. Несмотря на предпринимаемые меры глобального масштаба и региональных уровней по сдерживанию распространения коревой инфекции, ситуация остается неблагоприятной и тревожной.

Цель исследования: изучить эпидемиологические особенности и клиническое течение кори у детей в РСО-Алания за восьмилетний период эпидемического подъема заболеваемости.

Материалы и методы: Всего проанализировано 130 случаев кори у детей, получавших стационарное лечение в боксированном отделении РДКБ г. Владикавказа в 2011 — 2018 гг. (28 детей находилось под наблюдением, 102 истории болезней детей изучены ретроспективно).

Результаты: После многолетнего отсутствия больных корью в РСО-Алания в 2011 г. в стационар поступило 24 ребенка с коревой инфекцией (18,5%). На 2012 г. пришлось наибольшее количество заболевших детей (30,8%), к 2016 и 2017 гг. число госпитализированных сократилось до единичных, в 2018 г. вновь отмечался рост заболеваемости (8%). Выявлена четкая зимне-весенняя сезонность с небольшим превалированием заболеваемости в зимние месяцы (соответственно 54 и 43%). Несколько чаще болели мальчики (58,8%). Обращает на себя внимание также более частая заболеваемость детей первых 3 лет жизни (69%). Пациенты первого года жизни составили примерно треть случаев (27%), что важно при анализе прививочного статуса. 46,5% детей не были вакцинированы против кори. О настороженности педиатров в отношении кори свидетельствует правильная постановка предварительного диагноза в 84% случаев. Окончательный диагноз устанавливался при выявлении специфических IgM методом ИФА в крови. Контакт с коревыми больными выявлен у 42% детей, внутрисемейных очагов было 11 (8,5%). Большинство детей госпитализировались в периоде высыпаний (3—5 день от начала заболевания). Температура тела повышалась у всех больных, преимущественно до фебрильных цифр (70,4%) и держалась в основном до 5 дней. В 78% случаев у детей зарегистрирован конъюнктивит. Кашель выявлен у 93% детей, носивший в разгар заболевания преимущественно влажный характер. Специфическая коревая энантема в виде пятен Филатова-Коплика-Бельского наблюдалась у 90% детей, неспецифическая энантема —

у 74%. У детей первого года жизни нередко развивался диарейный синдром (22%). Сыпь в 67% случаев носила пятнисто-папулезный характер, в остальных — мелко-пятнистый; этапность возникновения сыпи прослеживалась у 84%. Пигментация сыпи происходила в 68% случаев. Осложнения кори развивались нечасто (у 16% — обструктивный бронхит, у 3,5% — пневмония). В анализе периферической крови в 28% случаев наблюдалась лейкопения (min до  $2,8 \times 10^9/\text{л}$ ), в 12% — лейкоцитоз (max до  $11,8 \times 10^9/\text{л}$ ), в 36% — снижение уровня гемоглобина. Среднее пребывание больных в стационаре составило 6,7 дней.

Выводы: Таким образом, в РСО-Алания продолжается эпидемический подъем заболеваемости корью среди детей. Коревая инфекция в типичной форме может протекать и у привитых детей, однако о наличии протективного иммунитета свидетельствует гладкое течение заболевания и редкость развития осложнений.

## 40 Менингококковая инфекция в Узбекистане

**Даминов Т.А., Туйчиев Л.Н., Таджиева Н.У., Муртазаева З.Б.**

Ташкентская медицинская академия,  
НИИ эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний  
МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

По данным ВОЗ, ожидается, что при сохранении широкого охвата вакцинацией эпидемии менингококковой инфекции (МИ), вызванные серогруппой А, будут ликвидированы. Однако другие менингококковые серогруппы, такие как W, X и C, продолжают вызывать эпидемии и около 30 000 случаев заболеваний ежегодно в менингитном поясе.

Цель: изучить клинико-эпидемиологические особенности менингококковой инфекции у больных на современном этапе.

Материалы и методы: Проведен анализ эпидемиологических, клинико-лабораторных данных 118 пациентов с генерализованной формой менингококковой инфекции, находившихся на лечении в Городской инфекционной клинической больнице №1 г. Ташкента.

Результаты: Эпидемическая ситуация по МИ в Узбекистане характеризуется признаками межэпидемического периода, отмечается «повзросление» МИ, в возрастной структуре высокий удельный вес больных в возрасте 7—14 лет (17,9%) и 20—29 лет (39,8%). Лидирующей серогруппой является *N. meningitidis* группы А (99,1%), при этом в предыдущие годы отмечались случаи заболевания, вызванные *N. meningitidis* группы W135 и C. Характерная геморрагическая сыпь на фоне стойкой гипертермии, которая появлялась только на 3—4-е сутки заболевания, была особенностью клиники генерализованных форм менингококковой инфекции, что значительно затрудняло своевременную постановку диагноза. У реконвалесцентов, перенесших комбинированную форму МИ и «чистый» менингит, развивались такие осложнения, как нейросенсорная тугоухость (3,3%), резидуальная энцефалопатия (11,8%), а также развитие глубоких некрозов, с образованием рубцов на месте высыпаний.

Выводы: Таким образом, на сегодняшний день специфическая профилактика является одним из самых актуальных направлений в снижении заболеваемости и смертности от менингококковой инфекции у детей и взрослых.

## 41 Использование экспресс-теста для этиологической диагностики острых тонзиллитов

Даминов Т.А., Туйчиев Л.Н., Таджиева Н.У., Усманова Э.М.

Ташкентская медицинская академия, Андижанский государственный медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Стрептококковая инфекция остается в числе наиболее острых проблем здравоохранения во всех странах, что определяется широким распространением стрептококков группы А и огромным социально-экономическим ущербом, наносимым данной патологией. В связи с этим, на сегодняшний день актуальными остаются вопросы ранней этиологической диагностики тонзиллитов, с учетом основных клинических симптомов болезни, результатов культурального метода исследования, и использованием экспресс-тестов для идентификации возбудителей.

Цель: изучить результативность экспресс-теста для диагностики *Streptococcus pyogenes* у больных с различными формами острого тонзиллита.

Материалы и методы: Проспективное исследование 136 больных в возрасте от 7 до 45 лет, с диагнозом острый тонзиллит проводилось с января 2018 года по сентябрь 2019 года в клинических базах Ташкентской медицинской академии (ангинозное отделение клиники НИИ эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний) и Андижанского государственного медицинского института (ангинозное отделение Областной клинической инфекционной больницы). Критериями включения больных в исследование явились: больные госпитализированные с диагнозом острый тонзиллит, 1—2 дни болезни. У всех больных в день поступления в стационар проводился забор материала (носоглоточная слизь, слизь с поверхности миндалин) на бактериологическое и иммунохроматографическое исследования (Экспресс-диагностическая система StreptatestR, DectraPharm, Франция). Также анализировались анамнез, клинические и лабораторные данные больных.

Результаты: У всех обследованных 136 больных заболевание протекало остро с проявлениями интоксикации (лихорадка, слабость, головные боли), болями и чувством саднения в горле. Начало заболевания характеризовалась клиническими проявлениями острых респираторных вирусных инфекций (ринитом, чиханием), после чего на 5—6 дни заболевания присоединялись клинические проявления тонзиллита. При осмотре полости рта определялась ярко ограниченная гиперемия и гипертрофия миндалин, у 48 (35,3%) больных поверхность миндалин была покрыта гнойным налетом, у 37 (27,2%) больных отмечался творожистый налет, у остальных 51 (37,5%) больных — слизистый налет. Иммунохроматографический метод Стрептатест был положительным у 41 (30,1%) больного. Бактериологическим методом удалось выделить *Streptococcus pyogenes* у 24 (17,6%) больных, *Streptococcus pyogenes* + *Streptococcus pneumoniae* — у 5 (3,7%) больных, *Staphylococcus aureus* — у 38 (27,9%) больных, *Streptococcus pneumoniae* + *Staphylococcus aureus* — у 3-х (2,2%) больных, *Streptococcus epidermidis* — у 2-х (1,5%) больных, у

64 (47,1%) больных получен отрицательный результат. Тесты на чувствительность к антибиотикам выделенных штаммов *Streptococcus pyogenes* показали высокую чувствительность в отношении пенициллина.

Выводы: Таким образом, использование экспресс-теста при тонзиллитах наряду с бактериологическим культуральным методом исследования позволяет решить вопрос ранней этиологической диагностики острых тонзиллитов, особенно в условиях поликлинической службы и выбрать оптимальную антибактериальную терапию с первых дней болезни.

## 42 Сравнительная оценка иммунологической эффективности различных схем АРВТ у перинатально инфицированных ВИЧ детей

**Даминов Т.А., Туйчиев Л.Н., Худайкулова Г.К.**

Ташкентская Медицинская Академия, г. Ташкент, Узбекистан

Цель: Сравнительная оценка эффективности схем АРВТ на основе ННИОТ и ИП у детей, инфицированных перинатальным путем и подвергавшихся воздействию АРВ-препаратов с целью ППМР.

Материалы и методы: Сбор материала осуществлялся на базе диспансерного отдела Республиканского центра по борьбе со СПИДом и отделения ВИЧ-инфекции НИИ Вирусологии МЗ РУз за период 2009—2018 гг. Под нашим наблюдением находились 40 детей с диагнозом «ВИЧ-инфекция» с подтвержденным перинатальным путем передачи инфекции, подвергавшихся действию АРВ-препаратов с целью ППМР. Дети были разделены на 2 группы. В 1 группу (основную) вошли 20 детей, получавших лечение трехкомпонентной схемой АРВТ на основе ИП (Лопинавир/ритонавир). Во 2 группу (сравнения) были включены 20 детей, получавших АРВТ на основе ННИОТ (Невирапин). У обследованных детей отслеживались средние значения иммунологических (относительное содержание CD4 лимфоцитов) параметров в следующей хронологической последовательности — на момент начала лечения, через 3, 6, 9, 12 и 18 месяцев лечения.

Результаты: В группе детей, получавших в качестве первой линии терапии схему АРВТ на основе ИП, в течение всего периода наблюдения отмечался неуклонный рост показателя. В итоге, к концу окончания наблюдения общий средний показатель соответствовал незначительному иммунодефициту. В группе сравнения, начиная с 6 месяца наблюдения и далее, регистрировались значительные отклонения от показателей основной группы. Средние значения показателя колебались в пределах 24—25% без тенденции к подъему и соответствовали (с учетом возраста наблюдаемых детей) умеренной степени и в ряде случаев (2 ребенка — 10%) — тяжелой степени иммунодефицита.

Проведенный анализ показал, что у детей, инфицированных ВИЧ перинатально и подвергавшихся ранее экспозиции АРВ-препаратами с целью ППМР, более эффективной схемой первой линии терапии является схема на основе ингибиторов протеазы по сравнению со схемой АРВТ на основе ННИОТ. Возможным объяснением этого факта может быть перинатальное инфицирование ребенка штаммом ВИЧ с уже сформированной

резистентностью к препаратам из группы ННИОТ вследствие увеличения циркуляции подобиных штаммов в популяции ВИЧ-инфицированных пациентов.

Выводы: Учитывая вышеизложенное, в целях предупреждения иммунологических неудач АРВТ детям с перинатальным путем инфицирования ВИЧ рекомендуется в качестве предпочтительной схемы АРВТ первой линии — схема на основе ингибиторов протеазы.

## 43

### **Извращённый поствакцинальный иммунитет к пневмококку у пациентов с избыточной массой тела**

**Джумагазиев А.А., Усаева О.В., Костинов М.П., Безрукова Д.А.**

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова», РФ, Москва,  
ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), РФ, Москва,  
ФГБОУ ВО Астраханский государственный медицинский университет Минздрава России, РФ, Астрахань

Цитокины и гормоны, продуцируемые адипоцитами при ожирении, считающемся хроническим воспалением с риском развития тяжелых инфекций и осложнений, являются системными медиаторами воспаления, участвующими и в формировании иммунного ответа и, возможно, «искажающими» его.

Цель: изучить иммунный ответ детей с избыточной массой тела и ожирением на иммунизацию 13-валентной пневмококковой конъюгированной вакциной.

Материалы и методы: Проведено исследование детей в возрасте 3—7 лет жизни, впервые вакцинированных вакциной ПКВ13 в 2 параллельных группах: основная (14 детей с избыточной массой тела (МТ), 3 — с ожирением); контрольная — 40 детей с нормальной МТ. Через 6 месяцев после введения ПКВ13 методом твердофазного ИФА оценивались IgG АТ к 13 капсульным полисахаридам (КПС) пневмококка.

Результаты: У детей с избыточной массой тела и ожирением средние уровни к КПС, были выше, чем у лиц с нормальным весом следующих серотипов: 7F ( $p = 0,05$ ), 9V ( $p = 0,03$ ), 18С ( $p = 0,04$ ), 19А ( $p = 0,05$ ), 23F ( $p = 0,04$ ) соответственно. При сопоставлении данных по распределению сывороток привитых детей в зависимости от уровня IgG АТ, также были выявлены различия: в группе с избыточной массой тела и ожирением было отмечено уменьшение доли сывороток с низким уровнем IgG АТ к КПС, входящих в состав ПКВ13 (29,4% против 70,0% в контроле,  $p = 0,01$ ) и увеличение доли сывороток с высоким уровнем АТ (29,4% против 5,0% в контроле,  $p = 0,01$ ). Следует отметить различие в распределении уровней АТ к КПС 18С серотипа *S. pneumoniae*. К остальным используемым КПС *S. pneumoniae* не выявлено статистически значимого различия в уровнях IgG АТ в сравниваемых группах вакцинированных детей.

Выводы: У детей обеих групп поствакцинальные специфические АТ к серотипам пневмококка регистрировались в значении выше отрицательного контроля. Выявлены различия в иммунном ответе детей с избыточной массой тела и ожирением в сравнении с

детьми с нормальной МТ, характеризующиеся повышенными средними уровнями АТ к 5 из 13 серотипов *S. pneumoniae* 7F, 9V, 18C, 19A, 23F и к смеси КПС, входящих в состав вакцины. Такие различия возможно связаны с дисрегуляцией механизмов иммунного ответа за счет дисбаланса продукции медиаторов воспаления.

## **44** **К вопросу о сроках инфицирования вирусами семейства *Herpesviridae* детей раннего возраста**

**Егорова Н.Ю., Молочкова О.В., Гусева Л.Н., Романова Ю.В.,  
Компанеец Ю.В., Анджель А.Е.**

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия  
Морозовская детская городская клиническая больница, Москва, Россия

Чрезвычайно актуальной является проблема первичного инфицирования вирусами семейства *Herpesviridae* в раннем детском возрасте, когда происходит становление иммунной системы организма. Активная персистенция герпесвирусов создает предпосылки к частым инфекционным заболеваниям, их осложнениям, способствуя формированию соматической патологии.

Цель: изучение активных форм герпесвирусных инфекций (ГВИ), вызванных I, II, IV, V и VI типами вирусов (ВПГ-1, 2, ЭБВ, ЦМВ, ВГЧ-6) у детей с различной патологией в возрасте до 3-х лет жизни.

Материалы и методы: Под наблюдением находилось 122 ребенка раннего возраста: 38 — дети до 1 года жизни, 34 — от 1 года до 2 лет, 50 — от 2 до 3 лет, госпитализированных в боксированные отделения Морозовской ДГКБ или обратившихся в КЦ Морозовской ДГКБ, у которых были выявлены маркеры активных форм ГВИ в моно- и микст-вариантах. Методом ПЦР в крови, мазке с миндалин, слюне, ликворе определяли ДНК ВПГ 1-2 типа, ЭБВ, ЦМВ, ВГЧ-6, в моче — ДНК ЦМВ. Методом непрямой реакции иммунофлюоресценции (НРИФ) и быстрым культуральным методом (БКМ) определяли антигены указанных герпесвирусов в лимфоцитах крови. Методом ИФА в сыворотке крови — антитела классов IgM и IgG к ВПГ 1-2 типа, раннему, капсидному, ядерному антигенам ЭБВ, ЦМВ, ВГЧ-6.

Результаты: Пациенты обращались с жалобами на продолжительную повышенную температуру, лимфаденопатию, нейтропению, рецидивирующий тонзиллофарингит, гипертрофию аденоидов, рецидивирующий обструктивный бронхит, стоматит, повторные судороги, экзантему, нарушение ритма сердца.

У обследованных детей в первом году жизни в большинстве случаев выявлена активная ЦМВ-инфекция — в 83%, чаще в вариантах моноинфекции — в 79%. В 16% выявлена активная ВГЧ-6 инфекция и только в 8% и 5% случаев соответственно — активные ЭБВ- и ВПГ-инфекции. В клинической картине у 26% детей этой группы преобладали симптомы поражения ЦНС, у 24% отмечена нейтропения, у 24% — генерализованная ЦМВ-инфекция, у 13% — двусторонняя пневмония осложнилась сепсисом. Только у 11%

детей в возрасте до 1 года отмечен типичный комплекс симптомов, характерный для инфекционного мононуклеоза. У одного ребенка 3 месяцев жизни с желудочковой экстрастиолой была выявлена активная ВПГ-1 — инфекция.

У обследованных детей в возрасте от 1 года до 2 лет жизни в большинстве случаев выявлена активная ВГЧ-6 — инфекция — в 76%, чаще в микст вариантах (в 62%). Активная ЭБВ-инфекция установлена в 38% случаев, также чаще в микст вариантах. Активная ЦМВ-инфекция документирована у 50% больных. На втором году жизни большинство составили больные инфекционным мононуклеозом — 32%, длительным субфебрилитетом — 20% и нейтропениями — 15%.

У детей третьей группы — в возрасте от 2 до 3 лет жизни практически с одинаковой частотой документирована активная ЭБВ и ВГЧ-6 инфекции — в 66% и 58% соответственно, чаще протекавшие в смешанных формах. Количество активных форм ЦМВ-инфекции в этой группе составило 34%, что меньше, чем в первой и второй группах (79% и 50% соответственно). Активная ВПГ-инфекция в третьей группе отмечена в 13% случаев только в микст формах. Частыми клиническими проявлениями активной ГВИ на третьем году жизни был типичный симптомокомплекс инфекционного мононуклеоза (68%), 12% детей были часто болеющими, обратились с симптомами выраженного затруднения носового дыхания в связи с аденоидами 3—4 степени, у 6% рецидивировал тонзиллофарингит.

Выводы: Таким образом, полученные результаты подтверждают данные литературы о том, что самой частой активной ГВИ у детей первого года жизни является ЦМВ-инфекция. Отмечено раннее инфицирование детей ЭБВ уже на 1—2 году жизни. Инфицирование ВГЧ-6 начинается со второй половины первого года жизни с пиком инфицирования в возрасте от 1 до 2 лет. На третьем году жизни при активной персистенции вирусов семейства *Herpesviridae* формируется группа часто болеющих детей с увеличением аденоидов, рецидивирующим тонзиллофарингитом, частыми рекуррентными инфекциями. Выявление активных форм герпесвирусных инфекций необходимо включить в комплекс обследования детей раннего возраста с различной патологией для своевременного назначения адекватной терапии.

## 45

### **Спектр поражений центральной нервной системы при герпесвирусных инфекциях**

**Ешмолов С.Н., Климовицкая Е.Г., Ситников И.Г., Кузьмина М.Н., Елякова Е.В.**

ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Ярославль, Россия

Заболевания, вызываемые герпесвирусами, принадлежат к числу социально значимых, что определяется как широким их распространением, так и разнообразием клинических проявлений вплоть до поражений нервной системы с возможным развитием инвалидизации и летальных исходов.

Цель: Выявить спектр поражений центральной нервной системы при герпесвирусных инфекциях в современных условиях.

Материалы и методы: 40 историй болезни пациентов с поражением ЦНС при герпесвирусных инфекциях, госпитализированных в ГБУЗ ЯО «ИКБ» в 2015–2017 гг.

Результаты: в 2015 году было пролечено 9 (22,5%), в 2016 г. — 11 (27,5%), в 2017 г. — 20 (50%) больных. Дети составили 22 (55,0%), из них в возрасте до 1 года — 9 (40,9%); взрослые — 18 (45,0%) человек. Спектр поражений нервной системы представлен в виде серозного менингита у 23 (57,5%) пациентов, менингоэнцефалита (МЭ) у 14 (35%), энцефалита у 3 (7,5%). Среди детей в возрасте до 1 года чаще встречались заболевания, вызванные вирусами простого герпеса 1,2 типа (HSV 1, 2) с МЭ, у детей других возрастных групп диагностирована ветряная оспа с серозным менингитом и МЭ. У взрослых герпесвирусная инфекция протекала преимущественно в виде опоясывающего герпеса с преобладанием серозного менингита. У 17 (42,5%) больных наблюдались тяжелые формы заболевания. У 12 (30,0%) пациентов заболевания протекали с осложнениями: отёком головного мозга при МЭ (HSV 1, 2), невритом тройничного нерва и вторичным инфицированием элементов сыпи при Varicella Zoster-вирусных инфекциях.

У 38 (95%) пациентов заболевание начиналось остро с повышения температуры тела и интоксикационного синдрома в виде вялости, адинамии, сонливости, слабости. Подъем температуры до 38°C отмечался у 15 (37,5%) человек, до 39°C и выше — у 23 (57,5%) с нормализацией на  $9,5 \pm 0,95$  день болезни. Неврологическая симптоматика появлялась в среднем на 5–6 день высыпаний. Головная боль наблюдалась у 28 (70,0%) больных; рвота — у 22 (55,0%) человек кратностью  $3,2 \pm 0,68$  раз, длительностью  $1,7 \pm 0,35$  дней. Менингеальный симптомокомплекс был неполным и неярко выраженным и выявлялся у 28 (70,0%) больных. Наиболее часто определялись ригидность затылочных мышц (до  $2,9 \pm 0,26$  см) у 62,5% и симптом Кернига — у 30,0% пациентов. Очаговая симптоматика отмечалась у 21 (52,5%) больного в виде нарушения сознания (15,0%), мозжечковой атаксии (15,0%), дезориентации в пространстве и времени (10,0%), тонико-клонических судорог (10,0%), нарушения речи (10,0%). Диагноз верифицирован методом ПЦР ликвора: ДНК HSV1,2 (20%), ДНК VZV (75%), ДНК EBV + VZV (2,5%), ДНК EBV (2,5%). По данным ликворограммы выявлен умеренный лимфоцитарный плеоцитоз до  $212,0 \pm 37,0$  кл/мкл с нормальным содержанием белка ( $65,1 \pm 5,01$  мг/л), глюкозы и хлоридов. Средний койко-день составил  $13,4 \pm 0,74$ . Летальных исходов не было. Заболевание привело к инвалидизации у 2 детей в возрасте до 1 года с HSV1,2.

Выводы: отмечается увеличение количества больных с поражениями ЦНС при герпесвирусных инфекциях. Среди детей старших возрастных групп наиболее часто встречалась ветряная оспа с серозными менингитами и менингоэнцефалитами; у взрослых заболевание протекало в виде опоясывающего герпеса с серозными менингитами. У детей в возрасте до 1 года с герпетической инфекцией, вызванной HSV 1, 2 преобладали менингоэнцефалиты, с наиболее тяжёлым течением, осложнениями и инвалидизацией у 2-х детей.

# 46

## Напряженность гуморального иммунитета к вирусу кори среди сотрудников отдельно взятой больницы города Москвы и оценка поствакцинального иммунного ответа у серонегативных лиц

Журавлев П.И., Костинов М.П., Филатов Н.Н.

ФГБНУ НИИ вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова, Москва, Россия

Серомониторинг коллективного иммунитета к вирусу кори у медицинских работников является одним из важнейших мероприятий по предупреждению развития внутрибольничных очагов инфекции.

Цель: Изучить напряженность гуморального иммунитета к вирусу кори среди сотрудников отдельно взятой больницы города Москвы.

Материалы и методы: В исследовании принимали участие 1855 работников крупной больницы. Обследуемые были распределены по группам, начиная с 19 лет, с интервалом 5 лет — всего 11 групп. Иммунитет к вирусу кори в сыворотках крови людей определяли методом ИФА с использованием тест-системы «Вектор — Бест IgG-корь» (Россия).

Результаты: Специфический иммунитет к вирусу кори у респондентов обнаруживается в 85% случаев. Показано, что наиболее восприимчивыми к кори являются молодые сотрудники 19—23 лет, у которых в 38,5% случаев не удалось выявить уровня антител в протективных значениях. За ними следуют работники молодого и среднего возраста (24—48 лет) из-за регистрации доли лиц серонегативных и с сомнительными значениями антител к вирусу кори в пределах от 27,5% до 16,7%. В возрастном интервале от 19 до 43 лет регистрируется большее количество сывороток с низкими значениями (от 60,0% до 42,3%), а в группах от 44 лет до 68 лет — напротив, увеличивается доля лиц с обнаружением средних уровней антителот 46,3% до 92,2%.

При исследовании сыворотки серонегативных лиц через 1 месяц после вакцинации установлено, что у 1% респондентов уровни IgG АТ определялись как сомнительные, несмотря на проведенную вакцинацию. У всех серонегативных лиц уровни IgG АТ выросли по сравнению с исходным результатом. Наиболее высокие средние уровни антител и наиболее высокий прирост в уровнях антител определялся в группах лиц молодого возраста от 19 до 28 лет. Наименьшие уровни антител наблюдались в группе лиц 54—58 лет. Анализ распределения уровней противокоревых антител на низкие (до 1,0 МЕ/мл), средние (1,0—5,0) и высокие (более 5,0) показал, что большую долю во всех возрастных группах занимают лица со средними уровнями АТ (от 85,7% до 47,1%). Наибольшая доля лиц со средними уровнями АТ отмечается в группах 19—23 и 24—28 лет, составляя соответственно 85,7 и 78,6%. Причем, имеется тенденция к снижению доли лиц со средними уровнями антител и росту доли лиц с низкими уровнями антител с возрастом. Наибольшая доля лиц с низкими уровнями АТ наблюдалась в группе 54—58-летних. В данной возрастной группе доля лиц с низкими уровнями АТ сравнялась с долей лиц со средними уровнями АТ и составила 47,1%. Лица с высокими уровнями АТ определяются в возрастных группах 29—33-летних (11,1%), 39—43-летних (6,9%), 54—58-летних (5,9%).

Наиболее восприимчивыми к кори являются молодые сотрудники 19–23 лет, затем — молодого и среднего возраста (24–48 лет). Однако, сотрудники более молодого возраста в возрастных группах 19–28 лет отвечали на вакцинацию более высокими уровнями АТ, доля лиц с низкими уровнями АТ в данных возрастных группах была наименьшей.

Выводы: Коллективный противокоревой иммунитет у сотрудников крупного больничного комплекса не соответствует санитарно-эпидемиологическим критериям благополучия по кори. Сотрудники более молодого возраста, в возрастных группах 19–28 лет, отвечали на вакцинацию более высокими уровнями АТ, доля лиц с низкими уровнями АТ в данных возрастных группах была наименьшей, что дает возможность эффективно вакцинировать и поддерживать уровни IgG антител у лиц из данной возрастной группы в протективных значениях

## **47** **Возрастные особенности течения инфекционного мононуклеоза у детей**

**Зайцева Л.Ю., Забайрачная Д.С., Зайцев А.И**

ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, Курск, Россия

Заболеваемость инфекционным мононуклеозом за последнее десятилетие выросла более чем в 4 раза. Разнообразии клинических критериев создает определенные трудности при дифференциально-диагностическом разграничении его с большим кругом заболеваний.

Цель: Изучение общих закономерностей и возрастных особенностей клинических проявлений инфекционного мононуклеоза (ИМ) у детей.

Материалы и методы: Нами были обследованы 57 детей в возрасте от 6 месяцев до 18 лет, больных инфекционным мононуклеозом. Из них в возрасте до 1 года — 2, 1–3 лет — 20, 4–7 лет — 10, 7–15 лет — 10, старше 15 лет — 15 человек; мальчиков — 31, девочек — 26, госпитализированных в детскую инфекционную больницу г. Курска.

Результаты: Клиническая картина ИМ характеризуется полиморфизмом и зависит от возраста больного ребенка. Заболевание проявлялось в виде комплекса мононуклеозоподобного синдрома, позволявшего включать в себя ряд частных, но четко обозначенных синдромов: интоксикации; острого тонзиллита; лимфаденопатии; гепатолиенальный.

Ведущим симптомом у детей являлась лихорадка, которая регистрировалась у 100% больных в возрасте от 4 до 7 и старше 15 лет с первого дня болезни, достигая своего максимума на 3–7 сутки. Лихорадка продолжалась от 5 до 20 дней. У детей раннего возраста температура повышалась до высоких цифр в первые дни заболевания и держалась более длительное время, чем у детей старшего возраста. Синдром острого тонзиллита наблюдался у 100% больных детей всех возрастных групп. У всех больных детей выявлялась лимфаденопатия. Степень увеличения лимфатических узлов зависит от тяжести течения ИМ и возраста ребенка. Лимфаденопатия сохраняется длительное время — 2–3 недели. Гепатолиенальный синдром является одним из постоянных признаков болезни. Увеличение печени и селезенки отмечено у 90% детей в возрасте от 4 до 15 лет, у 80% больных от

1 до 3 лет и только у половины детей до 1 года. В подростковом возрасте гепатолиенальный синдром наблюдался лишь в 40% случаях. Гепатомегалия возникла у 40% больных раньше, чем спленомегалия. Размеры печени увеличиваются в начале болезни, достигая максимума к 10—14 дню и постепенно нормализуются в течение 3 месяцев, сокращение размеров селезенки происходит быстрее, на протяжении 2—4 недель.

Выводы: Клиническая картина инфекционного мононуклеоза у госпитализированных детей сохраняет типичность, независимо от возраста, при достоверных лабораторных отличиях в развитии синдрома цитолиза чаще у детей старше 4 лет и лимфоцитоза — у детей младшего возраста.

## **48 Сравнительный анализ направляющих диагнозов при инфекционном мононуклеозе у детей**

**Зайцева Л.Ю., Забайрачная Д.С., Зайцев А.И.**

ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, Курск, Россия

Вариабельность клинической симптоматики инфекционного мононуклеоза определяет значительное количество несовпадений направляющих диагнозов при данной инфекции. Ошибки диагностики на догоспитальном этапе составляют от 45 до 80% случаев.

Цель: Изучение структуры направляющих диагнозов и анализ диагностических ошибок при инфекционном мононуклеозе (ИМ) у детей в разные возрастные периоды.

Материалы и методы: Нами были обследованы 57 детей в возрасте от 6 месяцев до 18 лет, больных инфекционным мононуклеозом. Из них в возрасте 1—3 лет — 20, 4—7 лет — 10, 7—15 лет — 10, старше 15 лет — 15 человек; мальчиков — 31, девочек — 26, госпитализированных в детскую инфекционную больницу г. Курска.

Результаты: В структуре направляющих диагнозов у детей в возрасте от 1 до 3 лет присутствовали: ОРВИ, лакунарная ангина, фолликулярная ангина, краснуха, острый ларинготрахеит, инфекционный мононуклеоз. У детей в возрастной группе 1—3 года ИМ диагностирован в 45% случаев. Самый частый ошибочный диагноз направления — ОРВИ — в 25%.

В структуре направляющих диагнозов у детей в возрасте 4—7 лет преобладает инфекционный мононуклеоз, составляющий 50%. Среди ошибочных диагнозов наиболее часто встречается лакунарная ангина — 30%.

С ошибочными диагнозами ОРВИ, паротит, лакунарная ангина и энтеровирусная инфекция, 20%, 10%, 10% и 10% соответственно, в стационар направлено 50% детей больных инфекционным мононуклеозом в возрасте 7—15 лет.

В возрастной группе старше 15 лет выявлено наибольшее число ошибочных диагнозов направления (80%). Самый частый диагноз — лакунарная ангина, 33%.

Ошибки диагностики инфекционного мононуклеоза на догоспитальном этапе составили 59%. Наиболее распространенными являются лакунарная ангина и ОРВИ, 19% и 14% соответственно.

Выводы: Диагностика инфекционного мононуклеоза у детей на догоспитальном этапе до последнего времени остается неудовлетворительной: из 57 детей, прошедших в 2005—2006 гг. через инфекционный стационар Курска, при направлении на госпитализацию у 58% было ошибочно указано другое заболевание. Наибольшее число ошибочных диагнозов (80%) зарегистрировано у детей в возрасте старше 15 лет.

## **49** **Статистика заболеваемости инфекционным мононуклеозом детей Курской области**

**Зайцева Л.Ю., Забайрачная Д.С., Зайцев А.И.**

ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, г. Курск

Инфекционный мононуклеоз имеет широкое распространение в детском возрасте. Глубокие иммунные нарушения, возникающие после перенесенного инфекционного мононуклеоза, способствуют в последующем частым эпизодам ОРВИ, стрептококковой инфекции.

Цель: Оценить заболеваемость инфекционным мононуклеозом детей различных возрастных групп Курской области на основании их комплексного обследования.

Материалы и методы: Комплексное клинико-лабораторное обследование проведено у 60 пациентов в возрасте от 3 месяцев до 12 лет с синдромом комплексом инфекционного мононуклеоза, находившихся на лечении в «ОКИБ им. Н.А. Семашко».

Результаты: С помощью метода описательной статистики было выявлено, что в 1 группе 53% больных детей — это мальчики, 47% — это девочки; во 2 группе 58% больных — это мальчики, 42% — это девочки. Также с помощью описательной статистики больные инфекционным мононуклеозом дети обеих групп были распределены по месту жительства: в 1 группе лишь 15% больных детей из сельской местности, а во 2 группе 23% детей из сельской местности. При поступлении у больных детей инфекционным мононуклеозом жалоба на высокую температуру выявлена у 100% детей обеих групп. Также были жалобы на заложенность носа, кашель, общую слабость, увеличение лимфатических узлов, снижение аппетита, «храп» во сне в обеих группах, что составило от 61% до 96%.

Выводы: Было выявлено, что в половине случаев инфекционный мононуклеоз был вызван вирусом герпеса человека 6 типа — что составило 56,6%, а инфекционный мононуклеоз, вызванный микстинфекцией — 43,4% заболевших детей. В обеих рабочих группах болели чаще мальчики: 53% — в 1 группе, 58% — во 2 группе детей; в свою очередь заболевшие девочки в обеих группах составили 42—47% от заболевших.

## 50 Эпидемиологическая ситуация по малярии в Ширванской зоне в период элиминации

**Зейналова Н.М.**

Кафедра эпидемиологии Азербайджанского Медицинского Университета, Баку, Азербайджан

Климатические изменения, происходящие в природе, могут приводить к увеличению числа возбудителей заболеваний человека и животных, а также популяций насекомых как потенциальных переносчиков этих заболеваний. Проблема малярии является региональной патологией для Азербайджана и несмотря на значительные успехи в элиминации этой инфекции в большинстве стран мира всё еще остается весьма актуальной. В результате реализуемых ВОЗ программ борьбы и ликвидации ареал малярии значительно сократился. Но в силу ряда эпидемиологических предпосылок (неконтролируемая миграция, учащение завозных случаев, увеличение неиммунного к малярии контингента и др.), случаи регистрации заболеваемости в отдельных регионах возобновились.

Цель: регулярный эпидемиологический мониторинг для оценки ситуации по малярии в различных регионах республики до и в период элиминации.

Материалы и методы: проведение ретроспективного эпидемиологического анализа заболеваемости на основании статистических данных по заболеваемости малярией за 2006—2010 гг. в Ширванской зоне (форма № 01).

Результаты: Проведенный ретроспективный эпидемиологический анализ динамики заболеваемости малярией в Аксуинском районе Ширванской зоны за 2006—2010 гг. показал, что заболеваемость малярией среди детей в 2 раза выше (43,7%), чем общая заболеваемость малярией по республике, что свидетельствует о местном заражении. Следует отметить, что обилие осадков в указанный период привело к дополнительным благоприятным условиям для увеличения численности комаров рода *Anopheles*. Однако, резкое повышение температуры предотвратило рост развития переносчиков. Хотя заболеваемость в Кюрдамирском районе была низкой, в районе, исключая 2007 год, ежегодно регистрировались случаи малярии.

Следует указать, что за указанный период стойкие очаги малярии в основном были расположены именно в районах Ширванской зоны.

Выводы: Благодаря проведенным плановым противоэпидемическим и профилактическим мероприятиям в период элиминации уровень заболеваемости малярией в районах Ширванской зоны значительно снизился. Но регистрация даже единичных спорадических случаев малярии указывает на обязательность постоянного мониторингования эпидемиологической ситуации по малярии, особенно в отношении ранее «потенциально» маляриогенных зонах.

## 51 Анализ заболеваемости острыми кишечными инфекциями среди детского населения Курской области за период 2014—2018 гг.

Иванова А.П., Ватутина А.С., Ворвуль А.О., Гонюкова О.В.

ФКБОУЗ «Курский государственный медицинский университет»  
МЗ РФ, Курск, Россия

По оценкам экспертов ВОЗ, острые кишечные инфекции занимают 2 место в рейтинге инфекционных болезней и входят в первые десять основных причин смертности взрослого и детского населения.

Цель: анализ заболеваемости острыми кишечными инфекциями среди детского населения Курской области за период с 2014 по 2018 годы.

Материалы и методы: Ретроспективный анализ проведен по материалам регионально-го управления Роспотребнадзора, статистических отчетов ОБУЗ ОКИБ им. Н.А. Семашко. Анализировали деперсонализированные данные. Статистическая обработка проводилась с помощью программы STATISTICA 10.0.

Результаты: Установлено, что наибольший удельный вес в структуре ОКИ составила категория «прочие ОКИ» (95,4% случаев) и инфекций неустановленной этиологии (62,5%). Среди всех заболевших лица, не достигшие 17 лет, составили 3825 наблюдений (69,2%) в 2014 году, а в 2018 — 2931 (61,8%) человек. В сравнении с аналогичным показателем по РФ заболеваемость в регионе в 1,3 раза ниже, то есть имеет место относительно благоприятная эпидемиологическая обстановка.

Среди инфекций установленной этиологии вирусные инфекции составили 75%, 81% из которых были вызваны ротавирусами. Установлен рост заболеваемости, вызванной вирусом Норволк — на 77,6% (с 15 случаев в 2014 году до 67 в 2018). Отмечено снижение заболеваемости на 50,8% (с 1336 в 2014 году до 657 — в 2018). Доля инфицированных вирусом гепатита А за период 2014—2016 гг. снизилась на 50%, но в 2017 году был отмечен пик заболеваемости — 28 зарегистрированных случаев, что на 89,3% превысило показатели предыдущих лет. В 2018 году было всего 7 заболевших.

Среди детского населения на долю ОКИ бактериальной этиологии на 2018 год пришлось 156 случаев, что на 48,8% ниже показателей 2014 г. За исследуемый период также отмечено снижение заболеваемости эшерихиозами на 75% (20 и 4 случая соответственно) и иерсиниозами — на 55,6% (9 и 4 случая соответственно).

Стабильное снижение заболеваемости отмечено среди заболевших сальмонеллезом (на 23,8%). Наибольшее число — дети с сальмонеллезом гр. D (79,9%). Тем не менее, 2016—2017 гг. был отмечен рост заболеваемости на 39% с последующим её снижением на 14% в 2017—2018 гг.

В указанный период времени установлено снижение заболеваемости дизентерией на 78,3%. Отмечались единичные случаи заболевания дизентерией Зонне в период 2014—2017 гг. (от 3 до 0 случаев), а в 2018 — 1 случай. Заболеваемость дизентерией Флекснера снизилась на 25% с 2014 к 2016 гг. Тем не менее, в период 2017—2018 гг. зафиксировано 3 случая.

Выводы: За период 2014—2018 гг. отмечена тенденция к снижению общей заболеваемости ОКИ на 23,6% за счет ОКИ бактериальной этиологии. Лидирующее место среди ОКИ установленной этиологии занимают вирусные инфекции. Ввиду большей восприимчивости детского населения и высокого уровня клинической манифестации отмечен рост заболеваемости вирусными ОКИ на 77,6%, где в качестве этиологического фактора выступает вирус Норволк.

## **52 Гельминтозы у детей в Курской области: масштаб проблемы**

**Иванова А.П., Ворвуль А.О., Гонюкова О.В.,  
Ватутина А.С., Богатикова А.И.**

ФГБОУЗ «Курский государственный медицинский университет»  
МЗ РФ, Курск, Россия

Паразитарные инвазии широко распространены среди всего населения, ими страдают более 4,5 миллиарда человек в мире. По данным паразитологического мониторинга, в течение жизни практически каждый человек нашей страны переносит паразитарное заболевание, причем чаще всего страдают дети.

Цель: провести анализ возбудителей и оценить масштаб распространенности гельминтозов у детей в Курской области в период с 2014 по 2018 годы.

Материалы и методы: Был проведен ретроспективный анализ данных Федеральной службы по надзору защиты прав потребителей и благополучия населения (Роспотребнадзора) и Управления Роспотребнадзора по Курской области. Первичные данные после обезличивания были занесены в электронную таблицу и обработаны с помощью алгоритмов программы STATISTICA 10.0.

Результаты: Наибольший удельный вес в структуре гельминтозов у детей в Курской области имеют контактные гельминтозы, представленные энтеробиозом — 96—98,2%, геогельминтозы составляют 1,8—4%, биогельминтозы — 0—0,5%.

Показатель пораженности детей до 17 лет острицей за 5 лет снизился на 10% с 548,5 до 492,5 на 100 тыс., данные значения в 5,4—5,5 раз больше заболеваемости всего населения Курской области энтеробиозом (91,7—101,6 на 100 тыс. населения). При сравнении показателей заболеваемости детей в Курской области и общероссийских цифр определяется относительно благоприятная эпидемиологическая обстановка в регионе — заболеваемость в 1,4—1,5 раза ниже показателей по России (729,8—810,9 на 100 тыс. населения).

В Курской области среди геогельминтозов у детей регистрировались две нозологические формы — аскаридоз и токсокароз. Дети до 17 лет составили большую часть от всех подвергшихся аскаридной инвазии (72,7 — 100%), при этом отмечается тенденция к снижению заболеваемости среди них — в 2018 году это показатель на 54,6% меньше, чем в 2014 году (3,5 против 8,85 на 100 тыс. населения). Данные показатели в 8,2—12,7 раз ниже среднероссийских показателей у детей (68,1—44,6 на 100 тыс. населения).

Дети в Курском регионе являются основным контингентом, болеющим токсокарозом, их удельный вес составляет от 77,3% до 100% от всего населения, инвазированного ток-

сокарой, показатель заболеваемости колеблется на уровне от 7,17 до 9,54 на 100 тыс. населения без тенденции к снижению или повышению, что в 4,4–5,5 раз больше показателей заболеваемости среди всего населения Курской области (5,4–2,3 на 100 тыс. населения) и в 1,6–3,7 раза превышает среднероссийские показатели заболеваемости среди детей (5,4–2,3 на 100 тыс. населения).

Заболеваемость биогельминтозами среди детей в Курской области характеризуется спорадическими случаями заражения: в 2016 году зарегистрирован один случай (заболеваемость 0,5 на 100 тыс. населения) трихинеллеза у ребенка и всех членов его семьи, которые употребили мясо дикого кабана, а в 2017 году — случай заболевания дифиляриозом (заболеваемость 0,5 на 100 тыс. населения).

Выводы:

1. Гельминтозы являются актуальной проблемой инфекционной заболеваемости среди детей в Курской области.

2. Энтеробиоз — ведущая глистная инвазия у детей в Курской области.

3. Отмечается тенденция к снижению заболеваемости энтеробиозом (548,5–492,5 на 100 тыс. населения) и аскаридозом (8,33–3,5 на 100 тыс. населения) среди детей Курской области.

4. Прослеживается благоприятная эпидемиологическая обстановка по энтеробиозу и аскаридозу среди детей в Курской области относительно общероссийского уровня, вместе с этим заболеваемость токсокарозом превышает показатели по стране.

## **53 Эпидемиологические данные по ВИЧ-инфицированным детям с перинатальным путем заражения в Карагандинской области, Казахстан**

**Изтелеуова А.М., Тимченко Н.А., Бегайдарова Р.Х.**

НАО Медицинский университет Караганды, Караганда, Казахстан

В эпидемический процесс ВИЧ-инфекции стали вовлекаться женщины, более 80% из которых находятся в репродуктивном возрасте. Следовательно, закономерным является увеличение числа беретменностей и родов у женщин с ВИЧ-инфекцией, а значит и увеличение числа ВИЧ-инфицированных детей.

Цель: определить ведущие проблемы в ведении детей с ВИЧ-инфекцией с перинатальным путем заражения, причины их развития, а также пути решения.

Материалы и методы: Исследование проводится в рамках защиты докторской диссертации «Клинико-иммунологические аспекты ВИЧ-экспонированных детей». Под наблюдением находятся ВИЧ-инфицированные дети в возрасте от 1 до 19 лет жизни, наблюдающиеся в Карагандинском областном центре по борьбе и профилактике со СПИД, зараженные перинатальным путем.

Результаты: На 2019 год в Карагандинском областном центре по борьбе и профилактике со СПИДом зарегистрировано 24 ребенка с диагнозом ВИЧ-инфекция, 23 — с перинатальным путем передачи, 1 — с половым. Из них мальчиков — 9 (37,5%), девочек — 15 (62,5%). Два ребенка из двойни. Возраст детей на 2019 год от 1 до 5 лет — 3 детей

(14,2%), 6—10 лет — 6 (28,5%), 11—14 лет — 6 (28,5%), 15—19 лет — 6 детей (28,5%). Двое детей умерли (пневмония, сепсис в возрасте 1 года).

Стадии: с 3 стадией ВИЧ — 11 детей (52%), 1 стадия — 2 детей (9,5%), 2 стадия — 7 детей (33,3%), 4 стадия — 1 (4,7%) ребенок. Диагноз ВИЧ выставлен: в возрасте 1 года — 13 детей (59%), 2 лет — 1 ребенку (4,7%), в 3 года — 2 детям (9,5%), в 5 лет — 2 (9,5%), в 6 лет — 1 (4,7%), в 8 лет — 1 (4,7%), в 10 лет — 1 ребенку (4,7%). Начало АРТ-терапии с момента постановки диагноза в 15 случаях началась в 1 год, и по 2 случая со 2, 3, 4 лет. Уровень вирусной нагрузки на момент начала АРТ-терапии у всех детей был высоким: от 40 000—500 000 копий/мл — у 52,3%, от 500 000 и выше (max — 7 600 000) — у 47,7%. Снижение этих цифр наблюдается уже в течение года от начала АРТ-терапии. В среднем уровень CD4 клеток у детей варьировал в пределах 1239, но был и исключительный случай, когда уровень клеток был зафиксирован на цифре 19.

При анализе историй болезней было установлено:

— в 4 случаях (18%) роженицам диагноз ВИЧ был установлен в результате экспресс-тестирования на ВИЧ в роддоме, в 1 случае (4,7%) — диагноз выставлен посмертно, и в 16 76,3%) случаях пациентки знали о своем диагнозе. 72 % рожениц находились под наблюдением врача — гинеколога и врача — инфекциониста вплоть до родоразрешения, 8 (38%) рожениц не наблюдались;

— АРТ-профилактика ВИЧ-инфекции во время беременности проводилась только 3 беременным, остальным не проводилась ввиду их неблагоприятного социального положения (нежелания получать лекарства, низкая приверженность, и др.) или незнания о своей болезни;

— 6 новорожденным (26%) проводилась экстренная АРТ-профилактика в течение 72 часов после рождения;

— из 23 зараженных на грудном вскармливании находилось 13 детей (59%), остальные дети (41%) были на искусственном вскармливании.

Выводы: Наличие ВИЧ-инфицированных в нашем обществе диктует активизацию противоэпидемической и профилактической деятельности. Необходимо улучшить качество консультирования подростков, дотестовое консультирование беременных, с целью повышения уровня информированности о ВИЧ-инфекции, приверженности диспансерному наблюдению и лечению. Одним из приоритетных направлений должна быть профилактика перинатальной передачи ВИЧ.

## 54

### **Изменение фенотипического состава нейтрофильных гранулоцитов периферической крови при инфекционном мононуклеозе у детей**

**Иккес Л.А., Мартынова Г.П., Богвилене Я.А.**

ФГБОУ ВО «КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» МЗ РФ, Красноярск, Россия

Вирус Эпштейна-Барр (ВЭБ) является представителем семейства герпесвирусов (ГВ). Первая встреча с ВЭБ чаще происходит в раннем возрасте. После инфицирования макроорганизм пожизненно становится носителем вируса, который локализуется в В-лимфоцитах и в эпителиальных клетках ротоглотки. Однако, известно, что

мишенью ВЭБ являются не только лимфоидные клетки, но и нейтрофильные гранулоциты (НГ). Так же доказано, что НГ участвуют в защите против внутриклеточных патогенов, таких, как вирусы и микобактерии.

Цель: изучение фенотипического состава нейтрофильных гранулоцитов у детей с ВЭБ-инфекцией.

Материалы и методы: Обследовано 56 детей в острый период ИМ, вызванного ВЭБ в возрасте 3—11 лет. Контрольную группу составили 40 здоровых детей аналогичного возраста. Исследование фенотипического состава нейтрофильных гранулоцитов проводили методом проточной цитометрии с использованием прямой иммунофлуоресценции цельной периферической крови с использованием моноклональных антител.

Результаты: Было установлено, что ИМ у наблюдаемых больных характеризовался набором ярких клинических симптомов: лихорадка, генерализованная лимфаденопатия с преобладанием увеличения шейных лимфатических узлов, заложенность носа, «храпящее дыхание», тонзиллофарингит, гепато- и спленомегалия. У 88% (44 чел.) больных регистрировался лейкоцитоз до  $15 \times 10^9/\text{л}$ , имело место повышение содержания лимфоцитов до 64,1 (55,1; 74,2)%, обнаружение атипичных мононуклеаров в развернутом анализе крови от 2 до 64%.

Все больные дети имели положительный тест на ДНК ВЭБ в лимфоцитах крови и серологические маркеры острой ВЭБ-инфекции (ВЭБ-VCA IgM (+), ВЭБ-EA IgG (+)).

При исследовании фенотипического состава нейтрофильных гранулоцитов методом проточной цитометрии было выявлено многократное увеличение субпопуляции CD64-CD32-CD16+CD11b+ НГ. Исходя из этого, можно говорить об увеличении минорной субпопуляции НГ, а также о депрессии фагоцитарной и микробицидной активности НГ, что является прогностически неблагоприятным признаком присоединения бактериальной инфекции.

Выводы: Выявленные нарушения гранулоцитарно-макрофагального звена иммунитета в динамике инфекционного процесса носили стойкий характер, не восстанавливаясь в периоде реконвалесценции, что влияло на характер течения заболевания и сроки выздоровления. Полученные данные диктуют необходимость включения иммунокорректирующих препаратов в состав комплексного лечения ИМ уже в остром периоде заболевания.

## 55

### **Клинические аспекты синдрома перегрузки железом у детей с хроническим гепатитом В на фоне рефрактерного варианта течения анемии воспаления**

**Иноятова Ф.И., Ахмедова А.Х., Иногамова Г.З., Валиева Н.К.**

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Педиатрии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Анемия воспаления (АВ) при хронических вирусных гепатитах встречается в 50—94%, а рефрактерные ее формы — в 40—65% случаев, детерминирующим фактором которой является синдром перегрузки железом с возможностью развития фиброза печени.

Цель: Изучить клиническое течение хронического гепатита В (ХГВ) у детей в зависимости от тяжести синдрома перегрузки железом (СПЖ).

Материалы и методы: Обследовано 185 детей, больных ХГВ, в возрасте от 4—18 лет с СПЖ. Методом ИФА определяли ферритин (ФР), растворимые рецепторы трансферрина (sTfR) с использованием реактивов «Biochemmark» (Москва). Вычислялся коэффициент насыщения трансферрина (КНТ) по формуле  $sTfR/\log$  ферритина. Контрольную группу составили 30 практически здоровых детей.

Результаты: Анализ феррокинетических маркеров у детей, больных ХГВ с СПЖ показал, что различия были получены при расшифровке КНТ, являющийся критерием диагностики сидеропении в организме (КНТ > 2,0 — истинный, КНТ < 1,0 перераспределительный дефицит железа). Так, 34 (18,4%) больных имели КНТ < 0,2 — тяжелая степень СПЖ (I группа), от 0,2 до 0,5 — 67 (36,2%) — умеренная (II группа) и 84 (45,4%) детей с КНТ > 0,5 — легкая степень СПЖ (III группа). Анализ клинических синдромов ХГВ показал, что заболевание на фоне РА имело прогрессирующий характер течения, о чем свидетельствовали выраженные формы ХГВ. Так, у детей I группы отмечалось стойкое преобладание астеновегетативного синдрома в виде жалоб на быструю утомляемость, слабость (100% против 95,5 и 81,0% соответственно двум сравниваемым группам), нарушение сна (88,2% против 70,2% и 53,6%) и головные боли (85,3% против 65,7% и 46,4%). Бледность и сухость кожи определялись соответственно у 100%, 94% и 82,1% больных ( $p < 0,05$ ). Частота диспепсического синдрома в целом не получила достоверного статистического подтверждения. Наиболее выраженные симптомы холестатического синдрома также отмечались у больных I группы,  $p < 0,05$ . Частота и выраженность проявлений геморрагического синдрома преобладали в 1,2 раза чаще среди больных I группы в сравнении II, в 2 раза — III группы, ( $p < 0,01$ ). Внепеченочные признаки у детей с выраженными формами СПЖ (КНТ < 0,2 и КНТ < 0,5) значительно превышали аналогичные симптомы детей с КНТ > 0,5, что соответствовало 83,8% против 65,6% и 44,0% соответственно группам ( $p < 0,05$ ). Выраженная гепатоспленомегалия была характерна всем больным I, 95,5% больным II и 88,1% больным III групп ( $p < 0,05$ ). Анализ характерных для АВ условно-специфических симптомов показал, что больные I группы в сравнении с больными II и III группы, достоверно чаще ( $p < 0,05$ ) предъявляли такие жалобы, как частые головокружения с явлениями потемнения перед глазами в виде «мушек», усиливающиеся при переходе в ортостатическое состояние (85,3%), шум в ушах и сердцебиения (67,6% и 76,5%). Эпителиальный синдром проявлялся в виде акроцианоза, ломкости и деформации ногтей (88,2%, 79,4% и 70,6%), микротрещин на пальцах (64,7%). Чаще, чем в сравниваемых группах больных выявлялись извращения вкуса и обоняния в виде пикацизма в 1,6 и 2,8 раза, пагофагии в 1,6 и 2,9 раза и патоосмии в 1,8 и 3,3 раза.

Выводы: СПЖ необходимо рассматривать как неблагоприятный фон, ведущий к прогрессирующему течению ХГВ, что важно учитывать при ведении больных детей данной категории.

## Цитокиновый сигнальный модуль в регуляции транскрипции гепсидин-25 у детей, больных хроническим гепатитом В с синдромом перегрузки железом

Иноятова Ф.И., Иногамова Г.З., Абдуллаева Ф.Г., Икрамова Н.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии, Ташкент, Узбекистан

Развитие СПЖ при ХГВ рассматривается как промоутер фиброзирования и прогрессирования патологического процесса в печени, что требует изучения различных патогенетических аспектов, как внутриклеточные сигнальные пути транскрипции пептида гепсидин — регулятора метаболизма железа.

Цель: Установить особенности цитокиновой регуляции транскрипции пептида гепсидин-25 у детей, больных хроническим гепатитом В (ХГВ) с синдромом перегрузки железом (СПЖ).

Материалы и методы: Обследованы 60 детей, больных ХГВ с СПЖ, в возрасте 7—18 лет, с умеренной — 50,8% и выраженной — 49,2% активностью. Методом ИФА исследованы sTfR, ферритин, Gp.80-antigen ( $\alpha$ IL-6R), Gp.130-antigen ( $\beta$ IL-6R) и комплекс sIL-6R/IL-6-antigen с использованием реактивов «Cloud-Clone Corporation» (USA). Контроль — 30 практически здоровых детей.

Результаты: Изучение структурных единиц системы цитокиновой мембранной регуляции (ЦМР) у детей, больных ХГВ с СПЖ показало, что параметры Gp.80 ( $\alpha$ -цепь IL-6R), Gp.130 ( $\beta$ -цепь IL-6R) и растворимые комплексы sIL-6R/IL-6 достоверно отличались от контрольных ( $p < 0,05$  —  $0,001$ ). В цифровых значениях это соответствовало  $7,19 \pm 0,31$  ng/ml,  $0,74 \pm 0,11$  ng/ml и  $93,55 \pm 5,22$  ng/ml при контрольных значениях  $4,04 \pm 0,48$  ng/ml,  $0,12 \pm 0,007$  ng/ml и  $117,0 \pm 1,56$  ng/ml ( $p < 0,01$  —  $0,001$ ) и свидетельствовало о значительных нарушениях в системе ЦМР транскрипции пептида гепсидин-25 в условиях хронической вирусной патологии печени у детей. При этом, степень аффинного связывания IL-6 с  $\alpha$ - и  $\beta$ -цепью рецептора IL-6 была различна в зависимости от активности патологического процесса в печени. Так, у детей с выраженной активностью ХГВ параметры Gp.130 и sIL-6R/IL-6 значительно превышали контрольные, соответственно  $0,85 \pm 0,154$  g/ml и  $134,0 \pm 6,7$  ng/ml против  $0,12 \pm 0,007$  ng/ml и  $117,0 \pm 1,56$  ng/ml ( $p < 0,001$ ), тогда как значения Gp.80 оказались снижены более, чем в 1,4 раза (до  $2,65 \pm 0,27$  ng/ml при контроле  $4,04 \pm 0,48$  ng/ml,  $p < 0,05$ ), что свидетельствовало о преобладании механизмов трансигнального пути передачи сигнала. В отличие, у детей с умеренной активностью ХГВ на фоне резкого повышения значений Gp.80 (до  $6,80 \pm 0,45$  ng/ml), параметры комплекса sIL-6R/IL-6 снижались в 1,3 раза (до  $88,9 \pm 7,0$  ng/ml), что можно трактовать как доминирование классического пути передачи сигнала. Данный факт нашел свое подтверждение в результатах оценки зависимости от степени синдрома перегрузки железом. Если при легкой степени СПЖ превалировала активность передачи сигнала через  $\alpha$ -цепь IL-6R (увеличение Gp.80 до  $6,8 \pm 0,64$  ng/ml на фоне снижения sIL-6R/IL-6 до  $86,2 \pm 5,9$  ng/ml,  $p < 0,001$ ), то при тяжелых формах СПЖ — стабильно превалировала провоспалительная экспрессия Gp.130 и sIL-6R/IL-6 соответственно до  $0,82 \pm 0,18$  ng/ml и  $134,3 \pm 9,5$  ng/ml ( $p < 0,001$ ).

Выводы: У детей, больных ХГВ с СПЖ в системе ЦМР установлены два сигнальных пути: классический (53,4%), опосредованный через  $\alpha$ -цепь IL-6R и свойственного для умеренной активности ХВГ и легкой степени СПЖ; транссигнальный (46,6%) — через связь сигнала с  $\beta$ -цепью рецепторного аппарата IL-6R и sIL-6R/IL-6 цитокинового модуля, характерного для выраженной активности ХВГ и тяжелой степени СПЖ. Следовательно, формирование транссигнального механизма можно рассматривать в числе HOST-факторов, предопределяющих пролонгирование высокой активности заболевания и неблагоприятные исходы.

## **57** **Диагностические аспекты синдрома перегрузки железом у детей, больных хроническим гепатитом В**

**Иноятова Ф.И., Кадырходжаева Х.М., Ахмедова А.Х., Валиева Н.К.**

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Педиатрии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Нередко анемия воспаления является негативным фактором, обуславливающим прогрессирующее течение хронического гепатита В (ХГВ). Частота рефрактерного анемия воспаления, при ХГВ находится в пределах 40—65%, детерминирующим фактором которой является синдром перегрузки железом.

Цель: Изучить состояние маркеров транспортной системы метаболизма железа и активной формы гепсидин-25 у детей, больных ХГВ с синдромом перегрузки железом (СПЖ).

Материалы и методы: Методом ИФА определяли: FPN (ферропортин), HEPH (гепестин), TfR-2 (рецептор трансферрина-2) и активную форму гепсидин-25 (HPS-25) в сыворотке крови с использованием реактивов SEC489Hu, SEC918Hu и SEA262Hu фирмы «Cloud-Clone Corporation», USA, («Biochemmack», Москва, 2011).

Результаты: Из числа обследованных больных частота повышенных значений FPN увеличивалась по мере увеличения степени СПЖ. По нашим данным, в 58,8% случаях выявлена легкая, в 64,7% — средняя и в 100% — тяжелая степень СПЖ. При этом средние показатели FPN соответствовали  $2,48 \pm 0,16$  ng/ml,  $3,18 \pm 0,32$  ng/ml и  $3,56 \pm 0,87$  ng/ml ( $p < 0,01$  относительно контроля). Внутригрупповые сравнения TfR-2 выявили тенденцию к снижению по мере увеличения степени СПЖ, где его средние значения достоверно понижались на  $7,1$  ng/ml при средней степени (18,5  $\pm$  1,3 ng/ml) и на  $12,1$  ng/ml — при тяжелой степени (13,5  $\pm$  1,5 ng/ml) относительно показателя детей с легкой степенью СПЖ (25,6  $\pm$  3,6 ng/ml,  $p < 0,01$  — 0,001). Анализ уровня HEPH выявил достоверно высокие цифры до  $11,7 \pm 1,3$  ng/ml у детей с легкой степенью СПЖ по отношению к группе детей со средней степенью СПЖ (8,42  $\pm$  0,9 ng/ml) и тяжелой степенью СПЖ (6,1  $\pm$  0,4 ng/ml,  $p < 0,01$ ) при контроле ( $p < 0,01$  — 0,001). При сравнительном анализе средних значений HPS-25, в целом, обращало внимание снижение его уровня в более чем 1,4 раза (8,53  $\pm$  0,12 ng/ml против 12,5  $\pm$  1,3 ng/ml контроля  $p < 0,001$ ). Внутригрупповые сравнения выявили тенденцию к снижению уровня пептида в зависимости от степени перегрузки железом организма, чем выше уровень подавления экспрессии HPS-25, тем выше степень перегрузки железом организма. При этом, средние значения данного показателя соответствовали 9,7  $\pm$  0,40 ng/ml (легкая степень), 8,6  $\pm$

$\pm 0,11$  ng/ml (тяжелая степень) и  $7,3 \pm 0,14$  ng/ml (средняя степень) и достоверно отличались ( $p < 0,05 - 0,001$ ). По-видимому, это свидетельствует о поломке молекулярных механизмов транспортной системы метаболизма железа на уровне эритроцитов и гепатоцитов, что требует разработать эффективность схем лечения с учетом патогенетических механизмов.

Выводы: Учитывая выявленные сдвиги в уровнях маркеров транспортной системы метаболизма железа, а именно снижение уровня HEPH/TfR-2 и HPS-25 с нарастанием СПЖ, можно использовать в качестве диагностического маркера в оценке тяжести СПЖ у детей, больных ХГВ.

## **58** Изучение показателей свертывающей системы у женщин с перенесенным вирусным гепатитом В и потерей плода

**Исмаилова З.У.**

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Охрана репродуктивного здоровья становится одним из важнейших аспектов системы общественного здоровья. К числу приоритетных научных направлений относится расширение эпидемиологических и социально-гигиенических исследований для выявления роли отдельных факторов риска в нарушении репродуктивного здоровья.

Одним из таких факторов является вирусный гепатит. Профилактика и лечение вирусных гепатитов — сложная и недостаточно разработанная проблема. Это объясняется неоднородностью патогенетических механизмов, лежащих в основе вирусных гепатитов, отсутствием достоверных клинических и лабораторных показателей, позволяющих прогнозировать риск развития нарушения свертывающей системы.

Цель: Изучение показателей свертывающей системы у женщин с перенесенным вирусным гепатитом В и потерей плода.

Материалы и методы: Нами были изучены 50 историй болезни и родов, закончившихся прерыванием беременности в различные сроки гестации: до 12 недель — 22 (44%) женщины, с 14 до 22 недель — 18 (36%), с 24 до 28 недель — 10 (20%) женщин.

Результаты: Среди наблюдавшихся женщин 8 были первобеременные и 42 повторнобеременные. Средний возраст женщин составил  $28,3 \pm 2,8$  лет. Из числа повторно беременных у 12 (28,57%) женщин предыдущие беременности осложнялись гестозом, у 11 (26,19%) — отслойкой нормально расположенной плаценты, у 9 (21,42%) — перинатальным осложнением.

Были исключены гормональные и аутоиммунные факторы, способствующие невынашиванию беременности, проводилось исследование системы гемостаза: определение активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ), протромбинового времени (ПТВ), фибриногена (по методу Рутберга), растворимого фибрина (РФ).

Изучение системы гемостаза выявило следующие изменения: АЧТВ —  $29,9 \pm 1,9$  сек., ПТВ —  $13,3 \pm 0,9$  сек., фибриноген —  $4,7 \pm 0,8$  г/л, ПТИ —  $78 \pm 0,9$ .

Последняя беременность у 23 (46%) — с угрозой прерывания беременности в различные сроки, у 14 (28%) — с частичной отслойкой нормально расположенной плаценты, у 13 (26%) — с задержкой внутриутробного развития плода.

Выводы: Таким образом, изучение анамнестических данных показывает роль перенесенного гепатита В в генезе нарушения свертывающей системы, которое в последующем способствует невынашиванию беременности. Показатели данных гемостазиограммы дает основание для дальнейшего изучения процесса.

## **59 Клинические особенности менингококковой инфекции у детей в период эпидемического подъема в республике Казахстан**

**Калдыбаева М.М., Урикбаева З.Д., Хохуля С.Н., Идрисова Р.С.**

Курс детских инфекций КазМУНО, Алматы, Казахстан

В РК в 2018 году отмечался рост генерализованной менингококковой инфекции (ГМИ). Генерализованная менингококковая инфекция без соответствующего и срочного может привести к смерти в 15—40% случаев.

Цель: анализ вспышки менингококковой инфекции в г. Алматы 2018 году по критериям ВОЗ (2017).

Материалы и методы: под наблюдением было 59 детей, в возрасте от 5 мес. до 16 лет. Из них 35 детей (26 мальчиков) с менингоэнцефалитом и менингококксемией (возраст от 0,5 до 10 лет) и с менингококксемией (возраст от 2 до 16 лет) — 24 (15 мальчиков). Всем проводилось полное клиническое обследование, и оценка симптомов «красного флага» согласно рекомендациям ВОЗ.

Результаты: Результаты бактериологического обследования на менингококк были позитивными у 51,4% в 1 группе (сочетанная ГМИ) и у 21% второй (менингококксемия). Предвестники менингококксемии — симптомы «красного флага» (боли в конечностях, холодные руки и ноги или бледная или пятнистая кожа, повышение времени наполнения капилляров > 2 сек) отмечались у 25 детей (71,4%) 1 группы и у 20 (83%) — 2-й, согласно анамнезу заболевания, полученному при опросу родителей и согласно записи участкового врача.

Симптомы ранних предвестников появления звездчатой геморрагической сыпи, т.н. симптомов «красного флага» (2017. Invasive Meningococcal Disease Surveillance and Investigation Protocol. <http://www.wvdhhr.org/labservices/labs/micro/index.cfm>) чаще присутствовали в группе изолированной менингококксемии. Однако, большинство детей поступили в стационар уже с менингококковой сыпью, которую мы оценили по 4-бальной рабочей шкале, где 0 — отсутствие сыпи, а 4 балла — сыпь сливная диаметром > 50% тела. В группе сочетанной ГМИ выраженность сыпи была достоверно ниже —  $2,1 \pm 1,2$  балла ( $p=0,04$ ), чем при менингококксемии без менингита —  $2,4 \pm 1,1$  балла.

В клинической картине заболевания такие показатели тяжести, как летальность, воспалительные изменения крови были выше в группе сочетанной ГМИ (менингит + менингококксемия). Так, летальность составила в 1 группе 8,6% (2 мальчика и 1 девочка), во вто-

рой — 8,3% (2 мальчика). Лейкоцитоз в крови был выше при сочетанной ГМИ ( $p < 0,01$ ) ( $27,7 \pm 17,2$  против  $18,6 \pm 9,6 \times 10^9$  л), аналогично повышение СОЭ преобладало при смешанной ГМИ.

Кроме того, мы разделили каждую группу ГМИ по тяжести. Так, при сочетанной ГМИ легкая степень тяжести отмечалась у 5 детей (20,8%), средне-тяжелая — у 11 пациентов (45,8%), тяжелая — у 8 детей (33,3%). Соответственно тяжести нарастали летальность, менингеальные симптомы, лейкоцитоз в ликворе, снижение глюкозы в СМЖ. ИВЛ применялась у 4 детей (11,4%).

Группа с изолированной менингококкцемией имела показатель летальности 8,3%, т.е. практически равный с сочетанной ГМИ. Однако ИВЛ применялось у 20,8% детей, что достоверно больше, чем в группе сочетанной ГМИ (11,4%), тяжелое состояние у 15 детей (62,5%) (при сочетанной форме — 33,3%). При этом воспалительные изменения (лейкоцитоз и СОЭ) были ниже, т.е. тяжесть определял септический шок.

Выводы: Тяжесть сочетанной формы ГМИ и изолированной менингококкцемии по летальности практически одинакова. При сочетанной ГМИ тяжесть определяется лейкоцитозом в СМЖ и коррелирует с воспалительными показателями крови. А при изолированной менингококкцемии тяжесть обусловлена шоком и сердечно-сосудистыми сдвигами. Симптомы «красного флага» особенно значимы у детей старше 3 лет и подростков и являются специфическими предикторами септического шока, особенно при изолированной менингококкцемии (83%), но в несколько меньшей степени при сочетанной ГМИ (71%).

## 60

### **Исследование иммуногенности инновационного препарата рекомбинантной живой коклюшной вакцины интраназального применения в клинических исследованиях на здоровых добровольцах**

**Каратаев Г.И., Сияяшина Л.Н. Медкова А.Ю., Семин Е.Г., Дьяков И.А.**

Федеральный научно-исследовательский центр эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф. Гамалеи Минздрава России, Москва, Россия

Несмотря на проводимую массовую вакцинопрофилактику коклюша во всем мире, начиная с 1950-х гг. XX столетия, элиминации возбудителя не происходит. На фоне применения АаКДС и АКДС наблюдается рост заболеваемости коклюшем, в основном, за счет роста атипичных форм у старших групп населения.

Цель: Оценка безопасности и иммуногенности инновационной рекомбинантной живой коклюшной вакцины нового поколения (ГамЖВК) в клинических испытаниях на здоровых добровольцах.

Материалы и методы: Препарат живой коклюшной вакцины ГамЖВК вводили интраназально (капельно) однократно взрослым здоровым добровольцам. Исследование проводилось как рандомизированное плацебо-контролируемое с эскалацией дозы. 38 до-

бровольцев в возрасте от 18 до 40 лет были отобраны в соответствии с критериями включения и разделены на когорты.

Результаты: Результаты 1 фазы клинического исследования ГамЖВК показали её безопасность при однократном интраназальном применении у 38 здоровых добровольцев в возрасте 18–40 лет и продемонстрировали индукцию гуморального и клеточного иммунного ответа у большинства вакцинированных. Показано, что в сыворотке крови добровольцев интраназальная вакцинация ГамЖВК индуцировала дозозависимую выработку специфических противокклюшных антител IgG и IgA. Максимум содержания IgG и IgA наблюдали на 29–60 дни и 15 день соответственно. Более чем двукратное увеличение IgG на максимальную дозу вакцины было у 89%, а IgA — у 55% добровольцев. Интраназальная капельная вакцинация добровольцев препаратом ГамЖВК приводила к увеличению синтеза IL-17 мононуклеарами крови в ответ на индукцию специфическим антигеном *in vitro*. Максимальный уровень индукции отмечен при максимальной дозе ГамЖВК. Динамика элиминации бактерий *B. pertussis* из носоглотки добровольцев после вакцинации разными вакцинирующими дозами характеризовалась снижением их количества до полной элиминации к 29–60 дням у 100% добровольцев.

Полученные результаты позволяют заключить, что интраназальная вакцинация добровольцев препаратом «ГамЖВК, живая вакцина интраназального применения для профилактики коклюша» приводит к персистенции аттенуированных бактерий *B. pertussis*, формированию специфического гуморального (IgG и IgA) и клеточного иммунного ответа.

Не зарегистрировано достоверного изменения уровня иммуноглобулина класса IgE в сыворотке крови вакцинированных добровольцев и местных аллергических реакций, что указывает на отсутствие аллергизирующего действия ГамЖВК при однократном интраназальном капельном введении добровольцам. Не зарегистрировано системных реакций организма на интраназальное введение вакцины. Выявлено одно нежелательное явление, связанное с краткосрочным повышением температуры до 37,1 °С, связь которого с применением препарата, в соответствии классификацией, определена как «условная». Оценка профиля безопасности и переносимости препарата «ГамЖВК, живая вакцина интраназального применения для профилактики коклюша» при первом применении у здоровых добровольцев показала, что препарат ГамЖВК безопасен для интраназального капельного применения у здоровых добровольцев в сравнении с плацебо.

Выводы: Важной особенностью современной эпидемиологии коклюша является рост заболеваемости у подростков и взрослых, формирование семейных очагов заболевания на фоне высокого процента детей и взрослых, имеющих диагностически значимые титры специфических противокклюшных антител. Одним из решений проблемы может стать применение живых коклюшных вакцин, разрабатываемых в настоящее время в России и Франции, так как они формируют близкий к постинфекционному противобактериальный иммунитет.

# 61

## Ретроспективный анализ клинического течения гриппа у детей с ожирением

Келешева И.Ю., Петрова А. Г.,  
Рычкова Л. В., Москалева Е.В.

ФГБНУ «Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека», ОГБУЗ «Иркутская областная инфекционная клиническая больница», Иркутск

Избыточная масса тела и метаболические нарушения при ожирении являются фактором риска тяжелого и осложненного течения гриппа у взрослых. Вопросы влияния ожирения на заболеваемость, течение и патогенез ОРВИ у детей практически не изучались.

Цель: Выявить клинические и лабораторные особенности течения эпидемического гриппа у детей, имеющих избыточную массу тела и ожирение.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный описательный анализ 36 историй болезни детей с избыточной массой тела в возрасте от 5 месяцев до 15 лет, находившихся на стационарном обследовании и лечении в ОГБУЗ «ИОИКБ» с диагнозом грипп (с этиологической верификацией методом ПЦР) в период сезонного подъема ОРВИ в 2017–2018 гг.

Результаты: В исследуемой группе распределение по полу было равным — по 50% (18/36) мальчиков и девочек. Медианный возраст составил 4,1 года. Показатели физического развития детей оценивались до включения в группу, критерием включения являлось наличие ожирения. Диагноз ожирения устанавливался по критериям ВОЗ. Ме (Q25-Q75) массы тела составила 21,0 (15,5–24,5) кг, роста — 96 (82–114) см. Начало респираторного заболевания у детей регистрировалось за 2,5 (2,0–5,5) дня до госпитализации, лечение в стационаре продолжалось 5 (5–6) дней (Ме (Q25–Q75). Подтверждение диагноза грипп, проведенное методом ПЦР, позволило определить этиологическую структуру штаммов вируса гриппа: доля гриппа А (H3N2) — 50% (18/36; 95%ДИ 33,2–66,7%), гриппа В — 30,5% (11/36; 95%ДИ 16,9–48,2%), гриппа А (H1N1 sw 2009) — 19,5% (7/36; 95%ДИ 8,8–36,5%). В первый день госпитализации в общем анализе крови определяли лейкопению в 30,5% случаев (11/36; ДИ 95% 16,9–48,2%), лейкоцитоз — в 11,1% (4/36; ДИ 95% 3,6–27%). Эритроцитарные параметры характеризовались снижением концентрации Hb 111 (106,5–118,5) г/л, при этом количество эритроцитов составило 4,2 (4,0–4,5)  $\times 10^{12}$ /л, гематокрит 35 (34–38%) Ме (Q25-Q75). Ускорение СОЭ отмечалось в 77,7% (28/36; ДИ 95% 60,4–89,2%), повышение концентрации СРБ в 47,2% случаев (17/36; ДИ 95% 307–64,2%). Кетонурия при поступлении определялась у 38,8% детей (14/36; 95% ДИ 23,6–56,4). Длительность клинических проявлений катарального синдрома сохранялась в течение 4 (4–5) дней, гипертермии 3 (2–4) дня (Ме (Q25-Q75). Среди осложнений гриппа пневмонии встречались в 22,2% случаев (8/36; 95%ДИ 10,7–39,5), БОС — в 2,1% (1/36; 95%ДИ 0,15–16,2). Противовирусная терапия проводилась в 100% случаев (36/36; 95% ДИ 87,9–1,0%): «ВИФЕРОН» суппозитории назначались в 66% (24 /36; 95%ДИ 48,9–80,9%), «Циклоферон», р-р для инъекций — в 34% (12/36; 95%ДИ 19,1–51%)

случаях, в 77% наблюдений (28/36; 95%ДИ 60,4–89,2%) назначались антибиотики, инфузионная терапия проведена 80% (29/36; 95% ДИ 63,4–91,2%) детей.

Выводы: Таким образом, клиническая картина гриппа у детей с ожирением характеризовалась наличием относительно высокого процента осложненного течения заболевания в виде пневмонии и кетоацидоза. Изменения гематологических показателей характеризовались у большинства детей ускорением СОЭ и незначительным снижением концентрации гемоглобина, у половины выявлено увеличение СРБ, у трети — лейкопенический синдром.

## 62

### Клинико-эпидемиологические особенности лихорадки Ку у детей

<sup>1</sup>Кимирилова О.Г., <sup>2</sup>Красилова И.М., <sup>2</sup>Демина О.А.,  
<sup>2</sup>Лендова П.С., <sup>2</sup>Хаймин Е.В.

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Астраханский ГМУ» Минздрава России, Астрахань  
<sup>2</sup>ГБУЗ АО «Областная инфекционная клиническая больница», Астрахань, Россия

Актуальность проблемы обуславливается ростом заболеваемости лихорадкой Ку детей в Астраханской области, возможностью поражения ЦНС, развитием специфической пневмонии, влияющих на дальнейшее развитие ребенка.

Цель: Установить клинико-эпидемиологические особенности лихорадки Ку у детей в Астраханской области (АО).

Материалы и методы: В исследование включено 56 пациентов в возрасте от 3 до 17 лет с лабораторно подтвержденным диагнозом (методами РСК, ИФА, ПЦР).

Результаты: Установлено, что сезонный подъем заболеваемости лихорадкой Ку в АО отмечается с мая по ноябрь, с пиком заболеваемости в августе — сентябре. У 36 (64%) заболевших имел место алиментарный фактор заражения, связанный с употреблением в пищу молока и молочных продуктов. Заболеваемость выше у сельских жителей 34 (60%) случая. У всех больных заболевание протекало в среднетяжелой форме. Основными клиническими симптомами болезни являлись: острое начало, слабость, головная боль; лихорадка с повышением температуры тела до 38,5°C и выше; гиперемия лица и шеи у 29 (51%); слезотечение у 18 (32%); экзантема розеолезно-папулезно-го или мелкоточечного характера у 15 (26%); артралгии у 9 (16%); кашель и боли в груди у 32 (57%); тошнота, рвота в начале болезни у 27 (48%); боли в эпигастральной области или в правом подреберье у 14 (25%); иктеричность кожи и склер у 8 (14%) с повышением показателя билирубина до  $39,7 \pm 5,9$  мкмоль/л и АЛТ до  $2,3 \pm 1,1$  мкмоль/л, снижение протромбинового индекса до  $61,7 \pm 9,6\%$ . Со стороны органов дыхания у 21 (37%) пациента отмечались симптомы трахеобронхита или бронхита. Лихорадка, ее продолжительность и характер, являлись основным признаком болезни. У 42 (75%) больных лихорадка носила постоянный характер. На долю ремитирующей, гектической и субфебрильной лихорадки приходилось 14 (25%) случаев. Продолжительность лихорадки у 38 (67%) больных составляла  $14,6 \pm 2,8$  суток, у 18 (32%)  $21,4 \pm 4,6$  суток. В общем анализе крови у 41 (73%) больного отмечались лейкопения с лимфоцитозом, у 15 (26%) лейкоцитоз без существенных изменений формулы крови.

Описанный полиморфизм клинической симптоматики лихорадки Ку у детей приводит к поздней диагностике заболевания, что имело место у 16 (28%) больных в нашем исследовании. Алгоритмом диагностики лихорадки Ку могут являться: длительная лихорадка, сопровождающаяся артралгией, экзантемой, иктеричностью кожи и склер.

Выводы: Для лихорадки Ку у детей в АО характерны весенне — осенняя сезонность, алиментарный фактор заражения, полиморфизм клинической симптоматики.

## **63 Энзимологическая характеристика лейкоцитов при шигеллезе у детей**

**<sup>1</sup>Кимирилова О.Г., <sup>2</sup>Поляничко Е. Г., <sup>2</sup>Ибадуллаева А.И.,  
<sup>2</sup>Захарова Н.А., <sup>2</sup>Ляпина С.М.**

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Астраханский ГМУ» Минздрава России, Астрахань  
<sup>2</sup>ГБУЗ АО «Областная инфекционная клиническая больница»,  
Астрахань, Россия

Исследование энзимологических показателей крови при ОКИ у детей позволяет определять превалирующий синдром (нейротоксикоз, токсикоз с эксикозом) и прогнозировать характер течения болезни.

Цель: Установить клиническую значимость энзимологических показателей крови при шигеллезе у детей.

Материалы и методы: У 250 больных шигеллезом в возрасте до 7 лет, объединённых в 4 группы: 1-я — легкая 25 (10%); 2-я — среднетяжелая 119 (47,6%); 3-я — тяжелая с эксикозом 70 (28%); 4-я — тяжелая с нейротоксикозом 36 (14,4%), исследовались щелочная фосфатаза (ЩФ), лактатдегидрогеназа (ЛДГ), сукцинатдегидрогеназа (СДГ),  $\alpha$ -глицерофосфатдегидрогеназа ( $\alpha$ -ГФДГ).

Результаты: Установлено, что гиперферментемия по ЩФ характерна для всех групп ОКИ и выявлялась с частотой от 60 до 90%. Уровень ферментемии высокий и при нейротоксикозе составлял  $132 \pm 5,4$  у.е., эксикозе —  $198 \pm 8,4$  у.е., при контроле  $67 \pm 8,3$  у.е. Ферментемия сохранялась до 8—10 дня заболевания. Для острого периода шигеллеза характерно снижение показателей дегидрогеназ, причем максимально это происходило при токсикозе с эксикозом, где показатель ЛДГ снижался в 3 раза, СДГ и  $\alpha$ -ГФДГ в 2—2,5 раза по сравнению с нормой. Снижение активности  $\alpha$ -ГФДГ и СДГ свидетельствуют о глубине нарушения энергетического обмена и «уступке» аэробного дыхания в пользу менее эффективного гликолиза. В период реконвалесценции активность  $\alpha$ -ГФДГ увеличивалась до  $120,0 \pm 3,1$  у.е., активность СДГ и ЛДГ нарастала, достоверно превышая исходные цифры, хотя и оставалась ниже нормы на 30—50 у.е. Отсутствие параллелизма в динамике СДГ и  $\alpha$ -ГФДГ может быть связано с их ролью в осуществлении цикла Кребса, т.к. эти ферменты включаются в окислительное фосфорилирование на разных этапах, СДГ при превращении янтарной кислоты в фумаровую,  $\alpha$ -ГФДГ на более ранних этапах лимонного цикла, выполняя роль «челночного» механизма в переносе электролитов.

Выводы: При тяжелых формах шигеллеза у детей в большей степени страдают заключительные этапы лимонно-кислого цикла, что свидетельствует о глубине расстройств энергетического обмена, влияющего на течение заболевания.

## Клинико-эпидемиологическая характеристика кишечных инфекций неуточненной этиологии у детей

<sup>1</sup>Кимирилова О.Г., <sup>1</sup>Харченко Г.А., <sup>2</sup>Красилова И.М.,

<sup>2</sup>Родина Л.П., <sup>2</sup>Ибадуллаева И.А.

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Астраханский ГМУ» Минздрава России, Астрахань

<sup>2</sup>ГБУЗ АО «Областная инфекционная клиническая больница», Астрахань, Россия

Определение типа диареи при ОКИ неуточненной этиологии позволяет оптимизировать лечение, воздержаться от назначения антибактериальных препаратов при осмотическом типе диареи.

Цель: Установить клинико-эпидемиологические особенности ОКИ неуточненной этиологии у детей в Астраханской области.

Материалы и методы: Проведен анализ 3623 случаев ОКИ неуточненной этиологии у детей в возрасте до 17 лет, находившихся на стационарном лечении в ГБУЗ «Областная инфекционная клиническая больница» г. Астрахань в 2017—2018 гг.

Результаты: Установлено, что в возрастной структуре преобладали дети первых 3-х лет жизни — 2898 (80%), в том числе в возрасте до 1-го года 1565 (43,2%). В летне-осенний период зарегистрировано 1189 (32,8%), осенне-зимний и зимне-весенний 2434 (67,2%) случаев ОКИ. Инвазивный тип диареи (энтероколит, колит) установлен у 980 (27%), секреторный (энтерит, гастроэнтерит) у 948 (26,2%), осмотический у 1695 (46,8%) пациентов. Независимо от типа диареи преобладали легкие и среднетяжелые формы, до 80% и более. Основными симптомами инвазивного типа диареи являлись: острое начало заболевания у 653 (66,6%), повышение температуры тела до 38—39°C у 573 (58,5%), частота стула до 10 раз в сутки у 467 (47,6%), более 10 раз у 200 (20,4%), обезвоживание I—II степени у 176 (18%), наличие при микроскопии кала слизи и лейкоцитов от 20 до 100 и более у 520 (53%), слизи, лейкоцитов и эритроцитов у 133 (13,6%). Симптомами секреторного типа диареи являлись: повышение температуры тела до 37,5—38°C у 587 (62%), рвота у 474 (50%), водянистый стул до 10 раз в сутки у 616 (65%) и более 10 раз у 332 (35%), обезвоживание I степени у 247 (26%), II степени у 85 (9%). Симптомами осмотического типа диареи являлись: острое начало с повышения температуры тела до 38—39°C и выше у 1305(77%), повторная рвота у 1190 (70%), метеоризм у 1205 (71%), водянистый, брызжущий стул до 5—6 раз в сутки у 485 (28,6%), 10—15 раз у 1210 (71,4%), обезвоживание I степени у 186 (11%), II степени у 162 (9,5%), III степени у 18 (1%), респираторный синдром у 864 (51%).

Выводы: Наличие осенне-зимней и зимне-весенней сезонности у 67,2% больных, преобладание секреторного и осмотического типа диарей (73%) при отсутствии патологических примесей в кале (лейкоцитов, эритроцитов) не исключает вирусную этиологию ОКИ у пациентов с осмотическим типом диареи и возможно у части больных секреторной диареей при ОКИ неуточненной этиологии.

Кладова О.В., Компаниец Ю.В., Гришкевич Н.Л., Анджель А.Е.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова МЗ РФ, Москва, Морозовская ДГКБ ДЗМ, Москва, Россия

В 2018 году отмечен рост заболеваемости листериозной инфекцией на 44,4% в субъектах Российской Федерации, летальность составила 52,4%.

Цель: описать принципы клинико-лабораторной диагностики листериоза.

К нетрансмиссивным инфекционным заболеваниям относят геморрагическую лихорадку с почечным синдромом, лептоспирозы, листериоз, псевдотуберкулез, туляремию. Из шести известных в настоящее время видов листерий только *L. monocytogenes* патогенна для человека и животных. Основным резервуаром листерий являются грызуны, переносчиком инфекции могут быть иксодовые и гамазовые клещи, различные виды блох и вшей. По данным лабораторных исследований грызунов и объектов внешней среды на природно-очаговые инфекции за 2014–2018 годы по г. Москве при исследовании грызунов не регистрируется выделение листерий, что подчеркивает хороший уровень контроля за данной инфекцией Роспотребнадзором.

Заражение листериозом происходит в основном алиментарным путем при употреблении в пищу инфицированных продуктов животного и растительного происхождения при вдыхании пыли, контаминированной возбудителем, при контакте с больными или носителями листерий животными, при внутриутробной передаче возбудителя. В результате листериозной инфекции формируются гранулемы — листериомы, которые особенно часто обнаруживаются в печени.

Клинические проявления листериоза многообразны, поэтому выделяют по тяжести заболевания неинвазивную и инвазивную форму. Неинвазивный листериоз (фебрильный листериозный гастроэнтерит) относится к легкой форме заболевания, которая регистрируется у здоровых людей. Чаще всего развивается диарея, повышается температура, отмечается головная боль и миалгия (мышечные боли). Инвазивный листериоз протекает более тяжело, поражает группы населения высокого риска: беременных женщин, пациенты, получающих лечение в связи с раком, СПИДом и пересадкой органов, пожилых людей и детей грудного возраста. Для этой формы болезни характерны поражения различных органов и систем, при этом смертность составляет 20–30%.

В большинстве случаев регистрируется гастроэнтеритическая форма листериоза, которая проявляется тошнотой, рвотой, болями в животе, диареей обычно на фоне повышения температуры тела до 38–39 °С. Нередко через 3–4 дня состояние больного внезапно резко ухудшается и определяются признаки поражения центральной нервной системы в виде менингита, энцефалита.

Для ангинозной и глазо-железистой форм заболевания характерно острое начало с подъема температуры тела до 39–40 °С, общей слабости, головной боли, снижения аппетита, мышечные боли. Лицо больного гиперемировано, сосуды склер инъецированы. При фарингоскопии обнаруживают изменения в ротоглотке по типу катарального, язвенно-некротического или пленчатого тонзиллита. Развивается конъюнктивит на стороне поражения. Веки пораженного глаза отечны, уплотнены, глазная щель сужена. В углах гла-

за — гнойное отделяемое. На гиперемизированной отечной конъюнктиве, особенно в области инфильтрированной переходной складки, видны яркие фолликулы, представляющие собой узелки-гранулемы. Регионарные лимфатические узлы увеличены и болезненны. Увеличиваются печень и селезенка. На высоте заболевания возможно появление полиморфной сыпи. В клиническом анализе крови отмечают лейкоцитоз, моноцитоз, ускоренное СОЭ. Эти формы листериозной инфекции особенно трудно дифференцировать с инфекционным мононуклеозом, при котором развиваются аналогичные клинические проявления заболевания. Поэтому диагноз листериоз выставляется только после расширенного спектра лабораторных методов диагностики с использованием серологических, бактериологических, генетических методов диагностики крови, мазка из ротоглотки, мочи, кала желательны в референс-лабораториях, которые занимаются изучением проблем листериозной инфекции.

Комплекс лабораторной диагностики природно-очаговых инфекций включают прямые (обнаружение ДНК/РНК возбудителя, его антигена, визуальное обнаружение микроорганизма методом микроскопии) и косвенные (обнаружение специфических IgM, IgG, IgA в сыворотке крови, спинно-мозговой жидкости, в случае IgA — в тканевых секретах) методы диагностики. Выявление только специфических IgM, IgG к листериям не всегда является достоверным и требует расширенной диагностики данного заболевания. При наличии антител класса IgG или суммарных к листериям без бактериологического выделения листерий из организма проведение специальной терапии (лечение листериоза) не целесообразно.

## 66

### **Ретроспективный клинико-этиологический анализ ОКИ у госпитализированных детей города Москвы**

**Ковалев О.Б., Молочкова О.В., Россина А.Л., Крылатова Н.И., Корсунский А.А., Кащенко О.А., Галеева Е.В., Коняев К.С., Колбасина Т.А., Алонцева Ю.В., Ахметжанов Р.Р., Пылаева Е.Ю.**

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова МЗ РФ, Москва, Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского ДЗ г. Москвы, Россия

Заболеваемость острыми кишечными инфекциями (ОКИ) у детей не имеет тенденции к снижению. В последние годы в этиологии лидируют ротавирусы.

Цель: анализ этиологии, клиники, возраста больных, госпитализированных с ОКИ в инфекционное отделение стационара города Москвы с января 2016 по сентябрь 2019 гг.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ 10 263 историй болезни детей в возрасте от 0 до 18 лет, госпитализированных в 3 инфекционное отделение ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского ДЗ г. Москвы с января 2016 по сентябрь 2019 гг. Диагноз ставился на основании клинико-эпидемиологических и лабораторных данных. Лабораторная диагностика включала рутинные методы, этиологическая расшифровка ОКИ — бактериологическое исследование кала, реакцию латекс-агглютинации (РЛА) для определения антигенов шигелл, сальмонелл, эшерихий, кампилобактерий, ротавирусов в ка-

ле, ИФА для выявления рота-, норо-, адено-, энтеровирусов, кампилобактерий, токсинов клостридий в кале, ПЦР для обнаружения ДНК/РНК бактерий и вирусов в кале, серологические реакции (РНГА) для выявления специфических антител к возбудителям в сыворотке крови.

Результаты: За период с января 2016 г. по сентябрь 2019 г. было госпитализировано 10 263 ребёнка: 2848, 3111, 3117 и 1187 соответственно по годам. Среди госпитализированных детей в возрасте от 1 мес. до 1 г. жизни было 1116 (10,9%), в возрасте 1–3 лет — 3429 (33,4%), 3–7 лет — 3147 (30,7%), 7–10 лет — 995 (9,7%), 10–14 лет — 921 (9%), 14–18 лет — 655 (6,4%).

Несмотря на применение современных качественных методов диагностики, этиологическую структуру ОКИ удалось расшифровать лишь у 3240 из 10 263 пациентов (в 31,6% случаев). В большинстве случаев выявлена моноинфекция (78%), чаще — вирусная (63,1%), бактериальная моноинфекция реже (14,9%). Среди бактериальных инфекций лидирующим возбудителем была сальмонелла (6,4%), на втором месте — кампилобактер (2,5%), реже встречались шигеллы (2%), стафилококки (1,5%) и кишечная палочка (1,5%). Редко выделялись иерсинии (0,3%), протей (0,3%), энтеробактер (0,03%), клебсиелла (0,03%). Из всех случаев ОКИ с уточнённой этиологией микст-инфекции обнаружены у 712 детей (22%: в большинстве случаев — вирусно-бактериальные ассоциации (18,1%), реже — вирусно-вирусные (2,3%) и бактериально-бактериальные (1,7%).

ОКИ установленной этиологии протекали главным образом в виде гастроэнтерита (58,9%), реже — в виде гастроэнтероколита (10,7%), гастрита (7,9%), энтероколита (7,1%), энтерита (2,4%), колита (0,3%). При бактериальных ОКИ топическим диагнозом чаще был энтероколит (40,6%) и гастроэнтероколит (36,2%), при вирусных — гастроэнтерит (85,8%) в большинстве случаев. Колит при бактериальных ОКИ встречался лишь в 1,9% случаев.

У детей в возрасте 1–6 лет среди бактериальных возбудителей ОКИ наиболее часто выявлялись сальмонеллы (68,8%) и кампилобактер (61,5%). Сальмонеллёз протекал главным образом в виде гастроэнтероколита (47,6%), реже — энтероколита (39%), а кампилобактериоз — в виде энтероколита (60,2%), реже — гастроэнтероколита (22,9%). Шигеллёз чаще диагностирован у детей в возрасте 3–6 лет (40,6%), реже — в возрасте 1–2 лет (23,4%), 10–13 лет (20,3%), 14–18 лет (9,4%), 7–9 лет (6,3%). Топическим диагнозом при шигеллёзе был гастроэнтероколит (39,1%) и энтероколит (34,4%), реже — колит (14,1%), гастроэнтерит (11%), гастрит — в единичном случае (1,6%). В возрасте 10–14 и 14–18 лет частота бактериальных ОКИ оказалась самая низкая (5,6% и 6,4% соответственно).

Среди вирусных ОКИ наиболее распространённым возбудителем был ротавирус (75,8%), реже — норовирус (18%), аденовирус (6%) и энтеровирус (0,2%). Рота-, норо- и аденовирусная инфекции протекали главным образом в виде гастроэнтерита (92,4%, 59,5% и 82,8% соответственно).

По данным 2019-го года, среди сопутствующих заболеваний и осложнений ОКИ установленной этиологии главным образом встречался мезаденит (84%), реже — панкреатопатия (6%), судороги (2,5%), транзиторная кишечная инвагинация (2,5%), флегмонозный аппендицит (2,5%). Мезаденит наиболее часто сопутствовал сальмонеллёзу — в 23,5% случаев, кампилобактериозу — в 15% случаев.

Выводы: Установить этиологию ОКИ у госпитализированных детей удаётся лишь в 32% случаев с применением современных методов диагностики. В большинстве случаев (78%) острые кишечные инфекции у детей протекают в виде моноинфекции, превалирует вирусная этиология (63,1%). В этиологической структуре моно- и микст-инфекций ротавирусы составляют 75,8%, норовирусы — 18%, сальмонеллы — 6,4%, кампилобактер — 2,5%. Т.к. наиболее частыми возбудителями являются вирусы, ОКИ у детей протекают главным образом в виде гастроэнтерита (58,9%). Наиболее часто ОКИ сопутствует мезаденит (84%).

## **67 Трудный диагноз: особенности генерализованной стафилококковой инфекции у младенца с гемофагоцитарным лимфогистиоцитозом**

**Ковалева О.В., Литяева Л.А., Закопаева Е.С.**

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России, Оренбург, Россия

Гемофагоцитарный лимфогистиоцитоз относится к группе орфанных заболеваний. Это врожденное или приобретенное заболевание, проявляющееся лихорадкой, спленомегалией, панцитопенией, коагулопатией и неврологическим дефицитом вследствие системного воспалительного ответа и повреждения органов активированными макрофагами и цитотоксическими Т лимфоцитами. Прогноз — неблагоприятный.

Цель: мониторинг течения стафилококкового сепсиса и уточнение причины гиперспленизма у младенца на фоне положительной динамики бактериальной инфекции.

Материалы и методы: описание клинического наблюдения.

Результаты: Ребенок в возрасте 7 дней поступил в инфекционную больницу г. Оренбурга с диагнозом — кишечная инфекция по типу гастроэнтероколита. Тяжелой степени тяжести. Из анамнеза было выявлено, что ребенок от 1 беременности у матери 26 лет. Беременность протекала на фоне 2-х эпизодов ОРВИ в 22 и 34 неделе гестации, анемии легкой степени тяжести. Роды на 40-й неделе, самостоятельные. Девочка родилась с массой 4050 г, рост 52 см, закричала сразу, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. С первых дней жизни была выявлена умеренная гепатоспленомегалия (УЗИ). Выписана на 3-и сутки. Беспокоили периодические боли в животе, стул 3—4 раза в сутки, кашицеобразный.

На 7-й день жизни появилась сыпь на коже (шея, паховые складки). Элементы сыпи папулезные в диаметре до 2 мм, с геморрагическим компонентом. Отмечалось кровоточивость из пупочной ранки. Стул участился до 6 раз в сутки с примесями слизи и комочков непереваренной пищи, были срыгивания. Температура повысилась до 37,5°C. Девочка была направлена в стационар с диагнозом кишечная инфекция. Геморрагическая болезнь новорожденных. При поступлении состояние расценено как тяжелое за счет геморрагического, кишечного, интоксикационного синдромов. В гемограмме — лимфо-моноцитоз. Коагулограмма без особенностей. В последующие дни сыпь на коже нарастала, распространилась по телу. Температура повысилась до 38,5°C. Папулы трансформировались в пустules. Появился кашель. На рентгенограмме органов грудной клетки — признаки двусторонней пневмонии. В бактериологических посевах кала, кожи, с пупочной ранки, из ротовой полости, мокроты, мочи, крови — выделен *Staphylococcus spp.* в диагностических титрах. УЗИ — гепатоспленомегалия. Гемограмма — гемоглобин 97—

54 г/л, тромбоцитопения 130—54, нейтропения до 16%. Биохимия крови — гипоальбуминемия 54 г/л, гипофибриногенемия 1—2 г/л. В анализе мочи — протеинурия до 1 г/л. Выставлен диагноз: Стафилококковый сепсис. Тяжелое течение. Полиорганная недостаточность. Иммунодефицитное состояние? Проводимая терапия: внутривенно вводились зивокс, меронем, цефтриаксон, цефепим, ванкомицин (последовательно); иммуновенин, допамин, 10% раствор глюкозы, 0,9% раствор хлорида натрия, альбумин 20% раствор, преднизолон. Ребёнок получал нутритивную поддержку (липофундин, аминовен). Виферон ректально. Ингаляционно кислород, дважды переливание одногруппной крови. Консультирована неоднократно гематологом, хирургом, генетиком. На фоне проводимого лечения сыпь, кишечный синдром, пневмония были купированы. Повторные посевы были отрицательные. Однако прогрессивно нарастали размеры селезенки, в меньшей степени — печени. Проведена компьютерная томография, выявившая спленомегалию с тромбозом селезеночной вены. Состояние на фоне проводимого лечения оставалось стабильно тяжелым, обусловленное нарастанием тромбоза селезеночной вены. Ребенок был переведен в НМИЦ ДГОИ им. Д. Рогачева г. Санкт-Петербурга, где был установлен диагноз — гемофагоцитарный лимфогистиоцитоз. Случай закончился летально в возрасте 3 месяцев.

## 68

### **Опыт проведения внутреннего аудита по инфекционной помощи детям в многопрофильной больнице**

**Козловская О.В., Сайфуллина Е.И., Катаныхова Л.Л.**

БУ ХМАО «Сургутская окружная клиническая больница», Сургут, Россия

В 2001 г. ВОЗ разработала инструмент для оценки качества стационарной помощи детям.

Цель: провести внутренний аудит качества медицинской помощи детям для снижения детской смертности.

Материалы и методы: истории болезни и амбулаторные карты по профилю «инфекционные болезни». Был проведен выбор аудитора из числа врачей инфекционистов больницы. В течении месяца проводилась проверка знаний медицинского персонала (врачей и медицинских сестер), принципов оказания неотложной медицинской помощи детям.

Результаты: Критериями оценки качества медицинской помощи являлись:

1. Полипрагмазия.
2. Неправильное лечение.
3. Нерациональная антибиотикотерапия.
4. Необоснованная боль.
5. Неадекватный мониторинг.
6. Несоответствие лечения диагнозу.
7. Неадекватные инфузии.
8. Не оценено физическое развитие.
9. Продолжительность госпитализации.

10. Неправильный диагноз.

11. Неадекватное использование ГКС.

Результаты аудита качества стационарной помощи детям:

1. Недостаточное знание сестрами алгоритмов оценки состояния ABCD, отсутствие готовности к самостоятельным действиям.

2. Неправильное лечение: использование анальгина в литической смеси.

3. Необоснованное назначение антибактериальной терапии без признаков воспаления.

4. Нет оценки болевого синдрома по шкале НОШ.

5. Некачественное ведение листов наблюдения.

6. Достаточное оснащение мешками Амбу, пульсиоксиметрами, ингаляторами небулайзерами, прикроватными мониторами, концентраторами кислорода.

Выводы: Запланировано проведение регулярных тренингов для врачей, проведение поддерживающего внутреннего аудита 1 раз в квартал на протяжении двух лет. Качество медицинской помощи детям должно прирастать от аудита к аудиту не только и не столько за счет экспертов, но и путем упорной работы всей команды специалистов и при совершенствовании внутреннего контроля качества.

69

## **Клинико-лабораторные особенности респираторно-синцитиальной инфекции у детей в возрасте старше года**

**Кокорева С.П., Котлова В.Б., Старчикова Н.А., Попова Е.С., Валова Г.Д.**  
ФГБОУ ВО «ВГМУ им. Н.Н. Бурденко» МЗ РФ, БУЗ ВО «ОДКБ №2»,  
Воронеж, Россия

Респираторно-синцитиальная вирусная инфекция (РСВИ) у детей раннего возраста является одной из самых распространенных причин тяжелого поражения нижних дыхательных путей с развитием обструктивных бронхитов, бронхолитов и пневмоний, являясь серьезным бременем для здравоохранения.

Цель: изучение клинико-лабораторных особенностей РСВИ у детей в возрасте старше одного года.

Материалы и методы: Под наблюдением находилось 29 человек в возрасте от одного года до 9 лет с РСВИ, находившихся на госпитализации в БУЗ ВО «ОДКБ №2» с октября 2017 по декабрь 2018 года. Этиологический диагноз у детей верифицирован методом ПЦР мазков из носоглотки.

Результаты: На детей в возрасте 1–3 года пришлось 72,4% (21 человек), пациенты 4–7 лет составили 24,1% (7), одна девочка (3,4%) была школьного возраста. Все пациенты переносили РСВИ в среднетяжелой форме. У 31% больных в анамнезе были указания на перинатальное поражение ЦНС, у 13,8% — отягощенный аллергологический анамнез. У всех детей старше года отмечался умеренно выраженный интоксикационный синдром в виде снижения аппетита, вялости, беспокойства. В 100% случаев наблюдалось повышение температуры, которая сохранялась в течение  $3,16 \pm 0,34$  дней. Подъем температуры у 62,1% детей регистрировался на 1–2 день болезни до фебрильных цифр, до субфебрильных — у 37,9%. У всех наблюдаемых с первого дня болезни отме-

чалась ринорея. Заложенность носа имела место у каждого второго пациента и сохранялась в течение  $6,33 \pm 1,37$  дней. Более чем у половины детей (55,6%) РСВИ протекала с поражением нижних и средних дыхательных путей с развитием obstructивного бронхита. Бронхиолит зарегистрирован не был. Бронхообструктивный синдром сохранялся в среднем  $4,57 \pm 0,96$  дней. Признаки дыхательной недостаточности (ДН) отмечались у 12 детей (41,4% заболевших). ДН II степени регистрировалась у 3 пациентов только в возрастной группе до 3 лет (10,3%), ДН I — у 9 детей (31%) в возрасте 4–7 лет. У 7 детей (24%) отмечался синдром ларингита, который у 5 больных (17,2%) протекал с развитием стеноза гортани I степени. У 3 детей с РСВИ диагностирована пневмония, которая сопровождалась развитием ДН I степени за счет бронхообструктивного синдрома. Структура осложнений РСВИ включала аденоидит — 13,7%, гнойный тонзиллит — 6,9%, катаральный отит — 6,9%. Анализ гематологических показателей показал, что РСВИ протекала на фоне легкой железодефицитной анемии у 10,3% детей. Лейкоцитоз в пределах  $13,03 \pm 0,84 \times 10^9/\text{л}$  отмечался у 27,6% пациентов. У 55,7% пациентов имело место ускорение СОЭ до  $21,29 \pm 3,01$  мм/час. Умеренно выраженные воспалительные изменения в гемограмме не всегда свидетельствовали о наличии бактериальных осложнений, так как они имели место и у детей с гладким течением РСВИ.

Выводы: РСВИ в группе детей старше года чаще является причиной госпитализации детей дошкольного возраста. Каждый второй больной с РСВИ госпитализирован вследствие развития obstructивного бронхита, который чаще протекал с ДН у детей в возрасте до 3 лет. У каждого четвертого отмечался синдром ларингита. Повышение температуры отмечалось у всех больных, до фебрильных цифр — более чем у половины заболевших. В структуре осложнений преобладали аденоидиты и пневмонии, реже регистрировался гнойный тонзиллит и катаральный отит.

## 70

### **Острые внебольничные пневмонии у детей**

**Кокорева С.П., Макарова А.В., Васильева О.В.,  
Большева Г.С., Савенко И.Л., Ошанова Л.С.**

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» МЗ РФ, БУЗ ВО Областная детская клиническая больница №2, г. Воронеж, Россия

Заболеваемость пневмониями в отдельных регионах РФ достигает 10–30 случаев на 1000 детей и является одной из ведущих причин летального исхода.

Цель: изучить этиологию острых внебольничных пневмоний (ВП) у детей в современных условиях.

Материалы и методы: на базе БУЗ ВО ОДКБ №2 за 2016–2018 гг. обследовано 70 пациентов с острыми внебольничными пневмониями в возрасте от 1 месяца до 16 лет. Всем детям проводились обследования согласно стандартам специализированной медицинской помощи пациентов с внебольничными пневмониями средней степени тяжести и тяжелых, принятых МЗ РФ от 29.12.2012 г.

Результаты: в возрастной структуре пациентов с ВП преобладали дети до 5 лет (52 чел.) — 74%. Расшифровать этиологию пневмоний удалось только у 43% пациентов. Среди уточненных возбудителей выявлялись: пневмококк — у 30% детей, гемофильная

палочка — у 9%, реже «атипичные» возбудители — респираторный хламидиоз и микоплазмоз — по 2%. У всех детей диагноз подтверждался рентгенологически, при этом очаговая левосторонняя пневмония отмечалась у 15%, очаговая правосторонняя — у 45%, 2-сторонняя пневмония — у 27%; полисегментарная — у 13%. По тяжести преобладали среднетяжелые ВП (96%), тяжелые — у 4% детей. У 1 ребенка пневмония осложнилась ателектазом с плевритом. Дыхательная недостаточность (ДН) при поступлении: ДН I степени при поступлении наблюдалась у 63% пациентов, ДН II — у 4%, ДН III — у 1 ребенка. У всех госпитализированных больных ВП сопровождалась лихорадочно-интоксикационным синдромом продолжительностью  $5,6 \pm 2,2$  дня, с преобладанием у 71% на момент госпитализации высокой фебрильной температуры и у 29% — субфебрильной. У 74% пациентов лихорадка носила двуволновый характер с развитием пневмонии в результате осложненного течения ОРВИ. Кашель, как наиболее типичный симптом пневмонии был у всех детей, из них у 56% — малопродуктивный, у 14% — сухой, навязчивый, у 30% — уже при поступлении кашель был влажным. Локальное ослабление дыхания, перкуторное укорочение звука в очаге воспаления выявлялось только у 1/3 больных. Крепитирующие хрипы были только у 4% детей, у 60% выслушивались влажные, преимущественно мелкопузырчатые хрипы и у 14% — сухие, у остальных (22%) хрипы не улавливались. В периферической крови у 1/3 больных определялась анемия в пределах 1 степени, у 2 детей — 2 степени. У большинства детей были умеренные изменения уровня лейкоцитов —  $12 \pm 2,2 \times 10^9/\text{л}$ , с преобладанием нейтрофилов: палочкоядерные  $8,66 \pm 0,67\%$ ; сегментоядерные —  $67,61 \pm 2,35\%$ ; СОЭ  $24 \pm 2,4$  мм/ч. Только у 1 ребенка с негладким осложненным течением имела место инвазивная пневмония: ПКТ  $\geq 2$ , палочкоядерный сдвиг влево до 18%, СОЭ 51 мм/ч. СРБ был повышенным у всех пациентов, в среднем составляя  $38 \pm 2,1$  ед. (N-10) и не всегда коррелировал с уровнем ПКТ. ПКТ  $\geq 0,5$  имел место только у трети больных.

Выводы: Этиология более половины ВП остается неуточненной, даже в условиях комплексного обследования в стационаре. В структуре уточненных ВП у детей раннего возраста преобладают пневмококковые и гемофильные. Чаще встречаются среднетяжелые очаговые пневмонии как осложнение вирусной инфекции. Для ВП у детей характерно наличие лихорадочно-интоксикационного синдрома, превалирующего над локальными изменениями в легких, с умеренно выраженными изменениями периферической крови, СРБ и ПКТ. У 1/3 пациентов ВП были «немые», что затрудняет своевременную диагностику заболевания.

## 71

### **Метапневмовирусная инфекция у детей**

**Кокорева С. П., Разуваев О. А., Атачук Т. А.,  
Мореплавцева И. Б., Нехорошева Л. И.**

ФГБОУ ВО «ВГМУ им. Н.Н. Бурденко» МЗ РФ, Россия, БУЗ ВО ОДКБ №2, Воронеж, Россия

Острые респираторные инфекции лидируют в структуре инфекционной патологии у детей. В настоящее время происходит активное изучение «новых» вирусов, так в 2001 году в Нидерландах был открыт метапневмовирус человека (HMPV).

Цель: выявить клинические особенности НМРV-инфекции у детей, госпитализированных в инфекционный стационар города Воронежа.

Материалы и методы: Под наблюдением находилось 1024 ребенка с лабораторно подтвержденной этиологией ОРИ (методом ПЦР), госпитализированных в стационар в период с 2017 по 2018 годы.

Результаты: Метапневмовирусная инфекция составила 3,48%. Выявлена весенне-летняя сезонность инфекции. Среди детей с НМРV-инфекцией девочек было в два раза больше мальчиков — 64 и 36% соответственно. Возраст госпитализированных детей составил от 3 месяцев до 9 лет. Детей до года было 16%, от года до трех лет — 40%, от трех до шести лет — 32% и старше 6 лет — 12%. Госпитализация детей в стационар осуществлялась на 3 [2; 7] день болезни. У 12% детей метапневмовирусная инфекция протекала в сочетании с риновирусной инфекцией, у одного ребенка на фоне обострения хронической ЭВВ инфекции. В клинической картине у 80% детей отмечалась лихорадка. При этом повышение температуры более 38,5°С было зарегистрировано только у 21% детей, у большинства (42,1%) температура не превышала субфебрильных значений. Лихорадка сохранялась 4 [3; 5] дня. Проявления интоксикации были умеренными и коррелировали с высотой лихорадки. У 68% детей отмечались явления ринита. Гиперемия зева регистрировалась у всех детей, у 20% выявлена гипертрофия небных миндалин, у 16% детей отмечался налет на миндалинах. У 12% детей развивался ларингит со стенозом гортани первой степени. С первого дня заболевания у всех детей (92%) развивался кашель. Общая продолжительность кашля составила 6 [4; 7] дней. У 64% детей с метапневмовирусной инфекцией был диагностирован острый обструктивный бронхит. Бронхообструкция сохранялась 4 [2; 5] дней. У трети детей с бронхообструкцией развивалась дыхательная недостаточность первой степени. Бактериальные осложнения метапневмовирусной инфекции развивались у каждого третьего ребенка, преимущественно у детей раннего возраста. У 8% детей развилась полисегментарная пневмония, у 8% — острый гнойный отит, у остальных детей диагностирован острый гнойный тонзиллит. Все дети выписаны из стационара с удовлетворительным состоянием на 7 [5; 9] день от момента госпитализации.

Выводы: Таким образом, НМРV-инфекция у госпитализированных детей характеризуется подострым началом с повышением температуры у 80% детей, умеренно выраженным катаральным синдромом, с развитием бронхообструкции у 64% и дыхательной недостаточности у каждого третьего ребенка. В структуре осложнений метапневмовирусной инфекции, характерно не только развитие пневмоний, но и достаточно частые осложнения со стороны ЛОР-органов.

## **72 К вопросу о совершенствовании системы эпидемического надзора за энтеровирусными инфекциями в Донецком регионе**

**Колесникова А.Г., Бевза Я.В.**

ГОО ВПО ДОННМУ им. М.М. Горького, Донецк

Различные типы энтеровирусов (ЭВ) способны обуславливать одинаковые клинические синдромы, и в то же время, один и тот же вирус может вызывать заболевания с различной клинической картиной. Вспышки, связанные с ЭВ, отличаются высо-

кой контагиозностью — в очагах инфекции переболевают от 28% до 86 % из числа общавшихся.

Цель: Установить современные характеристики эпидемического процесса ЭВ инфекции в Донецком регионе и наметить перспективные меры борьбы с ней.

Материалы и методы: Был проведен ретроспективный эпидемиологический анализ материалов официальной регистрации заболеваемости ЭВ инфекцией за период 1998—2018 гг. по г. Донецку.

Результаты: Начиная с 1998 г., в г. Донецке отмечается активизация эпидемического процесса вирусных серозных менингитов — за анализируемый период было выявлено 288 случаев. В годы подъема заболеваемость составляла 9,88 (среди детей — 59,21, а взрослых — 1,51) на 100 тысяч населения. Для совершенствования системы эпидемиологического надзора нами изучены основные эпидемиологические закономерности ЭВ-инфекций в г. Донецке. Доказан фекально-оральный (водный) механизм передачи как основной в г. Донецке, в результате выявления прямой достоверной корреляционной связи сильной степени между частотой изоляции ЭВ от больных и высоким уровнем вирусной контаминации сточной воды в годы подъема (57,1%) по сравнению с другими объектами окружающей среды (7,93—5,8 %) ( $p < 0,001$ ). Сильная корреляционная связь ( $R = 0,640$  и  $R = 0,809$ , на уровне значимости  $p < 0,05$ ) между частотой выделения ЭВ из всех водных объектов подтверждает зависимость активности таких факторов передачи, как питьевая вода и вода открытых водоемов от уровня загрязненности сточных вод.

Разработана тест-система иммуноферментного анализа для диагностики IgG ЭВ Коксаки и ЕСНО, которая позволяет в течение 2,5 часов регистрировать уровень специфических антител, имеет высокую специфичность и не зависит от прививочного анамнеза детей (наличие или отсутствие прививок против полиомиелита), титра антител к полиовирусам 1—3 типов ( $p = 0,05$ ). Использование этой тест-системы позволило быстро определить на территории Донецкого региона уровень циркуляции антител к ЭВ Коксаки и ЕСНО, который составил у детей до 3-х лет 50%, а у взрослых — 80%. Тест-система зарекомендовала себя как высокочувствительная и может быть внедрена в практику. Она будет востребована для постановки диагнозов ЭВ-инфекций у больных (в т.ч. и у детей), при обследовании предметов обихода в домашних очагах, а также при мониторинга объектов внешней среды при наблюдении за ЭВ в рамках проведения эпиднадзора.

Выводы: Таким образом, в результате проведенного ретроспективного анализа многолетней динамики заболеваемости серозным менингитом определена этиологическая структура возбудителей в г. Донецке, на фоне высокого уровня заболеваемости (9,88 на 100 тыс. населения) вирус Коксаки В изолирован в 75,7%, а остальные серотипы ЭВ составили 16,2%.

## **73** **Применение урсофалька в лечении вирусного гепатита А у детей**

**Колоколов В.А., Левушкина С.П., Вязгина Е.В.**

ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ МЗ РФ,

Областная инфекционная клиническая больница, Астрахань, Россия

Несмотря на снижение заболеваемости вирусными гепатитами в результате проводимых противоэпидемических мероприятий и вакцинации, совершенствование терапии гепатитов является актуальной задачей здравоохранения.

Цель: оценка эффективности применения урсофалька в лечении детей, больных вирусным гепатитом А (ВГА).

Материалы и методы: Наблюдалось 67 больных ВГА средней степени тяжести в возрасте от 3-х до 14 лет. Урсофальк получали 37 детей, контрольная группа — 30 больных. Урсофальк назначался в суточной дозе 10—15 мг/кг в 2 приема 30—35 дней.

Результаты: У больных, получавших урсофальк сокращались средние сроки продолжительности желтушного периода, который составлял  $8,1 \pm 0,4$  дня против  $10,1 \pm 0,7$  дней в контроле. Анализ динамики уровня ферментемии показал, что у больных из 1-й группы средние показатели АлАт на 10-й день от начала лечения составляли  $5,6 \pm 0,7$  против  $6,2 \pm 0,6$  ммоль/л в контроле ( $p > 0,05$ ), на 20-й день соответственно  $1,5 \pm 0,2$  против  $2,5 \pm 0,3$  ммоль/л в контроле ( $p < 0,05$ ). По данным УЗИ на 10 день лечения у 15 (71%) из 21 обследованных детей 1-й группы отмечалось уменьшение отека стенок желчного пузыря, уменьшение размеров печени, в контроле аналогичная положительная динамика отмечена лишь у 8 (45%) из 18 обследованных больных. Средняя продолжительность нахождения в стационаре больных 1-й группы составляла  $25,2 \pm 0,3$  против  $29,3 \pm 0,4$  дней в контрольной группе / $p < 0,05$ /. После выписки из стационара больные получали препарат еще в течение 7—10 дней. Побочное действие на фоне лечения урсофальком в виде диареи отмечалось у 3 больных. Диарея купировалась уменьшением дозы с 15 до 10 мг/кг.

Выводы: Таким образом, применение урсофалька в комплексной терапии вирусного гепатита А у детей способствует более ранней клинико-лабораторной ремиссии, сокращает сроки нахождения в стационаре.

## 74 Современные особенности течения коклюша у детей

**Колоколов В.А., Левушкина С.П., Демина О.А.**

ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ МЗ РФ,

Областная инфекционная клиническая больница, Астрахань, Россия

Проведение активной иммунизации против коклюша привело к значительному снижению заболеваемости, однако актуальность изучения данной инфекции не потеряла своего значения в связи с возможностью развития тяжелых форм и осложнений.

Цель: изучение особенностей течения коклюша у детей на современном этапе.

Материал и методы: Проведен анализ историй болезней 52 детей, больных коклюшем, находившихся на лечении в ОИКБ г. Астрахани в 2014—2018 гг. Диагноз подтвержден лабораторно (бак. посев, ИФА).

Результаты: Основная часть больных (61%) поступала на 2-ой неделе заболевания, в более поздние сроки — 39%. По тяжести больные распределились следующим образом — тяжелая форма наблюдалась у 5 детей (10,6%), среднетяжелая — у 35 (67,3%), легкая — у 12 (23%). Детей до года было 14 (26,9%), от года до 3 лет — 23 (44,2%), старше 3 лет — 15 (28,8%). В летне-осенний период заболело 35% детей, в зимне-весенний период — 65%.

Заболевание развивалось постепенно с повышения температуры тела, появления катаральных явлений в виде ринита, умеренной гиперемии слизистой ротоглотки, непро-

дуктивного кашля в течение 4—10 дней. В период разгара кашель становился приступообразным, с рвотой, усиливался в ночное время, а также после физического и эмоционального напряжения. Чаще всего эти дети лечились на участке с диагнозом ОРВИ, бронхит, «респираторный аллергоз». Обследование на коклюш не проводилось. Преобладали не привитые или дети с незаконченной вакцинацией (69%), из них в возрасте до 3-х лет — 80%. В остальных случаях больные были полностью привитые и заболевание у них протекало в легкой форме. В стационар они поступали в более поздние сроки, в среднем на 15—18 дни от начала болезни. С направительным диагнозом «коклюш?» поступило только 45% детей. Все больные с тяжелой формой не были привиты, из них в возрасте до 1 года было 3 детей, старше 1 года — 2 пациентов. Лейко- и лимфоцитоз в анализах крови отмечался у 75% детей.

Выводы: В настоящее время коклюш протекает типично, болеют чаще дети раннего возраста, не полностью привитые или не привитые. У привитых заболевание протекает в легкой форме.

На участке не придается значение длительности кашля и не проводится обследование на коклюш, что препятствует ранней постановке диагноза.

## **75** **Лечение кишечных инфекций у детей энтеросорбентом и пробиотиками**

**Колоколов В.А., Ратьева И.А., Тальтекова А.Т.**

ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ МЗ РФ,

Областная инфекционная клиническая больница, Астрахань, Россия

Повышение эффективности лечения острых кишечных инфекций (ОКИ) у детей является одной из актуальных задач в педиатрии.

Цель: оценка эффективности лечения ОКИ с применением энтеросорбента Энтегнин-Н и пробиотиков.

Материалы и методы: Наблюдалось 120 больных ОКИ, распределенных на группы: 1-я — 45 детей, получали Энтегнин-Н и Энтерол; 2-я — 30 больных, получали Споробактерин и Энтегнин-Н; 3-я (контрольная) — 45 детей, получали лечение с использованием антибактериальных препаратов. Группы больных были сопоставимы по возрасту, степени тяжести, этиологической структуре.

Результаты: При изучении эффективности комбинированной (пробиотик и энтеросорбент) терапии были выявлены преимущества по сравнению с контрольной группой. Средние сроки продолжительности интоксикации при лечении Энтеролом и Энтегнином-Н составили  $1,5 \pm 0,3$  дня, при лечении Споробактерином и Энтегнином-Н —  $1,7 \pm 0,4$  дня против  $2,5 \pm 0,4$  дня в контроле ( $p < 0,05$ ). Средние сроки полной нормализации стула у больных 1-й группы составили  $4,1 \pm 0,3$  дня, 2-й —  $4,2 \pm 0,4$  дня, в контроле —  $7,4 \pm 0,5$  дней ( $p < 0,05$ ). Клиническая эффективность 1-го курса лечения Энтегнином-Н и пробиотиками составила 85%, против 67,6% в контроле ( $p < 0,05$ ). Повторный высев возбудителей после лечения у больных 1-й и 2-й групп отмечался лишь в 14 и в 16% случаев против 35% в контроле. При изучении состояния микрофлоры кишечника до лечения у 78% детей выявлен дисбактериоз 1—2 степени. При повторном исследовании (на 2-й неделе после выздоровления) у 55% детей из 1 и 2 групп содержание бифи-

до- и лактобактерий достигло нормы, в контрольной группе у 45% детей состояние микрофлоры расценивалось как дисбактериоз 2 степени, у 55% детей — как дисбактериоз 1 степени. Побочных эффектов при лечении ОКИ пробиотиками и Энтегнином-Н отмечено не было.

Выводы: Применение энтеросорбента Энтегина-Н в комбинации с пробиотиками Энтеролом или Споробактерином в лечении легких и среднетяжелых форм ОКИ может быть использовано в качестве этиопатогенетической терапии, что превышает эффективность обычных методов лечения и является щадящим для биоценоза кишечника. Данные методы лечения могут быть использованы как в стационаре, так и в амбулаторных условиях.

## 76 **Этиологическая структура гепатитов на современном этапе**

**Конев В.А., Абрамова Е.Н., Гусева Н.А., Шамшева О.В.**

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова Минздрава России, Москва, ГБУЗ «Инфекционная клиническая больница № 1» Департамента здравоохранения Москвы, Россия

Динамика эпидемического процесса меняется на современном этапе. Заболеваемость гепатитом А в 2018 г. снизилась у детей в возрасте до 17 лет на 36,4% по сравнению с предыдущими годами. Практически не встречается острый гепатит В. Однако, несмотря на тенденцию к снижению уровня заболеваемости в последние годы, проблема вирусных гепатитов сохраняет свою актуальность ввиду возможности развития тяжелых и хронических форм.

Цель: изучить этиологическую структуру гепатитов у детей, госпитализированных в профильное отделение.

Материалы и методы: ретроспективно проанализирован статистический отчет 4 детского отделения ИКБ №1 и истории болезни пациентов с диагнозом «гепатит». Этиологическая расшифровка проводилась методами ИФА, ПЦР с поиском антигенов, антител, нуклеиновых кислот гепатотропных агентов.

Результаты: В 2018 году в отделение находилось 113 детей диагнозом «гепатит». Большинство составили дети с вирусным гепатитом А (ВГА) — 88 больных (77,9%). Острый гепатит С (ОГС) был диагностирован у 4 (3,5%), острый гепатит В (ОГВ) — у 3 (2,7%) больных. ОГВ наблюдался у 1 ребенка первого года жизни, инфицированного от матери с ХГВ, протекал в тяжелой форме. В единичных случаях установлен диагноз впервые выявленного хронического гепатита В и С — по 1 ребенку. Также диагностирован 1 случай гепатита, ассоциированного с *Herpes zoster*. Диагноз токсического поражения печени (К71,9) поставлен 3 (2,7%) детям. Несмотря на проводимый современный диагностический поиск, у 12 (10,6%) больных выявить этиологию гепатита не удалось. Злокачественных форм с летальным исходом в 2018 г. не наблюдалось.

Выводы: На современном этапе наблюдается тенденция к снижению уровня заболеваемости вирусными гепатитами. Большинство больных (77,9%) с диагнозом «гепатит» составляют дети с вирусным гепатитом А. ОГС и ОГВ, а также впервые выявленный ХГС и ХГВ

у детей выявляются в единичных случаях. Наблюдается ОГВ у детей первого года жизни, инфицированных от матери с ХГВ. Необходима обязательная вакцинация таких детей из групп риска. В 10,6% случаев расшифровать этиологию гепатита не удалось. Остается большой проблемой обследование и лечение детей с диагнозами: «Гепатит неуточненный» и «Токсическое поражение печени».

## **77 Злокачественная форма вирусного гепатита В у детей 1-го года жизни: клинический случай**

**Конев В.А., Гусева Н.А., Абрамова Е.Н., Маркина Т.К.,  
Зоненштайн Т.П., Шамшева О.В.**

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова Минздрава России, Москва  
Инфекционная клиническая больница №1, Москва, Россия

На протяжении последних 10 лет злокачественная форма гепатита В на клинической базе кафедры инфекционных болезней у детей РНИМУ им. Н.И. Пирогова была диагностирована у 5 детей 2-х—3-х месячного возраста жизни.

Целью исследования явился анализ течения гепатита В с летальным исходом.

Материалы и методы: Проанализирована история болезни ребенка, инфицированного вирусом гепатита В (HBV) в возрасте первого года жизни.

Результаты: Девочка родилась от матери, больной хроническим гепатитом В. Впервые выявленная вирусная нагрузка перед родами у беременной составляла 500 копий ДНК HBV в мл, HBsAg (+), HBeAg (-). Ребенок из двойни, рост при рождении — 42 см, вес — 2100 г. В роддоме девочка не прививалась, учитывая тяжесть гипоксического поражения ЦНС. В 2 месяца жизни привита вакцинами БЦЖ и от гепатита В. Заболевание возникло в возрасте 3-х месяцев, когда мать заметила желтуху. На второй день заболевания ребенок госпитализирован в состоянии средней тяжести, отмечена иктеричность кожи и склер, гепатомегалия до 1,5 см ниже реберного края, ахоличный стул, темная моча. Лабораторно: АЛТ — 2320 ед/л, АСТ — 3117 ед/л, билирубин общий 226 мкмоль/л (прямой — 88, непрямой — 138). При серологическом исследовании методом ИФА выявлено: HBsAg положит., анти-HBc IgM положит., HBeAg положит., анти-HB core (сумм.) положит. ДНК HBV (метод ПЦР) положит.,  $1,6 \times 10^5$  МЕ /мл. Маркеры гепатитов А, С, D — отрицательные: anti-HCV отрицат., anti-HAV IgM отрицат., анти Дельта IgM отрицат., анти Дельта IgG отрицат. Был поставлен диагноз: Гепатит В, тяжелая форма. Назначена базисная терапия, ВИФЕРОН, ректальные суппозитории по 150 000 МЕ 2 раза/сут. Однако состояние ребенка прогрессивно ухудшалось с развитием некроза печени и нарастанием проявлений геморрагического синдрома. В дальнейшем к базовой синдромальной терапии были добавлены кортикостероиды, ламивудин, цефтриаксон. Несмотря на проводимую терапию через месяц от начала заболевания наступил летальный исход на фоне полиорганной недостаточности. При патолого-анатомическом исследовании обнаружен массивный некроз печени.

Выводы: В последнее время мы наблюдаем развитие фульминантных форм гепатита В при перинатальном пути инфицирования. Причиной возникновения данного заболевания явилось отсутствие вакцинации от гепатита В ребенка из группы риска (мать с хронич-

ческим гепатитом В). У ребенка с первых дней заболевания отмечались явления печеночно-клеточной недостаточности, но без неврологической симптоматики, которая обычно присутствует при злокачественной форме ВГВ. Противовирусная и гормональная терапия не улучшила прогноз заболевания. Необходимо соблюдать сроки вакцинации против гепатита В у детей из групп риска.

## 78 **Лабораторная диагностика эндемичных гельминтозов у детей**

**Копачевская К.А., Миропольская Н.Ю.**

ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет» МЗ РФ, Хабаровск, Россия

Паразитарные болезни занимают одно из ведущих мест в структуре инфекционной заболеваемости. Паразитарные инвазии, в том числе и у детей протекают латентно и их диагностика остается актуальной медицинской проблемой. В лабораторной диагностике паразитозов используют несколько методик.

Цель: Изучить наиболее актуальные методы лабораторной диагностики гельминтозов у детей. Хабаровский край является одним из эндемических районов в России по ряду гельминтозов.

Материалы и методы: С 2014 г. нами было обследовано 2579 детей на эндемичные гельминтозы (клонорхоз, нанофиетоз, метагонимоз, дифиллоботриоз) в возрасте от 3 до 15 лет. Диагноз установлен на основании паразитологических и серологических исследований на базе паразитологической лаборатории ФБУН ХНИИЭМ и лабораторий медицинских учреждений г. Хабаровска.

Результаты: С 2014 г. нами было обследовано 3187 детей, из них 1179 (36,9%) детей, у которых паразитологический диагноз был подтвержден лабораторно. Диагноз установлен на основании копроовоскопических (КАТО) и серологических (ИФА) исследований на базе паразитологической лаборатории ФБУН ХНИИЭМ и лабораторий медицинских учреждений г. Хабаровска. Макро- и микроскопические паразитологические методы лабораторной диагностики являются прямыми методами обнаружения гельминтов, их фрагментов, яиц и личинок, при обнаружении и идентификации которых не требуются косвенные методы исследования. При использовании паразитологических методов предпочтение отдается методу Като. Для кишечных гельминтозов (клонорхоз, нанофиетоз, дифиллоботриоз, аскаридоз, энтеробиоз и др.) копроовоскопическая диагностика в настоящее время является основным методом абсолютного подтверждения диагноза. У 963 (81,7%) человек диагноз был подтвержден копроовоскопическими методами, 216 (18,3%) — серологическими (ИФА). Были обследованы дети в возрасте от 3 до 15 лет. Эндемичные гельминтозы Дальнего Востока были подтверждены копроовоскопическими методами: клонорхоз — 478 (49,6%), дифиллоботриоз — 105 (10,9%), нанофиетоз — 12 (1,2%), метагонимоз — 5 (0,5%), аскаридоз — 248 (25,7%), энтеробиоз — 115 (11,9%). Серологическими методами диагноз был подтвержден: клонорхоз — 175 (81%), аскаридоз — 41 (19%). Комплексным обследованием, с применением одновременно нескольких методов, проведено не более 30% исследований.

Выводы: Таким образом, в мире разработано и существует достаточно много способов диагностики возбудителей гельминтозов от исследования толстого мазка кала по Като до серологического исследования крови пациента с помощью специальных антигенов (так называемых диагностикумов). Однако, существуют определенные трудности в выборе наиболее эффективного и простого в применении метода количественной диагностики гельминтозов, который можно было бы широко использовать. Таким образом, изыскание эффективных методов диагностики гельминтозов весьма актуально.

## **79 Патологические изменения мочевого осадка при острых кишечных инфекциях у детей раннего возраста**

**Копачевская К.А., Молочный В.П., Заварцева Л.И.**

ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет» МЗ РФ, Хабаровск, Россия

Основная линия патогенеза острых кишечных инфекций (ОКИ) безусловно связана с энтеротропизмом возбудителя, однако вопрос об их влиянии на функции других органов, в частности, почек, является весьма актуальным.

Цель: Изучить изменения мочевого осадка у детей раннего возраста с острыми кишечными инфекциями различной этиологии.

Материалы и методы: Проанализированы результаты общего анализа мочи у 300 детей раннего возраста с ОКИ, поступавших на стационарное лечение в КГБУЗ ДККБ им А.К. Пиотровича г. Хабаровска в 2016 году. По этиологическому признаку дети были разделены на 3 группы по 100 человек, больных бактериальными (УПФ), вирусными и микст-кишечными инфекциями.

Результаты: По результатам проведенного анализа историй болезней 300 детей, больных острыми кишечными инфекциями, в общем анализе мочи у 46 (15,3%) детей была выявлена оксалатурия, у 44 (14,7%) — уратурия, у 40 (13,3%) — ацетонурия, у 25 (8,3%) — лейкоцитурия, у 23 (7,7%) — протеинурия, у 13 (4,3%) — микрогематурия, у 8 (2,6%) — глюкозурия. При этом 45 (15,0%) детей переносили острую кишечную инфекцию легкой степени, 23 (7,7%) ребенок — средней степени, 24 (8%) детей — тяжелой степени. У больных с бактериальными диареями умеренная протеинурия (более 0,03 г/л) отмечалась у 11 (11%) больных, при вирусных ОКИ — у 5 (5%) детей, при микст-кишечных инфекциях — у 7 (7%) больных. Показатели белка более 0,1 г/л регистрировались только при микст-кишечных инфекциях. Появление лейкоцитов в моче регистрировалось у 14 (14%) детей с бактериальными кишечными инфекциями, у 7 (7%) детей с микст-кишечными инфекциями, у 4 (4%) детей с вирусными кишечными инфекциями. Признаки микрогематурии одинаково часто (около 5%) отмечались во всех группах, независимо от этиологии заболевания. Глюкозурия была довольно редким явлением (1—4%) во всех группах. Наличие ацетона в моче встречалось у 7 (7%) больных с бактериальными кишечными инфекциями, у 14 (14%) больных — с вирусными диареями, у 19 (19%) — с микст-кишечными инфекциями. Появление уратов в моче встречалось у 7 (7%) больных бактериальными диареями, у 20 (20%) больных — вирусными диареями, у 17 (17%) детей — с микст-кишечными инфекциями. Появление оксалатов в моче регистри-

ровалось у 12 (12%) детей с бактериальной этиологией заболевания, у 15 (15%) больных — вирусными диареями, у 19 (19%) детей — с микст-кишечными инфекциями.

Выводы: При острых кишечных инфекциях нередко выявлялись патологические сдвиги в общем анализе мочи, свидетельствующие о нефротоксичности, обусловленной влиянием токсинов, либо самого возбудителя на почечную ткань. При бактериальных диареях в большей степени, нежели при вирусных диареях, в мочевом осадке определялись протеинурия, лейкоцитурия и глюкозурия. При этом ацетонурия, кристаллурия чаще регистрировались при вирусной этиологии заболевания, что возможно является следствием дегидратации и углеводного голодания ребенка при развитии осмотической диареи.

## **80 Структура острых кишечных инфекций у детей раннего возраста г. Хабаровска**

**Копачевская К.А., Молочный В.П., Протасеня И.И., Чернышева Н.В.**

ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет» МЗ РФ, Хабаровск, Россия

Свыше 60% всех случаев ОКИ у детей являются этиологически нерасшифрованными. В 2018 году показатель заболеваемости ОКИ неустановленной этиологии в РФ составил — 348,8 на 100 тыс. населения, в то время как в Хабаровском крае — 814,8 на 100 тыс. населения.

Цель: Установить этиологическую структуру острых кишечных инфекций у детей раннего возраста в г. Хабаровске.

Материалы и методы: Для определения этиологии ОКИ у детей раннего возраста, поступавших в инфекционное отделение ДККБ им. А.К. Пиотровича г. Хабаровска в 2016 г., мы использовали ПЦР (реактив «АмплиСенс ОКИ-скрин — Fl»), ИФА кала на ротавирусы и энтеровирусы, РНГА крови с дизентерийным и сальмонеллезным диагностикумами, а также бактериологический посев кала.

Результаты: Проведенное комплексное обследование детей раннего возраста позволило определить этиологию ОКИ у 160 (97,6%) из 164 исследуемых больных. Только у 4 (2,4%) больных этиологию заболевания расшифровать не удалось.

В этиологической структуре ОКИ моно-вирусные диареи встречались у 60 (37,5%) детей, смешанные диареи — у 93 (58,1%) человек, из них вирусно-вирусные ассоциации — у 69 (43,1%) больных, вирусно-бактериальные — у 24 (15,0%) обследуемых. Бактериальная диарея отмечалась у 7(4,4%) детей.

На первом месте оказался ротавирус гр. А, выявленный у 143 (89,4%) больных, на втором месте — норовирус 2-го генотипа — у 53 (33,2%) детей, на третьем месте — аденовирусы гр. F — у 40 (25,0%) больных. Астровирусы встречались у 12 (7,5%) детей, но только в качестве ассоцианта с другими возбудителями ОКИ. Среди бактериальных возбудителей острых кишечных инфекций у 16 (10%) детей определялись энтеробактер, у 6 (3,8%) детей — сальмонелла, у 3 (1,9%) детей — кампилобактер, у 3 (1,9%) — протей, у 1 (0,6%) — шигелла, у 1 (0,6%) — псевдомонас, у 1 (0,6%) — цитробактер.

Моно-вирусные диареи, вызванные «чисто» ротавирусом составили 52 (32,5%) случая, норовирусом — 5 (3,1%) случаев, аденовирусом — 2 (1,3%) случая, энтеровирусом — 1 (0,6%) случай. Моно-бактериальные острые кишечные инфекции были вызваны саль-

монеллой (*Salmonella enteritidis*) у 3 (1,9%) больных, энтеробактером (*Enterobacter agglomerans* — у 1 (0,6%) ребенка, *Enterobacter cloacae* — у 1 (0,6%) ребенка, *Enterobacter gergoviae* — у 1 (0,6%) больного), протеем (*Proteus mirabilis*) — у 1 (0,6%) ребенка.

Микст-кишечные инфекции, составившие большую часть ОКИ у детей раннего возраста, были представлены сочетанием различного числа возбудителей. Так, «двойные» вирусно-вирусные ассоциации были обнаружены у 58 (36,3%) больных, «тройные» — у 10 (6,3%) больных, у одного (0,6%) больного ОКИ была вызвана сочетанием 4 вирусов. Среди вирусно-бактериальных ОКИ было 10 (6,3%) случаев «двойных», 13 (8,1%) случаев «тройных», 1 (0,6%) случай «четверных» ассоциаций, причем бактериальный агент во всех случаях был представлен в единственном числе, а вирусы выступали остальными возбудителями.

**Выводы:** Обследование детей раннего возраста г. Хабаровска с острыми кишечными инфекциями с применением современных методов лабораторной диагностики позволило установить этиологию заболевания в 97,6% случаев. При этом, в структуре ОКИ расшифрованной этиологии 58,1% случаев составили микст-кишечные инфекции, представленные сочетанием 2–4 возбудителей одновременно. Очевидным оказалось преобладание вирусных возбудителей заболевания над бактериальными. При этом лидирующие позиции занимали ротавирусная и норовирусная инфекции.

## 81 Особенности клиники инфекционного мононуклеоза у детей в зависимости от этиологического фактора

**Корсунский А.А., Лазарев В.В., Иванова Ю.В.,  
Кондрикова Е.В., Трегуб Е.В.**

ГУЗМ ДГКБ №9 им. Г.Н. Сперанского, г. Москва, Россия

По литературным данным, повсеместно отмечается рост заболеваемости герпесвирусными инфекциями, среди которых большой удельный вес занимает инфекционный мононуклеоз (ИМ).

**Цель:** Определить особенности клиники инфекционного мононуклеоза у детей в зависимости от этиологического фактора.

**Материалы и методы:** Проведен ретроспективный анализ 100 историй болезни детей с инфекционным мононуклеозом в возрасте от 1 мес. до 3 лет, получавших лечение на базе инфекционного стационара ГУЗМ ДГКБ №9 им. Г.Н. Сперанского в 2018–2019 году. Для расшифровки этиологии ИМ использованы традиционные методы диагностики: ИФА, а также ПЦР.

**Результаты:** В зависимости от этиологического фактора больные были разделены на группы: 37 детей с ВЭБ-ассоциированным ИМ, 21 ребенок с ЦМВ-инфекцией, 13 больных с ИМ, ассоциированным с ВГЧ 6 типа и 29 пациентов с ИМ смешанной этиологии (ВЭБ + ЦМВ; ВЭБ + ВГЧ-6). Группы были сопоставимы по полу, возрасту и тяжести заболевания.

Анализ полученных результатов показал, что клиническая картина ИМ у всех пациентов в исследуемых группах была схожей. Она характеризовалась поражением лимфоидной ткани рото- и носоглотки, развитием лихорадочного состояния, лимфаденопатией

и гепатоспленомегалией, а также появлением в периферической крови атипичных мононуклеаров и гетерофильных антител. В то же время, при ВЭБ-ассоциированном ИМ чаще встречались такие симптомы, как ангина и спленомегалия и такие лабораторных данные, как повышение трансаминаз и выявление атипичных мононуклеаров ( $p \leq 0,05$ ). ЦМВ-индуцированный ИМ по сравнению с остальными начинался обычно более остро, с лихорадкой  $39-40^\circ\text{C}$ , сохраняющейся более 2 недель ( $p \leq 0,05$ ). Увеличение шейных лимфатических узлов отмечалось редко, характерен был фарингит. Наиболее выраженные интоксикационный, лимфо-пролиферативный и гепатолиенальный синдромы выявлялись у детей с ИМ смешанной этиологии: вариант ВЭБ + ВГЧ-6 ( $p \leq 0,05$ ).

Выводы: Выраженность клинической картины ИМ различна в зависимости от этиологии заболевания. Определение этиологического варианта ИМ является актуальным для диагностики заболевания, прогнозирования его течения.

## 82 Особенности гриппа в 2019 году у детей раннего возраста в г. Ярославле

**Кочкина С.С., Лернер Е.В., Бахарева Т.Б.,  
Кремнева Н.Ю., Рябикова Е.С.**

ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России,  
ГБУЗ ЯО «Инфекционная клиническая больница», Ярославль, Россия

В настоящее время грипп по-прежнему остается одной из тяжелых респираторных вирусных инфекций. Вспышки гриппа ежегодно продолжаются в течение 6–8 недель, при этом заболевает каждый третий ребенок. Дети раннего возраста относятся к группе риска по развитию осложнений.

Цель: Выявить особенности течения гриппа в 2019 году в г. Ярославле у детей раннего возраста.

Материалы и методы: Пролечено 93 пациента в возрасте от 2 месяцев до 3 лет. У 78 (83,8%) больных диагноз подтвержден методом ПЦР мазков из ротоглотки, у 15 (16,2%) — выставлен клинико-эпидемиологически. Пациенты были распределены на 2 группы: 1-я группа — 21 ребенок в возрасте от 2 до 12 месяцев; 2-я группа — 72 пациента в возрасте от 12 месяцев до 3 лет.

Результаты: Все больные поступали с конца февраля по апрель 2019 года и не были вакцинированы от гриппа. У 100% детей выявлен контакт с одним из родственников, больного гриппом. Дети 1 группы поступали на 1–2 сутки от начала заболевания с подъемом температуры до  $40^\circ\text{C}$ . Катар дыхательных путей развивался на вторые сутки от начала заболевания. Стеноз гортани отмечался у 2 (9,5%) пациентов, фебрильные судороги — у 2 (9,5%), БОС — у 3 (14,2%), бронхит — у 3 (14,2%) человек. У 4 детей грипп протекал на фоне анемии. Средняя продолжительность лихорадки составила 5,1 дня. Осложнения наблюдались у 7 (33,3%) детей в виде инфекции мочевой системы. Все дети получали альфа-2b-интерферон (ВИФЕРОН).

Пациенты 2 группы поступали позже, на 3–4 сутки от начала заболевания, а 10 (13,6%) детей госпитализированы на 6 сутки. У 70 (97,2%) больных грипп сопровождался подъемом температуры до  $40^\circ\text{C}$ , у 2 (2,8%) — выше  $40^\circ\text{C}$ . Катар также как и у детей 1 группы развивался на 2 сутки от начала заболевания. Стеноз гортани выявлен у

6 (8,3%) детей, фебрильные судороги у 4 (5,5%), бронхит — у 28 (38,9%), тонзиллит — у 3 (4,2%) пациентов. Геморрагический синдром в виде носовых кровотечений отмечался у 3 (4,2%) человек. У 1 ребенка выявлен миозит икроножных мышц. У 11 (15,3%) детей диагностированы осложнения. Катаральный отит — у 5 (6,9%) пациентов, гнойный отит — у 3 (4,2%) детей, инфекции мочевой системы — у 3 (4,2%) человек. Противовирусную терапию в виде осельтамивира получали 40 (55,5%) пациентов, 32 (44,5%) — в виде альфа-2b-интерферонов. Средняя продолжительность лихорадки составила 4,1 дня. Летальных исходов не отмечалось. Антибактериальная терапия была назначена у 18 (19,3%) пациентов 1 и 2 групп из-за развития осложнений.

Выводы: В 2019 году грипп у детей раннего возраста в г. Ярославле протекал в среднетяжелой форме, лишь в 16% случаев отмечалось тяжелое течение заболевания. Ведущим являлся интоксикационный синдром, а катар дыхательных путей развивался на 2 сутки и был выражен умеренно. У детей в возрасте до 1 года чаще развивались осложнения со стороны ЛОР-органов и мочевой системы. Ни у одного ребенка не было выявлено пневмонии.

## 83

### **Особенности сиалоденита цитомегаловирусной этиологии у детей**

**Кочкина С.С., Худоян З.Г., Бодрова О.Ю., Скалева М.А.**

ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России,  
ГБУЗ ЯО «Инфекционная клиническая больница», Ярославль, Россия

В последние годы ЦМВИ вызывает большой интерес у врачей различных специальностей. Несмотря на высокий уровень современных исследований, роль ЦМВИ в патологии детского возраста остается загадочной. По-прежнему выявляются трудности при диагностике различных форм ЦМВИ.

Цель: Выявить особенности сиалоденита цитомегаловирусной этиологии у детей на современном этапе.

Материалы и методы: Под наблюдением находилось 25 детей в возрасте от 1 до 7 лет. Диагноз устанавливался на основании клинико-anamnestических, лабораторных данных: обнаружения ДНК CMV в сыворотке крови, в слюне методом ПЦР; anti-CMV IgM, anti-CMV IgG в сыворотке крови методом ИФА, определяли содержание ПКТ, С-реактивного белка. Проводилось УЗИ слюнных желез.

Результаты: У всех пациентов заболевание протекало в среднетяжелой форме. Заболевание начиналось остро у 17 (68%) больных. Подъем температуры тела до 38–39°C отмечался у 7 (28%) детей, у 10 (40%) — до субфебрильных значений, температура оставалась нормальной у 8 (32%) пациентов.

К концу первых суток от начала болезни у 5 (20%) больных появлялось одностороннее увеличение околоушных слюнных желез. У 20 (80%) детей наблюдалось одномоментное двустороннее поражение. При осмотре у 13 (52%) пациентов отмечалось небольшое увеличение железы при пальпации. В 12 (48%) случаях околоушные железы достигали больших размеров, при этом отек подкожной клетчатки распространялся на височную область. При пальпации железа была тестоватой консистенции, болезненная. У всех больных в слюне методом ПЦР выявлена ДНК ЦМВ. В общем анализе крови у

13 (52%) отмечался лимфоцитоз. ПКТ и С-реактивный белок в сыворотке крови не повышались, что свидетельствовало о вирусной этиологии заболевания. У 12 (48%) детей общий анализ крови, показатели ПКТ, С-реактивного белка свидетельствовали о признаках бактериального воспаления. На УЗИ околоушных желез были выявлены изменения в виде двустороннего увеличения околоушных желез у 20 (80%) больных, у 5 (20%) детей отмечалось одностороннее поражение; у 7 (28%) пациентов ЭХО структура околоушной железы была не нарушена. Снижение экзогенности слюнных желез, неоднородность структуры с гипозоногенными участками, усиление кровотока в режиме ЦДК отмечалось у 18 (72%) детей. Увеличение регионарных лимфатических узлов выявлялось у 17 (68%) больных. Окружающая ткань слюнных желез была интактна. 12 (48%) детей с признаками бактериального воспаления получали комбинацию двух препаратов: антибиотика широкого спектра действия в течение 5–7 дней и затем сразу после отмены антибиотика назначали альфа2b-интерфероны (ВИФЕРОН). 13 (52%) пациентов с вирусным характером воспаления получали терапию альфа2b-интерферонами. ВИФЕРОН 150 000 МЕ использовали по схеме: 1 суппозиторий 2 раза в сутки в течение 10 дней, затем 1 суппозиторий 3 раза в неделю (понедельник, среда, пятница) в течение 1 месяца до полной элиминации вируса.

Выводы: На современном этапе ЦМВИ может протекать в виде сиалоденита. Отмечается одностороннее и двустороннее поражение околоушной слюнной железы. Это вызывает трудности в диагностике. Поэтому все пациенты с клиникой сиалоденита должны обследоваться для исключения ЦМВИ.

## **84** Социальная адаптация ВИЧ-положительных детей и подростков в Республике Казахстан глазами родителей

**Кошеров Б.Н., Альтаева А.Ж., Мхитарян К.Э.**

НАО Медицинский университет Караганды, Караганда, Казахстан

В республике Казахстан на учете состоят 532 ребенка. ВИЧ-положительные дети получили возможность на существенное увеличение продолжительности жизни. Без своевременной помощи и поддержки со стороны взрослых у ВИЧ-положительных детей может нарушиться социальная адаптация в обществе.

Цель: Целью настоящего исследования явилось выяснить обстоятельства заболевания детей с ВИЧ-инфекцией и адаптацию их в обществе через родителей.

Материалы и методы: анкетирование 40 родителей ВИЧ-положительных детей и подростков в республике Казахстан. Опрос проводился анонимно и добровольно.

Результаты: 65% (ДИ 50,22–79,78) детей воспитываются в полных семьях, 12,5% в не полных, у 15% (ДИ 2,25–22,75) родители состоят в гражданском браке и у 7,5% (ДИ — 0,66–15,66) отсутствует один из родителей по причине смерти. 70% (ДИ 55,80–84,20) детей посещают обычную общеобразовательную школу, 15% (ДИ 3,93–26,07) — специализированную школу, 15% (ДИ 3,93–26,07) — другие не-точные учреждения образования. Родители отметили, что в 92,5% (ДИ 84,3–100,6)

они инфицировали ребенка во время беременности, родов и кормления грудью, в 7,5% (ДИ— 0,66—15,66) — при медицинских манипуляциях в учреждениях. 97,6% (ДИ 92,9—102,3) респондентов ответили, что дети регулярно принимают антиретровирусные препараты (АРВТ), остальные не ответили, однако 85,0% (ДИ 73,9—96,07) детей принимают АРВТ-препараты очень неохотно, 10% (ДИ 0,70—19,30) воспринимают АРВТ как должное, и 5% (ДИ — 1,75—11,75) категорически не хотят принимать. Причины — возможные побочные эффекты, дети забывают о необходимости приема препаратов, постоянный прием препаратов приводит к эмоциональной усталости и выгоранию. На вопрос о наличии друзей, родители ответили в 42,5% (ДИ 27,18—57,82), что у их ВИЧ-положительного ребенка есть друзья, но не очень близкие, в 25% (ДИ 11,5—38,4) — очень много друзей, 22,5% (ДИ 9,56—35,44) родителей ответили, что не знают, 7,5% (ДИ — 0,66—15,65) — есть один очень близкий друг и 2,5% (ДИ 2,34—7,3) родителей ответили, что друзей нет. Анкетирование по уточнению раскрытия статуса ребенка ближайшему окружению показал, что 92,5% (ДИ 84,3—100,6) родителей тщательно это скрывают, 5% собираются сообщить о статусе в ближайшее время, и 2,5% воздержались от ответа. При этом 47,5% (ДИ 32,02—62,9) респондентов ответили, что очень сильно боятся, что о болезни их ребенка узнает ближайшее окружение, 40,0% (ДИ 24,8—55,18) ответили, что страха нет, но стараются, чтобы никто не узнал, остальные воздержались. Только 22,5% (ДИ 9,56—35,44) родителей ответили, что статус их детям раскрыт. Эти результаты свидетельствуют о высоком уровне самостигматизации родителей. 97,6% (ДИ 92,9—102,3) родителей ответили, что никогда им не было отказано в медицинской помощи со стороны медицинского персонала. Результаты анкетирования показали, что 82,5% (ДИ 70,72—94,28) родителей считают, что у их детей нет психологических проблем.

Выводы:

1. ВИЧ-положительные дети и подростки социально адаптированы в обществе.
2. Родители ВИЧ-положительных детей имеют высокий уровень самостигматизации, тем самым ограничивая своих детей в социальной адаптации.
3. Тем не менее, 82,5% опрошенных родителей считают, что у их детей нет психологических проблем.

## 85

### **Поражение центральной нервной системы у пациентов с VZV-вирусной инфекцией**

**Крамарь Л.В., Морозова Д.Ю.**

Волгоградский государственный медицинский университет МЗ РФ, г. Волгоград, Россия

Ветряная оспа является одной из наиболее частых инфекций детского возраста. Несмотря на преобладание легких форм заболевания, возможно развитие тяжелых осложнений, среди которых наиболее грозным является ветряночный энцефалит, осложняя течение от 0,1 до 1% случаев ветряной оспы.

Цель: Изучить клинические и лабораторные особенности течения ветряночных энцефалитов у детей на современном этапе.

Материалы и методы: Проведено наблюдение за 12 пациентами, проходившими лечение с диагнозом «Ветряная оспа, энцефалит». Диагноз ставился на основании эпидемиологических, клинических, биохимических исследований, данных неврологического обследования, изменений в СМЖ. Обработка полученных данных проведена с использованием программы STATISTICA 10,0.

Результаты: Из 308 детей, проходивших лечение в Волгоградской областной детской клинической инфекционной больнице с диагнозом «Ветряная оспа» в 2016–2018 гг., энцефалит был диагностирован у 12 пациентов, что составило 3,9%. Возраст пациентов варьировал от 3 до 13 лет, Me — 5,0 лет (Min — 3,0, Max — 13,0 лет) со средним значением  $5,5 \pm 2,6$  лет. Оценка гендерного состава показала преобладание мальчиков — 10 человек (83,3%), тогда как девочек было 2 (16,6%).

Симптомы поражения ЦНС возникали с 4 по 11 день от начала заболевания (Me — 7,0 дней; ДИ 95% 5,98 — 8,18 дней), т.е. большинство детей переносили острый период дома, а причиной госпитализации явилось появление неврологической симптоматики.

Основными жалобами при поступлении были тошнота (100%), головная боль (75,0%), у 8 (66,7%) повторная рвота. В разгар заболевания в клинике у всех пациентов преобладали мозжечковые нарушения: шаткость походки (91,7%), мелкоаразмашистый тремор (75,0%), горизонтальный нистагм (83,3% детей).

Тяжесть поражения ЦНС у 4 детей (30,3%) была определена как легкая, у 8 детей (66,7%) расценена как среднетяжелая. Эти дети не могли самостоятельно ходить и сидеть, не могли удерживать предметы в руках. У них регистрировался выраженный горизонтальный нистагм, наблюдалась скандированная, смазанная, медленная речь, были симметрично снижены мышечный тонус, сухожильные и периостальные рефлексы.

При исследовании СМЖ у 9 человек (75,5%) содержание клеток в СМЖ было в пределах нормы. Лимфоцитарный плеоцитоз был зарегистрирован только у 3 детей (25,0% случаев), при этом его выраженность была низкой: максимальное число лимфоцитов составило 32 клетки; Me — 5,0; ДИ 95% 2,33 — 12,49 клеток в 1 мкл. Повышение белка не было зарегистрировано ни в одном из наблюдений. При вирусологическом исследовании СМЖ методом ПЦР РНК энтеровирусов, ДНК ВГЧ 1,2,3 типов, цитомегаловирусов (CMV) не было выделено ни в одном случае.

Положительная динамика появлялась с 8–10 дня от момента госпитализации, при этом раньше исчезали общемозговые симптомы, тогда как мозжечковые сохранялись достоверно дольше (от 15 до 30 дней). Заболевание закончилось выздоровлением у всех наблюдаемых детей (100% случаев). Медиана длительности пребывания в стационаре составила 26,0 дней (Min — 19, Max — 41 день); ДИ 95% 23,11–30,38 дней.

Выводы:

1. Несмотря на то, что ветряная оспа относится к легким инфекциям детского возраста, частота развития ветряночного энцефалита остается достаточно высокой и составляет около 4% среди госпитализированных в стационар детей.

2. Ветряночный энцефалит чаще наблюдается у мальчиков дошкольного возраста, характеризуется поражением мозжечка с преобладанием в клинике атаксии, нистагма, тремора, шаткости при походке, нарушением речи.

3. Ветряночный энцефалит относится к инфекционно-аллергическим поражениям ЦНС, при этом неврологические нарушения имеют обратимый характер.

86

## **Взаимосвязь между наличием патологических морфологических изменений в последе и течением раннего периода адаптации новорожденных**

**<sup>1</sup>Крастелева И.М., <sup>2</sup>Артемчик Т.А., <sup>2</sup>Симаченко О.В.**

<sup>1</sup>ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,

<sup>2</sup>УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Республика Беларусь

Оценка морфологических особенностей плаценты является важным фактором, который позволяет выяснить имевшиеся особенности внутриутробного развития плода и дать прогноз течения периода постнатальной адаптации новорожденного ребенка.

Цель: Изучение взаимосвязи между наличием патологических морфологических изменений в последе и течением раннего периода адаптации новорожденных.

Материалы и методы: Методом случайной выборки было проведено морфологическое и микробиологическое исследование последов в 53 случаях преждевременных родов, 87 случаях срочных родов.

Результаты: При изучении влияния воспалительных изменений плаценты на течение раннего постнатального периода адаптации нами было проведено сопоставление результатов гистологического исследования плацент в группах детей различного гестационного возраста с наличием или отсутствием у них асфиксии в родах. Отмечена тесная взаимосвязь между частотой воспалительных изменений в плаценте и тяжестью асфиксии при рождении недоношенных детей. В группе недоношенных детей с асфиксией тяжелой степени воспалительные изменения в плаценте отмечены в 100% случаев, причем в абсолютном большинстве они носили характер деструктивного воспаления. Среди доношенных детей таких взаимосвязей между воспалительными изменениями в последах и тяжестью асфиксии при рождении обнаружено не было. В подгруппе доношенных детей, родившихся в состоянии тяжелой асфиксии, воспалительные изменения серозного характера установлены в 20% случаев, в остальных 80% имели место изменения в последах, указывающие на гипоксические нарушения у плода.

При одинаковой частоте инфицированности различными микробными возбудителями и их ассоциациями воспалительные изменения в последах при рождении недоношенных детей наблюдаются почти в два раза чаще, чем при доношенной беременности.

Выводы: Внутриутробное воспаление плаценты значительно снижает адаптационные возможности плода и новорожденного, способствуя рождению недоношенного ребенка в состоянии асфиксии. Воспалительные изменения в последе у доношенных детей, в отличие от недоношенных, не являются значимым фактором, предопределяющим рождение в состоянии асфиксии.

# 87

## Роль сочетанной микоплазменной и герпесвирусной инфекций при поражениях кожи у детей

<sup>1</sup>Н.О. Кувардина, <sup>1</sup>Ф.С. Харламова, <sup>1</sup>О.В. Шамшева,  
<sup>1</sup>И.В. Полеско, <sup>2</sup>А.Н. Шувалов

<sup>1</sup>ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России,

<sup>2</sup>Детская городская клиническая больница им. З.А. Башляевой, Москва,

<sup>3</sup>ООО «Вэссэл Клиник», Москва, Россия

Проблема формирования поражений кожи как внереспираторных проявлений при микоплазмозе (Мс) и сочетанном его течении с герпесвирусной инфекцией (ГВИ) является малоизученной.

Цель: изучение частоты встречаемости и характера поражений кожи и слизистых при раздельном и сочетанном вариантах герпесвирусной и микоплазменной инфекций у 32 детей в возрасте от 3 до 15 лет, поступавших в отделения ДГКБ им. З.А. Башляевой, а также обращавшихся в медицинский центр «Вэссел Клиник» за период 2018—2019 гг.

Материалы и методы: Среди детей в возрасте до 3х лет было 5, от 4 до 7 лет — 12, 8—12 лет — 8 и от 13 до 15 — 7 человек. Исследовали: ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови, коагулограмму, антигены микоплазм в РАГА, антитела к микоплазмамам методом РПГА, в ИФА — аТ классов IgM и IgG к микоплазмам, токсоплазмам, герпесам 1, 2, 4, 5 и 6 типов, пневмоцистам; аТ — IgA, IgM, IgG к хламидиям; в НРИФ — определяли антигены герпесов в мононуклеарах периферической крови; методом ПЦР выявляли количество копий ДНК герпесвирусов. Проводились ЭКГ, ЭХО- КГ, УЗДГ ТК и БЦА с оценкой КИМ сонных артерий и линейной скорости кровотока (ЛСК) сосудов Виллизиева круга. Исследовали также микробиоценоз ротоглотки и кишечника, маркеры паразитарных инфекций.

Результаты: Полученные результаты клинико-лабораторных и функциональных исследований свидетельствовали о наличии кожных поражений, ассоциированных с раздельно или сочетанно текущими герпесвирусными и микоплазменными инфекциями у всех 32 больных. Из них у 4 детей диагностировали мукозит с герпесоподобными элементами, в т.ч. у 1 ребёнка на фоне активно текущей *M. artritidis* сочетанной с ГВИ, а в остальных случаях на фоне смешанной Мс инфекции в сочетании с ГВИ. Уртикарная сыпь регистрировалась у 4 детей: у одного ребенка с микоплазмозом и у 3 детей — с сочетанной Мс инфекцией и ГВИ. Кожный васкулит диагностирован у 5 детей, из них у 1 — со смешанной ГВИ; у остальных 4 больных была сочетанная с Мс инфекцией. Геморрагическая пурпура диагностирована у 3 больных — у 1 больного с микоплазмозом (*M. pneumoniae* + *M. hominis*) и у 2 — Мс инфекция сочетанная с ГВИ. Узловатая эритема развивалась у 2 больных на фоне сочетанной микоплазменно-герпесвирусной инфекции. Многоформная экссудативная эритема (МЭЭ) в варианте малой формы, без лихорадки, но с субфебрилитетом диагностирована у 14 больных. Из них у 2 был смешанный микоплазмоз, у 3 — смешанная ГВИ и у 9 больных — сочетанная микоплазменно-герпесвирусная инфекция.

Выводы: Поражения кожи и слизистых при микоплазменной и герпесвирусной инфекциях часто носят полиморфный характер, нередко сочетаются с внереспираторными поражениями других органов и систем, среди которых преобладают сердечно-сосудистые поражения. Клинически кожные и слизистые симптомы не связаны с лекарственной и/или пищевой непереносимостью. Кожные поражения наблюдаются в остром периоде или обострении заболевания, чаще при сочетанной форме, чем при моноинфекции.

88

## **Инфекционно-воспалительные осложнения сочетанной черепно-мозговой травмы**

**Кулдашев К.А.**

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Внутричерепные гнойно-воспалительные осложнения в данной работе представлены анализом больных, у которых наблюдалось развитие менингита или менингоэнцефалита в остром периоде черепно-мозговой травмы.

Цель исследования: Изучение особенностей развития внутричерепных инфекционно-воспалительных осложнений при сочетанной черепно-мозговой травме (СЧМТ).

Материалы и методы: Наблюдалось 615 госпитализированных больных за период с 2014 по 2019 г. в отделения множественной травмы, нейрохирургии и нейрореанимации Андижанского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. Кроме изучения всех показателей, связанных с черепно-мозговой травмой, нами были изучены посевы ликвора у части больных.

Результаты: Дорожно-транспортная травма установлена в 394 (64%) случаях, бытовая — в 160 (26%), падение с высоты — в 37 (6%), производственная — в 18 (2%), спортивная — в 6 (1%). ЧМТ в сочетании с травмами верхних, нижних конечностей отмечена у 283 (46%) больных, с травмой позвоночника и спинного мозга — у 178 (29%), с травмой грудной клетки — у 123 (20%), с травмой костей таза — у 31 (%). В состоянии алкогольного опьянения в момент травмы находились 80 (13%) пострадавших.

Была проведена региональная лимфотропная терапия по методике Республиканского центра лимфологии МЗ Республики Узбекистан 154 больным с открытой ЧМТ, без экстракраниальных инфекционных очагов или сепсиса. Препараты вводились 1 раз в сутки в область шейных и подчелюстных лимфатических узлов со стороны раны на протяжении 1–3 дней. Другой группе больных с такой же патологией (50 человек) лимфотропная терапия не проводилась, лечение шло путем введения инфузий внутривенным и внутримышечным способом. К сожалению, традиционные методы введения антибиотиков (внутримышечный, внутривенный, внутривенный, внутривенный и др.) не обеспечивают терапевтических концентраций антибиотиков в лимфатическом русле. Кроме того, в крови и тканях лечебные концентрации препаратов удерживаются весьма ограниченное время 4–12 часов. Это требует частых повторных инъекций антибиотиков, что далеко небезразлично для организма. Используемая нами лимфотропная антибиотикотерапия при однократной

инъекции препарата в среднетерапевтической разовой дозе обеспечивает лечебную концентрацию в течении 24 часов не только в лимфатической системе, но и в большинстве тканей, сыворотке тканей, сыворотке крови.

Выводы: Таким образом, развитие гнойно-воспалительных осложнений наиболее характерно для очаговых повреждений мозга. Они чаще наблюдаются у больных с более длительным бессознательным состоянием. Инфицирование внутричерепного содержимого оказывает неблагоприятные влияние на течение травматической болезни и достоверно ухудшает исходы. Этиологическим фактором посттравматических менингитов и энцефалитов являются в равной мере грамм положительные и грамм отрицательные микроорганизмы. Для профилактики и лечения этих осложнений предложена лимфотропная терапия повышает эффективность базисного лечения, предотвращая развитие инфекционных осложнений.

## 89 Микробиота ротоглотки у часто болеющих детей

Лазарев В.В., Голубева И.А., Шарнова Ж.П., Трегуб Е.В.

ГБУЗ «Троицкая городская больница ДЗМ» Детская поликлиника, г. Москва, Россия

Часто болеющие дети (ЧБД) на педиатрическом участке порой составляют от 40 до 50% от общего числа детей раннего возраста. Это представляет для врачей-педиатров существенную проблему.

Цель: Выяснить состав микрофлоры ротоглотки у часто болеющих детей.

Материалы и методы: Проведено бактериологическое исследование микрофлоры ротоглотки у 81 ребенка из числа ЧБД. В возрасте 3—12 месяцев было 7 детей, 1—3 лет — 40 и 3—11 лет — 34 ребенка. Хроническую ЛОР-патологию имели 44,3% детей, а 35,3% пациентов страдали атропическими заболеваниями. На момент обследования дети были условно здоровы.

Результаты: Нормальная микрофлора ротоглотки выявлена у 10,8% обследованных детей. У 89,2% часто болеющих детей были выделены следующие виды условно патогенных бактерий (УПМ): *S. aureus* (36,24%), *H. influenzae* (13,7%), *S. pyogenes* (11,3%) и *S. pneumoniae* (8,4%), *H. parainfluenzae* (3,8%), *E. cloacae* (4,6%), *Moraxella catarrhalis* (3,8%), *S. maltophilia* (1,8%), *Acinetobacter lwoffii* (2,4%), *P. aeruginosa* (3,8%), *E. coli* (1,16%), *K. pneumoniae* (3,8%), *Klebsiella oxytoca* (1,4%), *Klebsiella ornithinolytica* (2,4%) и *S. albicans* (1,4%). В монокультуре УПМ выделены у 82,4% детей, ассоциации двух видов — у 7,6% детей. Дети первого года достоверно чаще были колонизированы *S. aureus* ( $p < 0,01$ ) и ассоциациями УПМ.

Выводы: Таким образом, у значительного числа ЧБД микрофлора ротоглотки колонизирована разными видами условно-патогенных бактерий, которые могут быть причиной бактериальных осложнений. Это имеет большое практическое значение при проведении лечебно-профилактических мероприятий в поликлинике.

90

## Приверженность родителей вакцинации своих детей

Лазарев В.В., Голубева И.А., Шарнова Ж.П., Трегуб Е.В.

ГБУЗ «Троицкая городская больница ДЗМ» Детская поликлиника, г. Москва, Россия

Вакцинация в значительной мере помогает противостоять многим инфекционным заболеваниям. Однако, в последние годы среди родителей появились противники иммунопрофилактики, что создает угрозу эпидбезопасности страны.

Цель: Выяснить приверженность родителей вакцинации своих детей.

Материалы и методы: С помощью специально разработанной анкеты был проведен опрос 765 родителей по их приверженности прививкам.

Результаты: Установлено, что 73,2% опрошенных считают, что прививки — это эффективный способ защиты от инфекций и поэтому необходимы, 15,1% не сформировали собственного мнения об их целесообразности, а 11,7% уверены в том, что прививки небезопасны. При оценке отношения к вакцинации среди лиц разного возраста и образования значимых различий не выявлено. Негативное отношение к прививкам чаще встречались среди женщин. Отрицательное отношение к прививкам в большинстве случаев родители связывали с риском постпрививочных осложнений (47,2%). Часть опрошенных (13,0%) считали, что вакцинация не может предотвратить заболевание, а часть респондентов сомневалась в качестве современных вакцин (13,5%). Большинство родителей (76,8%) чаще всего получали информацию о прививках от медицинских работников и значительно реже — от родственников, знакомых, из интернета, телевидения и радиопередач.

Выводы: Для достижения полноты охвата прививками населения и изменения их отношения к вакцинопрофилактике необходимо регулярно информированность самих медицинских работников по вопросам вакцинации. Делать это надо, начиная со студенческой скамьи и на протяжении всей трудовой деятельности. Следует расценивать антипрививочный настрой медицинского работника как профессиональную несостоятельность.

91

## Особенности общего анализа крови у детей раннего возраста с рецидивирующим течением бронхиальной обструкции

Ларина Т.Ю., Крамарь А.В.

Волгоградский государственный медицинский университет МЗ РФ, г. Волгоград, Россия

Синдром острой бронхиальной обструкции дыхательных путей наиболее характерен для детей первых трех лет жизни. Рецидивирующее течение бронхообструкций связывают с частыми острыми респираторными инфекциями, а также с наличием аллергического фона.

Цель: Изучение изменений лабораторных показателей крови у детей младшего возраста с рецидивирующим бронхообструктивным синдромом (БОС) при острых респираторных инфекциях.

Материалы и методы: Проведено наблюдение за 154 пациентами в возрасте от 1 месяца до 3 лет, проходившими лечение в ГБУЗ «ВОДКИБ» с диагнозом бронхообструктивный синдром и острая респираторная инфекция с 2013 г. по 2018 г. Статистическая обработка полученных данных проводилась общепринятыми методами с использованием программы STATISTICA 10.0.

Результаты: Критериями включения в исследование являлись возраст пациентов от 1 месяца до 3 лет, рецидивирующее течение острой обструкции нижних дыхательных путей, клиническая картина острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ) и отсутствие хронических патологии со стороны бронхо-легочной системы. Также сформирована группа сравнения, включающая детей младшего возраста с единичными эпизодами бронхообструктивного синдрома на фоне ОРВИ, не имеющие хронических заболеваний органов дыхания.

Из 154 пациентов критериям включения соответствовали 33 (21,4%) ребенка (I группа). Группу сравнения (II группа) представлена 61 (39,6%) пациентом с эпизодическими обструкциями нижних дыхательных путей.

Средний возраст детей I группы составил  $20,33 \pm 1,98$  мес. (Me — 21,0 мес.; ДИ 95% 16,3—24,36 мес.; диапазон показателей от 2 до 36 мес.), а во II группе —  $8,52 \pm 1,14$  мес. (Me — 5 мес.; ДИ 95% 6,25—10,8 мес.; диапазон показателей от 1 до 36 мес.), что не имело достоверных различий ( $p > 0,05$ ).

Полученные данные сравнивали с референсными значениями основных лабораторных показателей детей разных возрастных групп (Баранов А.А. «Профилактическая педиатрия», М., 2012).

Было установлено, что у 10 пациентов I группы (30,3%) выявлен лейкоцитоз, тогда как во II группе этот показатель отмечен только у 7 человек (11,5%). При расчете отношения шансов лейкоцитоз являлся прогностически значимым фактором риска развития рецидивирующего течения БОС (OR = 3,35,  $p < 0,05$ ).

Изменения в лейкоцитарной формуле крови были зарегистрированы для следующих показателей: уровень нейтрофилов, лимфоцитов и эозинофилов. Так нейтрофилез отмечался у 93,9% пациентов I группы (31 человек) и у 77,0% детей II группы (47 человек). Лимфоцитопения выявлена у 81,8% детей I группы и 67,2% пациентов II группы. У 6,1% пациентов I группы (2 ребенка) отмечена эозинофилия, а во II группе уровень эозинофилов оставался в пределах возрастной нормы, что не имело достоверных различий ( $p > 0,05$ ).

Выводы:

1. Рецидивирующее течение БОС более характерно для детей в возрасте от 1,5 до 2 лет. (Me — 21,0 мес.; ДИ 95% 16,3—24,36 мес.).

2. Изменения в общем анализе крови в виде повышения уровня лейкоцитов говорит о возможной роли бактериальных инфекций в развитии рецидивов острых обструкций нижних дыхательных путей у детей.

## Случай кори у привитого ребенка

Ластовка И.Н., Артемчик Т.А., Симаченко О.В.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Республика Беларусь

По данным ВОЗ, в странах Европейского региона продолжается крупная вспышка кори. В Республике Беларусь в 2018 г. заболели 259 человек, из которых 68 были дети. В настоящее время исследования показали, что вирус кори может так же циркулировать у привитых людей, вызывая атипичные формы инфекции.

Цель: Описать клинический случай кори у пациента, привитого от данной инфекции в соответствии с национальной программой иммунизации.

Материалы и методы: Проанализирована история болезни пациентки с корью, которая находилась на лечении в УЗ «ГДИКБ» г. Минска в 2019 г.

Результаты: Пациентка А., 15 лет, поступила 15.03.2019 г. в экстренном порядке, доставлена бригадой СМП с диагнозом: ОРИ. Сыпь неясной этиологии. Жалобы: насморк, малопродуктивный кашель, повышение температуры до 38,6°C, неприятные ощущения в глазах (зуд, «словно песок попал»), сыпь. Данные симптомы ОРИ наблюдались в течение 2-х дней, на 3-е сутки с начала заболевания появилась обильная сыпь на коже лица, на 4-е сутки сыпь — на коже груди и верхних конечностей. Из анамнеза: пациентка получила 2 дозы вакцины от кори, мама девочки перенесла корь 26.02.19, диагноз подтвержден лабораторно, ребенок заболел на 15 сутки с момента контакта.

При осмотре состояние средней тяжести. Температура 37,8°C. На коже лица, шеи, верхних отделов туловища, верхних конечностях отмечалась пятнисто-папулезная сыпь, элементы не сливались, на плечах и предплечьях экзантема была не обильная, за ушами — пятнисто-папулезная, сливная. Периферические лимфатические узлы не увеличены. На слизистых полости рта — явления гингивита, гиперемия задней стенки глотки, 2 афты на слизистой верхней губы. Дыхание через нос затруднено, слизистые выделения. Отмечалась инъекция сосудов склер. Дыхание в легких жесткое, хрипы не выслушиваются, ЧД 20/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 100/мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень — по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется. Физиологические отправления в норме. Менингеальные симптомы отрицательные. В приемном отделении был выставлен диагноз: Корь.

Ребенок госпитализирован. Проводилось лечение: симптоматическая терапия.

В процессе лечения с 15.03 по 22.03.2019 г. общее самочувствие пациентки в динамике без ухудшения. Повышение температуры до 38,6°C сохранялось в течение 2-х суток. На 5-е сутки болезни появились единичные элементы пятнисто-папулезной сыпи на ягодицах, бедрах и голенях. На 8-е сутки элементы экзантемы начали пигментироваться, улучшилось носовое дыхание, кашель исчез. Пациентка выписана домой с выздоровлением 22.03.2019 г. В общем анализе крови и мочи патологии не выявлено. Иммуноферментный анализ (19.03.19): IgM — отрицательные, IgG — положительные. Исследование методом ПЦР носоглоточного мазка (16.03.2019) — результат отрицательный; в моче — положительный.

Заключительный диагноз: Корь атипичная, легкое течение.

Выводы: Таким образом, настороженность в отношении кори должна быть высока у врачей всех специальностей, так как возможно инфицирование пациентов, получивших вакцинацию, с развитием атипичной кори. В случае подозрения кори у пациентов, получивших вакцинацию, необходимо не только определение IgM и IgG к вирусу кори, но и проведение метода ПЦР.

## **93 Охват вакцинацией против инфекционных социально значимых заболеваний детского населения Республики Башкортостан в 2004—2018 гг.**

**Латыпов А.Б., Валишин Д.А.**

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа

Вакцинация является одной из наиболее эффективных мер профилактики инфекционных заболеваний. В настоящее время среди инфекционных болезней, входящих в перечень социально значимых заболеваний в Российской Федерации (РФ), проводится вакцинация против туберкулеза и гепатита В.

Цель: Оценка показателей охвата вакцинацией против инфекционных социально значимых заболеваний детского населения Республики Башкортостан в 2004—2018 гг.

Материалы и методы: Проанализированы показатели охвата вакцинацией детей 0—12 месяцев и ревакцинацией в 6—7 лет против туберкулеза, охвата завершенной вакцинацией детей 0—12 месяцев против гепатита В в Республике Башкортостан (РБ). Временной интервал с 2004 по 2018 г. был разделен на три периода по пять лет.

Результаты: Вакцинация детей в Российской Федерации проводится на основании приказа Министерства здравоохранения РФ от 21.03.2014 г. № 125н «Об утверждении Национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям» (с изменения и дополнениями от 24.04.2019 г.). Охват вакцинацией является одним из основных показателей профилактической работы при оказании медицинской помощи детям. Вакцинацию против туберкулеза и гепатита В начинают проводить в период новорожденности. Охват вакцинацией ( $M \pm m$ ) против туберкулеза детей в возрасте 0—12 месяцев в РБ был на стабильно высоком уровне: в 2004—2008 гг. он в среднем составлял  $98,42 \pm 0,22\%$ , в 2009—2013 гг. —  $98,26 \pm 0,37\%$ , в 2014—2018 гг. —  $97,66 \pm 0,14\%$ . Показатель своевременности вакцинации новорожденных детей против туберкулеза в РБ также не был подвержен значительным изменениям: в 2004—2008 гг. он в среднем составлял  $97,35 \pm 0,31\%$ , в 2009—2013 гг. —  $97,20 \pm 0,17\%$ , в 2014—2018 гг. —  $97,50 \pm 0,15\%$ . В республике снизился показатель охвата ревакцинацией против туберкулеза детей в возрасте 6—7 лет: в 2004—2008 гг. он в среднем составлял  $30,00 \pm 2,11\%$ , в 2009—2013 гг. —  $21,20 \pm 1,49\%$ , в 2014—2018 гг. —  $16,34 \pm 0,97\%$ . При анализе среднегодового показателя охвата ревакцинацией против туберкулеза детей в возрасте 6—7 лет в РБ, было определено его снижение в период с 2004 по 2018 г. в 2,4 раза с 33,1 до 13,8%. Данная ситуация сложилась по причине отсутствия у большинства детей в возрасте 6—7 лет показаний для проведения ревакцинации против туберкулеза. Необходимо отметить, что в ок-

тябре 2019 г. опубликован проект приказа Министерства здравоохранения РФ «Об утверждении календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям», согласно которому из календаря исключается ревакцинация против туберкулеза детей в возрасте 6–7 лет. Охват завершенной вакцинацией детей в возрасте 0–12 месяцев против гепатита В в РБ в 2004–2008 гг. составлял  $47,39 \pm 1,39\%$ , в 2009–2013 гг. —  $45,44 \pm 0,66\%$ , в 2014–2018 гг. —  $48,02 \pm 0,49\%$ . Таким образом, данный показатель в исследуемый период практически не менялся. Показатель своевременности вакцинации детей в возрасте до 12 месяцев против гепатита В в РБ в 2004–2008 гг. составлял  $97,70 \pm 1,19\%$ , в 2009–2013 гг. —  $97,80 \pm 1,16\%$ , в 2014–2018 гг. —  $98,00 \pm 0,03\%$ .

**Выводы:** Показатели охвата вакцинацией против туберкулеза и завершенной вакцинацией против гепатита В детей в возрасте 0–12 месяцев в РБ в период с 2004 по 2018 гг. практически не менялись. В республике значительно снизился охват ревакцинацией против туберкулеза детей в возрасте 6–7 лет.

## 94 ВЭБ-ассоциированные иммунодефициты у детей, особенности течения

**Левкова Е.А., Савин С.З.**

Российский университет дружбы народов, Москва, Россия

До сегодняшнего времени сохраняются споры по вопросам этиопатогенеза герпесвирусных инфекций и отношения данного класса вирусных агентов к супрессии иммунной системы. Наиболее значимым в настоящее время, является изучение влияния герпесвируса 4 типа на клинико-иммунологический статус детей.

**Цель:** Изучение особенностей клинических проявлений у детей с герпесвирусными-индуцированными формами.

**Материалы и методы:** Клинико-иммунологические исследования были проведены у 320 детей в возрастном диапазоне от 9 месяцев до 17 лет и включали в себя общелабораторные методы — общий анализ крови, иммунологический профиль 2 уровня (в том числе ИФА).

**Результаты:** Все дети (100%) относились к часто и длительно болеющим, при этом 72 ребенка были неорганизованными (22,5%). У 78 (24,4%) детей были зарегистрированы признаки рецидивирующей герпетической инфекции с локализацией на губах, крыльях носа, слизистой оболочке полости рта. Ежегодно 92 ребенка (28,4%) переносили бактериальные инфекции в виде тонзиллитов, пневмоний, пиелонефритов, фурункулезов, гнойных конъюнктивитов, отитов, риносинуситов. Признаки лимфаденопатии (микрولىмфаденопатии) регистрировались у 270 детей (84,4%). У 2 детей были диагностированы неопластические процессы (один ребенок умер в 2009 году). Одна девочка с лейкомоидной реакцией наблюдается у гематоонколога в течение 2 лет. Субфебрильные реакции более 12 месяцев были зарегистрированы у 39 детей (12,2%). Грубые неврологические нарушения (преимущественно двигательные) были зафиксированы у 43 детей. Иммунологические данные (в т.ч. данные лейкограммы), кроме количества лейкоцитов и лимфоцитов (абсолютное и относительное количество), носили неоднозначный характер. Классический супрессорный тип (в т.ч. и со снижением клеток цитолитической на-

правленности) выявлялся у 108 детей (33,7%). Активация в системе клеток естественной цитотоксичности (CD16+) зафиксирована у 52 детей (16,2%). Увеличение В-клеточного пула было зарегистрировано у 38 детей (11,8%). Интересными, на наш взгляд, были полученные данные по CD95 маркеру, у 92 (28,7%) детей данный показатель был резко повышен и достигал значений 20–25%, у 30 (9,3%) детей указанный показатель не превышал 3%. ИФА, проведенный у детей, выявил 100% контаминацию вирусом ЭБ. У детей с грубой неврологической симптоматикой диагностировались иммуносупрессорные изменения с резким увеличением титра антител к вирусу ЭБ. Дети, часто и длительно болеющие, имели разнонаправленные изменения: от иммуносупрессорных до активационных в системе гуморального звена, цитотоксической защиты (В-лимфоциты, IgG, CD16+ и CD25+ клетки), уровень CD95+ клеток был преимущественно снижен. Дети с неопластическими процессами, длительным субфебрилитетом, лейкомоидной реакцией, лимфаденопатией имели признаки активации хронической инфекции, резкое увеличение CD95+ клеток, положительные маркеры наличия и обострения ВЭБ в ИФА и ПЦР-исследованиях.

Выводы: Таким образом, все дети имели индуцированные формы функциональной иммунодефицитной болезни, доминирующей причиной которой являлся вирус ЭБ. Проведенные предварительные клинико-иммунологические исследования наглядно демонстрируют необходимость комплексного обследования детей с функциональными нарушениями в системе иммуногенеза с обязательной оценкой уровня инфекционной (вирусной) контаминации. Выявление основных причин трактуется необходимостью применения комплексных методов лечения, в т.ч. и с применением противовирусных препаратов.

## 95 Клинический случай опоясывающего герпеса с синдромом Рамсея-Ханта

Литяева Л.А., Ковалева О.В., Кайкова О.В.

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России, Оренбург, Россия

Заблеваемость ветряной оспой за последние годы возрастает. *Varicella zoster* вирус при первичном заражении в детском и подростковом возрасте вызывает ветрянку, после чего на протяжении многих лет пребывает в организме в скрытой форме, не вызывая каких-либо клинических проявлений. При снижении иммунитета происходит реактивация вируса, что вызывает развитие опоясывающего герпеса.

Цель: изучить клинические особенности опоясывающего герпеса лицевого нерва с синдромом Рамсея-Ханта.

Материалы и методы: Анализ истории болезни пациента с опоясывающим герпесом с синдромом Рамсея-Ханта.

Результаты: Пациент, 18 лет, поступил в инфекционную больницу г. Оренбурга с жалобами на повышение температуры до 38°C, сильную головную боль, слабость, кожные высыпания за правым ухом, асимметрию правой половины лица. Из анамнеза заболевания: болен 8-й день. Заболевание началось с сильной головной боли, везикулярных высыпаний за правым ухом. На 3-й день болезни повысилась температура до 38°C, увеличились заушный и подчелюстной лимфоузлы справа. После осмотра ЛОР-врача и хирурга назначен антибиотик. На 4 день появились высыпания пузырькового характера в на-

ружном слуховом проходе и повысилась температура до 38,8°C. На 8-й день появилась асимметрия правой половины лица, осмотрен неврологом и направлен в инфекционную больницу. Анамнез жизни — без особенностей. В возрасте 4 лет перенес ветряную оспу.

Объективно — состояние средней степени тяжести за счет интоксикации, экзантемы, неврологической симптоматики. На коже в правой околоушной области элементы сыпи в виде единичных везикул, сгруппированных и покрытых корочкой. Отмечается увеличение заушных и подчелюстных лимфатических узлов справа до 1 см в диаметре, асимметрия и снижение мышечной силы мимической мускулатуры правой половины лица, гиперестезия околоушной области, слухового прохода справа. Менингеальных знаков нет.

В анализе крови — лейкопения ( $4,4 \times 10^9$ ), лимфоцитоз (39%). Анализ мочи, кала, биохимия крови — без патологии. В иммуноферментном анализе крови — выявлены иммуноглобулины М и G к вирусу *Varicella zoster*.

Был поставлен диагноз: Опоясывающий герпес лицевого нерва. Синдром Рамсея-Ханта (ганглионит с поражением ядер лицевого нерва). Получал лечение: ацикловир, наружно — обработка 1% раствором бриллиантового зеленого, инфузионная терапия, ноотропы, витамины группы В, преднизолон, трентал. На фоне лечения состояние улучшилось: высыпания и асимметрия лица купировались, нарушений слуха нет. Выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение инфекциониста, невролога и ЛОР-врача.

Выводы: Данный случай убедительно демонстрирует широкий спектр поражений нервной системы вирусом *Varicella zoster* с неблагоприятными последствиями — постгерпетической нейропатией, обосновывая тем самым необходимость вакцинации против ветряной оспы в детском возрасте для профилактики в последующем поражения нервной системы этим вирусом.

## 96

### Случай ларвального гельминтоза у ребенка — проблема на стыке специальностей

**Литяева Л.А., Носырева С.Ю.**

Оренбургский государственный медицинский университет, кафедра эпидемиологии и инфекционных болезней, Оренбург, Россия

На современном этапе гельминтозы входят в тройку наиболее значимых инфекционных и паразитарных болезней. Особый интерес представляют кожные формы, ввиду неспецифичности клинических проявлений, малоинформативности гельминтологического исследования и отсутствия осторожности врачей.

Цель: изучить клиническое течение кожной формы гельминтоза у ребенка и выявить основные диагностические критерии данной патологии.

Материалы и методы: Клинико-лабораторная характеристика клинического случая ларвального гельминтоза у ребенка.

Результаты: В областную клиническую инфекционную больницу города Оренбурга поступил мальчик 13 лет с жалобами на сильный зуд в поясничной области. Мальчик болен неделю, когда на коже поясницы появились очаги гиперемии и выраженный зуд. Родители обратились к педиатру, который поставил диагноз «аллергическая сыпь», назна-

чил антигистаминные препараты местно и *per os*. Состояние не улучшалось, количество патологических элементов увеличилось. Ребенок был направлен на консультацию в кожно-венерологический диспансер, а затем для исключения инфекционного характера поражения — в инфекционную больницу. При осмотре общее состояние ребенка удовлетворительное. На коже поясничной области очаги гиперемии в виде извилистых, нитевидных тяжей с незначительной припухлостью длиной от 2 до 10 см. На коже видны следы расчесов, единичные корочки. На губах герпетические высыпания, печень пальпируется по краю реберной дуги. На второй день госпитализации отмечалось усиление кожного зуда и появление нового участка локальной инфильтрации, умеренной гиперемии кожи. Из анамнеза выяснено, что на протяжении последнего месяца ребенка беспокоит сухой, мало продуктивный кашель, усиливающийся по ночам. Три месяца назад был у родственников в Узбекистане. В ОАК — гемоглобин 125 г/л, эритроциты  $5,13 \times 10^9$ /л, тромбоциты  $250 \times 10^9$ /л, лейкоциты  $12,9 \times 10^9$ /л, палочкоядерные 2%, сегментоядерные 32%, эозинофилы 22%, лимфоциты 37%, моноциты 7%, СОЭ 14 мм/час. Биохимический анализ крови — гипоальбуминемия, гипергаммаглобулинемия. Микроскопически яйца глистов в кале не обнаружены. УЗИ внутренних органов — ДЖВП, умеренные диффузные изменения поджелудочной железы. Проведено обследование методом ИФА на токсокароз, аскаридоз, стронгилоидоз. Выявлены IgG к токсокаре 1:1600. С учетом приведенных данных у мальчика был установлен диагноз «токсокароз, кожная форма». Проведено лечение албендазолом в дозе 10 мг/кг/сут в два приема внутрь 10 дней. Выписан с улучшением под наблюдение инфекциониста, с контролем IgG к токсокаре через 2 месяца.

Выводы: Таким образом, в случае сочетанного поражения кожи, респираторного, желудочно-кишечного тракта и гепатомегалии, сопровождающегося изменением гемограммы в виде эозинофилии, лейкоцитоза, ускоренной СОЭ, гипоальбуминемии, гипергаммаглобулинемии, необходимо включать в план обследования иммунологическую диагностику для исключения ларвального гельминтоза.

## 97

### **Микробиота кишечника оздоравливающихся школьников в динамике**

**Лиханская Е.И., Феклисова Л.В., Яний В.В.**

ФБУН МНИИЭМ им. Г. Н. Габричевского, МОНИКИ им. Владимирского, Москва, Россия

Показатели микробиоты кишечника отражают состояние здоровья детей.

Цель: Изучить динамику микрофлоры кишечника при приезде и отъезде школьников, направленных в санаторий для оздоровления.

Материалы и методы: Проведено 2-х-кратное исследование микрофлоры кишечника у 63 детей в возрасте 9–15 лет с интервалом 10–11 дней. Анамнестические сведения свидетельствовали о наличии отягощающих преморбидных факторов, основными из которых по частоте встречаемости являлись поражения верхних дыхательных путей.

Результаты: При первичном бактериологическом исследовании показано, что только 5,6% имели показатели с одновременным соответствием референсным значениям со-

держания бифидо-, лактобактерий и общего количества кишечной палочки: в 88,7% случаев определено снижение содержания полноценной кишечной палочки, в 66% — бифидобактерий и в 92% — лактобацилл. В этих пробах кала у 9,4% найдены ротавирусы, в 13,2% — криптоспоридии, гемолизирующая кишечная палочка — в 9,4% и с измененными ферментативными свойствами — в 18,9%.

При повторном анализе (через 10–11 дней) определена положительная тенденция к восстановлению уровня облигатных групп микроорганизмов. Определено небольшое повышение количества кишечной палочки и бифидобактерий и более ощутимое лактобацилл (до одной трети). Важно, что значительно уменьшилось число проб с очень низким содержанием — на 1 млн/г ОККП, бифидобактерий ( $10^7$  и менее) соответственно до 8,3% и 41,9%, в 3 раза уменьшилось количество гемолизирующих форм — до 3,3%. При втором анализе не обнаружены ротавирусы и криптоспоридии, грибы рода *Candida* в содержании  $> 10^4$ .

Выводы: Можно полагать, что кратковременное оздоровление, включающее полноценный режим дня и питание, содействуют позитивной направленности сдвигов в микробиоте кишечника. Однако для полноты оздоровительных процессов требуются более продолжительные сроки реабилитации.

## 98

### **Особенности эпидемического процесса инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, в Донецке**

**Лыгина Ю.А., Беседина Е.И., Коцюрба А.Р., Бодня Т.О., Бевза Я.В.**  
ГОО ВПО ДОННМУ им. М. Горького, Донецк

Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи (ИСМП), являются одним из наиболее важных вопросов здравоохранения в мире. ИСМП являются причиной возникновения антибиотикорезистентных форм возбудителей, увеличивают сроки пребывания в стационаре.

Цель: установить современные особенности эпидемического процесса ИСМП в Донецкой Народной Республике (ДНР) и текущее состояние контроля над ними.

Материалы и методы: проведен ретроспективный эпидемиологический анализ данных официальной регистрации заболеваемости ИСМП в ДНР за 2014–2018 гг. и за 9 месяцев 2019 г.

Результаты: Заболеваемость ИСМП в изучаемый период оставалась сравнительно низкой (в пределах 0,37–1,26 на 1000 госпитализированных) и не превышала среднего многолетнего уровня. Следует отметить, что в последние годы наблюдается неуклонное снижение уровня заболеваемости ИСМП: в 2017 г. она составляла 0,82, в 2018 г. — 0,71, за 9 месяцев 2019 г. — 0,37 на 1000 госпитализированных.

В этиологической структуре преобладали инфекции дыхательных путей (пневмонии, острые респираторные вирусные инфекции и др.) —  $67,26 \pm 8,63\%$ , доля гнойно-септических инфекций (ГСИ) составила  $32,42 \pm 7,64\%$ , а парентеральных гепатитов —  $0,32 \pm 0,09\%$ . При этом доля пневмоний и ОРВИ в общей структуре заболеваемости с каждым годом повышается. Заболеваемость ГСИ среди новорожденных на протяжении изучаемого периода оставалась на уровне  $1,15 \pm 0,42$  на 100 тыс. населения. Случаи ОКИ

у новорожденных за изучаемый период не регистрировались. Заболеваемость ГСИ среди родильниц составила в среднем  $0,13 \pm 0,06$  на 100 тыс. населения. В 2015 году были зафиксированы внутрибольничные вспышки ветряной оспы — суммарно 30 случаев, в 2017 — 1 случай краснухи в стационаре.

По результатам проведенного бактериологического контроля внутренней среды стационаров хирургического профиля за изучаемый период выявлено  $1,76 \pm 0,35\%$  неудовлетворительных смывов и  $0,34 \pm 0,11\%$  нестерильного материала и инструментария. При этом следует отметить, что чаще неудовлетворительные смывы выявлялись при проведении внепланового контроля. При плановом лабораторном контроле стерилизационной аппаратуры, отклонения в работе оборудования не зарегистрированы. Актуальной остается ситуация по циркуляции полирезистентных штаммов микроорганизмов от больных с гнойно-воспалительными инфекциями в стационарных отделениях ЛПУ ДНР (выделяются полирезистентные штаммы *A. baumannii*, клебсиелл, полирезистентного энтерококка от прооперированных больных, в т.ч. ванкомициноустойчивых штаммов).

Выводы: В целом, мероприятия по контролю и профилактике ИСМП в ДНР выполняются в полном объеме. Однако, необходимо способствовать внедрению в практику работы отделений современных дезсредств и способов обработки инвентаря, оборудования, инструмента и расходных материалов с целью снижения заболеваемости и контаминации поверхностей возбудителями инфекционных болезней. Кроме того, следует повысить требования к первичному бактериологическому обследованию персонала при приеме на работу.

## 99

### **Некоторые современные закономерности в течении эпидемического процесса ветряной оспы в Донецком регионе**

**Лыгина Ю.А., Мельник В.А., Коцюрба А.Р., Максимова М.А., Шабалина К.В., Демьяненко Ю.Ю.**

ГОО ВПО ДОННМУ им. М.М. Горького, Донецк

Ветряная оспа (ВО) достаточно широко распространена в мире, она регистрируется повсеместно, а ее контагиозность достигает примерно 95—100%. Эпидемический процесс ВО реализуется, в первую очередь, за счет детского населения. В то же время, риск осложнений и летального исхода ВО у взрослых в 10–20 раз выше, чем у детей. Несмотря на то, что эпидемический процесс ВО частично управляется средствами специфической профилактики, в ряде стран Европы вакцинация против нее проводится только среди контингентов риска.

Цель: Установить современные характеристики эпидемического процесса ветряной оспы в Донецком регионе на примере г. Донецка и наметить перспективные меры борьбы с ней.

Материалы и методы: Был проведен ретроспективный эпидемиологический анализ материалов официальной регистрации заболеваемости ВО за период 2012—2018 гг. по данным Донецкого городского центра Республиканского центра санитарно-эпидемиологического надзора госсанэпидслужбы Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики.

Результаты: Заболеваемость ВО в г. Донецке за период наблюдения составила в среднем  $325,8 \pm 22,6$  на 100 тыс. населения. Наблюдаемый рост заболеваемости этой инфекцией с 2012 по 2013 гг., на 113,9 %, с 2015 по 2016 гг. в 3,2 раза и с 2016—2017 гг. на 52 % связан с естественной периодичностью, свойственной данной инфекции. Исходя из анализа динамики эпидемического процесса ВО за ряд лет, можно предположить, что подъемы ее заболеваемости происходят каждые 2—3 года. В общей структуре инфекционных заболеваний по г. Донецку ВО составляла 4,4 %.

Эпидемический процесс ВО в регионе реализовался в основном за счет детского населения: 92,8—93,3 % заболевших составляли дети в возрасте до 17 лет, из них 90,3% — из организованных коллективов. В детских дошкольных и школьных образовательных учреждениях регистрировались очаги ВО, в которых было от 5 до 40 заболевших. ВО в отдельные годы также регистрировалась как внутрибольничная инфекция — 3,0% в общей структуре ВБИ в 2017 г., 10,6 % — в 2016 г.

Выводы: Таким образом, заболеваемость в настоящее время ВО является актуальной проблемой в Донецком регионе. Отмечается рост заболеваемости ВО, что определяет необходимость проведения комплекса профилактических и противоэпидемических мероприятий. Для предотвращения заноса, возникновения и распространения ВО медицинскими работниками должны строго выполняться санитарно-противоэпидемические мероприятия в очагах ВО — как организованных, так и в квартирных.

## 100 **Диагностика инфекции, вызванной вирусом герпеса 8 типа у детей**

**Львов Н.Д., Панюкова Е.М.**

НИЦЭМ им. Н.Ф. Гамалеи МЗ РФ, Москва, Россия

Вирус герпеса 8 типа является этиологическим агентом ряда заболеваний. С этой целью зарубежные исследователи проводят диагностику наличия маркеров вируса герпеса 8 типа (ВГ-8) в крови пациента. Применяются различные методы диагностики: ИФА, ПЦР, Нестед-ПЦР, гибридизация *in situ*, иммуногистохимия. Использование одного метода ИФА не дает высокоэффективной диагностики.

Цель: Изучить метод ИФА для определения антител класса IgG к малому капсидному протеину вируса герпеса 8 типа в сыворотке крови, метод ПЦР для определения ДНК вируса герпеса 8 типа в мононуклеарах периферической крови (МПК), а также оценить продукцию ИФН- $\alpha$ , ИЛ-1 $\beta$ , рецепторного антагониста к ИЛ-1 (РА-ИЛ-1), ИЛ-6 и ИЛ-8 с целью усовершенствования методики диагностики инфекции, вызванной ВГ-8 и выявления активации литического цикла вируса.

Материалы и методы: Проведено изучение результатов обследования 11 детей с ВГ-8-инфекцией. Проведение анализов ПЦР и ИФА осуществляли в соответствии с производственными протоколам выполнения процедуры фирм ЗАО «Вектор-Бест» и «ДНК-Технология». Определение вирусной ДНК осуществляли с помощью наборов ПЦР (ООО «ДНК-Технология») согласно протоколу производителя. Амплификацию осуществляли на аппарате Терцик. Электрофорез кДНК проводили в 1% агарозном геле с бромистым этидием (0,5 мкг/мл) в Трис-ацетатном буфере, содержащем 0,2 М ЭДТА.

Для определения IgG к малому капсидному протеину ВГ-8, ИФН- $\alpha$  и РА-ИЛ-1 применяли тест-системы фирмы ЗАО «Вектор-Бест». Процедуру проводили согласно протоколу фирмы-производителя. Для считывания использовали планшетный ридер Пикон (Униплан, Россия).

Результаты: Использование одного метода ИФА позволяет определять антитела к малому капсидному протеину ВГ-8 в 45% случаев. Сочетанное использование двух методик (плюс ПЦР с определением ДНК в МПК) выявляет маркеры ВГ-8 в 77% случаев.

Анализ взаимосвязи ряда иммунологических показателей с маркерами ВГ-8 обнаружил корреляцию между выявлением антител IgG к МКП ВГ-8 и пониженными значениями ИФН- $\alpha$ , а также между выявлением ДНК ВГ-8 и повышенного количества РА-ИЛ-1.

Исследование содержания ИФН- $\alpha$  у пациентов позволяет оценивать риски возможной литической активации ВГ-8, так как уровень ИФН- $\alpha$  в сыворотке крови коррелирует с антителами к малому капсидному протеину ВГ-8, а самое высокое содержание ИФН- $\alpha$  у пациентов отмечается при отсутствии антител к ВГ-8.

ИФН- $\alpha$  наблюдаются в сыворотке пациентов, где не было антител IgG к ВГ-8. Однако, при наличии антител по мере роста оптической плотности наблюдается увеличение значений ИФН- $\alpha$ . Несомненно процесс купирования размножения вируса сопровождается усилением барьера для вирусной инфекции, увеличением выработки ИФН- $\alpha$ .

Другой закономерностью, выявленной в результате статистического анализа, оказалось повышение уровня РА-ИЛ-1 с выявленной ДНК ВГ-8. Повышенное содержание рецепторного антогониста к ИЛ-1 и снижение уровня самого ИЛ-1 уточняет момент снижения воспалительной активности через некоторое время после активации инфекции. Наши исследования показали, что уровень рецепторного антогониста к ИЛ-1 повышен в случае выявления ДНК в МПК пациентов, содержание ИЛ-1, напротив, снижено. Усиление синтеза РА-ИЛ-1 можно рассматривать как реакцию на поглощение макрофагами вирусной ДНК, либо как компенсаторную реакцию иммунитета, ограничивающую эскалацию воспалительных процессов. Анализ содержания ИЛ-1 и рецепторного антогониста к ИЛ-1 в сыворотке крови помогает осуществлять мониторинг активности воспалительного процесса с тем, чтобы корректировать терапию.

Определение содержания ИЛ-6 показано у пациентов для установления активности воспаления и давности активации вирусной инфекции, вызванной ВГ-8. Для ИЛ-6 физиологическим стимулятором является ИЛ-1, и повышение уровня ИЛ-6 происходит после выработки ИЛ-1. Поэтому уровень ИЛ-6 зависит от степени воспалительной активности и уровня ИЛ-1. ИФН- $\alpha$  также способен стимулировать выработку ИЛ-6. Показано, что при обнаружении ДНК ВГ-8 в МПК детектируются более высокие значения ИЛ-6 в сыворотке крови. Это означает, что усиление вирусной репликации до величин, доступных для детекции методом ПЦР, по времени совпадает с повышением уровня ИЛ-6. Таким образом, начало литической активации ВГ-8, сопровождаемой ростом титра антител к малому капсидному протеину ВГ-8, постепенным увеличением уровня ИФН- $\alpha$ , высоким содержанием ИЛ-1 и невысоким уровнем ИЛ-6, постепенно сменяется ситуацией, когда на фоне повышенной частоты обнаружения ДНК ВГ-8 отмечаются повышенные уровни ИЛ-6, рецепторного антогониста к ИЛ-1 и падение уровня самого ИЛ-1.

Выводы: Таким образом, для комплексной оценки состояния вирусной инфекции предлагается проводить анализ таких показателей, как содержание в сыворотке крови

ИФН- $\alpha$ , ИЛ-1, рецепторного антагониста к ИЛ-1, ИЛ-6 и ИЛ-8. Совокупность этих параметров в комплексе с маркерами ВГ-8 позволит оценить, на каком этапе находится активация инфекции, вызванной ВГ-8.

## **101 Сравнительный анализ клинических случаев менингококковой инфекции в Сургуте**

**Магомедова Е.Р., Козловская О.В., Камка Н.Н., Катанахова Л.Л.**

БУ ХМАО «Сургутская окружная клиническая больница», Сургут, Россия

В ХМАО — Югре в 2015 г. уровень заболеваемости менингококковой инфекцией снизился до 35,8 случаев на 100 тыс. населения. Генерализованные формы составили 72,1 %. Всего было зарегистрировано 7 случаев МИ и 2 летальных исхода.

Цель: Изучить клинические случаи менингококковой инфекции в г. Сургуте.

Материалы и методы: Медицинские карты стационарных больных генерализованной формой МИ инфекционного отделения № 1 БУ ХМАО — Югры «Сургутской окружной клинической больницы».

Результаты: Среди заболевших по половому признаку пациенты с МИ разделились поровну: 5 женского пола и 4 мужского пола. В структуре преобладали дети от 0 до 17 лет ( $n = 6$ ), взрослые от 18 до 44 лет ( $n = 3$ ). В первые трое суток поступила большая часть пациентов 78% ( $n = 7$ ), на 3–6 сутки 11% ( $n = 1$ ). Все больные поступили с генерализованной формой МИ (100%), из них с менингитом ( $n = 2$ ), со смешанной формой ( $n = 7$ ). Назофарингит в анамнезе был у 56% ( $n = 5$ ). Средняя температура тела составила 38,6 °C ( $\text{min} = 37,0$  °C,  $\text{max} = 40,0$  °C). Общемозговые симптомы в виде тошноты отмечались у 11% ( $n = 1$ ), рвоты у 44% ( $n = 4$ ). Менингеальные симптомы в виде ригидности затылочных мышц отмечались у 67% ( $n = 6$ ) больных, симптом Кернига — у 44% ( $n = 4$ ), симптом Брудзинского — у 11% ( $n = 1$ ), напряжение, выбухание, пульсация большого родничка — у 11% ( $n = 1$ ), гиперестезия — у 11% ( $n = 1$ ). Очаговые симптомы: горизонтальный нистагм, двоение — у 11% ( $n = 1$ ), патологические рефлексы Бабинского — у 22% ( $n = 2$ ). Специфическая для менингококковой инфекции геморрагическая звездчатая сыпь выявлена на спине у 11% ( $n = 1$ ); на ягодицах — у 11% ( $n = 1$ ); на голенях — у 11% ( $n = 1$ ); на животе и спине — у 11% ( $n = 1$ ); генерализованная сыпь по всему телу — у 33% ( $n = 3$ ). При этом отмечалось раннее появление сыпи: в первые сутки болезни у 44% ( $n = 4$ ); до 7 дней у 66% ( $n = 6$ ). Средние сроки полного исчезновения сыпи приходятся на 11 день от начала болезни ( $\text{min} = 8$ ,  $\text{max} = 16$ ). Среди осложнений МИ наблюдались: ИТШ — 22% ( $n = 2$ ); отек головного мозга — 22% ( $n = 2$ ); ДВС-синдром — 11% ( $n = 1$ ); нефрит 67% ( $n = 6$ ). Возбудитель был обнаружен следующими методами: бактериологическое исследование отделяемого носоглотки — у 11% ( $n = 1$ ); кровь на стерильность — у 11% ( $n = 1$ ); бактериологическое исследование СМЖ — у 11% ( $n = 1$ ); РПГА на выявление антител к менингококку в сыворотке крови — у 11% ( $n = 1$ ); реакция латекс-агглютинации на выявление антигена в сыворотке крови — у 22% ( $n = 2$ ); реакция латекс-агглютинации на выявление антигена в ликворе — у 44% ( $n = 4$ ); ПЦР (СМЖ) — у 44% ( $n = 4$ ).

На догоспитальном этапе применяли антибактериальные препараты в 44% случаев. На госпитальном этапе пациенты получали антибактериальную терапию в 100% случаях.

Выводы: В структуре заболеваемости преобладают дети, в силу функциональной незрелости иммунной системы. Наблюдается нарушение маршрутизации пациентов, что говорит о трудности диагностики менингококковой инфекции и необходимости постоянной настороженности медицинских работников в отношении данной инфекции. Наиболее чувствительные методы диагностики: серологические и ПЦР, что обуславливает сложность постановки диагноза. Ранее комплексное лечение, с обязательным использованием антибактериальных препаратов снижает показатели летальности при данной инфекции.

## 102 Оценка влияния факторов среды обитания на заболеваемость лиц мужского пола в организованном коллективе

**Малахова Ж.Л., Перминова Л.А., Тарасов А.В., Богомолова Е.С., Рахманов Р.С**

ФГАОУ ВО «Балтийский федеральный университет им. И. Канта»,  
ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский университет»,  
г. Калининград, Нижний Новгород

Здоровье является индикатором влияния синергичных факторов среды обитания человека. Уровень общей заболеваемости и заболеваемости болезнями органов дыхания отражает уровень иммунитета и характеризует уровень адаптации юношей к условиям обучения.

Цель: Оценить показатели заболеваемости у лиц мужского пола в организованном коллективе в условиях влияния морского климата Балтийского моря.

Материалы и методы: Оценивали распространенность болезней и впервые выявленную заболеваемость по классу «Болезни органов дыхания» (БОД) у курсантов высшего учебного заведения.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы AtteStat. Достоверность различий определялась по *t*-критерию Стьюдента.

Результаты: Уровень распространенности болезней в группе наблюдения за период наблюдения составил  $1477,5 \pm 14,5_{\text{о/оо}}$ . Класс БОД занимал 1 ранговое место в структуре заболеваемости — 70,8%. При этом уровень заболеваемости курсантов первого курса был выше, чем на 5 курсе, в 1,5 раза, а средняя величина снижения регистрации заболеваний по курсам составила  $591,8_{\text{о/оо}}$ .

В структуре распространенности болезней класс БОД на каждом курсе занимал 1 ранговое место — от 72,3% до 59,4%. Уровень заболеваемости на 1 курсе составил  $1896,0 \pm 38,8_{\text{о/оо}}$ , на пятом курсе —  $160,6 \pm 23,3_{\text{о/оо}}$ . Снижение регистрации заболеваний по курсам составляло  $433,6_{\text{о/оо}}$ . Начиная с второго курса, где заболеваемость была ниже в 2,1 раза, определялись достоверные различия в регистрации патологий этого класса по сравнению с данными на первом курсе.

Уровень заболеваемости лиц из числа местного населения был ниже в 1,7 раза, чем у приезжих, соответственно  $921,5 \pm 13,5$  и  $1548,1 \pm 16,9$  ( $p = 0,001$ ), а по классу БОД — в 1,8 раза; соответственно в структуре заболеваемости на эти классы приходилось по 67,0% и 71,2%.

На первом курсе по трем регистрируемым нозологиям из пяти уровень заболеваемости среди приезжих был выше, чем сред и лиц из числа местного населения, соответственно по ОРИ ВДП и гриппу — в 1,66 раза ( $p = 0,001$ ), ВП — в 1,74 раза ( $p = 0,027$ ), ОИ НДП — в 3,36 раза ( $p = 0,05$ ). Не было определено достоверных различий в уровнях заболеваемости ОС и ОТ ( $p = 0,954$  и  $p = 0,854$ ). Заболеваемость по всем нозологиям, начиная со второго курса, достоверно среди двух групп наблюдаемых лиц не различалась, за исключением ОРИ ВДП и гриппа: она, включая 4 курс, среди приезжих была выше.

Выводы: В структуре заболеваемости рассматриваемой группы курсантов 1—5 курсов ведущее место занимает класс «Болезни органов дыхания». В структуре класса преобладают ОРИ ВДП и грипп.

Распространенность болезней и заболеваемость по классу БОД среди прибывших в данный регион курсантов доказывает влияние погоднo-климатических условий на здоровье, происходящие процессы адаптации и акклиматизации.

## 103 Удельный вес пиодермии у взрослых в структуре воспалительных заболеваний кожи в г. Баку

<sup>1</sup>Манафов П.Г., <sup>2</sup>Алиев М.Г., <sup>3</sup>Рустамова Л.И.

<sup>1</sup>Университет «Одлар Юрду»,

<sup>2</sup>Азербайджанский Медицинский Университет,

<sup>3</sup>Научно-Исследовательский Институт

Медицинской Профилактики им. В.Ю. Ахундова, Баку, Азербайджан

Одна из наиболее распространенных кожных болезней, поражающая более 111 миллионов детей во всем мире — пиодермия. Примерно треть всех кожных заболеваний составляют различные пиодермии. Основными микроорганизмами, вызывающими пиодермию, являются стрепто- (*Streptococcus pyogenes*) и стафилококки (*Staphylococcus aureus*).

Цель: определение удельного веса пиодермий у взрослых в структуре воспалительных заболеваний кожи в г. Баку.

Материалы и методы: Согласно поставленной цели была проанализирована выявляемость пиодермий среди мужчин, поступивших в Республиканский Кожно-венерологический диспансер г. Баку за 2018 год. Средний возраст пациентов составлял  $32,3 \pm 1,4$  года.

Результаты: Из 226 пациентов с различными воспалительными заболеваниями кожи у 16 пациентов установлен диагноз «пиодермия». Диагноз «пиодермия» устанавливался на основании бактериологического анализа с идентификацией бактериального возбудителя. Выявлено, что у пациентов в возрасте до 20-ти лет частота обнаружения пиодермии составляет 43,8%. В возрастной группе мужчин 20—29 лет выявляемость была одинаковой —

43,8%. В возрастной группе 30—39 лет пиодермия диагностировалась у 2-х мужчин (12,5%). В общей структуре воспалительных заболеваний кожи у взрослых мужчин в г. Баку удельный вес пиодермий составляет 7,1%.

Выводы: Несмотря на низкий процент выявляемости пиодермий, средний возраст мужчин (до 39 лет), у которых обнаружена пиодермия, настораживает клиницистов и дерматовенерологов, так как эта возрастная категория мужчин непосредственно связана с репродуктивной функцией.

## **104 Иммуноферментная тест-система для выявления специфических антител класса М к вирусу герпеса человека 6 типа**

<sup>1,2</sup>Марданлы С.Г., <sup>1</sup>Амелина Е.А.,  
<sup>1,3</sup>Марданлы С.С., <sup>1</sup>Арсеньева В.А.

<sup>1,3</sup>АО «ЭКОлаб», г. Электрогорск Московской обл., Россия,  
<sup>2</sup>ГОУВ Государственный гуманитарно-технологический университет «ГТТУ», г. Орехово-Зуево Московской обл., Россия,  
<sup>3</sup>Национальный исследовательский центр эпидемиологии и микробиологии имени почётного академика Н. Ф. Гамалеи Минздрава РФ, Москва, Россия

Особую актуальность приобретает своевременная диагностика герпесвирусной инфекции человека 6 типа. Острая инфекция часто не дает характерной клинической картины. Применение ИФА для выявления IgM к ВГЧ6 значимо в лабораторной диагностике первичной инфекции и ее реактивации.

Цель: Создание набора реагентов на основе метода непрямого ИФА с целью выявления специфических антител класса М к вирусу герпеса человека 6 типа.

Материалы и методы: Тест-система сконструирована по технологии непрямого твердофазного ИФА с применением рекомбинантного очищенного антигена. Методика проведения исследования биологических образцов в ИФА. Иммунофлюоресцентная референс-тест-система «IFA Human Herpesvirus 6 (HHV-6) IgM Assay»(SCIMEDX Corporation, США).

Результаты: Тест-система сконструирована на основе непрямого твердофазного метода ИФА, в качестве иммуносорбента –разборные полистироловые планшеты (Nunc) с иммобилизованным рекомбинантным антигеном, содержащим основной иммунодоминантный белок р101К генома ВГЧ6. В ИФА для разведения исследуемых образцов сывороток, их титрования использовали фосфатный буфер, содержащий анти-IgG блокирующий раствор для исключения интервенции антител G за центры связывания антигена и влияния ревматоидного фактора. Оптимальные условия проведения ИФА отработаны с использованием охарактеризованных образцов сывороток крови, предоставленных диагностическим центром «El Clinic» г. Электрогорск. У взрослых пациентов, проходящих обследование в ДЦ, были взяты образцы сывороток крови с интервалом в 2 недели. ИФА были отобраны 148 образцов, содержащих специфические антитела класса G к ВГЧ6, причем три образца показывали увеличение титров в динамике. Нарастание титра IgG косвенно может слу-

жить признаком возможной реактивации ВГЧ6 и по результатам реакции иммунофлюоресценции коммерческого набора установлено содержание IgM к ВГЧ6 в этих пробах. Разработанный нами набор реагентов также регистрировал специфические IgM к ВГЧ6 в разных титрах в ИФА. Исследование 145 образцов сыворотки крови доноров в ИФА определило один образец с IgM к ВГЧ6, что было подтверждено реакцией иммунофлюоресценции. Недавняя реактивация ВГЧ6 может быть наиболее вероятным объяснением. Исключая ложноположительные реакции анализа, перекрестные взаимодействия с другими герпесвирусными инфекциями бета подсемейства, возможно мы имеем дело с истинной реактивацией ВГЧ6 в отсутствии клинических симптомов обострения. Методом ИФА нами исследованы 198 образцов сывороток крови детей в возрасте от 0 до 18 лет на содержание антител к ВГЧ6. Антитела класса М к ВГЧ6 выявлены не были. Диагностическая ценность метода выявления IgM к ВГЧ6 у детей раннего возраста более определенная. Хотя, по данным научной литературы, у большинства детей в возрасте 2—22 месяцев с клиническими признаками ВГЧ6 регистрировали ответ специфических IgM примерно в то же время, что и IgG-антител, в отдельных случаях наблюдается не классическая картина гуморального ответа на ВГЧ6, что требует проведения комплексного исследования образца сыворотки крови на антитела М и G классов.

Выводы: Выявление методом ИФА специфических антител класса М к ВГЧ6 позволяет предположить первичную инфекцию или ее реактивацию. Метод ИФА для выявления IgM к ВГЧ6 расширяет комплекс иммунохимических лабораторных методов диагностики первичной ВГЧ6 у детей. Реактивация ВГЧ6 (без клинических признаков) может определяться и у условно здоровых пациентов и доноров. ИФА позволит в дальнейшем провести более масштабное исследование реактивации ВГЧ6 у взрослых пациентов и детей.

105

## **Сравнительный анализ динамики клинико-эпидемиологических особенностей генерализованной формы менингококковой инфекции у детей за период 2014—2019 гг.**

**<sup>1</sup>Маркова К.В., <sup>1,2</sup>Скрипченко Н.В., <sup>1,2</sup>Вильниц А.А., <sup>1</sup>Горелик Е.Ю., <sup>1</sup>Пульман Н.Ф., <sup>1,2</sup>Скрипченко Е.Ю.**

<sup>1</sup>ФГБУ «Детский научно-клинический центр инфекционных болезней Федерального медико-биологического агентства»,

<sup>2</sup>ФГБУОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Менингококковая инфекция характеризуется непрерывной изменчивостью штаммов вследствие межвидового и внутривидового горизонтального генетического обмена, с чем связано разнообразие характера течения заболевания и исходов.

Цель: сравнительный анализ динамики клинико-эпидемиологических особенностей генерализованной формы менингококковой инфекции (ГФМИ) у детей, госпитализированных в ФГБУ ДНКЦИБ ФМБА России с 2014 г. по октябрь 2019 г.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 126 пациентов с ГФМИ. Сравнительный анализ динамики клинико-эпидемиологических особенностей ГФМИ проведен за 2 периода наблюдения: I период — 2014 по 2016 гг. —  $n = 67$ , II период — 2017 — октябрь 2019 гг. —  $n = 59$ . Диагностика клинического случая и этиологическая расшифровка ГФМИ проводились в соответствии с СПЗ.1.3542-18.

Результаты: на основании проведенного исследования установлено, что в I периоде наблюдения среди заболевших преобладали мальчики (71,6%,  $n = 48$ ) над девочками (28,4%,  $n = 19$ ) в соотношении 2,5:1, а также дети в возрасте до 3 лет (71,6%,  $n = 48$ ), с максимальным пиком (52%) до 1 года. Заболеваемость в возрастном аспекте имела тенденцию к снижению: соотношение детей в возрасте до 3 лет, от 4 до 10 лет и с 11 до 17 лет составило 6,9:1,7:1. Достоверно значимых сезонных особенностей заболевания не выявлено, поскольку число поступивших осенью и весной было одинаковым по 31,3% ( $n = 21$ ), зимой — 25,4% ( $n = 17$ ), летом — 12%. Летальность составила 9% ( $n = 6$ ), среди погибших преобладали мальчики в соотношении 2:1, более половины случаев 83,3% ( $n = 5$ ) дети до 3 лет и в 16,7% ( $n = 1$ ) подростки. При анализе клинических форм ГФМИ констатировано преобладание в равной степени (46,3%,  $n = 31$ ) смешанной формы (менингококцемия + менингит) и менингококцемии над менингитом (7,4%,  $n = 5$ ). Этиологическая верификация составила 46,3%. У пациентов с благоприятным исходом заболевания как причинно-значимый фактор преобладал менингококк серогруппы В (26,2%,  $n = 16$ ), реже определялись менингококки серогруппы А и С (6,6%,  $n = 4$ ), W (4,9%,  $n = 3$ ), Y (1,6%,  $n = 1$ ). В случаях летального исхода менингококки серогруппы В составили 33,3%, W — 16,6%.

За II период наблюдения был выявлен ряд особенностей. Так, этиологическая верификация составила 93,2%, что почти в 2 раза выше, чем в предыдущем периоде. Среди заболевших ГФМИ соотношение мальчиков и девочек было почти равным: 50,8% ( $n = 30$ ) и 49,2% ( $n = 29$ ) соответственно. Отсутствовала сезонность заболевания: весной — 27,2% ( $n = 16$ ), зимой и осенью — по 25,4%,  $n = 15$ ; летом — 22%,  $n = 13$ . Дети до года составили 67,8% ( $n = 40$ ). Летальность составила 11,9% ( $n = 7$ ), с преобладанием девочек (соотношение 1,3:1). Среди умерших детей до 3 лет было 5 (57,1%) и подростков — 42,9% ( $n = 3$ ). На фоне преобладания смешанной формы (45,8%,  $n = 27$ ), обращает на себя внимание высокая частота менингококцемии (39%,  $n = 23$ ) и менингита (15,2%,  $n = 9$ ). У пациентов с благоприятным исходом ГФМИ была вызвана менингококками серогруппы В (42,3%,  $n = 22$ ), С в 17,3% ( $n = 9$ ), W в 15,4% ( $n = 8$ ), нетипируемые менингококки — 13,5% ( $n = 7$ ), реже Y — 3,8% ( $n = 2$ ), тогда как летальные исходы в 71,4% случаев наблюдались при заболевании, вызванном менингококком серогруппы В, в 14,3% — W. Никто из 126 заболевших ГФМИ детей не был привит от менингококковой инфекции.

Выводы: Сравнительный анализ динамики клинико-эпидемиологических особенностей генерализованной формы менингококковой инфекции у детей за период 2014—2019 гг. показал, что непрерывный клинико-лабораторный мониторинг позволяет своевременно определять тенденции в эпидемиологии заболевания, что является значимым для своевременной диагностики.

## Алгоритм диагностики и диспансерного наблюдения детей с фебрильными судорогами на примере г. Красноярска

Мартынова Г.П., Строганова М.А., Шнайдер Н.А.

ФГОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации,  
г. Красноярск, Россия

Фебрильные судороги (ФС) — доброкачественное, возраст-зависимое, генетически детерминированное состояние, при котором головной мозг ребенка восприимчив к эпилептическим приступам, возникающим в ответ на повышение температуры тела выше  $38,0^{\circ}\text{C}$ . Хотя прогноз заболевания обычно благоприятный, в то же время дети, перенесшие ФС, относятся к группе высокого риска развития эпилепсии, в том числе в отдаленном катамнезе.

Цель: Разработать алгоритм диагностики развития ФС у детей и их возможного рецидивирующего течения.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находился 121 пациент с развитием ФС на фоне острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ) в возрасте от 3 мес. до 36 мес., наряду с общепринятыми методиками — определение антигенов респираторных вирусов в носоглоточной слизи, антител класса IgM и IgG к герпесвирусам (ГВ) (ВПГ 1,2 типа, ЦМВ, ВГЧ-6) в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа (ИФА), проведено молекулярно-генетическое исследование носительства полиморфизмов генов предрасположенности *IL-1B(-51C>T)* и *3954C>T* и *SCN1A (rs16851603, rs3812718)* методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени (ПЦР-РВ).

Результаты: Средний возраст наблюдаемых пациентов составил  $21,69 \pm 10,32$  мес., мальчиков —  $60,3 \pm 4,4\%$ , девочек —  $39,7 \pm 4,4\%$ . У  $57,9 \pm 4,5\%$  детей ФС развился впервые, у  $42,1 \pm 4,5\%$  пациентов ранее уже имели ФС в анамнезе. В  $86,8 \pm 3,1\%$  случаев развития ФС установлена вирусная природа заболевания и только у  $13,2 \pm 3,1\%$  наблюдаемых маркеры вирусной инфекции не были уточнены. Наряду с вирусами респираторной группы у  $51,2 \pm 4,5\%$  больных с ФС были обнаружены маркеры ГВ: IgG к ЦМВ были выявлены в  $41,9\%$ , IgG к ВГЧ-6 —  $38,7\%$ , IgG к ВПГ 1 и 2 типов —  $30,6\%$ . С помощью ПЦР-РВ установлено преобладание носительства гомозиготных генотипов промотора гена *IL-1B* по двум высоко продуцирующим аллельным вариантам. В  $14,9 \pm 3,2\%$  случаях развития ФС отмечалось носительство ассоциации гомозиготных генотипов по двум высоко продуцирующим аллельным вариантам промотора гена *IL-1B*. При анализе частоты носительства изучаемых полиморфных аллельных вариантов гена *SCN1A* установлено преобладание гетерозиготных генотипов.

С учетом результатов исследования, нами разработан алгоритм диагностики и тактики ведения детей с ФС. Согласно этому алгоритму, все пациенты с ФС незамедлительно должны быть госпитализированы в круглосуточный педиатрический стационар с проведением комплекса клинико-лабораторного обследования, включая: 1) определение характера ФС; 2) изучение особенностей наследственного анамнеза по ФС и эпилепсии; 3) исследование соматического и неврологического статусов; 4) консуль-

тация окулиста с осмотром глазного дна; 5) определение этиологии основного заболевания; 6) определение маркеров герпесвирусной инфекции; 7) исследование и оценка генетических предикторов развития ФС при первом эпизоде ФС.

Дети с неблагоприятным генетическим профилем независимо от выявленной персистенции герпесвирусов подлежат диспансерному наблюдению по месту жительства участковым педиатром совместно с врачом-неврологом, с проведением в динамике видео-ЭЭГ-мониторинга и серологического мониторинга персистенции герпесвирусной инфекции. В случае обнаружения у ребенка, перенесшего ФС, гомо- или гетерозиготного — с привлечением, по необходимости, невролога-эпилептолога и проведением видео-ЭЭГ-мониторинга не реже 1 раза в год и решения вопроса о своевременном назначении противосудорожных препаратов.

**Выводы:** Внедрение разработанного алгоритма диагностики и диспансерного наблюдения детей с ФС в практику лечебно-профилактических учреждений позволит персонализировать и оптимизировать тактику ведения детей, перенесших ФС, что в свою очередь уменьшит риск неблагоприятного течения ФС и развития эпилепсии.

## **107 Дифференциальная диагностика ОРИ с лимфомой средостения: описание клинического случая**

**Матуш Л.И., Довнар А.А.**

УЗ «Городская детская инфекционная клиническая больница», ГУ «Республиканский научно-практический центр детской онкологии, гематологии и иммунологии», Минск, Беларусь

Лимфома — наиболее частая опухоль детского возраста. Ранняя диагностика лимфом затруднена в связи с высокими компенсаторными возможностями детского организма и характерным бурным развитием неспецифических симптомов заболевания.

**Цель:** Акцентировать внимание педиатров на различные клинические «маски» детских онкологических заболеваний и проблемы ранней диагностики онкопатологии у детей.

**Материалы и методы:** Описание клинического случая.

**Результаты:** 28.07.2017 в ГДИКБ поступила девочка в возрасте 4 лет с жалобами на кашель и затруднение дыхания при вдохе. Из анамнеза известно, что 24.06.17 ребенок заболел ОРИ с повышением температуры и увеличением подчелюстных лимфоузлов. 21 июля 2017 г. у ребенка появился кашель с дыхательными шумами, в динамике кашель усиливался, ребенок спал полусидя, нарастал цианоз носогубного треугольника и отек верхней половины туловища. 27.07.17 г. выполнена рентгенография ОГК: значительное расширение средостения. Ребенок переведен в ГДИКБ с диагнозом: обструктивный бронхит, лимфоаденопатия внутригрудных лимфоузлов. При поступлении состояние ребенка оценивалось как крайне тяжелое, обусловленное дыхательной недостаточностью III степени. Дыхание жесткое, ослаблено справа, выслушиваются проводные хрипы. Дыхание нестабильное, требующее эпизодической вентиляции мешком Амбу. ОАК от 28.07: RBC —  $4,9 \times 10^{12}/л$ , Hb — 125 г/л, WBC —  $6,5 \times 10^9/л$ , PLT —  $325 \times 10^9/л$ . В 6/х анализе крови от 29.07.17: ЛДГ — 2120 Ед/л. 29.07.17 для проведения КТ-исследования

ния ОГК выполнена седация, через 5 минут после начала исследования на фоне спонтанного дыхания отмечалось тахипноэ, десатурация до 70%. Проведена интубация трахеи, начата ИВЛ. По данным КТ: объемное образование переднего средостения. Начата интенсивная терапия. Через сутки наблюдалась резкая отрицательная динамика с ухудшением общего состояния за счет прогрессирования СПОН, развития ДВС-синдрома, ОСН, ОПН, пареза кишечника, токсико-гипоксического поражения головного мозга, печени, поджелудочной железы, отека мозга. Учитывая тромбоцитопению ( $40 \times 10^9/\text{л}$ ) и выполняемую гепаринотерапию выполнение биопсии образования было невозможно.

10.08.17 пациент переведен в АРО Центра детской онкологии с диагнозом: Объемное образование средостения, СПОН, синдром верхней полой вены. Двусторонняя пневмония, ателектаз верхней доли правого легкого. Кровотечение НСХ. Кома III. Картина соответствует неходжкинской лимфоме. Специальное лечение не проводилось вследствие тяжелого состояния ребенка.

2.10.17 — прогрессирование полиорганной недостаточности, остановка сердечной деятельности, отсутствие эффекта от реанимационных мероприятий; констатирована биологическая смерть. Патологоанатомическое исследование подтвердило клинический диагноз пациентки.

Выводы: Трудность диагностики данного клинического случая связана с отсутствием патогномичных симптомов заболевания и малой настороженностью педиатров в отношении детской онкопатологии.

## 108

### **Клиническое значение инсерционной инактивации оперона вирулентности *bvqAS* возбудителя коклюша**

**Медкова А.Ю., Сёмин Е.Г., Синяшина Л.Н., Нестерова Ю.В., Бабаченко И.В., Каратаев Г.И.**

ФГБУ «ЦКБ с поликлиникой» Управления делами Президента РФ, Москва, Россия

Коклюш — инфекционное длительно текущее заболевание человека с высокой летальностью детей 1-ого года жизни. Возбудитель коклюша характеризуется высокой изменчивостью на генетическом уровне, что способствует длительной персистенции и поддержанию эпидемического процесса в популяции.

Цель: Изучение корреляции между клинической картиной коклюша и выявлением у больных авирулентных форм бактерий *Bordetella pertussis*.

Материалы и методы: С помощью тест-системы ПЦР в реальном времени (ПЦР-РВ) обследованы дети и взрослые ( $n = 310$ ) с диагнозом коклюш, а также с другими респираторными заболеваниями на базе инфекционного детского отделения ЦКБ, ДГКБ №5 им. Филатова г. Санкт-Петербурга и клиники ДНКЦИБ ФМБА России. Обследованы контактные с больными коклюшем из семейных очагов ( $n = 115$ ).

Результаты: ДНК возбудителя коклюша регистрируется с помощью разработанной тест-системы ПЦР в режиме реального времени (ПЦР-РВ) у 98% больных коклюшем, 62% больных с диагнозами ОРВИ, бронхит, длительный кашель и у 78% взрослых, контактировавших с больными коклюшем. Анализ последовательности хромосом бактерий В.

*pertussis* при обследовании больных коклюшем в атипичных формах и контактных лиц показал, что около 100% бактерий *B. pertussis*, обнаруженных у больных с типичной формой заболевания, содержат нативный оперон вирулентности *bvgAS*. У больных же с атипичной клинической картиной коклюша, поступавших «под маской» ОРВИ различной этиологии, бронхита, длительного кашля было обнаружено до 10% бактерий, содержащих инсерции IS481 в опероне *bvgAS*. От 10 до 100% бактерий, обнаруженных у контактных «практически здоровых» лиц, содержали инсерции IS-элемента 481 в опероне *bvgAS*. Таким образом, была выявлена корреляция между гетерогенностью фазового состава популяции бактерий *B. pertussis* и формой заболевания.

Тест-система ПЦР-РВ была апробирована для выявления возбудителя коклюша и изучения гетерогенности бактериальной популяции у контактных лиц в семейных очагах. Исследования проводили на базе клиники ДНКЦИБ г. Санкт-Петербурга и инфекционного детского отделения ФГБУ «ЦКБ с поликлиникой» УД Президента РФ. У 86% обследованных контактных лиц в семейных очагах коклюша выявлена ДНК возбудителя коклюша в мазках из носоглотки, у 38% отсутствовал кашель. При обследовании этих же лиц в динамике через 6 месяцев ДНК *B. pertussis* регистрировали в 50% случаев в небольшом количестве (до 100 копий в образце). Анализ фазового состава популяции бактерий *B. pertussis* у контактных лиц при обследовании на разных сроках (0, 3 и 6 месяцев) показал накопление бактерий *B. pertussis*, содержащих инсерции IS481 в опероне вирулентности *bvgAS*, у одних и тех же обследуемых, что свидетельствует о гетерогенности бактериальной популяции и изменении ее в сторону увеличения доли авирулентных бактерий.

Выводы: Установлена гетерогенность фазового состава популяции бактерий *B. pertussis* у больных типичной и атипичными формами коклюша. Популяции возбудителя у больных атипичными формами содержали от 10 до 90% авирулентных форм в зависимости от выраженности клинической картины. Полученные результаты показывают широкую распространенность возбудителя коклюша среди всех возрастных групп населения, необходимость внедрения в практику современных методов быстрой высокочувствительной диагностики коклюшной инфекции, прежде всего, ее атипичных форм и бессимптомного носительства.

## 109

### **К вопросу о проведении плановой вакцинации детей с кардиологической патологией**

**Мельник В.А., Дубовая А.В., Лыгина Ю.А., Мельник Ал.В., Мельник К.В.**  
ГОО ВПО ДОННМУ им. М. Горького, Донецк

Перечень заболеваний, освобождающих от прививок, становится все короче. Теперь кардиологическая патология у детей, наоборот является показанием к вакцинации, что требует разработки новых подходов к вакцинации этих детей.

Цель: Определить возможности и риски плановой иммунизации детей с кардиологической патологией (КП).

Материалы и методы: Проведено клинико-лабораторное обследование 11 детей в возрасте от 3 месяцев до 4-х лет, нуждающихся в оперативном лечении по поводу КП по материалам УНЛК (университетская клиника) ГОО ВПО ДОННМУ им. М. Горького.

Результаты: На момент исследования все 11 детей, нуждающиеся в оперативном лечении по поводу КП, имели разную степень тяжести проявлений сердечной недостаточности (кроме тяжелой). Наблюдаемые дети подлежали вакцинации против гепатита В, коклюша, дифтерии, столбняка, полиомиелита. Кроме того, учитывая возможность внутрибольничного инфицирования, им были показаны прививки против пневмококка и гемофильной палочки типа b.

Все 11 детей дополнительно были осмотрены детским иммунологом. Им было проведено клиничко-лабораторное обследование, включающее исследование общего анализа крови, уровня аллергизации путем измерения концентрации общего Ig E, дополнительно при необходимости проводилось иммунологическое исследование и определение непереносимости пищевых или респираторных аллергеном путем постановки ИФА.

Плановые прививки им были проведены во время полной или частичной клиничко-лабораторной ремиссии на фоне противорецидивной терапии до и после введения вакцины в сочетании с отварами из листьев черной смородины в качестве иммунодулирующего средства. У всех привитых детей поствакцинальных реакций (ПВР) и поствакцинальных осложнений (ПВО) не наблюдалось.

При КП группа вакцинального риска чаще всего представлена инфекционной патологией у детей с открытым Боталловым протоком, иммунодефицитным состоянием при сочетании поражений сердца, патологии тимуса и/или гуморального звена иммунитета, аутоиммунными процессами при ревматизме и других коллагенозах и др. Кроме того, вакцинация детей с КП может иметь и другие риски: возможность поствакцинальных (в том числе и аллергического генеза) реакций и осложнений, обострения фонового заболевания, наслаения различных заболеваний после прививки, отсутствие специфического антителообразования.

Плановые прививки детям с КП следует проводить не ранее, чем через 1 месяц после обострения основного процесса в стадии стойкой полной (при некоторых заболеваниях — частичной) клиничко-лабораторной ремиссии с использованием противорецидивной терапии до и после прививки.

Вакцинация по эпидемической ситуации детям с КП может быть проведена в отсутствие ремиссии основного заболевания при продолжающейся активной терапии.

Выводы: Таким образом, проведение вакцинации детям с КП возможно на фоне противорецидивного и реабилитирующего лечения, что позволит снизить у них риск возникновения ПВР и ПВО.

## 110

### **Особенности течения инфекционных заболеваний у пациентов с мукополисахаридозами**

**Михайлова Л.К., Полякова О.А.**

ФГБУ НИИЦ ТО им Н.Н. Приорова ФГБУ «Детский медицинский центр» УДП РФ, Москва, Россия

В результате ферментного дефицита по мере роста ребенка и отложения гликозаминогликанов в тканях происходят специфические изменения слизистых оболочек, повышая вероятность возникновения различных респираторных инфекций, отитов, осложнённого течения острых и хронических инфекционных заболеваний.

Цель: описать особенности ведения пациентов с мукополисахаридозами (МПС) при возникновении инфекционных заболеваний.

Материалы и методы: С 2000 по 2019 гг. под наблюдением находились 83 пациента с мультисистемной болезнью накопления (МПС). У всех в различные периоды наблюдения диагностировали риниты, синуситы, хронические инфекционные отиты, инфекционные заболевания дыхательных путей, ротовой полости.

Результаты: По мере накопления гликозаминогликанов (ГАГ) при МПС в тканях прогрессируют специфические изменения, повышая риск возникновения различных респираторных инфекций. В связи с особенностями течения основного заболевания при рецидивирующих отитах, частых респираторных заболеваниях верхних дыхательных путей, ринитах, тонзиллитах, синуситах, бронхитах, пневмониях применяли симптоматическую, по показаниям — антибактериальную терапию. Также проводилось хирургическое лечение в условиях специализированных стационаров: пациентам с МПС выполнено 17 тонзиллэктомий, 8 аденотомий (3 повторно), в 1 случае потребовалось установление трахеостомы в связи с неэффективностью оксигенотерапии в послеоперационном периоде.

Требовался постоянный контроль за очагами инфекции в ротовой полости в связи с высоким риском абсцедирования при кариозных поражениях зубов. Кариес выявлен у 50 пациентов; проводили манипуляции по санации полости рта, удаление зубов проведено 7 случаям.

Выводы: Учитывая особенности течения основного заболевания крайне важна своевременная санация очагов хронической инфекции, своевременная вакцинация, мультидисциплинарный подход к лечению инфекционного патологического процесса у пациентов с МПС совместно с оториноларингологами, инфекционистами, стоматологами, анестезиологами.

# 111

## **Клинико-эпидемиологическая характеристика гриппа у детей г. Саратова в эпидемический сезон 2018—2019 гг.**

**Михайлова Е.В., Чудакова Т.К., Голобоков Д.О., Малахов Г.А., Кандрина А.М.**  
Саратов, Россия

Грипп и острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) занимают ведущее место в структуре заболеваемости детского населения. Самой тяжелой нозологической формой среди ОРВИ является грипп, который характеризуется тяжестью течения и высокой частотой развития осложнений.

Цель: изучить клинико-эпидемиологические особенности гриппа у детей, госпитализированных в инфекционный стационар г. Саратова, в эпидемический сезон 2018—2019 гг.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находились 80 детей, больных гриппом в возрасте от 3 месяцев до 14 лет, госпитализированных в ГУЗ 5 ДИКБ г. Саратова. Мальчиков было 42 (52,5%), девочек — 38 (47,5%). Расшифровку этиологии заболевания у больных проводили методами ПЦР и иммунохроматографии носоглоточных смывов.

Результаты: В эпидемическом сезоне 2018—2019 гг. отмечено уменьшение количества госпитализированных больных гриппом в 2,2 раза по сравнению сезоном 2017—2018 гг.,

благодаря проведенной прививочной кампании против гриппа. Среди больных гриппом преобладали организованные дети в возрасте от 3 до 6 лет.

Первый случай гриппа у детей в ГУЗ 5 ДИКБ г. Саратова был зарегистрирован на 50 неделе 2018 г. Отчетливое увеличение частоты выявления вирусов гриппа у госпитализированных больных отмечено в марте 2019 г. с пиком на 11 неделе.

В этиологической структуре у больных гриппом в эпидемическом сезоне 2018–2019 гг. преобладал грипп А — 67 (83,8%) больных (в том числе грипп А (H1N1/09) pd — у 42 больных, грипп А (H3N2) — у 11, грипп А несубтипированный — у 14 пациентов), грипп В диагностирован у 13 (16,3%) больных. Тяжелая форма гриппа установлена в 11,3% случаев, среднетяжелая — в 88,7%. В целом эпидемический сезон гриппа и ОРВИ 2018–2019 гг. характеризовался отсутствием тяжелых форм заболевания у привитых против гриппа лиц, что подтверждает эффективность иммунизации.

Сопутствующие заболевания и фоновая патология выявлена у 24% больных гриппом детей. 20% пациентов относились к группе часто болеющих детей.

Клиническими особенностями гриппа у детей в эпидемическом сезоне 2018–2019 гг. были: гипертермия (88,8% больных), высокая частота поражения нижних дыхательных путей (50% больных) в большинстве случаев в виде бронхита (41,3%) и реже — пневмонии (8,7%), ацетонемический синдром (26,3% больных), редкое развитие тяжелой формы заболевания с нейротоксикозом (2,5%) и геморрагическим синдромом (2,5%). Продолжительность симптомов интоксикации у больных гриппом пациентов составила  $4,54 \pm 0,5$  суток, катаральных симптомов —  $5,65 \pm 0,3$  суток, лихорадки —  $3,6 \pm 0,4$  суток. Заболевание закончилось выздоровлением у всех больных.

Выводы: В эпидемическом сезоне 2018–2019 гг. отмечено уменьшение количества госпитализированных больных гриппом в 2,2 раза по сравнению сезоном 2017–2018 гг. В этиологической структуре у больных преобладал грипп А (H1N1/09) pd. Заболевание в большинстве случаев протекало в среднетяжелой форме. Летальных исходов гриппа у детей не было.

112

## **Клинико-лабораторная характеристика геморрагических колитов при бактериальных диареях у детей**

**<sup>1</sup>Молочкова О.В., <sup>1</sup>Ковалев О.Б., <sup>1</sup>Шамшева О.В.,  
<sup>2</sup>Соколова Н.В., <sup>2</sup>Сахарова А.А., <sup>2</sup>Галева Е.В.**

<sup>1</sup>Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия,

<sup>2</sup>Детская городская клиническая больница №9 им. Г.Н. Сперанского ДЗ г. Москвы, Россия

Актуальность бактериальных острых кишечных инфекций (ОКИ) обусловлена возможностью развития эпидемических вспышек, тяжелых осложнений, в т. ч. геморрагического колита, сложностью этиологической верификации и терапии.

Цель: клинико-лабораторный анализ бактериальных диарей, протекающих с геморрагическим колитом (ГК) у госпитализированных детей.

Материалы и методы: наблюдали 63 ребенка с ОКИ, ГК по мере их госпитализации в 5 и/о ДГКБ №9 с января по октябрь 2019 г. Диагноз ОКИ устанавливали на основании эпидемиологического анамнеза, клинико-лабораторных данных с учетом клинических рекомендаций. Оценивали симптомы интоксикации, степень дегидратации, выраженность диспепсического синдрома (частота рвоты, стула, патологические примеси). ГК диагностировали при наличии прожилок, примеси крови при визуальном осмотре стула и по данным копрологии (слизь, лейкоциты, эритроциты в кале). Этиологию ОКИ определяли по результатам бактериологического исследования кала, Latex-теста, ИФА, полимеразной цепной реакции (ПЦР), серологических реакций (РНГА).

Результаты: Детей с гемоколитами было в возрасте от 2-х до 6-ти месяцев жизни — 7, от 6-ти мес. до 1-го года — 17, от 1-го г. до 3-х лет — 22, от 3-х до 7-ми лет — 14, старше 7 лет — 3. Этиология бактериальной диареи с гемоколитом установлена у 20 больных (32%). У половины из них (у 10 детей (16%) высеена *Salmonella* (у 9 — *S. enteritidis*, у 1 — *S. typhimurium*). С одинаковой частотой выделялись *Shigella flexneri* 2a (у 1 *Shigella flexneri* 2a совместно с *Shigella sonnei*), *Clostridium difficile* и *Campylobacter* (по 3 больных (5%) соответственно). *Cl. difficile* (положительные токсины А и В) выявлены методом ИФА, *Campylobacter* — методом Latex-теста. У 1 ребенка высеена *Klebsiella pneumoniae*. У 4 больных установлена смешанная бактериально-вирусная этиология (с ротавирусом). Бактериальные ОКИ с гемоколитом у 46 больных (73%) протекали по типу энтероколита, у 17 (27%) — по типу гастроэнтероколита. В подавляющем большинстве случаев (у 60 детей (95%) диагностирована среднетяжелая форма ОКИ. Только у 3 детей — тяжелая. Интересно, что в тяжелой форме протекал шигеллез у 2 детей в возрасте 4 лет 10 мес. и 6 лет 10 мес. У 24 больных (38%) определялись признаки дегидратации: эксикоз 1 и 2 ст. — в 25% и 13% случаев соответственно. Больше, чем у половины больных (у 42 (67%) выявлялась сопутствующая патология: ОРВИ (у 23), мезаденит (у 11), атопический дерматит (у 8), внебольничная пневмония (у 5), крапивница (у 2), анемия (у 2).

Сальмонеллез диагностирован у детей возрастной группы от 1 г. до 3 лет жизни, только у 1 ребенка в возрасте 10 мес. и у 1 — 4,6 лет, протекал у всех, кроме 1 больного, по типу энтероколита. Шигеллез выявлен у двух детей возрастной группы от 3 до 7 лет и у 1 ребенка в возрасте 9 мес., у двух детей протекал по типу гастроэнтероколита, у 1 — по типу энтероколита. Клостридиоз установлен у двух детей с гемоколитами в возрасте до 1 г. жизни, у 1 ребенка — в возрасте 1,7 лет, у всех этих детей топикой был энтероколит. Кампилобактериоз проявлялся энтероколитом у 2 детей в возрасте 1,2 лет и у 1 ребенка в возрасте 4 мес. — гастроэнтероколитом.

Выводы: Этиология ОКИ, протекавшей с гемоколитом, установлена у трети больных (32%). У половины больных (16%) диагностирован сальмонеллез (*S. enteritidis*), шигеллез, клостридиоз и кампилобактериоз выявлялись значительно реже, с одинаковой частотой (5%).

Гемоколит при бактериальной диарее чаще развивается у детей в возрасте от 6 мес. до 3 лет, в половине случаев — при сальмонеллезе, протекающем по типу энтероколита. Практически у всех больных диагностирована среднетяжелая форма. В тяжелых формах чаще протекает шигеллез.

## Частота встречаемости клинических признаков инфекционного мононуклеоза у детей различного возраста в период разгара заболевания

Нагаева С.Ю., Виноградова Ю.Ю., Ефимова Д.А., Виноградов Р.И.  
г. Тверь, Россия

Инфекционный мононуклеоз (ИМ) достаточно распространён у детей. По данным ВОЗ, до 90% населения Земного шара инфицировано герпесвирусами. Возбудитель инфекционного мононуклеоза (в частности ВЭБ) тропен к иммунокомпетентным клеткам, имеет специфическое течение у детей на разных этапах онтогенеза, но при этом отсутствует этиотропное лечение и специфическая профилактика. Данное заболевание встречается у разных возрастных групп. Кроме выздоровления, возможно развитие вирусносительства (латентная инфекция) или формирование в хронической форме ВЭБ-инфекции.

Цель: выявить особенности современного течения инфекционного мононуклеоза у детей в различных возрастных группах.

Материалы и методы: Нами был проведён анализ 67 историй болезни детей с клиническим диагнозом «инфекционный мононуклеоз», находившихся на лечении в ДИО ГБУЗ КДБ №2 г. Твери в 2018 г. По данным историй болезни инфекционный мононуклеоз составил 8% от общего количества госпитализированных в данное отделение детей — 67 случаев заболевания. Для установления диагноза были использованы эпидемиологические, общеклинические, лабораторные и инструментальные методы исследования.

Результаты: в аспекте этиологического фактора большую часть составили больные с сочетанной инфекцией (ВЭБ + ЦМВ) — 54%, при этом наибольший процент больных пришёлся на дошкольный возраст (75%). ИМ, обусловленный микст-инфекцией в возрасте 7—12 лет был диагностирован у 17% больных, 13—17 лет — у 8%. Инфекционный мононуклеоз, вызванный ВЭБ наблюдался у 28% больных (из них 42% это дети в возрасте от 7 до 12 лет, 26%: 13—17 лет, 21%: 4—6 лет и 11%: дети от 1 до 3 лет). ИМ ЦМВ этиологии был выявлен у 15% детей (50% из них — дети 1—3 лет, 30%: 7—12 лет, по 10% пришлось на возраст 4—6 лет и 13—17 лет). ИМ неуточнённой этиологии был обнаружен у 3% детей от 1 до 6 лет. Анализ гендерной структуры наблюдаемых больных показал, что среди заболевших преобладали мальчики (54%), девочки составили 46%. При анализе возрастной структуры было обнаружено, что ИМ чаще встречается в возрастной группе от 1 до 4 лет (45%) и в 6 лет (13%). В более старшем возрасте показатели заболеваемости снижаются, отмечается лишь нерезкий подъём заболеваемости в возрасте 14 лет (6%).

Заболевание протекало с повышением температуры тела у 97% пациентов. В результате анализа температурных листов больных было отмечено, что инфекционный мононуклеоз чаще протекал с фебрильной лихорадкой (49,3%). Повышение температуры тела до субфебрильных цифр отмечено у 10,4% больных, выше 39°C — у 37,3% детей. Увеличение периферических лимфатических узлов отмечалось у 56 детей (83,6%). Среди всех госпитализированных детей на возраст 1—3 года приходилось 22,4% ( $n = 15$ ); 4—6 лет: 26,9% ( $n = 18$ ), 7—12 лет: 22,4% ( $n = 15$ ); 13—17 лет: 11,9% ( $n = 8$ ) детей с лимфаденопатией. Без лимфаденопатии преобладали дети в возрасте 1—3 лет (54,5%). Заложенность носа и храп отмечались лишь у небольшого количества детей (от 1,5 до

4,5% в разных возрастных группах). При этом ночной храп и заложенность носа в старшей возрастной группе (13—17 лет) не встречались, хотя, по данным литературы, данное проявление не является редкостью. Налёты на миндалинах отмечены у 88% ( $n = 59$ ) пациентов (островчатые, мелкоочечные или сплошь покрывающие всю поверхность миндалин). При осмотре ротоглотки у детей в возрасте 1—3 лет на миндалинах определялись у 90% ( $n = 19$ ) пациентов, в возрастной группе 4—6 лет: у 100% ( $n = 20$ ), 7—12 лет: у 76,5% ( $n = 13$ ), 13—17 лет: 77,8% ( $n = 7$ ) детей. За время нахождения в стационаре УЗИ органов брюшной полости было выполнено 43 детям (64,2%). Из них гепатоспленомегалия была выявлена у 12 детей (27,9% обследованных), спленомегалия у 18 детей (41,9%), гепатомегалия у 4 детей (9,3%). У 9 детей (20,9%) не было выявлено патологии. Частота выявления атипичных мононуклеаров (АМ) составила 58% (различные количественные значения) и полное их отсутствие в 42% анализов. При этом содержание АМ до 10% отмечалось у 12% пациентов, 10—20% — у 27%, свыше 20% у 19% детей.

Выводы: на сегодняшний день ИМ у детей сохраняет свои типичные, классические черты во всех возрастных группах. В аспекте этиологического фактора преобладает сочетанная инфекция (ВЭБ + ЦМВ). Заболевание чаще встречается у мальчиков дошкольного возраста. У подавляющего большинства ИМ протекает с фебрильной лихорадкой, лимфаденопатией, явлениями ангины, сплено- или гепатомегалией. Не отмечалось лимфаденопатии у детей раннего возраста (1—3 лет.) ИМ не всегда может сопровождаться гепато- и спленомегалией. Характерные изменения в гемограмме в виде наличия атипичных мононуклеаров встречаются не у всех детей.

# 114

## **Острые респираторные заболевания: проблема профилактики**

**Невинский А.Б., Арова А.А., Хлынина Ю.О.**

Волгоградский государственный медицинский университет,  
Волгоград, Россия

Неграмотность населения в вопросах профилактики ОРЗ приводит к их росту не только в период эпидемии, но и в межэпидемический период. Пациенты скептически относятся к вакцинации от гриппа, считая эту меру неоправданной. Большинство предпочитают бездействию активным действиям.

Целью исследования являлась оценка осведомленности о методах профилактики ОРЗ и уровня доверия населения к разным способам получения информации по данной тематике.

Материалы и методы: Была разработана анкета, включающая вопросы об осведомленности населения о респираторных заболеваниях и методах их профилактики. Основной акцент анкетирования сделан на определение источников соответствующей информации, вызывающих наибольшее доверие. Опрос проведен среди групп граждан, сфера деятельности которых не связана с медициной.

Результаты: В ходе анализа 1200 анкет были получены данные, свидетельствующие о том, что практически каждый житель города переносит в среднем от 3 до 5 эпизодов ОРЗ в год (54%), что соответствует общероссийским показателям. Большинство респондентов не видят разницы между простудой, гриппом, ОРЗ и не знают, как отличить одно от другого. В число самых уязвимых категорий традиционно входят дети, беременные,

пожилые люди, пациенты с хроническими заболеваниями. В настоящее время по популярности на первом месте (49%) стоит информация из интернета. Это общение в группах в социальных сетях (70%). Статьи на сайтах Роспотребнадзора, центров медицинской профилактики читает 16% респондентов. Наглядность в красочных видеосюжетах, плакатах и листовках, памятках для населения по профилактике гриппа и ОРЗ простых для запоминания и восприятия увлекает 14% респондентов. При этом большинство респондентов, выбравших указанный способ информирования в качестве приоритетного, считают, что распространяемые в данном сегменте сведения можно использовать. Второе место (34%) занимают советы друзей и родственников, которые являются «авторитетами» для данной группы анкетированных. На приемах в поликлинике и личных беседах с медицинскими работниками рекомендации направлены в основном на проведение вакцинации от гриппа (17%). При этом отмечается недостаточная их полнота. В условиях большой загруженности и дефицита времени большинство врачей поликлиник дают ответы только на конкретные вопросы, заданные пациентом при осмотре.

При оценке степени доверия респондентов к источнику информации беседы с врачами стоят на первом месте (46%), на втором месте (39%) находится интернет — «социальные сети», на третьем (15%) — советы друзей и знакомых. Врачам необходимо более активно использовать возможности личных бесед с пациентами по вопросам неспецифической профилактики и вакцинации от гриппа и ОРЗ.

Выводы: Использование современных средств и способов информирования может способствовать повышению эффективности профилактики и уменьшению уровня заболеваемости ОРЗ в популяции взрослого и детского населения.

Для формирования доверительного отношения и своевременного проведения профилактики гриппа и ОРЗ, уменьшения недоверия к отечественной медицине необходимо активнее привлекать медицинских работников к участию в популярных интернет-ресурсах, в ведении блогов и пропаганде здорового образа жизни в рамках проводимой государственной политики.

## 115

### **Клинические исследования иммунобиологических препаратов как основа безопасности и эффективности иммунопрофилактики**

**Никитюк Н. Ф., Гаврилова Н.А., Обухов Ю.И.**

ФГБУ «НЦ ЭСМП» МЗ РФ, г. Москва, Россия

На современном этапе эффективность иммунобиологических лекарственных препаратов (ИЛП) неоспорима, мировой опыт их применения доказывает безусловную значимость в снижении ряда серьезных инфекционных заболеваний, а в некоторых случаях и их ликвидации. Широкомасштабные мероприятия по иммунизации населения против инфекционных заболеваний диктуют необходимость слежения за качеством применяемых вакцинных препаратов, что является неотъемлемой частью эпидемиологического надзора за инфекционными заболеваниями на территории РФ.

Эпидемическая ситуация, сложившаяся по ряду инфекционных заболеваний, относящихся к управляемым инфекциям, требует более тщательного надзора, начиная от про-

ведения доклинических и клинических исследований, производства вакцинного препарата, контроля за технологическим процессом и выпускаемыми сериями до применения препарата потребителем.

Цели клинических исследований: государственная регистрация препарата; изучение возможности расширения показаний для медицинского применения в пострегистрационном периоде и выявление ранее неизвестных побочных действий зарегистрированных ИЛП.

Задачи клинических исследований: определение безопасности и реактогенности ИЛП; определение иммуногенных свойств ИЛП с последующим подбором оптимальных дозировок и схемы иммунизации; установление профилактической эффективности исследуемого ИЛП;

Клинические исследования ИЛП проводятся при: внедрении в практику вновь разработанных препаратов; регистрации зарубежных ИЛП; изменении возрастных дозировок; изменении схемы иммунизации; изменении технологии изготовления препарата; изменении разделов инструкции по применению ИЛП.

Дизайн клинических исследований ИЛП определяется: видом вакцинного препарата, содержанием вспомогательных веществ в составе вакцинного препарата, целью применения в практике здравоохранения, причастностью препарата к Национальному календарю профилактических прививок, схемой иммунизации и дозирования, показаний и перечня противопоказаний к применению.

При проведении клинических исследований безопасность оценивается на всех этапах, начиная с 1 фазы и заканчивая пострегистрационными исследованиями. Иммунологическая безопасность препарата включает оценку иммунологических исследований по определению напряженности специфического иммунитета. Реактогенные свойства препарата оцениваются по показателям местных и общих системных реакций организма на введение препарата.

Выводы: организация и проведение клинического исследования ИЛП являются основополагающими в системе эпидемиологического надзора за инфекционными заболеваниями. Правильно спланированное и качественно проведенное клиническое исследование является гарантией безопасности и эффективности иммунопрофилактики, проводимой среди населения.

116

## **Клинико-эпидемиологическая характеристика гепатита G у детей Краснодарского края**

**Первишко О.В., Баум Т.Г., Бевзенко О.В.**

ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, ГБУЗ «СКДИБ», г. Краснодар, Россия

Выявление вирусного гепатита G у детей ставит много сложных диагностических вопросов перед врачом педиатром. В связи с ограниченностью информации о течении, диагностики и лечении данной патологии, актуальным является исследование его клинико-эпидемиологических особенностей.

Цель: изучение клинико-эпидемиологических особенностей вирусного гепатита G у детей Краснодарского края.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 18 детей с подтвержденным вирусным гепатитом G в возрасте от 6 месяцев до 14 лет в течение 2-х лет, обратившихся в ГБУЗ «СКДИБ» г. Краснодара на амбулаторный прием. Все пациенты проходили контрольные осмотры, общеклинические обследования, определение качественным методом ПЦР диагностики на вирусный гепатит G.

Результаты: клиническая характеристика заболевания у большинства детей была представлена бессимптомным течением. Дети школьного возраста имели длительный астеновегетативный синдром, который характеризовался периодической сонливостью, слабостью, недомоганием в весене-осенний период. Повышение ферментов печени составило около 1,5–2 нормальных значений. У 16 (88,8%) пациентов имел место симптом холестаза, характеризующийся увеличением щелочной фосфатазы в 2–2,5 раза от возрастной нормы, данные изменения были более выражены у детей с аномалиями формы желчного пузыря. Отмечалось также увеличение других ферментов печени, в частности ЛДГ до 2–3 норм от возрастных показателей, ГГТ до 1,5–2 норм соответственно.

Заражение у 12 (66,6%) детей произошло в результате перинатального контакта с матерью. Во время беременности у женщин отмечались периодические подъемы показателей АЛТ, АСТ, что и явилось показанием для обследования. При сборе анамнеза женщин так и не были установлены причины формирования заболевания. У 33,4% детей гепатит G выявили при проведении дополнительных обследований по поводу неуточненного синдрома цитолиза, при этом родители связывают это с медицинскими манипуляциями. Наблюдаемые пациенты имели функциональные нарушения пищеварения в виде повышенного газообразования, склонность к нестабильному стулу, периодических болей в правом подреберье. При исследовании копрограммы определяли наличие большого количество нейтральных жиров.

Выводы: вирусный гепатит G имеет благоприятное течение, со стабильными биохимическими показателями. Учитывая, что основной путь заражения в детском возрасте перинатальный, необходимо проводить обследование детей на вирусный гепатит G при наличии данного заболевания у матери и при выявлении симптома цитолиза. Наблюдение данных пациентов должны осуществлять врачи инфекционисты с проведением необходимого клинико-лабораторного обследования дважды в год.

117

## **Ультразвуковая характеристика иммунных органов у детей с инфекционным мононуклеозом**

**<sup>1,2</sup>Перепелица С.А., <sup>1</sup>Перминова Л.А., <sup>1,3</sup>Степаня И.А.,  
<sup>3</sup>Захар Е.В., <sup>1</sup>Журавлева В.А.**

<sup>1</sup>ФГАОУ ВО «Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта», Калининград, Россия,

<sup>2</sup>Научно-исследовательский институт общей реаниматологии имени В.А. Неговского ФГБНУ «Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии», Москва, Россия

<sup>3</sup>ГБУЗ «Инфекционная больница Калининградской области», Калининград, Россия

Применение неинвазивных, ультразвуковых методов диагностики используется для оценки состояния иммунных органов. Ультрасонографическая характе-

ристика селезенки и лимфатических узлов является объективным критерием реакции органов на возможный инфекционный процесс.

Цель: Ультразвуковая оценка иммунных органов у детей с инфекционным мононуклеозом.

Материалы и методы: Обследовано 27 детей. Средний возраст —  $11,7 \pm 3,5$  года, масса тела —  $44,7 \pm 17$  кг. Во время ультразвукового исследования проведено морфометрическое измерение параметров селезенки, фиброэластометрия (ФЭМ), оценка размеров лимфатических узлов. По методике Возгомент О.В. произведены расчеты массы селезенки и коэффициента массы селезенки (КМС).

Результаты: При проведении ультразвукового исследования выявлено, что контур селезенки четкий, паренхима однородная, изоэхогенная. Средняя масса селезенки составляет  $283 \pm 127$  г, абсолютная величина показателя варьировала от 37,4 до 583,2 г. Средняя величина коэффициента массы селезенки (КМС) составляла  $6,47 \pm 2,8$ . При детальном анализе установлено, что исследуемый показатель варьирует в широком диапазоне, в связи с чем пациенты были разделены на 3 группы:

- группа «А» — 4 (14,8%) ребенка. Средняя масса селезенки составляет  $114,3 \pm 79,6$  г, КМС находится в диапазоне от 1,9 до 3,9, средняя величина показателя —  $2,7 \pm 0,5$ .

- группа «В» — 9 (33,3%) детей. Средняя масса селезенки составляет  $259,8 \pm 72$  г, КМС — от 4 до 5,9, средняя величина показателя —  $4,8 \pm 0,6$ .

- группа «С» — 14 (51,9%) пациентов. Средняя масса селезенки составляет  $332,5 \pm 119,6$  г, КМС — от 6,3 до 14,2, средняя величина показателя —  $8,6 \pm 1,9$ .

Установлено, что у пациентов группы «С» масса селезенки и КМС статистически значимо больше, по сравнению с группами «А» и «В» ( $p = 0,02$ ;  $p = 0,0000$ ).

В группе «А» течение заболевания характеризуется отсутствием изменений со стороны иммунных органов: нормальной величиной селезенки, лимфаденопатия отсутствует.

В группе «В» спленомегалия сочетается с увеличением лимфатических узлов различной локализации: перипортальная лимфаденопатия характерна для 44,4% случаев, шейная выявлена в 11,1% наблюдений. Средний размер перипортальных лимфатических узлов составляет  $15,1 \pm 4$  мм. Жесткость селезенки повышена у 22,2% пациентов. Средняя величина ФЭМ составляет  $18,3 \pm 6,5$  кПа.

В группе «С» спленомегалия также сочетается с лимфаденопатией различной локализации. Увеличенные лимфатические узлы в 64,3% случаев лоцируются в воротах печени, а также подчелюстные, шейные — у 21,4% и 14,2% соответственно. Средние размеры лимфатических узлов составляют: перипортальные —  $13,3 \pm 3,3$  мм, шейные —  $15,2 \pm 4,2$  мм, поднижнечелюстные —  $14 \pm 4,3$  мм. Жесткость селезенки повышена у 42,9% пациентов. Средняя величина ФЭМ составляет  $15,8 \pm 4,8$  кПа. Статистически значимых отличий между группами «В» и «С» не выявлено ( $p > 0,01$ ).

Выводы: При мононуклеозе у детей возможны три варианта изменений иммунных органов, в зависимости от величины КМС. В 14,8% наблюдений течение заболевания не сопровождается увеличением селезенки и лимфатических узлов. В большинстве случаев имеет место спленомегалия в сочетании с лимфаденопатией различной локализации. Выявлена прямая зависимость: чем выше масса селезенки и КМС, тем чаще появляется

лимфаденопатия различной локализации. Повышение жесткости селезенки характерно для пациентов с коэффициентом массы селезенки более 4.

118

## **Профилактика перинатальной передачи ВИЧ-инфекции: опыт Калининградской области**

**<sup>1</sup>Перминова Л.А., <sup>2</sup>Хромова И.Е., <sup>2</sup>Карапетян А.П., <sup>1</sup>Малахова Ж.Л.**

<sup>1</sup>ФГАОУ ВО «Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта», Калининград,

<sup>2</sup>ГБУЗ «Инфекционная больница Калининградской области», Калининград, Россия

Продолжающийся рост числа новых случаев ВИЧ-инфекции, в том числе среди женщин репродуктивного возраста на фоне увеличения доли гетеросексуального пути инфицирования способствует повышению риска перинатальной передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку.

Цель: Оценить эпидемиологическую ситуацию и эффективность профилактики перинатальной передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку в Калининградской области.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ многолетних официальных статистических данных (Ф-61 «Сведения о контингентах больных ВИЧ-инфекцией», «Диспансеризация детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных мам», «Диспансеризация ВИЧ-инфицированных беременных»).

Результаты: Заболеваемость населения ВИЧ-инфекцией в Калининградской области на протяжении последних нескольких лет ниже среднероссийского уровня. Всего за период эпидемии с 1996 года зарегистрировано 10 956 случаев ВИЧ-инфекции, родилось детей от матерей с ВИЧ-инфекцией — 1459 человек, перинатальная передача ВИЧ реализована в 99 случаях. На начало 2019 года в области проживало 6230 ВИЧ-инфицированных, среди них 91 ребенок в возрасте до 15 лет. Многолетняя эпидемиологическая ситуация характеризуется повышением удельного веса передачи ВИЧ-инфекции через сексуальные контакты с 4% в 1996 году до 85% в 2018 году. Наряду с этим отмечается вовлечение в эпидемический процесс женщин — соотношение мужчин и женщин с ВИЧ-инфекцией в Калининградской области составляет 54 и 46% соответственно. С 2011 года количество родов у женщин с ВИЧ-инфекцией — от 90 до 100 случаев. В последние два года отмечено снижение количества родов — до 79 в 2018 году, в текущем году — 70. Удельный вес родов у женщин с ВИЧ-инфекцией в общей структуре родов составляет от 0,7 до 0,85%. Отмечена тенденция увеличения числа повторных родов у женщин с ВИЧ-инфекцией с 30 до 44%. Увеличение числа женщин с ВИЧ-инфекцией за последние три года с 44,3 до 55,1% случаев. Доля новых случаев ВИЧ-инфекции у беременных при употреблении наркотиков составляет от 11 до 13%. Около 30% женщин во время беременности имели высокую вирусную нагрузку — более 1000 копий в мкл. Высокий удельный вес оперативного родоразрешения (в 2000 году — 18,5%, в 2018 году — 78,5%) связан с увеличением доли повторных оперативных родов и высокой вирусной нагрузкой. Охват 3-х этапной химиопрофилактикой передачи ВИЧ-инфекции увеличился с 55% (2007 г.) до 93% (2017 г.). Частота вертикальной передачи ВИЧ-инфекции составляла от 4,8% (2011 г.) до 1,2% (2018 г.)

и 0% (2016 г.). Основные причины реализации перинатальной передачи ВИЧ — проведение неполной схемы химиопрофилактики из-за сокрытия матерью своего ВИЧ-статуса или полного отказа от проведения химиопрофилактики.

Выводы: Эпидемиологический процесс ВИЧ-инфекции характеризуется преобладанием полового пути передачи ВИЧ-инфекции и высокого уровня вовлечения в эпидемиологический процесс женщин фертильного возраста. Среди беременных с ВИЧ-инфекцией увеличивается количество женщин, находящихся на АРВТ терапии и длительным «стажем» ВИЧ-инфекции, растет число повторных родов. Несмотря на высокий охват трехэтапной химиопрофилактикой, риск перинатальной передачи ВИЧ-инфекции связан с поздней диагностикой ВИЧ-инфекции у матери и инфицирования перед родами или в период грудного вскармливания.

119

## **Клинико-лабораторный алгоритм диагностики острой цитомегаловирусной инфекции у детей**

**Пермякова А.В., Дерюшева А.Ю.**

ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера» Минздрава РФ, Пермь, Россия

Актуальность совершенствования диагностики цитомегаловирусной инфекции (ЦМВИ) обусловлена ее широким распространением в детской популяции, ростом инфицированности, неспецифичностью симптоматики, затрудняющими постановку диагноза по клиническим данным.

Цель: Оптимизация лабораторной диагностики цитомегаловирусной инфекции у детей путем определения клинико-лабораторных предикторов, соответствующих острой стадии инфекции.

Материалы и методы: Основную группу исследования составили 65 детей с цитомегаловирусным мононуклеозом в возрасте от 1 до 3 лет. Критерий включения в группу: определение ДНК ЦМВ в крови. Маркеры герпесвирусных инфекций (ДНК ЦМВ, ВЭБ, ВГЧ-6 типа) определяли методом ПЦР-real time (кровь, слюна) и серологически (IgM, IgG).

Результаты: Исследование показало, что острая цитомегаловирусная инфекция может протекать как в виде инфекционного мононуклеоза, так и быть атипичной. Классический комплекс симптомов мононуклеоза в виде длительной лихорадки, интоксикации, выраженной лимфаденопатии, затруднения носового дыхания отмечался у половины детей основной группы — 49,2% (32/65). У остальных детей (50,8%, 33/65) основной группы клиническая картина мононуклеоза была стертой, без полного развертывания классического симптомокомплекса, а именно, на фоне локализованной лимфаденопатии в 75,7% случаев (25/33) и лихорадки более 5 дней в 65,0% случаев (21/33), заболевание протекало по типу острого трахеобронхита (54,5%, 18/33), двустороннего отита (45,4%, 15/33), фарингитозиллит отмечен у 30,0% (10/33) детей. Случаев гепатомегалии в этой группе не было. При серологическом обследовании установлено, что анти-ЦМВ IgG в основной группе определялись в 57% (37/65) случаев, в группе сравнения в 81,0% (35/43) случаев при среднеарифметических значениях без достоверных различий. Анти-ЦМВ IgM определялись у 55,4% (36/65) детей только в основной груп-

пе. Методом ПЦР-real time в крови всех пациентов основной группы определялась ДНК цитомегаловируса: значения вирусной нагрузки распределились неравномерно в диапазоне от 2,6 до 4,8 lg копий ДНК/мл, медиана вирусной нагрузки в крови составила  $3,4 \pm 0,1$  lg копий ДНК/мл, доля низких значений — 83,0% (54/65), средних — 17,0% (11/65), высоких значений не было. В слюне детей основной группы ДНК ЦМВ определена у 99,0% (64/65), в группе сравнения у 69,7% (30/43), медианы вирусной нагрузки составили  $4,9 \pm 0,1$  lg копий ДНК/мл в основной группе против  $2,9 \pm 0,1$  lg копий ДНК/мл,  $p = 0,001$ . Надежность метода ПЦР для определения цитомегаловирусной инфекции по слюне оценили, рассчитав чувствительность (Se) и специфичность (Sp), которые составили 98,0% и 36,0%. Низкое значение показателя специфичности не дает возможности использовать слюну для идентификации больных острой ЦМВИ. Для повышения точности исследования рассчитали значение вирусной нагрузки, соответствующее острой стадии инфекции. При помощи математического моделирования определили «пороговое» значение вирусной нагрузки для слюны, равное 4,1 lg копий ДНК ЦМВ/мл, соответствующее 65,0% вероятности развития острой ЦМВИ.

Выводы: Острая цитомегаловирусная инфекция у детей 1—3 лет в 50,0% случаев протекает по типу инфекционного мононуклеоза, и сопровождается выделением вируса как в кровь, так и в слюну практически у всех пациентов, медиана вирусной нагрузки для крови  $3,9$  lg копий ДНК/мл, слюны —  $4,9$  lg копий ДНК/мл. Проведенное исследование позволило обосновать алгоритм диагностики острой цитомегаловирусной инфекции у детей раннего возраста, включающий в себя рассчитанное «пороговое» значение вирусной нагрузки для слюны, равное 4,1 lg копий ДНК/мл.

## 120 Клещевой энцефалит у детей

<sup>1</sup>Помогаева А.П., <sup>2</sup>Караваяева М.О.

<sup>1</sup>Сибирский государственные медицинский университет,

<sup>2</sup>ОГАУЗ Детская больница №1, Томск, Россия

Клещевой энцефалит (КЭ) — природно-очаговое заболевание с высокой степенью инвалидизации и летального исхода в группе клещевых инфекций. Регистрируется в виде моноинфекции и микст с другими клещевыми инфекциями.

Цель: Охарактеризовать клинико-эпидемиологические показатели детей, больных КЭ за 1990—2017 годы в острый период болезни для оптимизации терапии и профилактики.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 336 больных КЭ в возрасте от 1 года до 14 лет. 1990—2002 гг. — 264 ребенка — 1 группа, 2003—2017 гг. — 72 — 2 группа. Диагноз КЭ подтвержден серологически, определением АГ и РНК вируса — у части детей. Исключали клещевые и по показаниям другие инфекции. Статистическая обработка — программа «Statistica 6,0».

Результаты: По данным годовых отчетов заболеваемость КЭ зависела от увеличения численности клещей и длительности эпидемического сезона (ЭС), но не от уменьшения их вирусофорности. Снижение заболеваемости КЭ после 2002 года сопровождалось изменением соотношения клинических форм. В 1 группе лихорадочная форма (ЛФ) со-

ставила 50%, менингеальная (МФ 1 и 2-волновая) — 40,9%, очаговая (ОФ) — 9,1%. Во 2 группе они представлены 64,9%, 31,9% (из них МФ2 — 1,6%) и 4,2% соответственно ( $p < 0,05$ ). Тяжесть КЭ не изменилась, летальные исходы (2) имели место и во 2 группе. Представлены общие данные, поскольку существенных различий между сравниваемыми группами не найдено. После присасывания клещей заболевание возникло у 95,7% детей. Начало КЭ острое, лихорадка до  $38,4^\circ \pm 0,6^\circ\text{C}$  длительностью  $5,2 \pm 0,6$  дней при ЛФ, МФ1 —  $6,2 \pm 0,3$  дней. У детей с МФ2 1 период составил  $3,5 \pm 0,2$  дней, через 7 дней вновь лихорадка сроком  $7,0 \pm 0,2$  дней. При ОФ КЭ высокая лихорадка была  $7,1 \pm 0,9$  дня. Синдром интоксикации разной степени установлен у всех больных. Эмоциональная лабильность и нарушение психики выявлены у 90,9% детей преимущественно при МФ и ОФ. Вегетативная дисфункция преобладала у детей при ЛФ, выраженный менингеальный синдром при МФ и ОФ, переходящий и умеренно выраженный — при ЛФ. Нарушение сознания, очаговые симптомы были у детей с ОФ, имели переходящий характер у больных МФ. Исход заболевания при выписке: у больных ЛФ — клиническое выздоровление, МФ — сохранялась эмоциональная лабильность, ОФ — изменение неврологического статуса. Такой исход КЭ обусловлен особенностями специфического иммунитета. У больных ЛФ наблюдалась ранняя выработка антител с быстрым переключением синтеза IgM на IgG. При МФ2 динамика накопления антител происходила медленнее и титры их были ниже в начале болезни в сравнении с МФ1. У больных ОФ отмечено угнетение антителообразование с первых дней болезни, длительное сохранение IgM и самые низкие титры IgG. Антропогенное воздействие на природные очаги не могло способствовать эволюции природно-очаговых инфекций. Увеличилась частота ЛФ, уменьшилась МФ и ОФ без изменения частоты и степени выраженности симптомов КЭ.

Выводы: Последовательное существенное снижение заболеваемости КЭ детей сопровождается изменением соотношения клинических форм в сторону увеличения частоты лихорадочной формы, уменьшения менингеальной и очаговой форм. Симптоматика клинических форм (частота и степень выраженности) не меняется. КЭ, по-прежнему, остается инвалидизирующим и жизнеугрожающим заболеванием, неблагоприятный исход которого в природном очаге можно предупредить только ранней диагностикой, адекватной терапией и вакцинопрофилактикой.

121

## **Влияние свободно-радикальных процессов на тяжесть и течение псевдотуберкулеза у детей**

**Помогаева А.П., Носарева О.Л., Степовая Е.А.**

Сибирский государственный медицинский университет, Томск, Россия

Псевдотуберкулез (ПТ) — инфекция с гематогенной, лимфогенной диссеминацией возбудителя и выраженным токсико-аллергическим синдромом за счет свободно-радикальных процессов. Для обезвреживания их необходима достаточная емкость антиоксидантной системы организма (АОС).

Цель: Определить значение перекисного окисления липидов (ПОЛ) и состояния антиоксидантной системы (АОС) в увеличении степени тяжести и негладкого течения ПТ у детей.

Материалы и методы: обследовано 125 больных, из них средняя степень тяжести гладкое (64) и негладкое (28) течение ПТ. Определяли содержания восстановленного глутатиона (ВГ), активности глутатионредуктазы (ГР), каталазы, концентрацию диеновых конъюгатов. Статистическая обработка результатов выполнена по программе Statistica 6.

Результаты: У всех детей ПТ начинался остро с появлением синдромов интоксикации, дисфункции кишечника, реже — артралгии, рвоты. В период разгара болезни у детей соответственно отмечалось ухудшение состояния — у 95,2%, поражение ротоглотки — у 81,2%, глаз — у 25,1%, лимфаденопатия — у 18,2%. Полиморфная сыпь в различной комбинации сохранялась 4,  $9 \pm 2,3$  дня. Гепатоспленомегалия была у 2/3 детей на протяжении 8—15 дней с желтушностью кожи у 13,2% из них. Продолжительность периода разгара —  $4,9 \pm 2,6$  дней. Большая продолжительность симптомов интоксикации, катарального синдрома, гепатомегалии выявлялась у больных среднетяжелой формой, чем легкой. Тяжелой степени ПТ присущи гипертермия, токсикоз, гепатоспленомегалия. Период ранней реконвалесценции характеризовался медленной обратной динамикой клинических симптомов. Негладкое течение болезни вследствие обострения или рецидива имело место у 31,7% детей со средней и тяжелой степенью ПТ. Симптомы обострений и рецидивов были выражены слабее, чем в период разгара ( $p < 0,05$ ). Реже наблюдались катаральный синдром ( $p < 0,05$ ), сыпь ( $p < 0,05$ ), диарея, желтушность кожи и слизистых оболочек. Характерными были нодозная эритема (у  $12,2 \pm 5,1\%$  детей), мезаденит (у  $2,4 \pm 2,3\%$ ), терминальный илеит (у  $2,4 \pm 2,3\%$ ), кровоизлияния в склере (у  $9,7 \pm 4,6\%$ ). Артралгии наблюдались чаще при рецидиве, чем при обострении ( $54,5 \pm 15,7\%$  против  $13,3 \pm 6,2\%$ ,  $p < 0,05$ ). Общеклинические анализы соответствовали степени тяжести и периоду болезни.

Больные получали антимикробную и патогенетическую терапию. Длительность терапии зависела от степени тяжести, варианта течения ПТ и колебалась от 14 до 25 дней. Содержание продуктов ПОЛ- диеновых конъюгатов и ТБК- реактивных продуктов в плазме крови детей с ПТ увеличивалось в разгар болезни и в период ранней реконвалесценции у больных со среднетяжелой и тяжелой степенью при негладком течении. Нарастание степени тяжести ПТ у детей сопровождалось снижением показателей антиоксидантной защиты крови с преимущественным падением концентрации ВГ и активности глутатионзависимых ферментов при активации каталазы в эритроцитах.

Выводы: Дисбаланс в работе ферментов антиоксидантной защиты является следствием цитопатогенного действия токсических и ферментативных факторов возбудителя ПТ. Увеличение степени тяжести, формирование негладкого течения ПТ происходит при снижении детоксикационного потенциала организма, дисбалансе антиоксидантной защиты, развитии реактивного гепатита.

## Серологические маркеры инфицирования вирусом гепатита E у детей

<sup>1,2</sup>Потемкин И.А., <sup>1</sup>Слукинова О.С., <sup>1</sup>Муллин Е.В., <sup>1,2</sup>Карлсен А.А.,  
<sup>1,2</sup>Кичатова В.С., <sup>3</sup>Лопатухина М.А., <sup>1,2</sup>Малинникова Е.Ю.,  
<sup>4</sup>Романенко В.В., <sup>5</sup>Поляков А.Д., <sup>1,2</sup>Исаева О.В., <sup>1,2</sup>Кюрегян К.К.,  
<sup>1,2</sup>Михайлов М.И.

<sup>1</sup>ФГБНУ «Научно-исследовательский институт вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова», Москва, Россия;

<sup>2</sup>ФГБОУ ДПО Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва, Россия;

<sup>3</sup>ФГБНУ «Федеральный научный центр исследований и разработки иммунобиологических препаратов им. М.П. Чумакова РАН», Москва, Россия;

<sup>4</sup>ФБУЗ Центр гигиены и эпидемиологии Свердловской области, Екатеринбург, Россия;

<sup>5</sup>Управление Федеральной служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Белгородской области, Белгород, Россия

Необходимо включение определения маркеров гепатита E в систему диагностики заболеваний печени у детей.

Цель: Установить распространенность серологических маркеров инфицирования вирусом гепатита E (ВГЕ) среди детей в Российской Федерации.

Материалы и методы: Наличие антител к ВГЕ (анти-ВГЕ) классов IgG и IgM определяли методом ИФА в образцах сыворотки крови от условно здоровых детей и подростков в возрасте от 0 до 19 лет из 7 регионов РФ: Московской ( $n = 607$ ), Белгородской ( $n = 413$ ), Ростовской ( $n = 504$ ), Свердловской ( $n = 521$ ) областей, Тывы ( $n = 488$ ), Якутии ( $n = 506$ ), Хабаровского края ( $n = 496$ ).

Результаты: Частота выявления анти-ВГЕ IgG среди детей в возрасте до 14 лет составила в среднем 1,4% (37/2639), при отсутствии достоверных различий между регионами. Среди подростков в возрасте 1—19 лет анти-ВГЕ IgG выявляли в 2,8% образцов (25/896), при этом доля серопозитивных образцов в Белгородской области была достоверно выше (5,6%,  $p < 0,05$ ) по сравнению с остальными регионами (0%—2,6%). Частота выявления анти-ВГЕ IgG среди детей и подростков была достоверно ниже по сравнению со взрослым населением соответствующих регионов (3,4%—19,4%,  $p < 0,05$ ). Доля образцов, содержащих помимо анти-ВГЕ IgG антитела класса IgM, свидетельствующих о текущей или недавней перенесенной инфекции, составила 0,4% (13/3535) среди детей и подростков в возрасте от 1 до 19 лет, и была достоверно ниже аналогичного показателя среди взрослого населения — 1,1% (46/4124,  $p < 0,01$ ). Все позитивные по анти-ВГЕ IgM участники исследования не имели в анамнезе заболевания печени, что свидетельствует о бессимптомном течении выявленных случаев инфекции.

Выводы: Встреча с ВГЕ на территории РФ, по-видимому, происходит чаще во взрослом возрасте. Однако выявление серологических маркеров ВГЕ-инфекции у детей также

свидетельствует о возможности заражения ВГЕ в детском возрасте. Очевидно, значительная доля случаев ВГЕ инфекции протекает бессимптомно.

Работа выполнена при финансовой поддержке Министерства науки и высшего образования РФ (Соглашение № 05.613.21.0091, уникальный идентификатор проекта RFMEFI61319X0091).

## **123 Клинико-эпидемиологические особенности инфекционного мононуклеоза у детей на современном этапе**

**Родионова Н.В., Петров В.А.**

ИАТЭ НИЯУ МИФИ, МРНЦ им. А.Ф. Цыба — филиал НМИЦ радиологии Минздрава России, г. Обнинск, Россия

Цель: Анализ и изучение клинико-эпидемиологических особенностей течения инфекционного мононуклеоза у детей.

Материалы и методы: В период с сентября 2018 года по октябрь 2019 года было госпитализировано 25 человек с диагнозом инфекционный мононуклеоз, подтвержденным лабораторными методами (общий анализ крови: атипичные мононуклеары; метод иммуноферментного анализа с определением антител к ВЭБ инфекции, ЦМВ-инфекции, УЗИ, ЭКГ).

Результаты: Большую часть заболевших — 69,2% составили мальчики. По возрастному составу пациенты распределились следующим образом: до 1 года — 1 человек (4,0%), 1 год — 5 лет — 17 (68,0%), с 5 лет до 10 лет — 5 (20,0%), с 10 до 18 лет — 2 (8,0%). С предварительным диагнозом лакунарная ангина доставлено 6 человек (24,0%); инфекционный мононуклеоз — 1 человек (4,0%); ОРВИ — 18 человек (72,0%). На 1—2-й день заболевания были госпитализированы 2-е больных (8,0%), 16 человек (64,0%) — на 3—4-й день, 7 человек (28,0%) — на 5—7-й день.

В большинстве случаев заболевание протекало с типичным клиническим симптомокомплексом, включающим в себя лихорадку, выраженную лимфаденопатию, явления острого тонзиллита, затруднение носового дыхания, гепатоспленомегалию, сыпь. Только у 9 пациентов в общем анализе крови были обнаружены атипичные мононуклеары больше 10%. У 20 пациентов наблюдалось значительное превышение активности АЛТ в среднем до 300 МЕ/л и АСТ — до 180 МЕ/л, а также с выраженным снижением коэффициента де Ритиса до 0,73 при норме больше 1, изменение уровня билирубина наблюдалось только у одного ребенка. Осложнение развилось у 1 пациента — кардиопатия, которая сопровождалась изменениями на ЭКГ (депрессия сегмента ST, нарушениями ритма и проводимости).

Выводы: Инфекционным мононуклеозом болеют преимущественно дети в возрасте от 1 года до 5 лет. Заболевание протекает с характерной клинической картиной, включающей в себя патогномичные симптомы. Расхождения между диагнозом направившего учреждения и окончательным клиническим диагнозом достаточно велико, что, по-видимому, связано со сходством начального периода инфекционного мононуклеоза с ОРВИ

и ангиной. Лабораторное подтверждение инфекционного мононуклеоза отмечается во всех случаях.

## 124 Этиологическая структура острых тонзиллитов у детей: мониторинг резистентности

Родионова Н.В., Петров В.А.

ИАТЭ НИЯУ МИФИ, МРНЦ им. А.Ф. Цыба — филиал  
НМИЦ радиологии Минздрава России, г. Обнинск, Россия

Причины развития устойчивости микроорганизмов к антибактериальным препаратам многообразны, но значимое место среди них занимают нерациональность, а порой и ошибочность применения препаратов.

Цель: Анализ микрофлоры миндалин при острых тонзиллитах с последующим определением чувствительности к антибиотикам.

Материалы и методы: Исследование мазков из пораженных участков ротоглотки проводилось культуральным методом. Забор материала осуществлялся до начала антибактериальной терапии в стационаре.

Результаты: Анализ микрофлоры был проведен 85 пациентам. Сочетанная микрофлора наблюдалась у 37 пациентов, что составило 43,5%, один возбудитель выделен у 48 больных — 56,5%. Из монокультур при острых тонзиллитах лидирующее положение занимает *Str. viridans* — 17 сл., *St. epidermidis* — 9 сл., *St. aureus* — 8 сл., *Str. pneumoniae* — 7 сл., затем следуют *Str. pyogenes* — 5 сл., *Enterococcus faecium* — 2 сл. Комбинация микроорганизмов встречалась в 37 случаях. Чаще всего наблюдались сочетание *Str. pneumoniae* с *Str. viridans* — 13 сл., *Str. pyogenes* и *Str. pneumoniae* — 9 сл., *St. aureus* с *Str. viridans* — 6 сл., *Str. viridans* и *Enterococcus faecium* — 5 сл., *Str. viridans*, *Str. pneumoniae* — 4 случая. Выделенные в настоящее время штаммы стафилококка, за редким исключением, устойчивы к пенициллину в 77,3% случаев, к цефалоспорином III поколения чувствительны только 13,6% — *Str. pneumoniae*, что коррелирует с клинической неэффективностью. Появились штаммы патогенных бактерий, одновременно устойчивые к нескольким антибиотикам в 26,5%. Менее чувствителен *Str. pyogenes* также к цефалоспорином 3-го поколения, эритромицину, ванкомицину, хорошая чувствительность к меропенему — 96%, линезолиду — 70%. У *St. aureus* наблюдалась хорошая чувствительность к линкозамидам — 90%, рифампицину (94%), гентамицину — 86%, ципрофлоксацину — 80%, ванкомицину — 72%, оксациллину — 72%, и значительное снижение чувствительности к пеницилинам и цефалоспорином.

Выводы: Избыточное применение антибактериальных препаратов населением, неправильные представления и недооценка проблемы устойчивости ведет к распространению резистентности. Мониторинг резистентности и эпидемиологический надзор должны стать рутинными как в поликлинике, так и в стационаре. Необходимо проводить оценку вида антибактериального препарата, который чаще всего применялся для лечебных целей, и анализ результатов лечения.

## Исследования токсичности, сравнительной фармакокинетики и биоэквивалентности препаратов Лоратадин-ЭКО сироп и Кларитин сироп

Рогожникова Е.П., Марданлы С.Г.

ЗАО «ЭКОлаб», г. Электрогорск, Россия

Аллергические заболевания в настоящее время представляют серьезнейшую проблему практического здравоохранения. Создание конкурентоспособных отечественных лекарственных препаратов с подтвержденной биоэквивалентностью из списка ЖНВЛП первоочередная задача импортозамещения.

Цель: Оценка токсичности, и биоэквивалентности препаратов Лоратадин-ЭКО, сироп 1 мг/мл, производства «ЭКОлаб» и референтного препарата — Кларитин, сироп 1 мг/мл, Бельгия.

Материалы и методы: Исследования сравнения общей токсичности (острой и подострой) препаратов проводились на мышах, крысах и крысах-сосунках при внутрижелудочном введении.

В исследование биоэквивалентности участвовало 20 здоровых добровольцев в возрасте 18—45 лет. Определяли концентрацию лоратадина в плазме крови добровольцев методом ВЭЖХ.

Результаты: Эксперимент по исследованию общей токсичности и при введении 20 г/кг (мыши) и 25 г/кг (крысы) летальных доз достичь не удалось.

На проведение исследования сравнительной фармакокинетики и биоэквивалентности препаратов получено разрешение МЗ РФ.

Проведенные сравнительные экспериментальные исследования токсичности воспроизведенного лекарственного препарата Лоратадин-ЭКО и препарата-аналога Кларитин показали, что они являются практически биоэквивалентными; величины токсичности и изменения физиологических показателей, вызванных применением препарата Лоратадин-ЭКО, достоверно не отличались от таковых в случае применения препарата-аналога.

Наличие нежелательных эффектов препаратов оценивали по жалобам добровольцев, а также по данным физикального осмотра и, при необходимости, результатам лабораторного и инструментального обследования. По результатам клинического и лабораторного исследований, проводимых на всех этапах исследования, не зафиксировано развитие нежелательных/несерьезных нежелательных явлений у добровольцев после однократного приема препаратов Лоратадин-ЭКО и Кларитин в дозе 10 мг (10 мл).

Выводы: Доверительный интервал для отношения средних геометрических значений параметров: площадь под кривой «концентрация — время» ( $AUC_{0-t} = 90,39 - 105,55\%$ ), максимальная концентрация вещества ( $C_{max} = 89,05 - 103,87\%$ ), и отношение  $C_{max}/AUC_{0-t}$  ( $91,67 - 105,76\%$ ) не выходит за пределы 80 — 125%, испытуемые препараты Лоратадин-ЭКО и Кларитин являются биоэквивалентными. Как исследуемый препарат, так и препарат сравнения, продемонстрировали благоприятный профиль безопасности, каких-либо различий в профиле безопасности препаратов обнаружено не было.

## Пострегистрационное клиническое изучение лекарственного препарата «НИФУРОКСАЗИД-ЭКО, суспензия для приема внутрь 200 мг/5 мл»

<sup>1</sup>Рогожникова Е.П., <sup>1</sup>Марданлы С.Г., <sup>2</sup>Гончар Н.В.

<sup>1,3</sup>АО «ЭКОлаб», Московская обл., г. Электрогорск,

<sup>2</sup>ФГБУ Детский научно-клинический центр инфекционных болезней ФМБА России, г. Санкт-Петербург, Россия

Острые кишечные инфекции занимают 2-е место среди детских инфекционных заболеваний и характеризуются высокой заболеваемостью и летальностью. В клинической практике активно используется антибактериальное вещество нифуроксазид для лечения острых кишечных инфекций у детей.

Нифуроксазид подавляет рост патологической микрофлоры, но не влияет на нормальную бактериальную флору и не приводит к развитию резистентности у патогенных микроорганизмов, практически не всасывается из пищеварительного тракта, действует исключительно в просвете кишечника.

Цель: Оценка эффективности, безопасности и переносимости препарата «Нифуроксазид-ЭКО» при терапии эшерихиозов у детей в возрасте от 1 месяца до 18 лет в условиях стационара.

Материалы и методы: Предприятие ЗАО «ЭКОлаб» инициирует пострегистрационное клиническое наблюдательное исследование эффективности и безопасности применения зарегистрированного препарата «Нифуроксазид-ЭКО» на базе ФГБУ «Детский научно-клинический центр инфекционных болезней Федерального медико-биологического агентства». В научно-исследовательской работе будут использоваться: клинические, лабораторные и микробиологические методы, молекулярно-биологические исследования фекалий на диареегенные эшерихии.

Перед исследователями поставлены следующие задачи:

- Оценка клинической эффективности и безопасности использования препарата «Нифуроксазид-ЭКО» в комплексной терапии эшерихиозов у детей.
- Определение частоты развития дисбиоза кишечника на фоне использования препарата «Нифуроксазид-ЭКО» в комплексной терапии эшерихиозов у детей.

В ходе испытаний будут фиксироваться клинические проявления эшерихиоза у детей, динамика клинических, лабораторных, микробиологических данных и наличие нежелательных явлений на фоне использования лекарственного препарата «Нифуроксазид-ЭКО».

В исследовании примут участие 50 детей в возрасте от 1 месяца до 18 лет с подтвержденным диагнозом «Эшерихиоз», с острым течением заболевания при отсутствии сопутствующих тяжелых соматических и неврологических заболеваний, верифицированного иммунодефицитного состояния. В исследование не могут быть включены дети с поливалентной аллергией в анамнезе, непереносимостью компонентов, входящих в состав препаратов, или одновременно принимающие другие противомикробные препараты.

Курс лечения составит 5–7 дней. На фоне проводимой терапии будет осуществляться ежедневный осмотр пациентов с регистрацией температуры тела, оценкой клинических

симптомов заболевания (интоксикация, наличие рвоты, боли в животе, характер и частота дефекаций), динамикой массы тела. Данные анамнеза болезни и объективного осмотра будут заноситься в индивидуальную регистрационную карту пациента.

Выводы: Эффективность, безопасность и переносимость препарата «Нифуроксазид-ЭКО» будет оценена по клиническим, лабораторным и микробиологическим критериям (самочувствия, массы тела, клинического и биохимического анализа крови, копрограммы, анализа мочи).

## 127 Сравнительный анализ оценки качества жизни больных с хроническим гепатитом С

**Розина В.Л.**

ФГБОУ ВО Ярославский государственный медицинский университет  
МЗ РФ, Ярославль, Россия

Многочисленные мировые исследования установили, что качество жизни больных хроническими вирусными гепатитами снижено, как по физическому, так и по психологическому компонентам здоровья. Данная оценка впервые проведена среди пациентов Ярославской области.

Цель: Выявление оценки качества жизни, связанного со здоровьем, у мужчин и женщин с диагнозом хронический гепатит С.

Материалы и методы: В исследовании участвовали 106 пациентов с хроническим гепатитом С (70 мужчин и 36 женщин) в возрасте от 16 до 70 лет. Оценка качества жизни осуществлялась при помощи опросника SF-36 (The MOS 36-Item Short-Form Health Survey), адаптированного для применения в России Международным центром исследования качества жизни.

Результаты: У всех пациентов выявлено снижение оценки качества жизни, основанного на здоровье, как по шкалам формирующим физический, так и психический уровни. Полученные значения у мужчин по направлениям: физическое функционирование, ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием и психическое здоровье превышают аналогичные показатели у женщин, что отражает толерантность к большему объему повседневной физической нагрузки, а также более высокий общий показатель положительных эмоций.

Анализ анкет показал значительное снижение уровня общего состояния здоровья пациентов (мужчины  $40,89 \pm 1,65$ ; женщины  $39,56 \pm 2,57$ ), что символизирует невысокую оценку собственного здоровья в момент опроса, сниженные ожидания на перспективы лечения. При рассмотрении шкал психологического компонента здоровья у пациентов выявлены более высокие значения баллов по направлениям жизненная активность, интенсивность боли, что указывает на меньшее угнетение психологического состояния на фоне основного диагноза. Стоит отметить более высокий показатель ролевого функционирования у женщин, обусловленный эмоциональным состоянием, что свидетельствует о незначительном влиянии, по мнению респонденток, их состояния здоровья на отношение к осуществлению повседневной деятельности. Примечательно, что баллы по данной шкале находятся на практически максимальных значениях —  $98,17 \pm 1,29$ , и отра-

жают положительное эмоциональное состояние и соответственно отсутствие нарушений в ролевом функционировании (работа, бытовая деятельность).

Итоговые баллы по физическому и психологическому компонентам здоровья все же отмечены на невысоком уровне вне зависимости от пола респондентов ( $48,62 \pm 0,43$  и  $46,74 \pm 0,52$  соответственно у мужчин и  $50,29 \pm 1,34$  и  $48,49 \pm 0,49$  у женщин), однако выше они у больных женщин.

Выводы: Статистически достоверные отличия в оценке качества жизни, основанного на здоровье, у мужчин и женщин с диагнозом хронический гепатит С получены только по направлениям социальное и ролевое функционирование, обусловленные эмоциональным состоянием ( $p < 0,05$ ). Выявленные особенности свидетельствуют, что пациентки более удовлетворены своей социальной активностью и качеством межличностного общения, а также испытывают минимальное негативное влияние гепатита на эмоциональное состояние при обычной повседневной деятельности.

## 128 Использование пятишаговой модели взаимодействия при решении вопроса о проведении вакцинации детей

**Ройтберг Г.Е., Морозова Е.В., Эбич А.В.**

АО «Медицина» (клиника академика Ройтберга), Россия

В 2019 году ВОЗ включила недоверие к вакцинации в список десяти глобальных угроз здоровью населения. Растущее движение антипрививочников было признано одной из главных причин этой проблемы. По мнению ВОЗ, организации, пропагандирующие отказ от вакцинации, могут обратить медицинский прогресс вспять и спровоцировать вспышки многих предотвратимых заболеваний.

В настоящее время в российском обществе отмечается повышенное внимание к семье со стороны всех социальных институтов. Это объясняется объективными процессами, хотя и трудно, но развивающимися в обществе гуманизацией и демократизацией социокультурных отношений, ростом понимания приоритетности семьи в развитии, воспитании и социализации детей.

Прививать детей или нет — выбор, который остаётся ответственностью родителей. Он должен совершаться в условиях доступности информации и статистики по всем вакцинам и осложнениям, которые могут быть у ребёнка. В противном случае авторитарное убеждение работает наоборот, вызывая у родителей сомнения в принимаемых решениях.

Цель: разработать эффективную схему работы с возражениями родителей, позволяющую уменьшить негативную реакцию и увеличить количество вакцинируемых детей на примере детского отделения клиники АО «Медицина».

Материалы и методы: Проведен анализ 342 карт детей, подлежащих вакцинации по Национальному календарю прививок РФ, в возрасте от 0 до 7 лет. Медицинские карты детей, имеющих медицинский отвод от проведения вакцинации, в исследовательскую работу включены не были. Оценено состояние вакцинопрофилактики по критерию документированной привитости (охват прививками) — охват вакцинации составлял 85,1%, что позволяет косвенно оценить состояние популяционного иммунитета. У 51 ребенка (14,9%)

отмечены нарушения проведения вакцинации. Их них 15 человек были не привиты совсем по причине задокументированного отказа родителей от вакцинации, а 36 детей (10,9%) привиты с нарушением Национального календаря прививок. При работе с родителями была использована схема пяти шагов (выслушать-принять-уточнить-аргументировать-предложить).

Результаты: При анализе структуры причин непривитости выявлены следующие высказанные родителями аргументы: иммунная система ребенка не созрела (11%); страх перед проведением вакцинации, обусловленный предполагаемой токсичностью вакцин (8%); недоверие к проводимой вакцинации, «эффективность сомнительна, чаще всего к вакцинации против гриппа» (39%); боязнь побочных эффектов (31%); религиозные причины (2%); разное (9%).

Схема пяти шагов была применена в течение 3-х месяцев и позволила воздействовать на родителей со всеми высказанными аргументами, кроме религиозных причин. В результате применения данной модели поведения 14 родителей детей до года приняли решение о начале вакцинации (вакцина БЦЖ, Пентаксим), родители восьми детей от одного года дали согласие на проведение вакцинации по индивидуальному календарю (без вакцинации БЦЖ). Итогом проведенной работы стало увеличение охвата вакцинации до 91,5%.

Выводы: Предлагаемая модель поведения врача-педиатра при работе с родителями увеличивает процент охвата вакцинацией детей на педиатрическом участке и может быть использована в работе врачей педиатров и инфекционистов для достижения 95–98% охвата вакцинацией.

129

## **Этиологическая структура острых кишечных инфекций у детей в г. Москве в 2018 г.**

<sup>1</sup>Россина А.Л., <sup>1</sup>Чуелов С.Б., <sup>2</sup>Корсунский А.А., <sup>2</sup>Кащенко О.А.,  
<sup>2</sup>Тебеньков А.В., <sup>2</sup>Крылатова Н.И., <sup>2</sup>Бережкова Т. В., <sup>2</sup>Рогов А. А.,  
<sup>2</sup>Омаров А.Х., <sup>2</sup>Сахарова А.А., <sup>2</sup>Аверьянова О.Д., <sup>2</sup>Долгушина О.А.,  
<sup>2</sup>Рыбалко Г.А., <sup>2</sup>Литвиненко Н.Ю., <sup>2</sup>Галеева Е.В., <sup>1</sup>Молочкова О.В.,  
<sup>1</sup>Ковалев О.Б., <sup>1</sup>Пылаева Е.Ю., <sup>1</sup>Шамшева О.В.

<sup>1</sup>Российский национальный исследовательский медицинский университет им Н.И. Пирогова, г. Москва, Россия

<sup>2</sup>Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского, г. Москва, Россия

Острые кишечные инфекции у детей актуальны ввиду сохраняющегося на протяжении многих лет уровня заболеваемости.

Цель: изучить этиологическую структуру острых кишечных инфекций (ОКИ) у детей, госпитализированных в инфекционные отделения.

Материалы и методы: Проанализированы данные статистических отчетов 2-го, 3-го, 5-го и 6-го инфекционных отделений ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского г. Москвы. В данные отделения направляется основная масса госпитализированных больных с ОКИ. Статистические отчеты отделений включают основные диагнозы у наблюдавшихся пациентов, поэтому смешанная инфекция и сопутствующие заболевания при составлении этиологической структуры нами не учитывались.

Результаты: Всего в 2018 году наблюдалось 10 269 пациентов с ОКИ в возрасте от 1 месяца до 17 лет 11 месяцев 29 дней. Для этиологической диагностики использовались бактериологическое исследование кала, латекс-тест для определения шигелл, сальмонелл, эшерихий, адено-, ротавирусов в кале, иммунохроматографический метод и иммуноферментный анализ для выявления рота-, норо-, энтеровирусов, кампилобактерий, антигенов и токсинов клостридий в кале, полимеразная цепная реакция (ПЦР) для обнаружения ДНК/РНК бактерий и вирусов в кале, различные серологические тесты для выявления специфических антител к возбудителям в сыворотке крови.

У 7832 (76,3%) из 10 269 больных этиологическая расшифровка диагноза не была проведена, и дети были выписаны с диагнозом «неуточненные гастроэнтериты и колиты инфекционного происхождения».

Среди оставшихся 2444 (23,8%) больных с установленным диагнозом преобладала вирусная этиология заболевания (у 2158 пациентов из 2444, что составило 88,3%): у 1879 (76,9%) из 2444 детей была диагностирована ротавирусная инфекция, у 221 (9%) — аденовирусная инфекция, у 50 (2%) — норовирусная инфекция, у 8 — другие вирусные ОКИ.

Сальмонеллез был верифицирован у 160 (6,5%) из 2444 пациентов с ОКИ установленной этиологии, кампилобактериоз — у 63 (2,6%), шигеллез — у 34 (1,4%), эшерихиоз — у 7 (0,3%), кишечный иерсиниоз — у 6 (0,2%), стафилококковая инфекция — у 2 (0,1%), клостридиоз диффициле — у 2 (0,1%), другие бактериальные ОКИ — у 11, амебиаз — у 1.

Выводы: Таким образом, верификация этиологического диагноза на сегодняшний день оказывается возможной только в четверти всех случаев ОКИ. Ведущим этиологическим агентом ОКИ у детей являются вирусы (рота-, адено-, норо-). Среди бактериальных кишечных инфекций у детей наибольшую актуальность представляют сальмонеллез, кампилобактериоз и шигеллез.

## 130 Частота встречаемости специфических IgM и IgG к *Chl. pneumoniae*

**Свентицкая А.Л., Селюнина А.С., Курбатова С.О.**

Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь

В молекулярной диагностике *Chlamydomphila pneumoniae*-ассоциированной инфекции важное значение имеет серотипирование, т. е. выявление специфических IgM- и IgG-антител к *Chl. pneumoniae*. Чаще всего используются метод иммуноферментного анализа.

Цель: определить частоту встречаемости специфических иммуноглобулинов М и G к хламидиям в сыворотке крови у детей, находящихся на лечении в инфекционном стационаре.

Материалы и методы: На базе учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница» было обследовано 140 детей с целью выявления Ig M и G к хламидиям методом ИФА. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с по-

мощью программы Statistica 10.0, Exel 2010 (MS Office) for Windows 8.0. Статистически достоверными считали значения при  $p \leq 0,05$ .

Результаты: Был проведен ретроспективный анализ 140 медицинских карт стационарных пациентов с респираторным хламидиозом в возрасте от 2-х до 17 лет, средний возраст которых составил  $7,83 \pm 0,37$  лет. Среди обследованных было 63 пациента (45%) в возрасте до 6 лет (дошкольного возраста) и 77 пациентов (55%) в возрасте от 7—17 лет (школьники).

По результатам обследования детей в возрасте до 6 лет, в 48 случаях (76,2%) выявлены антитела класса IgM к хламидиям, в 16 случаях (37,2%) — IgG. Среди обследованных детей в возрасте от 7 по 17 лет, в 63 случаях (81,8%) выявлены антитела класса IgM к хламидиям, в 17 случаях (30,9%) — IgG. Сомнительный результат к антителам класса IgM был выявлен в 18 случаях (12,8%), к антителам класса IgG — в 13 случаях (9,3%). У 20 детей (14,3%) имело место сочетание положительных антител одновременно к двум классам (M и G). Антитела класса IgM к хламидиям у детей выявлялись значительно чаще (111 случаев, 79,3%), чем антитела класса IgG (34 случая, 23,6%),  $\chi^2 = 9,2$ ,  $p < 0,001$ . Статистически значимо чаще у школьников встречались IgM, чем у детей дошкольного возраста (до 6 лет),  $\chi^2 = 3,83$ ,  $p < 0,001$ . Среди дошкольников наибольшее количество детей с выявленными антителами класса IgM (32 пациента, 50,8%) отмечается в возрасте 3—4 лет, с выявленными антителами класса IgG у детей возрастной группы от 7 до 17 лет (18 пациентов, 23,4%) — в возрасте 13—14 лет ( $\chi^2 = 3,19$ ,  $p < 0,002$ ).

Выводы: По данным серологического обследования, наличие IgM и IgG было определено в 14,3% случаев из общего количества обследуемых. Антитела класса IgM к хламидиям у детей при госпитализации выявляются статистически значимо чаще (79,3%), чем антитела класса IgG ( $p < 0,001$ ). У детей в возрасте от 7 до 17 лет чаще встречаются IgM, чем у детей дошкольного возраста,  $p < 0,001$ . Наибольшее количество детей с выявленными антителами класса IgM у дошкольников (50,8%) отмечается в возрасте 3—4 лет, с выявленными антителами класса IgG у школьников (23,4%) — в возрасте 13—14 лет ( $p < 0,002$ ).

## 131 Трудности диагностики ассоциированной формы столбняка у ребенка трех лет

**Симованьян Э.М., Гончарова Е.Л., Денисенко В.Б., Ганагина О.В., Липодаева А.Ю.**

Ростовский государственный медицинский университет,  
Ростов-на-Дону, Россия

Ребенок К., 3 лет, поступил в детское инфекционное отделение с жалобами на боль в спине, подергивание мышц конечностей, лица, напряжение жевательных мышц, запрокидывание головы, затруднение глотания. Болеет в течение трех дней. Анамнез жизни — не прививался из-за отказа матери, проживает в сельской местности, гуляет босиком. Объективно: увеличение периферических лимфоузлов до 0,7—1,0 см, миндалин — до 2 ст., печени (+3 см). Гиперемия слизистой ротоглотки, на мягком нёбе энантема. Повышен тонус жевательных мышц, разгибателей спины, мышц затылка. Лабораторное обследование: ликворограмма — без изменений, биохимический анализ кро-

ви — повышение активности АЛТ, АСТ. ПЦР ликвора — отр., мазка из ротоглотки — ДНК ВЭБ, ВПГ, кала — РНК энтеровируса. Титр антител против столбняка — 0,02 МЕ/мл. ИФА: IgM к энтеровирусу — пол., IgG — отр.; IgM к ВПГ — пол., IgG — коэффициент позитивности (КП) 25,7, индекс avidности (ИА) 97%; IgM к VCA ВЭБ — пол., IgG к EA ВЭБ — КП 3,2, IgG EBNA — КП 14,4, ИА 97%. МРТ головного мозга — без патологии, УЗИ — гепатоспленомегалия. В динамике отмечалось усиление тризма (невозможность открыть рот), спазма мимической мускулатуры («сардоническая улыбка»), появление приступов тетанических судорог по типу опистотонуса, обильного потоотделения, гиперсаливации. Результаты динамического наблюдения за больным и лабораторно-инструментального обследования позволили исключить острый менингоэнцефалит и остановиться на диагнозе столбняка. Вместе с тем, у пациента был лабораторно подтвержден диагноз энтеровирусной инфекции, протекавшей с клиникой ринофарингита и герпангины, а также активной формы хронической герпесвирусной инфекции (ВПГ, ВЭБ) с развитием гепатита. На фоне проведенного лечения отмечалось обратное развитие симптоматики в виде снижения частоты и полного прекращения судорог, постепенного исчезновения тризма, мышечного гипертонуса и других симптомов заболевания.

Выводы: Таким образом, столбняк у детей продолжает встречаться в виде sporadических случаев. Диагностика заболевания должна основываться на комплексном учете данных эпидемиологического анамнеза и клинической симптоматики. К анамнестическим критериям следует отнести отсутствие вакцинации, проживание в сельской местности, нарушение целостности кожных покровов и их загрязнение почвой, к клиническим критериям — характерная триада симптомов (тризм, «сардоническая улыбка», дисфагия), а также тетанические судороги на фоне ясного сознания, сохранение мышечного гипертонуса в межприступный период. Столбняк необходимо включать в перечень заболеваний для дифференциальной диагностики при наличии менингеального и энцефалитического синдромов, что позволит осуществить раннюю диагностику заболевания в условиях эпидемиологического благополучия.

132

## **Уровень вакцинации детей в северных регионах Российской Федерации**

**Синцова С.В., Останина А.А., Останина С.А.,  
Агалакова Д.С., Черемисинова Е.Н.**

Кировский государственный медицинский университет, Киров,  
Россия

В России ежегодно рождается около 2 млн детей. По данным Росстата за 2014 год, более 96% детей привиты согласно Национальному календарю профилактических прививок.

Цель: Оценить уровень вакцинации детей в северных регионах Российской Федерации.

Материалы и методы: Ретроспективно были проанализированы 534 амбулаторные карты детей 2002—2003 года рождения и 150 амбулаторных карт детей 2016—2017 года рождения, в детских поликлиниках города Печора (Республика Коми) и города Киров (Кировская область).

Результаты: Анализ амбулаторных карт детей 2002—2003 года рождения показал, что вакцинация против туберкулеза, коклюша, дифтерии, столбняка кори, паротита, краснухи и полиомиелита была выполнена всем детям, отказов от вакцинации не было. Лишь у одного ребенка был медотвод от третьей ревакцинации АДС-М и вакцинации полиомиелита в связи наличием тромбоцитопенической пурпуры. При оценке вакцинации против гепатита В и в городе Печоре и городе Киров были зарегистрированы отказы от проведения прививок (9 детей — 2,7%). Дополнительно к календарю прививок, 339 детей (88,5%) были вакцинированы против менингита в связи со вспышкой менингита в г. Печора в 2009 году; 1 ребенок прошел вакцинацию против гепатита А и 1 ребенок прошел курс вакцинации против ветряной оспы в связи с выездом за границу.

При оценке уровня вакцинации среди детей 2016—2017 года рождения было выявлено, что только 96,7% детей вакцинировано против туберкулеза, 95,4% от гепатита В. Прививки против коклюша, дифтерии, столбняка выполнили 94,7% детей, против полиомиелита — 95,4%. Также против кори и паротита вакцинировано 96,7%, против краснухи — 96%.

Выводы: Уровень вакцинации среди детей 2002—2003 года рождения в северных регионах России достигает 100% по большинству прививок, предусмотренных Национальным календарем, проблемы выявлены только при вакцинации против гепатита В. В тоже время уровень вакцинации среди детей 2016—2017 года рождения значительно ниже по всем видам прививок, что, безусловно, вызывает беспокойство. Такая тенденция может быть связана с набирающей в последние годы популярность антипрививочной пропагандой.

## 133

### **Заболеваемость острыми кишечными инфекциями у детей в г. Ярославле**

**Скрипко К.А., Вызир М.Н., Голикова К.А.**

ГБУЗ ЯО «Инфекционная клиническая больница», Ярославль, Россия

Острые кишечные инфекции (ОКИ) в 2018 году в Российской Федерации составили 555,71 случаев на 100 тыс. населения. ОКИ неустановленной этиологии составили 66,1%. Наиболее высокий показатель заболеваемости был среди детей в возрасте до 2 лет (1 254,87 на 100 тыс. населения).

Цель: изучить заболеваемость ОКИ у детей, поступивших в инфекционный стационар г. Ярославля.

Материалы и методы: Ретроспективно было проанализировано 6587 историй пациентов, поступивших с диагнозом ОКИ в детское кишечное отделение ГБУЗ ЯО «ИКБ» с 2016 по 2018 гг. Обследование включало в себя бактериологический посев кала и иммуноферментный анализ для выявления рота-, норо- и энтеровирусов.

Результаты: по итогам выполненных исследований этиологическая верификация была получена у 3306 детей (50,1%). Оставшийся 3281 пациент был выписан с ОКИ неустановленной этиологии.

При этиологической верификации преобладали вирусные диареи — 2775 детей, из них 2132 — с ротавирусной инфекцией. Норовирусы составили 556 человек, энтеровирусы — 87. При этом ротавирусная инфекция была в младшей возрастной группе 1—3 года (1321) и

чаще встречалась в марте месяце (19%) и реже в ноябре (4%). Норовирусная инфекция чаще диагностировалась в октябре (17%) с минимальными цифрами в апреле месяце (2%).

Бактериальная флора была выявлена у 531 пациента. Самой частой была сальмонеллёзная инфекция — у 211, кампилобактериоз — у 55, шигеллез — у 19 человек, эшериихии были обнаружены в 48 случаях, УПФ была установлена у 173 пациентов.

Смешанная этиология была представлена сочетанием ротавирусная инфекция с норовирусом и составила 147 больных.

Выводы: Несмотря на расширение применения различных диагностических методик, ОКИ с неустановленной этиологией составляют достаточно высокий процент. Сохраняется тенденция к росту вирусной этиологии преимущественно за счёт ротавирусов. Среди бактериальных возбудителей стабильно лидирующее место занимает сальмонеллёзная инфекция.

## 134 Сравнительная оценка эффективности противовирусной и серотерапии клещевого энцефалита у детей при остром и хроническом течении

<sup>1</sup>Скрипченко Н.В., <sup>2</sup>Иванова Г.П., <sup>1</sup>Скрипченко Е.Ю., <sup>1</sup>Пульман Н.Ф.

<sup>1</sup>ФГБУ «Детский научно-клинический центр инфекционных болезней ФМБА России»

<sup>2</sup>НУЗ «Дорожная клиническая больница ОАО «РЖД», Санкт-Петербург

<sup>3</sup>ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Клещевой энцефалит (КЭ) является причиной неврологических дефицитов и летальности, составляющей в отдельных регионах РФ 9—17%. Отсутствие специфических противовирусных препаратов в сочетании с широким применением серотерапии при КЭ определило актуальность данного исследования.

Цель: провести сравнительную оценку эффективности противовирусной и серотерапии очаговых форм клещевого энцефалита у детей при остром и хроническом течении.

Материалы и методы: Эффективность противовирусной и серотерапии оценивалась у 104 детей с очаговыми формами КЭ при остром течении в группах 1 и 2, и у 26 детей при хроническом — в 3 и 4 гр. Дети 1 и 3 гр. получали рибавирин, рекомбинантный ИФН-альфа2 (реаферон в/м №10, затем виферон) и анаферон, а 2 и 4 гр. — серотерапию и рибонуклеазу. Диагностика включала ИФА (IgM, G и антиген), ПЦР, МРТ в течение 1 года мониторинга.

Результаты: Из 130 детей с очаговыми формами КЭ в возрасте 8—17 лет, в 70% заражение происходило на территории СПб и области, а в 30% — в других регионах РФ. Большинство пациентов не получили профилактики, а у 10 (7,7%) заболевание развилось, несмотря на введение противоклещевого иммуноглобулина (ПКГ). При остром течении КЭ в 84,6% была установлена менингоэнцефалитическая, а в 15,4% полиоэнцефаломиелитическая формы. В группах с хроническим течением наблюдались эпилепсия Кожевникова (61,5%) и формы с амиотрофическим (15,4%), гиперкинетическим (15,4%) и с другими эпилептическими (7,7%) синдромами. Сравнительная оценка эффективности

противовирусной и серотерапии на основании динамики клинико-лабораторных и МРТ показателей выявила, что у пациентов 1 гр. ( $n = 84$ ) сокращались продолжительность лихорадки  $\sim$  в 2 раза, длительность нарастания симптоматики  $\sim$  на 4 суток ( $p = 0,0001$ ) и нарушения сознания  $\sim$  на 5 суток ( $p = 0,002$ ), по сравнению с пациентами 2 гр. ( $n = 20$ ). Положительная динамика клинической картины коррелировала с быстрым клиренсом вируса, регрессом очагов на МРТ и благоприятными исходами. Так, у 97,8% детей 1 гр. РНК (ПЦР) и антиген (ИФА) вируса в ЦСЖ не определялись в ЦСЖ к 15–19 суткам, тогда как у пациентов 2 гр. в 30% случаев вирус выявлялся через 3 и 6 мес. Данные МРТ свидетельствовали о более быстром регрессе очагов, которые через 3 мес. в 1 гр. сохранялись в 7,1%, а во 2 гр. — в 40% случаев,  $p = 0,02$ . Выздоровление без клинического дефицита среди детей 1 гр. наблюдалось в 83,3% ( $n = 70$ ), и у всех детей отсутствовало прогрессирование симптомов. Во 2 гр. в 30% (6 детей) нейроинфекция приобретала хроническое течение, а в 55% ( $n = 11$ ) в исходе сохранялся стойкий неврологический дефицит без прогрессирования. При хроническом течении КЭ у пациентов 3 гр. ( $n = 15$ ), получавших противовирусную терапию, в 86,7% отмечалось уменьшение большинства симптомов (распространенности гиперкинезов, частоты эпилептических приступов и глубины парезов), а в 6,7% их полный регресс. У всех пациентов 3 гр. была остановлена репликация вируса КЭ по результатам ПЦР и ИФА. У детей 4 гр. ( $n = 11$ ), получавших повторные в течение года курсы серотерапии, в 72,7% неврологическая симптоматика нарастала, лабораторная диагностика свидетельствовала о сохранении репликации вируса в ЦСЖ в 1/2 случаев, а при МРТ нарастание атрофии структур ЦНС.

Выводы: Противовирусная терапия (рибавирин и рекомбинатный ИФН-альфа2) при очаговых форм КЭ у детей имеет наибольшую эффективность при раннем назначении (до 5 суток от начала заболевания), но и при хронической инфекции позволяет добиться регресса большей части симптомов. Применение серотерапии оказалось неэффективным, как при остром, так и при хроническом течении КЭ. Полученные результаты позволяют рекомендовать детям с очаговыми формами КЭ рибавирин и рекомбинатный ИФН-альфа2 в остром периоде КЭ в течение 1 мес., а при хроническом — 4–6 месяцев, с последующим назначением анаферона до 6 мес.

## 135

### Ретроспективное наблюдение детей, перенесших детскую розеола

**Соболенкова В.С., Федоров С.Ю., Холодняк Г.Е.**

Медицинский институт ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет», Детская поликлиника МЦ «Консультант», г. Тула, Россия

Детская розеола относится к редким формам инфекционной сыпи, которая проходит бесследно через несколько дней заболевания. Однако существует предположение о том, что детская розеола является началом персистирующего течения герпетической инфекции.

Цель: выявить наличие персистенции герпес-вируса человека 6 типа после перенесенной розеола и его влияние на здоровье.

Материалы и методы: Под наблюдением находились 18 детей с перенесенной детской розеола в анамнезе, длительность наблюдения — 1 год. Среди обследования использо-

вались клинический анализ крови и мазок на герпес-вирусы (вирус Эпштейна-Барр, ЦМВ, ГВЧ 6 типа).

Результаты: Все дети перенесли детскую розеолау в возрасте  $10,2 \pm 6,04$  месяцев. У всех детей отмечалась характерная клиника в виде лихорадочного периода (подъемы температуры до  $39-40^{\circ}\text{C}$ , регионарная лимфаденопатия, гиперемия зева) в течение 3–4 дней, после чего возникала сыпь в виде розовых пятен, папул на лице и теле, исчезающая бесследно на 3-и сутки. В дальнейшем дети наблюдались от 1 до 3 лет. При плановых осмотрах постоянно отмечалась разрыхленность задней стенки глотки у 89% ( $n = 16$ ), у 56% ( $n = 10$ ) определяется шейная лимфаденопатия III–IV размера. Из перенесенных заболеваний частые и длительно текущие ОРЗ отмечались в 45% ( $n = 8$ ); бронхиты — в 39% ( $n = 7$ ); аденоидиты — в 33% ( $n = 6$ ); течение атопического дерматита — в 39% ( $n = 7$ ); отиты, пневмонии — в 11%. Примечательно, что 2 детей перенесли впоследствии синдром папулезно-геморрагической сыпи в виде перчаток и носков. Персистенция ГВЧ-6 типа в течении года отмечалась в 50% случаев, у одного ребенка сочеталась с ВЭБ-инфекций, у 2 детей (11%) изолированно выявлялся ЦМВ.

Выводы: установлено, что персистенция ГВЧ-6 типа в течении года после перенесенной детской розеолау отмечается в 50% случаев, ассоциируется с регионарной шейной лимфаденопатией, частыми ОРЗ, бронхитами.

## 136 Профилактика ротавирусной инфекции у детей раннего возраста

**Стойко Т.Ю., Шабат М.Б., Овсянникова Е.М.**

ОКДЦ ПАО «ГАЗПРОМ», Поликлиника № 2, Москва, Россия

Ротавирусная инфекция распространена практически на всех территориях Земного Шара и на сегодняшний день является самой массовой кишечной инфекцией. 20% детей госпитализируют с ротавирусной инфекцией повторно, а 10% — 3 и более раз в течение года.

Цель: анализ заболеваемости ротавирусной инфекции у вакцинированных детей.

Материалы и методы: В условиях поликлиники ОКДЦ ПАО Газпром с 2016 г. активно проводится профилактика ротавирусного гастроэнтерита у детей пероральной пятивалентной вакциной РотаТек. Регистрационный номер ЛП 001865.

Результаты: За период с 2016 г. по настоящее время вакцинировано более 316 детей. Из их 68% детей привиты тремя дозами препарата РотаТек до достижения возраста 32 недель, 27% детей привиты двумя дозами и 5% детей — однократно. Анализ заболеваемости ротавирусной инфекции у привитых детей показал наличие ротавирусного энтерита в легкой форме у 4%. Ежегодно увеличивается количество привитых детей. За период с начала вакцинации количество вакцинированных детей препаратом РотаТек увеличилось на 48%. Поствакцинальных реакций у привитых детей против ротавирусной инфекции не отмечалось.

Выводы: Учитывая высокую контагиозность РВИ и недостаточную эффективность неспецифических мер профилактики, а также отсутствие этиотропной терапии — все эти

факторы предопределяют важность вакцинопрофилактики как единственного метода борьбы с этой инфекцией.

## 137 Элиминация краснухи в России

**Тихонова Н.Т., Тураева Н.В., Цвиркун О.В., Герасимова А.Г., Баркинхоева Л.А.**

ФБУН МНИИЭМ им.Г.Н. Габричевского Роспотребнадзора, Москва, Россия

В Российской Федерации с 2012 года успешно реализуется программа элиминации краснухи: статус страны, элиминировавшей краснуху, подтверждён заключением региональной комиссией ВОЗ, полученным в 2017–2018 годах.

Цель: оценить заболеваемость краснухой за последние три года.

Материалы и методы: анализ заболеваемости краснухой проводился на основе данных ежемесячных отчетов 10 Региональных центров по надзору за корью и краснухой за период 2017–2019 гг., для оценки охвата вакцинацией декретированных групп населения проанализированы Государственные статистические формы отчетности №6 за период 2001–2018 гг., изучено 348 отчетных форм.

Результаты: первые существенные изменения в динамике заболеваемости краснухой отмечены в 2014 году, когда было зарегистрировано 72 случая. Успеху в борьбе с краснухой способствовало достижение и сохранение на высоком уровне (более 95%) последние десять лет охвата профилактическими прививками декретированных групп населения страны. Снижение заболеваемости продолжилось и в последующие годы. В 2017 году был зарегистрирован «исторический минимум» заболеваемости краснухой: 5 (0,03 на млн.) случаев заболевания на пяти территориях страны; в 2018 году пять случаев краснухи было зарегистрировано на трёх территориях: 1 случай завезен из Китая гражданкой этой страны, 2 случая выявлены у граждан Индии, обучающихся в ВУЗе на территории Российской Федерации. В следующем в 2019 году ситуация несколько изменилась: за 9 месяцев выявлено 34 (0,2 на млн.) больных краснухой, из которых 31 оказались или непривитыми, или не имели сведений о прививках.

Так, очаг краснухи (7 случаев) сформировался в Оренбургской области среди иностранных студентов — граждан Индии (первые случаи краснухи были выявлены в конце 2018 г.). Все заболевшие не имели сведений о вакцинации против краснухи. Следует отметить, что, несмотря на широкий круг контактов (общешитие, ВУЗ и др.), никто из местного населения не был вовлечен в эпидемический процесс. Существенно увеличилось число заболевших краснухой в г. Санкт-Петербурге: 18 больных за 9 мес. текущего года против одного заболевшего в 2018 г. Среди заболевших 8 человек были непривитыми, а у 9 — отсутствовали сведения о прививках. Кроме того, в городе зарегистрировано два очага с распространением инфекции: один очаг с 2 случаям, в котором заболели иностранные студенты, не имеющие данных о вакцинации, и один очаг с 4 случаями краснухи, по месту работы заболевших, но источник инфекции установить не удалось. Среди больных зарегистрирован случай краснухи у беременной женщины (сроком 25 недель), медицинского работника, которая отказалась от вакцинации против краснухи.

Выводы: Таким образом, приведенные данные показали, что состояние элиминации краснухи в стране сохраняется. Наличие случаев заболевания краснухой в Европейском регионе, где лидируют Польша и Украина, зарегистрированных в регионе, свидетельствуют о сохранении угрозы импортирования краснухи на территорию нашей страны. Для поддержания существующего благополучия в отношении краснухи необходимо неослабевающее внимание к краснухе со стороны специалистов, а также улучшение информированности населения об особенностях этой инфекции и необходимости вакцинации.

## **138 Результаты изучения противокоревого иммунитета у сотрудников детской больницы**

**<sup>1</sup>Ткаченко Т.Г., <sup>1</sup>Федина Н.В., <sup>1</sup>Гудков Р.А., <sup>2</sup>Козлова С.В.**

<sup>1</sup>Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, г. Рязань

<sup>2</sup>Областная детская клиническая больница им. Н.В. Дмитриевой, г. Рязань, Россия

Эпидемиологическое неблагополучие по кори в развитых странах отражает ослабление коллективного иммунитета и вызвано, прежде всего, социальными причинами — движением населения, изменением отношения общества к вакцинопрофилактике и рискам инфекционных заболеваний, что требует пересмотра стратегии.

Цель: Выяснение состояния противокоревого иммунитета медицинских работников в зависимости от возраста и вакцинального анамнеза, что отражает состояние коллективного иммунитета в одном из его критических срезов.

Материалы и методы: Исследование напряженности иммунитета методом ИФА с использованием тест-система ВектоКорь-IgG (Вектор-Брест, Россия) было проведено у 362 сотрудников детской больницы. Защитным считался титр антител не ниже 0,18 МЕ/мл. Выделены 4 возрастные группы: №1 20—29 лет ( $n = 46$ ), №2 30—39 лет ( $n = 63$ ), №3 40—49 лет ( $n = 85$ ) и №4 старше 50 лет ( $n = 168$ ). Проведена статистическая обработка результатов.

Результаты и обсуждения: Защитный титр противокоревых антител имели 65,1% обследованных. Минимальная доля иммунных лиц выявлена среди молодых сотрудников: в 1 и 2 группах — 30,0% и 39,7%. Показатели старших (3 и 4) групп, хотя и были достоверно выше (71,7 и 80,9%), не достигали уровня, необходимого для формирования иммунной прослойки. Средний уровень противокоревых антител в 1 и 2 группах составил  $1,97 \pm 0,9$  и  $1,62 \pm 0,58$  Ед/мл против  $2,5 \pm 0,83$  и  $3,4 \pm 1,2$  Ед/мл в 3 и 4 группах ( $p < 0,01$ ). Определена прямая корреляция между возрастом сотрудников и уровнем противокоревого иммунитета  $r 0,72$ .

16,0% обследованных лиц имели сведения о двукратной вакцинации, 44,4% — только о ревакцинации, у 39,5% данных о вакцинации представлено не было. Среди серопозитивных лиц информация об одной прививке имела у 47,4%, о двукратной вакцинации — 52,5%. Среди серонегативных лиц однократно и двукратно были иммунизированы соответственно 20,0 и 43,0% и у 37,0% прививочный анамнез был не известен. В 1 группе у 39,0% последняя вакцинация была проведена 20 и более лет назад,

еще у 36,3% 10–15 лет назад. В 3 и 4 группах 50,7% обследованных было привито в пределах последних 10 лет, еще 19,3% — в сроки от 11–15 лет.

Максимальные уровни антител имели лица, ревакцинированные 2 и 7 лет до настоящего исследования в рамках организованной в стационаре кампании иммунизации ( $n = 133$ ), а также ранее переболевшие ( $n = 8$ ). При этом эффективнее оказалась вакцинация в старших возрастных группах. Однако, 24,1% организованно привитых не имели защитного титра. Среди лиц, вакцинированных вне указанных кампаний (более 10 лет до настоящего исследования), а это в своём большинстве оказались сотрудники двух младших возрастных групп (1 и 2), доля не имеющих защитного титра была достоверно выше (64,6%;  $p < 0,001$ ).

Выводы: Отсутствие защитного титра антител у трети обследованных медицинских работников в условиях эпидемиологического неблагополучия представляет собой потенциальную угрозу широкого распространения инфекции в случае обращения больного за медицинской помощью. Существующая система вакцинации от кори не обеспечивает поддержание иммунной прослойки за счёт возрастного снижения напряжённости иммунитета. Наименее защищёнными оказываются медицинские работники в возрасте до 40, особенно до 30 лет, то есть наиболее мобильные и контактирующие. Ревакцинация взрослых является эффективной мерой профилактики кори. Требуется уточнение причин низкого иммунного статуса у молодых сотрудников, а также оптимальных сроков ревакцинации взрослых.

## 139 Инфицированность и инвазированность детей с аллергиями в промышленном регионе

Трунова О.А., Мельник В.А.

ГОО ВПО Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк

Здоровье детского населения ухудшается, увеличивается число детей с атопическим дерматитом (АД) и бронхиальной астмой (БА). У 65% больных АД начинается в течение первого года жизни и у 90% — в возрасте до 5 лет. Такие больные подвергаются воздействию патогенов различного генеза.

Цель: Изучение инфицированности и инвазированности некоторыми патогенами организма детей с АД и БА, проживающих в крупном промышленном регионе.

Материалы и методы: Обследованы более 700 детей с атопической формой БА и АД в возрасте от 0 до 14 лет. Определялось: наличие сенсибилизации замедленного типа в РТМЛ с бактериальными и грибковыми аллергенами; IgM и IgG к *Chl. pneumoniae*, IgG к *Candida*; а также АТ к АГ лямблий, токсокар, эхинококков, описторхисов, трихинелл и аскарид; индексы avidности IgG к ранним белкам ЭБВ, ВПГ и ЦМВ.

Результаты: Более 50% детей с БА и АД были сенсибилизированы к бактериальным аллергенам из *Pneumococcus*, *St. aureus*, *H. influenzae*, *Br. cattharalis*, *Kl. pneumoniae*, *Corynebacterium pseudodiphtheriae*. В разных возрастных группах до 35% детей были сенсибилизированы также к грибковым аллергенам. Самый высокий процент инфицирован-

ности вирусами был получен при исследовании на наличие IgG к ранним белкам ЭБВ — у 91,7% детей. При этом у 81,9% детей выделялись высокоавидные АТ и только у 8,1% — низкоавидные АТ к ранним белкам ЭБВ. Высокоавидные АТ против ЦМВ и ВПГ определялись с почти одинаковой частотой: у 61,1% и 62,5% обследованных детей соответственно. IgG к грибам рода *Candida* обнаружены лишь у 9,1% детей. У всех обследованных детей с БА отсутствовали IgM к *Chl. pn.* У 63,0% были обнаружены IgG к *Chl. pn.* С увеличением возраста доля серопозитивных к *Chl. pn.* детей росло: в возрасте 0—3 года — 44%; 4—6 лет — 59,4%; 8—11 лет — 71,9%; 12—14 лет — 80%. При АД доля серопозитивных к *Chl. pn.* детей была еще выше: антихламидийные АТ определялись у 77,8% обследованных. У 29,9% детей с АД обнаружены суммарные антилямблийные АТ. Наиболее часто АТ к лямблиям определялись у детей в возрасте 4 — 7 лет — у 37,7%. Среди 814 человек, обследованных на наличие АТ к АГ токсокар, у 37 (4,55%) был получен положительный результат. АТ к АГ *Ascaris lumbricoides* были обнаружены у 39 (7,40%) из 527 детей. Специфические АТ к АГ трихинелл также обнаружили у 8 (3,42%) человек из 234. Положительные результаты на наличие АТ к АГ описторхисов были получены у 9 (3,75%) из 240 обследуемых детей. И только у 2 (0,85%) из 235 человек присутствовали АТ к АГ эхинококков.

Выводы: Таким образом, полученные нами результаты свидетельствуют о высоком (более 60%) уровне инфицированности детей, страдающих БА и АД, как различными представителями семейства *Herpesviridae*, так и *Chl. pneumoniae*.

Полученные данные также убедительно свидетельствуют об участии таких гельминтозов, как аскаридоз и токсокароз, а также простейшего — лямблии — в патогенезе аллергических заболеваний дыхательных путей и кожи.

## 140

### **Вспышечная заболеваемость острыми кишечными инфекциями в республике Дагестан за 2018 год**

**Улуханова А.У., Карнаева Н.С., Омариева Р.М., Агаева С.Г., Гаджимирзаева А.Г.**

Дагестанский государственный медицинский университет, Республиканский центр инфекционных болезней, г. Махачкала, Дагестан, Россия

Республика Дагестан является территорией 1-го типа по эпидемическим проявлениям холеры, поэтому определенную настороженность всегда вызывает ситуация по заболеваемости острыми кишечными инфекциями (ОКИ), которые в общей структуре заболеваемости постоянно занимают 2-е место.

Цель: Выявить причины вспышечной заболеваемости острыми кишечными инфекциями в республике Дагестан за 2018 г.

Материалы и методы: В республике Дагестан в 2018 году на семи территориях зарегистрировано 9 вспышек острых кишечных инфекций, с общим количеством больных 355 человек, в т.ч. детей — 229. Этиологическая расшифровка получена у 6 вспышек, из них с пищевым фактором передачи у 3-х выявлена *Salmonella enteritidis*.

Результаты: Первая вспышка, вызванная *Shigella flexneri*, зарегистрирована в г. Махачкале (пос. Ленинкент) с 08 января по 01 февраля 2018 г. (85 случаев, из них 49 детей). В очаге с профилактической целью против вируса гепатита А привито 790 детей, а также 7615 детей и взрослых получили дизентерийный бактериофаг.

Вторая вспышка отмечена с 2 по 12 марта в поселке Семендер (19 случаев, в т.ч. 14 детей). Из них ПТИ — в 6 случаев, *E. coli* — в 2-х, дизентерия *Shigella flexneri* 2a — в 2-х, *Salmonella enteritidis* — в одном, в 8 случаев этиология не установлена.

С 15 по 28 марта среди населения Хунзахского района (с. Арани) зарегистрирована третья вспышка (50 человек, из них 28 детей) на участках с единым источником водоснабжения. В 16 случаев выявлена дизентерия *Shigella flexneri* 2a. Профилактическую вакцинацию в очаге против вирусного гепатита А получили 500 детей, дизентерийный бактериофаг — 543 человек.

В марте в с. Нечаевка Кизилюртовского района зарегистрирована четвертая вспышка (12 человек), связанная с водным фактором передачи инфекции. Причина роста заболеваемости обусловлена некачественным водоснабжением.

В период с 12 по 14 августа в детском оздоровительном лагере «Спартак» (с. Хучада Шамильского района) зарегистрирована 5-ая вспышка (90 случаев). Госпитализировано 84 человека, в том числе 80 детей и 4 взрослых из числа обслуживающего персонала. Выделенный возбудитель *S. enteritidis* стал причиной возникновения вспышки с пищевым фактором передачи, отмечены грубые нарушения в технологии приготовления и хранения пищевых продуктов в данном лагере.

В период с 29 сентября по 8 октября: 6-ая вспышка среди детей школы №1 г. Каспийска (47 случаев). Методом ПЦР в 31 пробе выявлены: *Salmonella* — 28, *Shigella* — 2, *Campylobacter* — 1. У 37 обследованных выделена *Salmonella* гр. D. Вспышка возникла в результате приема в пищу 28.09.2018 г. рыбы с паровой обработкой и макаронным гарниром.

В с. Магарамкент 26 сентября зарегистрирован ботулизм у 5 пострадавших (7-ая вспышка), все ели фаршированный перец в маринаде домашнего консервирования.

С 28 сентября по 3 октября среди детей детсада Ботлихского района зарегистрировано 11 случаев ОКИ (8-ая вспышка). Результаты бактериологических исследований и ПЦР отрицательные.

С 23 по 28 октября выявлена 9-ая вспышка в кафе «Терем» г. Махачкалы (64 случаев, в т.ч. 13 детей). В 45 случаев обнаружена *Salmonella enteritidis*.

Выводы: Таким образом, в 2018 году зарегистрировано 9 вспышек, из них три вспышки были связаны с водным фактором передачи и вызваны *Shigella flexneri* 2a. Высокий уровень вспышечной заболеваемости является следствием некачественного и недостаточного в количественном отношении водообеспечения, употребления пищевой продукции с нарушениями санитарно-гигиенических требований в процессе хранения, транспортировки и реализации. Имеются недостатки в санитарно-гигиеническом обучении населения, на что указывает анализ возрастной структуры заболеваемости.

# 141

## Уровень заболеваемости по управляемым инфекциям в республике Дагестан и меры по ее снижению

Улуханова А.У., Омариева Р.М., Улуханова У.М.

Дагестанский государственный медицинский университет, Республиканский центр инфекционных болезней, г. Махачкала, Дагестан, Россия

После девятилетнего благоприятного меж.эпидемического периода в республике Дагестан отмечается ухудшение эпид. обстановки по кори с 2013 года; по эпидемическому паротиту в 2016–2018; увеличилась заболеваемость коклюшем с 2017.

Цель: Выявить причину повышения уровня заболеваемости по управляемым инфекциям и разработать меры по его снижению.

Материалы и методы: Снижение показателей заболеваемости по управляемым инфекциям — это результат проводимой вакцинопрофилактики в республике. Случаи дифтерии не регистрируются с 1997; с 2010 — нет регистрации случаев полиомиелита, вызванного диким вирусом; столбняк регистрируется только спорадически; на низком уровне заболеваемость гепатитом В.

Результаты: Заболеваемость эпидемическим паротитом в 2018 отмечена у 1390 больных, против 2632 за 2017 (выше, чем по РФ в 32,7 раза). Дети в возрасте от 7 до 17 лет составили 32% и от 18 до 39 лет — 52,5%. Тенденция «повзреления» опасна тем, что появляется риск развития врожденных форм эпидемического паротита. Доля не привитых лиц составила 53,5%. В рамках Национального календаря и по эпидемическим показаниям в 2018 г. привито 150 013 человек.

Заболеваемость коклюшем в 2018 году увеличилась в 3,6 раза: 245 случаев против 77 за 2017 (выше, чем по РФ на 12,5%). Детей было 244, из них в возрасте до 2-х лет 62,4%. Не привиты 97,8% по причине отказов от профилактических прививок и 4 ребенка — в связи с медицинскими отводами.

Эпидемиологическая обстановка по кори: в 2018 г. 273 случая против 99 в 2017 (выше, чем по РФ в 5,1 раза). Дети в возрасте от 1 до 5 лет составили 49%, с 6 до 14 лет — 17,2% и в возрасте от 18 до 35 лет — 19,4%. Иммунизированы 17,9%, не привиты по причине медицинских отводов — 2,2%, не подошел срок иммунизации у 10,7%, отказы — 73,2% и неизвестный прививочный анамнез у 13,8% заболевших. Всего привито по Национальному календарю, вместе с дополнительной и подчищающей иммунизацией — 162 052 человек, в т.ч. 104 114 детей.

В 2018 году с подозрением на ОВП зарегистрировано 13 случаев, из них подтверждены Национальным центром по надзору за полиомиелитом 8 случаев. Окончательные диагнозы: Острая полинейропатия — 5, энцефаломиелит — 1, мононейропатия правой нижней конечности — 1, нижний парапарез — 1 случай. Возрастной состав: от 1 до 2-х лет — 2, от 7 до 9 лет — 3, от 11 до 14 лет — 3 случая. Привиты — 7, не привит — 1 («горячий случай», 1 г. 5 мес.) по причине частых медицинских отводов.

Заболеваемость менингококковой инфекцией отмечена в 31 случае против 16 в 2017 году (выше, чем по РФ в 1,4 раза). Высокий удельный вес в возрастной структуре

отмечен среди детей в возрасте до 2-х лет (48,3%) и среди подростков и взрослых — 38,7%. Рост доли заболевших среди подростков и взрослых указывает на начало эпидемического подъема заболеваемости. Возросло и количество смертельных исходов. В 2017 году — 14 случаев (45,2% уд. веса от общего количества зарегистрированных случаев МИ) против 5 случаев (31,3%) в 2017. Все случаи протекали в тяжелой генерализованной форме. Анализ летальных исходов выявил позднее обращение за медпомощью, недооценку тяжести состояния, а также ошибки в диагностике на догоспитальном этапе.

Выводы: Таким образом, в результате массовых отказов от профилактических прививок отмечается рост заболеваемости по управляемым инфекциям, в связи с чем для снижения уровня заболеваемости привиты против кори, эпидемического паротита (дети и взрослые) не только по Национальному календарю, но и по дополнительной и подчищающей иммунизации.

## 142 Анти-NMDA рецепторный энцефалит: случай из практики

**Улуханова А.У., Яралиев М.М., Хазамова Т.А.,  
Хазарова А.О., Улуханова У.М.**

Дагестанский государственный медицинский университет,  
Республиканский центр инфекционных болезней, г. Махачкала,  
Дагестан, Россия

Вследствие разных причин у детей могут образоваться антитела, которые связываются с определенными структурами в мозге, с *N*-метил-*D*-аспартат (NMDA) рецепторами. Закрепление антител блокирует рецепторы и вызывает медленно развивающиеся психиатрические, двигательные нарушения, приступы.

Цель: показать клиническую картину впервые выявленного в г. Махачкале NMDA-рецепторного энцефалита у девочки девяти лет.

Материалы и методы: Для подтверждения диагноза проведена спинномозговая пункция, рентгенография легких, МРТ головного мозга, ЭЭГ, исследование крови на ВУИ, ВГЧ6, на стерильность, на клещевой энцефалит. Окончательный диагноз поставлен после идентификации антител к NMDA-рецептору.

Результаты: Ребенок Д., 9 лет, 01.04.2018 г. упала с качели, ударилась головой, сознание не теряла. На следующий день жалобы на головные боли, без рвоты. Третьего апреля потеряла сознание, отмечалось тонико-клоническое напряжение рук и ног. Госпитализирована с диагнозом: ЗЧМТ, ушиб головного мозга, кома. Выписана с улучшением на шестой день с диагнозом: Эписиндром, впервые выявленный, генерализованный эписиндром. В тот же день, 9 апреля, поступила в инфекционную больницу г. Ставрополя с диагнозом: Грипп, типичный, тяжелая форма. Жалобы на повышение температуры до 38,7°C, сонливость. Выписана на 3 день с улучшением, судорог нет. 16 апреля поступила в РЦИБ г. Махачкалы (24 койко/дней) в крайне тяжелом состоянии, сознание сопорозное, на осмотр не реагирует, хаотичные движения верхних и нижних конечностей. В контакт не вступает, судороги клонико-тонического характера. Температура 38°C. В легких — жесткое дыхание, сердечные тоны приглушены. Менингеальные знаки не оп-

ределяются. При проведении МРТ головного мозга от 17.04.2018 структурных изменений вещества головного мозга не выявлено. В динамике (от 08.05.2018): признаки очагового поражения белого вещества головного мозга, рассеянный энцефалит?

По результатам ЭЭГ диагностированы признаки грубой дезорганизации коркового ритма органического характера. Лабораторные маркеры вирусного клещевого энцефалита не выявлены. Кровь на ВВИ: *Chlamydia trachomatis* IgM 0.5. Маркеры ВГЧ6 — отриц. В анализе крови на АТ к NMDA-рецептору (для исключения аутоиммунного поражения мозга) суммарные IgG + A + M 1:1280 (при норме 1:10). Клинический диагноз: Анти-NMDA-рецепторный энцефалит. Мозговая кома II—III ст. Судорожный синдром. Анемия I ст. Приобретенная хламидийная инфекция. Острое течение.

Проведено лечение: меронем, иммуноглобулин в/в, дексаметазон, в/в инфузионная терапия, противосудорожная терапия. Несмотря на проводимую терапию общее состояние больной прогрессивно ухудшалось, отмечалось усугубление нарушений метаболических процессов. Неврологический статус прежний. 10 мая произошла остановка сердечной деятельности. Проводимые реанимационные мероприятия в течение 15 минут эффекта не имели. Констатирована клиническая, а затем и биологическая смерть. От вскрытия родители категорически отказались.

Выводы: Данный клинический пример демонстрирует трудности диагностики аутоиммунных поражений мозга, традиционные методы параклинической диагностики (ЭЭГ, МРТ, исследования ликвора) были малоспецифичны в отношении постановки диагноза у больной, поэтому обнаружение антител к NMDA-рецепторам позволило нам поставить клинический диагноз. Энцефалит с антителами к NMDA-рецепторам является одной из причин развития нервно-психического дефицита у детей и должен быть включен в дифференциальную диагностику воспалительных заболеваний ЦНС.

## 143

### **Антитела IgG к капсульным полисахаридам пневмококка после вакцинации против пневмококковой инфекции у детей с избыточной массой тела и ожирением**

**Усаева О.В., Костинов М.П., Джумагазиев А.А., Безрукова Д.А.**

ФГБОУ ВО Астраханский государственный медицинский университет Минздрава России, РФ, Астрахань,  
ФГБНУ «Научно-исследовательский институт вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова», РФ, Москва,  
ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), РФ, Москва

У пациентов, страдающих с избыточной массой тела и ожирением, в значительной степени повышен риск развития тяжелых инфекций и их осложнений за счет дисрегуляции механизмов иммунного ответа.

Цель: Оценка антител IgG (IgG АТ) к 13 капсульным полисахаридам пневмококка после вакцинации ПКВ 13 детей с избыточной массой тела и ожирением.

Материалы и методы: Иммунный ответ оценивался у детей в возрасте 3—7 лет жизни, впервые вакцинированных вакциной ПКВ13 в 2 параллельных группах: основная (14 детей с избыточной массой тела (МТ), 3 — с ожирением); контрольная — 40 детей с нормальной МТ. IgG АТ к 13 капсульным полисахаридам (КПС) пневмококка выявлялись методом твердофазного ИФА через 6 месяцев после введения ПКВ13.

Результаты: Средний уровень КПС к вакцинному препарату ПКВ13 у детей с избыточной массой тела и ожирением были выше, чем у лиц с нормальным весом ( $p = 0,001$ ). Отмечено также отличие в сторону увеличения количества сывороток с высокими уровнями IgG АТ к смеси КПС ПКВ13 и к серотипу 18С *Streptococcus Pneumoniae* у детей с избыточной массой тела, в сравнении с контролем. Следует отметить, что среди вакцинированных не было детей с отрицательными (у.е.  $< 0,26$ ) уровнями IgG АТ.

Выводы: В основной группе средние значения к смеси КПС, входящих в состав вакцины, выявлялись выше, чем у контрольной группы, также как и доля детей с высокими (более 100 у.е.) уровнями IgG АТ к смеси КПС ПКВ13 и к серотипу 18С пневмококка, в сравнении с контролем. Такие различия возможно связаны с дисрегуляцией механизмов иммунного ответа за счет дисбаланса продукции медиаторов воспаления, моделирующих поствакцинальный иммунный ответ. Необходимо дальнейшее изучение иммунного ответа на вакцинацию против пневмококковой инфекции у детей с избыточной массой тела.

## 144 **Усовершенствование антибактериального лечения стрептококковой инфекции миндалин**

**Усманова Э.М.**

Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан

В настоящее время в лечении БГСА-инфекций применяют 4 основных группы антибиотиков: пенициллины, цефалоспорины, макролиды и линкозамиды. Выбирая антибиотик для лечения пациентов с острым тонзиллитом, необходимо помнить о том, что АБТ не приносит пользы при заболеваниях с вирусной этиологией, наряду с этим, нерациональный выбор препарата и необоснованное сокращение длительности терапии могут приводить к неэффективности терапии и хронизации инфекции.

Цель исследования: оптимизация лечения стрептококковых тонзиллитов на основании анализа их этиологической структуры.

Материалы и методы: В наблюдение включены 100 пациентов (в возрасте — от 7 до 45 лет, мужчин — 22, женщин — 19, дети от 7 до 14 лет — 59) с различными формами тонзиллита. Изучены особенности клиники, диагностики и оказания помощи больным острым тонзиллитом. В ходе работы осуществляли сбор эпидемиологического анамнеза, клиничко-лабораторное обследование, микробиологическое исследование и экспресс-тест. Для проведения микробиологического исследования брали материал из содержимого лакун небных миндалин, изучали чувствительность выделенных штаммов ко всем традиционно применяемым для исследования *S. pyogenes* антимикробным препаратам.

Результаты: При микробиологическом исследовании был обнаружен у 37 больных тонзиллитом *Streptococcus pyogenes*, у 16 — *Streptococcus pyogenes* в сочетании с *Candida*, у всех больных, поступивших со скарлатиной — *Streptococcus pyogenes*.

При микробиологическом исследовании мазка из ротоглотки на чувствительность к антибиотикам таковая отмечалась у 89 % больных на пенициллин. Препаратами этиотропного выбора у этих больных явились антибиотики пенициллинового ряда (пенициллин, амоксициллин/клавуланат) и цефалоспоринового ряда (цефтриаксон, цефотаксим). Наиболее часто пациентам со стрептококковым тонзиллитом назначался амоксициллин (38,5%), далее следовали амоксициллин/клавуланат (15,4%), азитромицин (15,4%), кларитромицин (15,4%), пенициллин (7,7%) и цефтриаксон (7,7%). Длительность назначения всех препаратов, за исключением азитромицина, составляла 10 суток, азитромицин назначался на 5 суток. Больным, которые имели аллергию к  $\beta$ -лактамам антибиотикам, назначали макролиды.

Выводы: Системная антибактериальная терапия при лечении острого тонзиллита позволяет профилактировать развитие гнойных осложнений, развитие острой ревматической лихорадки, способствует более раннему купированию клинических симптомов заболевания, улучшает качество жизни. Высокая клиническая эффективность и низкая токсичность амоксициллина и амоксициллина с клавулановой кислотой составляет основу антимикробной химиотерапии на современном этапе, занимая ведущее место при лечении большинства инфекций.

## 145 **Современные клинические особенности течения стрептококковых ангин**

**Усманова Э.М.**

Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан

Чрезвычайная распространенность стрептококка группы А (СГА) как респираторного патогена, множество его серотипов, строго типоспецифическое формирование постинфекционного иммунитета и легкость передачи определяют тотальную распространенность у детей, особенно в организованных коллективах. Имеющиеся на сегодняшний день данные свидетельствуют о том, что в течение нескольких следующих десятилетий человечество не сможет избавиться от СГА.

Цель: изучение клинических особенностей ангин, вызванных  $\beta$ -гемолитическим стрептококком группы А.

Материалы и методы: В период с 2018 по 2019 год в клинических базах Ташкентской медицинской академии (ангинозное отделение клиники НИИ эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний) и Андижанского государственного медицинского института (ангинозное отделение Областной клинической инфекционной больницы) было проведено клинико-лабораторное исследование больных, поступивших в инфекционную больницу с тонзиллитом. Клинически обследовано 120 пациентов с диагнозом тонзиллит в возрасте от 7 до 45 лет.

Результаты: Проведенное исследование позволило установить, что выраженность клинических проявлений зависит от формы заболевания. У многих больных повышение температуры тела протекало с разной степенью выраженности интоксикации, проявляю-

шуюся головной болью, нарушением сна, слабостью, понижением аппетита, болями в мышцах ног и рук, а также в суставах. Во всех случаях отмечалась боль при глотании, на фоне повышенной температуры, ощущение сухости во рту, осиплости голоса и саднения. У 23 (19,3%) пациентов боль в горле иррадировала в ухо, височную область, у 1 больного (3,3%) отмечался тризм жевательной мускулатуры, у 21 (17,2%) больных отмечалось изменение тембра голоса. Увеличение шейных лимфатических узлов, болезненных при пальпации определялось у 33 (62,2%) пациентов. При осмотре ротоглотки определяли характерные изменения, позволившие установить форму ангины. У 15 (12,5%) больных с катаральной ангиной отмечалось полнокровность небных миндалин, зева и мягкого неба. При этом миндалины были незначительно увеличены, язык обложен. При осмотре 64 (53,3%) больных с фолликулярной ангиной воспалительный процесс начинался с нагноения и последующим вскрытием, оставляя на поверхности миндалин небольшие поврежденные участки. При осмотре у пациентов в разгар фолликулярной ангины на отечных, гиперемизированных миндалинах видны желтовато-белые точки. У 41 (34,1%) больного с лакунарной ангиной отмечалось образование желтовато-белых налетов на поверхности лакун, покрывающих всю поверхность миндалин желез. Длительность начального периода болезни варьировала в среднем от 1 до 3 дней. Период разгара болезни длился от 2 до 5 суток, отмечалось последующее нарастание лихорадки, интоксикационного синдрома и местных проявлений тонзиллита. В периоде разгара также отмечалась гиперемия ротоглотки и отечность миндалин, гиперемия дужек, зева, мягкого неба разной интенсивности, часто с четкой границей. В анализе крови в остром периоде заболевания выявлены лейкопения, относительный нейтрофиллез с палочкоядерным сдвигом влево, эозинофилия, лейкоцитоз — у 27 больных (50,9%)  $10\text{--}15 \times 10^9/\text{л}$ , более  $15 \times 10^9/\text{л}$  лейкоцитов — у 9 (16,6%) больных; СОЭ у 52,8% превышало  $10 \text{ мм/ч}$ , у 47,6% колебалась от  $10\text{--}20 \text{ мм/ч}$ .

Выводы: Характерной клинической особенностью течения стрептококкового тонзиллита у пациентов явилось острое начало заболевания (гипертермия, поражение миндалин и шейных лимфоузлов). На основании совокупности клинических и лабораторных данных разработана своевременная ранняя клиническая диагностика.

## 146

### Современные особенности течения инфекционного мононуклеоза у детей Волгоградской области

Хлынина Ю.О., Арова А.А., Невинский А.Б.

Волгоградский государственный медицинский университет,  
Волгоград, Россия

Актуальность проблемы инфекционного мононуклеоза обусловлена увеличившейся частотой заболевания у детей, полиморфизмом клинической картины, вариабельностью лабораторной диагностики, отсутствием эффективных средств терапии.

Целью исследования являлось изучение особенностей течения инфекционного мононуклеоза у пациентов различных возрастных групп и подбор этиопатогенетического средства.

**Материалы и методы:** Проанализировано течение заболевания у 227 пациентов, находившихся на стационарном лечении по поводу инфекционного мононуклеоза за период 2018 г. Критерии включения: инфекционный мононуклеоз средней степени тяжести; возраст больного — от 1 до 14 лет; отсутствие хронических заболеваний; информированное согласие пациентов.

**Результаты:** Методом случайной выборки было выделено три группы больных: дети до 3-х лет жизни — 63 человека (28%) (1 группа); дети от 3-х до 7 лет — 123 (54%) (2 группа); дети старше 7 лет — 41 (18%) (3 группа). У 213 больных был диагностирован инфекционный мононуклеоз, вызванный Эпштейна-Барр вирусом (ВГЧ4 типа — 93,9%); у 9 (3,9%) — ИМ смешанной этиологии (ВЭБ + ВГЧ6 типа); у 5 пациентов (2,2%) был подтвержден инфекционный мононуклеоз, вызванный ВГЧ 6 типа. Длительность интоксикации в 1 группе составила  $11,2 \pm 0,7$  сут., в 2 группе —  $5,6 \pm 0,6$  сут., в 3 группе —  $4,7 \pm 0,6$  сут. Продолжительность лихорадочного периода в первой группе составила  $8,2 \pm 0,8$  сут., во второй группе —  $6,2 \pm 0,7$  сут., в третьей —  $5,1 \pm 0,7$  сут. Средняя температура тела колебалась в промежутке от  $38,1 \pm 0,2$  до  $37,5 \pm 0,4$ °С. Синдром воспаления слизистых носо- и ротоглотки в 1 группе проявлялся затруднением носового дыхания (100%), гиперемией слизистой полости рта (97,3%), тонзиллитом (83,3%). Во 2-й группе данные симптомы распределились следующим образом: у 96 (78%) пациентов отмечалось затруднение носового дыхания, 92 (75%) — гиперемия слизистой полости рта и у 89 (72%) — явления тонзиллита. В 3 группе данные симптомы отмечались в 29%, 44% и 22% случаев соответственно. Лимфопролиферативный синдром был наиболее выражен у 3-й группы пациентов. В процессе лечения все наблюдаемые пациенты были разделены на 3 группы: в 1-ю группу (78 человек) вошли пациенты, получавшие интерферон альфа-2b, ООО «ФЕРОН», Россия; во 2-ой группе (75 больных) был назначен курс бензокаин + альфа-2b + таурин, ЗАО Биокад, Россия; 3 группа (74 человека) — контрольная, не получавшая иммунокорректирующую терапию. На 5-й день проводимого лечения в 1 группе температура нормализовалась у 62 (79%) детей, во 2-ой и 3-ей группах — у 43 (56%) и 36 (48%) соответственно. Проявления тонзиллита купировались к 5 дню от начала лечения у 56 (72%) больных 1-й группы, у 28 (47%) — во 2-й группе и 29 (38%) — в 3-й группе. Заложенность носа купировалась у 67 (86%) больных 1-й группы, 44 (59%) больных — во 2-й и 33 (45%) — в 3-ей группе. Величина шейных лимфоузлов полностью восстановилась до 2—3 размера к 5-му дню лечения у 41 ребенка (52%) в 1-й группе, у 21 ребенка (28%) — во 2-й группе и 21 (28%) — в 3-ей группе. Длительность пребывания на стационарном лечении наблюдаемых была соответственно  $7,85 \pm 0,62$ ;  $10,9 \pm 0,73$ ;  $14,1 \pm 0,75$  дня.

**Выводы:** Отмечены особенности клинической симптоматики инфекционного мононуклеоза у детей раннего возраста с преобладанием поражения носоглотки, проявлением интоксикационного синдрома, в то время как у подростков отмечалось более значительное увеличение лимфатических узлов при минимальном вовлечении в процесс паренхиматозных органов.

Включение в комплексную терапию препаратов рекомбинантного альфа-2b-интерферона приводит к положительной динамике клинико-лабораторных показателей.

## Менингококковая инфекция в Курской области, по данным инфекционного стационара

Хохлова Е.Н., Драчева Н.А., Гришакова Т.В., Кислюк Г.И.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»  
МЗ РФ, Курск, Россия

Менингококковая инфекция (МИ) остается актуальной в связи с особой тяжестью течения, возможным развитием жизнеугрожающих осложнений, сохраняющейся высокой летальностью.

Целью исследования явилось изучение особенностей течения МИ в Курской области за период с января 2011 по сентябрь 2019 гг., по данным областного инфекционного стационара.

Материалы и методы: Под наблюдением находились 59 пациентов в возрасте от 1 месяца до 67 лет, получивших лечение в областной клинической инфекционной больнице им. Н. А. Семашко г. Курска по поводу генерализованных форм менингококковой инфекции с января 2011 по сентябрь 2019 гг.

Результаты: Заболеваемость МИ в Курской области за истекший период колебалась от 1,55 на 100 000 населения в 2011 г. до 0,46 на 100 000 населения в сентябре 2019 г. Среди наблюдавшихся больных было 36 (61%) детей, взрослых — 23 (39%) человека. Преобладали дети первых трех лет жизни — 23 (39%) ребенка. В данной группе больных 25 (42%) человек проживали в городе, 34 (58%) пациентов — жители села. 20 (34%) больных были мужского пола, и 39 (66%) — женского. Смешанную форму МИ (менингококкемия + гнойный менингит) переносили 42 (71%) больных, менингококкемия была диагностирована у 10 (17%) пациентов, изолированный гнойный менингит у 7 (12%) человек. Тяжелое течение заболевания наблюдалось в 48 (81%) случаях, среднетяжелое у 11 (19%) больных. Этиология заболевания подтверждена ПЦР в ликворе у 23 (39%) больных, бактериологически в ликворе у 37 (63%) человек, в крови методом «толстой капли» — у 20 (37%) пациентов. Заболевание протекало остро, с нарастанием симптоматики в течение 36—48 часов. Отмечалось появление интоксикационного синдрома, типичной геморрагической сыпи, менингеального синдрома. Инфекционно-токсический шок (ИТШ) 1—2 степени развился у 18 (35%) больных, 3 степени — у 7 (12%) пациентов. У 16 (27%) больных отмечалось развитие отека и набухания вещества ГМ с нарушением сознания и судорожным синдромом. Кохлеарный неврит с глухотой развился у 1 (2%) ребенка. Терапия проводилась согласно Федеральным Клиническим Рекомендациям лечения МИ цефалоспоридами 3 поколения, в отдельных случаях в сочетании с рифампицином, левомицетином, меронемом. Летальность составила 13,6% (8 человек): умерло 4 взрослых и 4 ребенка. На аутопсии было обнаружено кровоизлияние в надпочечники у 50% умерших и отек и набухание вещества ГМ у 50% умерших.

Выводы: Таким образом, за последние годы отмечается спад заболеваемости МИ в Курской области, как и прежде, заболевание развивается преимущественно у детей раннего возраста, сохраняется тяжелое течение инфекции, в большинстве случаев в виде смешанных форм, отмечается высокая летальность как среди детей, так и среди взрослых.

Хохлова Е.Н., Кислюк Г.И., Гаврилюк В.П., Кониченко Е.А.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»  
МЗ РФ, Курск, Россия

Врожденная инфекция, в том числе врожденный токсоплазмоз, является частой причиной аномалий развития и высокой летальности у детей в постнатальном периоде.

Цель исследования: изучить клинические особенности течения врожденного токсоплазмоза у детей.

Материалы и методы: Проведено исследование отчетов по младенческой смертности по Курской области за период с 2009 до 2019 год, а также проведен анализ данных протоколов патологоанатомического вскрытия и историй болезни 14 новорожденных детей с врожденным токсоплазмозом, подтвержденным серологически в ИФА.

Результаты: Среди умерших новорожденных и детей первого года жизни за исследованные 10 лет, врожденный токсоплазмоз (ВГ) был зарегистрирован у 14 детей: в 2009 г. — 5, в 2010 г. — 1, в 2012 г. — 2, в 2013 г. — 4, в 2014 г. — 2 случая, то есть с 0,41 до 0,16 на 1000 живорожденных. За период 2015—2019 г. случаев ВГ среди умерших детей первых месяцев жизни в Курской области зарегистрировано не было. Мальчиков и девочек было по 7 человек. Преобладали недоношенные дети 11 (78,5%): дети с экстремально низкой массой тела — 3 (21,4%); дети с очень низкой массой тела и маловесные зрелые недоношенные — по 4 (28,5%) случая, удельный вес доношенных составил 21,4%. У 10 больных имела место токсоплазменная моноинфекция, у 1 ребенка — сочетание токсоплазмоза с сифилисом и герпесвирусной инфекцией, у 3 новорожденных — сочетание ВТ с цитомегаловирусной инфекцией. Врожденные пороки сердца зарегистрированы у 6 больных (дефект межпредсердной (3) и межжелудочковой (2) перегородок, частичный аномальный дренаж легочных вен (2), общий атриовентрикулярный канал (2)). С одинаковой частотой (по 3 случая — 21,4%) регистрировались врожденные аномалии центральной нервной системы (окклюзионная гидроцефалия (2), поликистоз мозга (1) и пороки развития желудочно-кишечного тракта (атрезия пищевода с трахеопищеводным свищем (2), атрезия 12-перстной (1), прямой кишки и ануса (1)). У 5 (35,7%) новорожденных отмечались множественные врожденные пороки развития нескольких систем (МВПР). Продолжительность жизни у детей с ВТ с врожденными аномалиями развития варьировала от 10 до 75 дней, в среднем составила  $41,3 \pm 4,5$ . 5 (35,7%) детей были с клинической картиной генерализованного инфекционного токсикоза, системного воспалительного ответа, инфекционно-токсического шока с поражением легких, печени, головного мозга; у 3 (21,4%) детей диагностирована пневмония с тяжелым течением, неонатальный гепатит и хореоретинит — по 1 случаю (7,1%). У 1/3 обследованных детей имела место задержка внутриутробного развития. Продолжительность жизни у этой категории больных варьировала от 5 до 60 дней (в среднем  $21,4 \pm 3,0$ ). У всех младенцев было перинатальное поражение центральной нервной системы, анемия смешанного генеза (постгеморрагическая, гемолитическая, ранняя анемия недоношенных), тяжелый респираторный дистресс синдром.

Выводы: Таким образом, высокая летальность детей, заболевших врожденным токсплазмозом, связана с высокой частотой некурабельных пороков (сердца, желудочно-кишечного тракта, центральной нервной системы) и тяжелым течением внутриутробного инфекционного процесса, который зачастую провоцирует преждевременные роды, рождение детей с тяжелым течением пневмонии или генерализованного инфекционного процесса. Определенное значение имеет поздняя диагностика и запоздалое назначение этиотропной терапии.

## 149

### **Врожденная герпесвирусная инфекция**

**Хохлова Е.Н., Кислюк Г.И., Гаврилюк В.П., Лисеенко О.Г.**

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»  
МЗ РФ, Курск, Россия

Герпесвирусная инфекция является частой причиной врожденной патологии новорожденных и детей раннего возраста.

Цель исследования: изучить особенности клиники врожденной герпесвирусной инфекции (ВГВИ) у детей в периоде новорожденности и первых месяцев жизни.

Материалы и методы: Проведен анализ историй болезни 15 новорожденных детей с ВГВИ, подтвержденной положительными результатами ПЦР (кровь, моча) и наличием низкоавидных IgG в ИФА сыворотки крови мать-дитя, родившихся в Областном Перинатальном Центре г. Курска в 2011—2018 годах.

Результаты: Все дети были рождены преждевременно на сроке гестации  $28,6 \pm 2,5$  недель, с массой тела  $1146,9 \pm 205,7$  г; длиной тела  $36,6 \pm 3,7$  см. С признаками тяжелой асфиксии родилось 30% детей, с асфиксией средней степени — 70%. Особенностью ВГВИ явилась высокая частота пневмонии — 58% детей, некротический энтероколит 1—2а стадии обнаружен у 43% больных, генерализованная форма заболевания с системным воспалительным ответом, клиникой ИТШ зарегистрирована у 28,6% детей, инфекция мочевых путей — у 7,1% больных. Врожденные пороки и аномалии развития (моно- и сочетанные) имели место у 5 (35,7%) новорожденных: пороки сердца — у 3 (21,4%), почечек — у 2 (14,2%), центральной нервной системы и крипторхизм — по 1 (7,1%). У всех младенцев имело место перинатальное поражение ЦНС смешанного (гипоксического, инфекционного, геморрагического) генеза: средней степени тяжести — у 57,1%, тяжелой — у 42,9%; внутрижелудочковые кровоизлияния 1—2 степени выявлены у 71,4%, 3 степени — у 28,6%. У 3 детей в течении первых месяцев жизни сформировались тяжелые структурные повреждения ЦНС: прогрессирующая окклюзионная гидроцефалия у 2 (14,2%) больных, перивентрикулярная лейкомаляция у 1 (7,1%) ребенка. Тяжелый респираторный дистресс-синдром, с потребностью в респираторной поддержке (ИВЛ, СРАР), перенесли все больные, у 6 (42,8%) из них развилась бронхолегочная дисплазия — (новая форма у 2 детей, классическая у 4). 30% больных родилось с задержкой внутриутробного развития, у 35% — развилась постнатальная гипотрофия. Ретинопатия недоношенных обнаружена у 78% (1—2 степени — у 43%, 3 степени, потребовавшей оперативного лечения — у 14,2%); у 2 детей выявлена периферическая хореоретинодистрофия и частичная атрофия зрительного нерва. У всех больных имела место анемия смешанного генеза

(постгеморрагическая, гемолитическая, ранняя анемия недоношенных), у 10 (71,4%) детей проводились гемотрансфузии, у половины из них — повторные.

Выводы: ВГВИ является причиной преждевременного прерывания беременности и рождения тяжелобольных глубоконедоношенных незрелых детей, манифестирует с рождения тяжелыми респираторными и гемодинамическими нарушениями, синдромом угнетения ЦНС, имеет тяжелое течение с поражением легких, желудочно-кишечного тракта или генерализованным течением инфекционного процесса. У 1/3 больных отмечаются врожденные аномалии развития, задержка внутриутробного и постнатального развития. Заболевание также ассоциируется с развитием тяжелой анемии и поражением глаз.

150

## **Современная терапия синдрома стенозирующего ларинготрахеита у больных в инфекционном стационаре в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии**

**Хохуля С.Н., Идрисова Р.С.**

Курс детских инфекций КазМУНО, г. Алматы, Казахстан

Острый ларингит (ларинготрахеит) — острое воспаление слизистой оболочки гортани (гортани и трахеи), характеризующийся локализацией воспалительного процесса преимущественно в подскладочном отделе и клинически проявляющийся грубым «лающим» кашлем, дисфонией, инспираторной или смешанной одышкой. Острые ларингиты чаще вызываются *Parainfluenza virus type 1* — 60% случаев крупы; реже — другими типами этого возбудителя, возбудителя гриппа и др.

Цель: проанализировать современные особенности острых ларинготрахеитов у детей с 2012 по 2018 г.

Материалы и методы: Нами проанализирован материал по ларингитам с 2012 года по 2018 год. Были изучены истории болезни больных, поступивших в отделение реанимации и интенсивной терапии ДГКИБ г. Алматы. Определение заболевания дается согласно клиническому протоколу МЗ РК от 29.07.2017 г. Диагностика велась согласно стандартам клинического диагноза по классификации Ю.В. Митина 1979 г. Всего было 87 пациентов.

Результаты: Больные поступали по годам неравномерно. Этиология в полной мере изучена не была. У 10 больных выделен вирус гриппа А. Большинство заболевших были мальчики — 73%.

Большинство поступлений приходится на возраст от 1—5 лет — 66%, 6—12 мес. — 24% и лишь 10% > 5 лет. Максимальное число поступлений больных приходилось на зимние месяцы. 87% больных поступали из приемного отделения, и всего 13% поступили из отделений больницы.

Больные чаще всего поступали с развернутой клинической картиной стеноза гортани и выраженной острой дыхательной недостаточностью. Основные проявления в виде «лающего» кашля», осиплости голоса, стридорозного дыхания и картина дыхательной недостаточности были в 100%. Больные распределились по степени тяжести в соответствии с картиной острой дыхательной недостаточности — стеноз 1 степени — ОДН 1 степени — 6%, стеноз 2 степени — ОДН2 степени — 72%, стеноз 3 степени — ОДН 3 степе-

ни — 22%. Шкала Уэста для оценки тяжести ларингита не применялась в виду её неудобства для практического применений.

Чаще всего больные поступали на 2—3 сутки от начала заболевания. Рано начатая терапия привела к хорошим результатам, 77% больных обошлись консервативной терапией, у 23% — продленная интубация трахеи 1—5 суток. В динамике в 57% случаев заболевание ограничивалось ларинготрахеитом, в 28% случаев отмечалась клиника острого бронхита, в 10% случаев у больных была обнаружена очаговая пневмония, в 2% случаев отмечался жидкий стул и был выставлен диагноз «ОКИ», и в 1% случаев был диагностирован гнойный менингит и в 1% случаев (1 больной) выделен вирус гриппа.

Выводы:

1. Острый ларинготрахеит имеет типичную клиническую картину и течение заболевания не изменилось со временем, протекает с характерной клинической картиной и диагностируется по клиническим проявлениям, имеются также типичные сезонные подъемы заболевания.

2. При своевременно начатом лечении достигается хороший эффект, терапия по принятому протоколу достаточно эффективна.

3. Максимальная частота заболевания приходится на возраст от 1 до 5 лет. При этом у мальчиков заболевание встречается гораздо чаще.

4. Особого внимания требуют больные с тяжелой фоновой патологией и сопутствующими заболеваниями, которые утяжеляют течение заболевания, увеличивают сроки госпитализации и влияют на исход заболевания.

5. Тяжелое течение заболевания и токсикоз с выраженной бронхообструкцией требует раннего проведения интубации трахеи.

6. Удаление интубационной трубки целесообразно производить на 3 сутки интубации, т.к. более длительное интубирование приводит к вторичному бактериальному инфицированию.

7. Принятые в отделении ОРИТ стандарты диагностики и терапии эффективны при лечении острого ларинготрахеита и могут быть рекомендованы для широкого применения в инфекционных стационарах.

151

## Эпидемический паротит у взрослых

<sup>1</sup>Цвиркун О.В., <sup>1</sup>Фролов Р.А., <sup>1</sup>Герасимова А.Г.,  
<sup>1</sup>Ежлова Е.Б., <sup>1</sup>Мельникова А.А., <sup>2</sup>Барышева И.В.,  
<sup>Харламова Т.В.</sup><sup>2</sup>, <sup>Краснова С.В.</sup><sup>3</sup>, <sup>Цветкова Н.А.</sup><sup>3</sup>

<sup>2</sup>ФБУН МНИИЭМ им.Г.Н. Габричевского, Роспотребнадзора<sup>1</sup>,  
ФГАОУ ВО РУДН,

<sup>3</sup>ГБУЗ ИКБ №2 ДЗ г. Москвы, Россия

Специфическая профилактика эпидемического паротита изменила эпидемиологию этого заболевания. Усилилась неравномерность распределения случаев по территории страны, перестали регистрироваться крупные вспышки, с 2010 года среди заболевших стали преобладать взрослые.

Цель: Выяснить, чем характеризуется заболеваемость эпидемическим паротитом у взрослых, сопровождается ли заболевание осложнениями, мы попытались на примере изучения историй болезней, госпитализированных в одну из инфекционных больниц г. Москвы.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный эпидемиологический анализ 74 историй болезней пациентов, госпитализированных в ИКБ №2 в 2018 году. Лабораторное подтверждение случая заболевания осуществлялось в лаборатории ИКБ методом ИФА, тест-системой Serion Elisa classic Mumps Virus IgG/ IgM, производства Германия.

Результаты: Все пациенты были рождены в период с 1950 по 2003 гг. Средний возраст заболевших 29,8 лет. В структуре заболевших преобладали мужчины — 59,5%, тогда как на долю женщин приходилось 40,5%.

Из 74 пациентов только один подросток 17 лет имел документальное подтверждение двукратной иммунизации против эпидемического паротита, шесть человек со слов были привиты в детстве, у 53 — прививочный анамнез был неизвестен, 14 человек родились до 1979 года и не получали вакцинацию против эпидпаротита, которая была введена в практику здравоохранения в 1981 году.

Источник был установлен только в 8 случаях, из которых 7 обусловлены семейными и родственными контактами с больным эпидпаротитом, а один — контактом по месту жительства (по подъезду). Учитывая, что регистрация инфекционной заболеваемости осуществляется по месту выявления, особый интерес вызвал анализ завозных случаев. Оказалось, что 25 случаев были завозными из 19 субъектов Российской Федерации. При этом, чаще завоз регистрировался из Дагестана (6 человек), где в 2018 году продолжалась вспышка заболеваемости эпидемического паротита, начавшаяся в 2017 году. Предполагаемое импортирование наблюдалось в 8 случаях из 6 стран: Финляндии, Франции, Греции, Узбекистана, Таджикистана, Кыргызстана. Самое большое число импортированных случаев отмечено из Таджикистана (3 человека). У всех пациентов клиническая картина заболевания протекала в средне-тяжелой форме. В 7 случаях были зарегистрированы осложнения в виде односторонних орхитов (6) и серозного менингита (1).

На сегодняшний день лабораторная верификация диагноза эпидемического паротита не является обязательной и диагноз может быть клинически подтвержден. Специфические антитела класса IgM в 70% случаев выявляются в крови уже на второй день после проявления симптомов эпидемического паротита, на третий день заболевания их можно обнаружить практически всегда. Серологическое обследование осуществлялось на 5—9 день от начала заболевания. Лабораторное подтверждение диагноза имел 21 пациент, из них 10 ответили на инфекцию выработкой только G антител, при отрицательных результатах на M антитела. Учитывая, что это взрослые, рожденные с 1987 по 2001 год, можно предположить, что они раньше были привиты против эпидемического паротита.

Выводы: Выявление завозных и импортированных случаев эпидемического паротита — 44,6% от общего числа госпитализированных, подтверждает необходимость индивидуального учета случая заболевания для оценки истинной заболеваемости по стране и конкретному субъекту РФ.

# 152 Анализ эффективности медикаментозной терапии острых инфекционных ринитов у детей

Черешнева К.К.

РГМУ, Рязань, Россия

Острые респираторные заболевания наиболее часто встречаются в детском возрасте. Несмотря на разнообразные подходы к лечению и широкий спектр лекарственных препаратов клиническая симптоматика, в том числе ринит, на длительное время значительно ухудшает состояние больного.

Цель: Изучение эффективности и безопасности сочетания ирригационно-элиминационной терапии с назначением назальных деконгестантов у детей разных возрастных групп.

Материалы и методы: В исследование были включены 30 детей с острым ринитом в возрасте от 1 года 10 месяцев до 17 лет. Методами послужили осмотр пациентов, динамическое наблюдение за их состоянием, работа с медицинской документацией, анализ научной литературы по выбранной теме.

Результаты: У больных детей наблюдалось развитие острого ринита инфекционной этиологии в первые 1—3 суток от инфицирования во время эпидемического подъема заболеваемости. Доброкачественное течение наблюдалось у 23 из 30 больных, доминировала местная симптоматика. В 6 случаях патология сопровождалась развитием аденоидита, отита, в 1 случае — обострения бронхиальной астмы. Положительная динамика у 23 детей отмечена при назначении ирригационно-элиминационной терапии, благоприятно воздействующей на слизистую оболочку носа и способствующей удалению вирусов и бактерий с ее поверхности. Сочетание данного метода с использованием назальных деконгестантов достоверно благоприятно сказалось на общем состоянии больных. На второй день лечения у грудных детей отмечалось облегчение приема пищи, у старших — субъективное улучшение состояния за счет свободного носового дыхания, которое восстанавливалось на срок до 12 часов при кратности приема сосудосуживающих препаратов 2 раза в сутки (оксиметазолин). Элиминационная терапия изотоническим раствором морской воды способствовала ускорению выздоровления ребенка и препятствовала контагиозности за счет уменьшения выделения вирусов при чихании.

Промывание носовой полости помогает удалить патологический секрет со слизистой оболочки, снимает отек и воспаление, тонизирует капилляры. Нормализация дренажа околоносовых пазух снижает риск развития синуситов и отитов. При легкой степени тяжести респираторного заболевания качество жизни не ухудшалось, интоксикация не выражена. Осложнений в виде синуситов и отитов у 23 детей не отмечалось. Этот факт, вероятно, связан со своевременностью лечения и истинной вирусной этиологией заболевания, несмотря на лечение только орошением слизистой оболочки и применением деконгестантов. Неблагоприятных побочных реакций не выявлено. Стимуляции иммунитета индукторами интерферона не проводилось. Общая длительность наблюдения составила 6—8 недель.

Выводы: Терапия острых инфекционных ринитов должна соответствовать клинической степени тяжести заболевания. Назначение назальных деконгестантов является эффектив-

ным методом при лечении инфекционно-воспалительных процессов слизистой оболочки полости носа у детей разного возраста в сочетании с элиминацией возбудителя. Во избежание осложнений важно учитывать другие проявления острых респираторных заболеваний для назначения своевременного лечения. Полипрагмазия может ухудшить отдаленные последствия без влияния на исход ринита.

## **153** Оценка осведомленности родителей и анализ эффективности вакцинации против пневмококковой инфекции у детей

**Черненко Ю.В., Алырева Е.В., Жирнякова Т. А., Сорочкина Т.А., Гуменюк О.И., Евсеева Е.А., Ковтун А.А., Кузбакова О.В.**

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, Саратов, Россия

Проблема заболевания детей пневмококковой инфекцией является актуальной для всех стран в связи с высокой заболеваемостью и смертностью. Наиболее распространенной клинической формой пневмококковой инфекции является внебольничная пневмония.

Цель: Оценка осведомленности родителей в отношении вакцинации и анализ ее эффективности против пневмококковой инфекции у детей.

Материалы и методы: Проведено анкетирование родителей 100 пациентов в возрасте от 4 месяцев до 14 лет, поступающих в детское пульмонологическое отделение многопрофильной больницы. При анкетировании учитывалась осведомленность родителей о вакцинации против пневмококковой инфекции (наличии вакцинации у ребенка, возраст вакцинации, название вакцины).

Результаты: По итогам анкетирования в группу I включены родители, указавшие на наличие в анамнезе их детей вакцинации против пневмококковой инфекции ( $n = 41$ ). В группу II ( $n = 59$ ) включены респонденты, которые не смогли ответить о наличии или отсутствии вакцинации против пневмококковой инфекции у детей (33%) или намеренно отказались от вакцинации, опасаясь «иммунной перегрузки» (67%). При этом в группе I только 14 человек указали, что их дети вакцинированы против пневмококковой инфекции по полной схеме, согласно Национальному календарю прививок и смогли назвать вакцину, остальные смогли лишь указать на факт наличия вакцин. Не получено статистически значимых различий в диагностике пневмонии у пациентов обеих групп ( $p = 0,4$ ).

Выводы: В результате данного исследования отмечена низкая осведомленность и приверженность родителей к вакцинации детей против пневмококковой инфекции, что, в свою очередь, затруднило оценку эффективности вакцинации. Полученные результаты диктуют необходимость совершенствования санитарно-просветительской работы в как в учреждениях первичного звена здравоохранения, так и в стационарах в отношении эффективности и безопасности вакцинации против пневмококковой инфекции.

# 154 Микоплазменная инфекция у новорожденных

Черненко Ю.В., Бочкова Л.Г.

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского  
Минздрава России, Саратов, Россия

Микоплазмоз у новорожденных встречается в 5 раз чаще, чем другие виды инфекций, но диагностируется гораздо реже в связи с атипичными ее проявлениями в неонатальном периоде.

Цель: Изучение характера клинических проявлений пневмоцистной пневмонии у новорожденных.

Материалы и методы: В исследование были включены 227 новорожденных. Из них 154 (67,8%) недоношенных, 64 (28,1%) доношенных с задержкой внутриутробного развития (ЗВУР) с массой тела от 2232,0 г до 2840,0 г и 9 (3,9%) доношенных новорожденных без ЗВУР.

Диагноз пневмоцистной пневмонии ставился на основании комплексного обследования, включающего клинико-лабораторные, биохимические, рентгенологические и микробиологические методы исследования. Индикация *Mycoplasma pneumoniae* осуществлялась методом иммунофлуоресценции с поликлональными антителами «МикопневоФлюоскрин» ЗАО Ниармедик+, а также методом полимеразной цепной реакции. Материалом для исследования явились кровь, моча, эндотрахеальный аспират, ликвор.

Результаты: У всех обследуемых новорожденных признаки заболевания, такие как одышка, серо-цианотичный цвет кожных покровов появились на 1—2 сутки жизни. В легких отмечалось ослабление дыхания над всей областью легких, непостоянные сухие и влажные хрипы, укорочение перкуторного звука в межлопаточной области. Начальный период характеризовался выраженной интоксикацией, сопровождавшейся ранней желтухой, гепатомегалией, энцефалопатией. У 8,3% новорожденных отмечался судорожный синдром. Анемический синдром отмечался в 42,5% случаев наблюдений, в основном у недоношенных детей.

При проведении микробиологического исследования возбудитель микоплазмоза обнаруживался в эндотрахеальных аспиратах у наибольшего количества новорожденных (72,2%). В периферической крови антигены *Mycoplasma pneumoniae* идентифицированы значительно реже (30,8%), а в моче лишь у 18,0% новорожденных. При исследовании ликвора у детей с выраженной неврологической симптоматикой антигены возбудителя были выявлены в 8,3% наблюдений.

Выводы: Идентификация возбудителя в биологических средах матери и ребенка, раннее появление характерных клинических признаков заболевания явились основанием для постановки диагноза: врожденная микоплазменная пневмония.

## Трудности в постановке диагноза врожденной герпетической инфекции в неонатологии: клинический случай

Черненко Ю.В., Панина О.С., Панкратова Е.С.

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, Саратов, Россия

В последнее время ни у кого не вызывает сомнения, какое большое значение имеют в патологии детского возраста внутриутробные инфекции. Важной проблемой является своевременная диагностика внутриутробной инфекции с учетом ее неспецифических проявлений у новорожденных.

Цель: оценить трудности в диагностике врожденной герпетической инфекции на примере клинического случая.

Материалы и методы: Доношенный мальчик М., родился от первой беременности, протекавшей на фоне гестационной артериальной гипертензии, от первых срочных родов, имел место длительный безводный промежуток (23 ч 55 мин), угрожающая асфиксия плода, тугое обвитие пуповины вокруг шеи.

Результаты: Оценка по шкале Апгар 6—7—8 баллов, антропометрические данные при рождении: масса тела 3020 г, длина тела 50 см, окружность головы 35 см, груди 34 см. Период ранней неонатальной адаптации протекал без особенностей, были диагностированы кефалогематома правой теменной кости 2 × 2 см, врожденная косолапость. Ребенок в удовлетворительном состоянии выписан домой на 6 сутки жизни.

На 10-е сутки жизни родители обратились с ребенком в поликлинику по поводу высыпаний на правой стороне головы. После осмотра был выставлен диагноз: Везикулоступлез, была назначена антибактериальная терапия, проведена обработка элементов спиртовыми анилиновыми красителями. На фоне проводимой терапии состояние ребенка с отрицательной динамикой, отмечалось нарастание симптомов интоксикации, ребенок отказывался от кормления, стал вялым, появилась неврологическая симптоматика в виде судорожного синдрома, выраженного нистагма. Родители обратились за медицинской помощью в стационар неонатального профиля.

В стационаре ребенку провели клинико-лабораторное обследование, в ходе которого был выставлен клинический диагноз. Основной: Неонатальный сепсис вирусно-бактериальной этиологии (герпетический энцефалит, септицемия). Конкурирующий: Гипоксически-геморрагическое поражение ЦНС. Церебральная ишемия 2—3 степени, острый период. Синдром угнетения. Сопутствующий: Кефалогематома правой теменной кости. Врожденная косолапость.

При проведенном при поступлении скрининге на TORCH-инфекции, ИФА на АТ к *Herpes simplex virus I* и II были отрицательны. Проведенная ПЦР (кровь, ликвор) выявила дважды *Herpes simplex virus I* и II.

Многообразие клинических проявлений врожденной герпетической инфекции (ГИ) обусловлено длительностью и формой манифестации инфекции у беременной, свойствами и вирулентностью ВПГ, состоянием плацентарного барьера и защитных механизмов,

как матери, так и плода. В 30—60% рецидив ГИ во время беременности носит бессимптомный и атипичный характер, что в свою очередь затрудняет диагностику.

Выводы: Дети с экзантемой должны обследоваться в полном объеме, в том числе с проведением ПЦР. Отрицательный результат ИФА не исключает диагноз врожденной герпетической инфекции. Врач любой специальности должен помнить о многообразии течения врожденной герпетической инфекции и атипичности симптомов, характерных для новорожденных. Назначение этиотропной терапии обязательно даже при подозрении на врожденную герпетическую инфекцию.

156

## **Дифиллоботриоз у детей, госпитализированных в многопрофильный стационар федерального подчинения**

**Чуелов С.Б., Россина А.А., Лебедева Т.М., Волкова Г.И., Иванова Ю.Н., Игнатова Д.А., Иерусалимская Д.В., Мустафаева С.А., Шамшева О.В.**

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, Россия

Дифиллоботриоз — биогельминтоз, характеризующийся поражением пищеварительного тракта и возможным развитием мегалобластной анемии. Возбудителем заболевания является крупная цестода, называемая широким лентецом, относящаяся к семейству *Diphyllobothriidae*. У человека заболевание обычно вызывают *Dibothriocephalus latus* и *Dibothriocephalus nihonkaiensis*, реже — *Adenocephalus pacificus*, *Dibothriocephalus dendriticus*, *Diphyllobothrium balaenopterae*, *Diphyllobothrium stemmacephalum*. Еще не менее 13 видов широких лентецов поражают человека случайным образом. Окончательным хозяином паразита кроме человека являются различные виды рыбоядных диких и домашних животных. Первым промежуточным хозяином служат веслоногие рачки, вторым (дополнительным) — различные питающиеся планктоном рыбы, резервуарным — многие виды хищных рыб (щука, окунь, налим, ерш и др.). Плероцеркоиды (личинки дифиллоботриид) поражают различные органы и ткани (мышцы, икру, печень) многих видов рыб, где могут визуализироваться в виде белых «червячков» размером 0,5—3 см. Заболевание встречается в странах умеренного климата. В России регистрируется практически на всей территории. Человек заражается при употреблении в пищу термически необработанной, слабосоленной, свежемороженой рыбы. Превышение гельминта длиной до 10—20 метров в тонком кишечнике, продолжающееся у человека до 20 лет, сопровождается нередко значительным механическим и токсико-аллергическим воздействием на организм. Возникают нарушения питания и гиповитаминозы, в том числе — В12-дефицитная анемия, отмечающаяся у 2—20% инвазированных лиц.

Цель: описание собственного наблюдения 3-х случаев дифиллоботриоза.

Материалы и методы: Нами наблюдалось в инфекционно-боксованном отделении Российской детской клинической больницы (г. Москва) трое мальчиков с дифиллоботриозом в возрасте 1 года 11 месяцев, 1—6 лет, 1—16 лет. Один ребенок проживал в Ямало-Ненецком округе (г. Тарко-Селе), в окрестностях которого имеется множество озер и речек бассейна реки Пур, впадающей в Карское море, второй — в Вологодской области

(Каду́йский район), третий — в Костромской области (Каду́йский район), через которые протекают реки бассейна Волги.

Результаты: У детей отмечен факт неоднократного употребления в пищу недостаточной термически обработанной рыбы из местных водоемов. По поводу дифиллоботриоза в стационар был направлен один ребенок, 2 наблюдались в соматических отделениях по поводу нефротического синдрома и язвенного колита. У двоих детей поводом к обследованию кала на яйца гельминта послужило обнаружение в фекалиях фрагментов строби́лы, у одного (с язвенным колитом) — выявления при контрольном копрологическом исследовании большого количества яиц широкого лентеца. Клинических симптомов, свидетельствующих о паразитарной инвазии, у наблюдавшихся детей не отмечалось. Показатели гемоглобина, эритроцитов, эозинофилов также соответствовали норме. Проведено лечение празиквантелем. У двух пациентов отмечено отхождение с фекалиями гельминта (у одного сохранялось выделение яиц с фекалиями), у третьего — паразит в фекалиях не был замечен, яйца продолжали выявляться. Даны рекомендации по повторному лечению (2-м больным) и наблюдению по месту жительства.

Выводы: Таким образом, дифиллоботриоз, протекая субклинически, может не сопровождаться и гематологическими изменениями. Единственным признаком инвазии, на который обратили внимание больные и их родители, было выявление фрагментов строби́лы в фекалиях. Отсутствие клинической симптоматики, вероятно, связано с относительно непродолжительным течением гельминтоза, когда выраженные патологические изменения в макроорганизме не успели сформироваться. Большое значение для диагностики имеет исследование кала на яйца гельминтов, которое должно проводиться не только при подозрении на гельминтозы, но и при диспансерном обследовании населения.

## 157

### **Эпидемиологические особенности течения ангин у детей на современном этапе**

**Шевченко С.С., Грекова А.И., Беяцкая М.А., Сосновская Т.Н., Жодик О.В., Шевченко Р.В., Соколовская В.В., Смолянкин Н.Н., Жилина Е.А.**

ФГБОУ ВО СГМУ МЗ РФ, Смоленск, Россия

Проблема тонзиллярной патологии чрезвычайно актуальна на сегодняшний день в связи со значительной распространенностью в детском возрасте и высоким риском развития осложнений. В настоящее время на долю ангин в структуре заболеваний органов дыхания приходится примерно 23,7%.

Цель: Изучить эпидемиологические особенности ангин у детей на современном этапе.

Материалы и методы: проведен анализ 163 историй болезни детей с ангинами, проходивших лечение в инфекционном отделении № 4 ОГБУЗ КБ №1 г. Смоленска в 2017 — 2019 годах.

Результаты: Дети в возрасте до 1 года составили 1%, от 1 года до 3 лет — 32,5%, от 3 до 6 лет — 19,5%, старше 6 лет — 47%. Чаще болели дети из организованных коллективов (детские сады и школы) — 73,8%, тогда как на долю неорганизованных детей приходилось 26,2%. Ангины выявлялись у 59% мальчиков и у 41% девочек. Преимущественно болели городские дети (81%), госпитализированные дети из области и районов составили 19%. Самая высокая заболеваемость ангинами пришлась на осенний период и составила 36%. Весной и зимой дети болели ангинами в равной степени (24% и 23% соответственно), а летом количество детей, госпитализированных в стационар с данной патологией, снижалось до 17%. Стрептококковая этиология заболевания была подтверждена у 14,5% детей (исследовался АСЛО крови).

Выводы: Проведенный эпидемиологический анализ показал, что ангинами преимущественно болели дети школьного возраста; преобладали мальчики и чаще болели организованные дети, проживающие в городе; пик заболеваемости приходился на осенний период.

## 158

### **Анализ инфекционной заболеваемости детей первого года жизни**

**Шевченко С.С., Грекова А.И., Вересова Е.А.,  
Очкуренко А.Е., Соломатина Н.Н., Шевченко Р.В.,  
Смолянкин Н.Н., Соколовская В.В., Жилина Е.А.**  
ФГБОУ ВО СГМУ МЗ РФ, Смоленск, Россия

В структуре общей заболеваемости детей доля инфекционных болезней занимает одно из ведущих мест. Дети раннего возраста наиболее подвержены инфекционной патологии в связи с несостоятельностью иммунной системы и низкой резистентностью организма.

Цель: Изучить структуру инфекционной заболеваемости у детей первого года жизни на современном этапе.

Материалы и методы: Проведен анализ 280 историй болезни детей в возрасте от 0 до 1 года, поступивших в 2019 году в инфекционный стационар ОГБУЗ КБ №1 г. Смоленска.

Результаты: Чаще болели мальчики (170 детей — 60,7 %) по сравнению с девочками (110 детей — 39,3 %). ОРВИ протекали с синдромом ринофарингита у 55 детей (19,6%), с синдромом бронхита — у 25 детей (8,9%), с синдромом фарингита — у 20 детей (7,1%), с синдромом ринофаринготрахеита — у 14 детей (5%), с синдромом ринофарингобронхита — у 15 детей (5,3%), с синдромом трахеита — у 14 детей (5%), с синдромами ринофаринготрахеобронхита, фарингобронхита и ларингобронхита — у 9 детей (3,2%). Из дополнительных синдромов следует отметить стеноз гортани у 2,5% и бронхообструктивный синдром у 8,9% детей, больших ОРВИ. Грипп А был подтвержден у 7 детей (2,5%), а коронавирусная инфекция — у 1 ребенка (0,4%). ОРВИ, осложненные пневмонией, отмечались у 13 детей (4,6%). ОКИ были выявлены у 34,6% детей раннего возраста. У небольшого процента детей была подтверждена следующая этиология: ротавирусная инфекция (6%), норовирусная инфекция (0,4%), эшерихиоз (0,4%) и сальмонеллез (1%). ОКИ неустановленной этиологии протекали преимущественно с синдромом энтерита (12,8%). Кроме то-

го, у 2,1% детей была выявлена герпетическая инфекция, у 1% — коклюш (3 ребенка), и по 0,4% пришлось на ветряную оспу и инфекционный мононуклеоз.

Выводы: Проведенный анализ показал, что среди детей раннего возраста преимущественно болели мальчики; в структуре заболеваемости существенно преобладали ОРВИ, на второй позиции находились ОКИ, и в последние годы отмечен рост заболеваемости ОКИ неуточненной этиологии, что согласуется с литературными данными.

## **159 Эпидемиологические особенности ротавирусной инфекции у детей на современном этапе**

**Шевченко С.С., Черник В.С., Золина Н.С., Грекова А.И.,  
Соломатина Н.Н., Тимошенкова А.Д.,  
Азломец Н.А., Шевченко Р.В., Смолянкин Н.Н.**

ФГБОУ ВО СГМУ МЗ РФ, Смоленск, Россия

Актуальность проблемы обусловлена широкой распространенностью ротавирусной инфекции среди детского населения. Ежегодно в мире регистрируется до 25 млн случаев ротавирусной инфекции, из которых 600—900 тыс. заканчиваются летально.

Цель: Изучить эпидемиологические особенности ротавирусной инфекции у детей на современном этапе.

Материалы и методы: Проведен анализ 146 историй болезни детей с ротавирусной инфекцией, проходивших лечение в инфекционном отделении № 5 ОГБУЗ КБ №1 г. Смоленска в 2019 году.

Результаты: Большинство заболевших составили дети дошкольного возраста, среди них: дети до 6 месяцев — 2 (1%), от 6 месяцев до 1 года — 22 (15%), дети от 1 года до 1,5 лет — 15 (10%), дети от 1,5 до 3 лет — 50 (34%), дети от 3 до 7 лет — 42 (29%). У детей школьного возраста ротавирусная инфекция отмечалась в 10,5% случаев (15 детей). Преобладали мальчики — 64%, девочки составили 36%. Организованные и неорганизованные дети в равной степени болели ротавирусной инфекцией: посещающие детские сады и школы — 74 ребенка (51%), неорганизованные — 72 (49%). Преимущественно болели дети, проживающие в городе — 94 ребенка (64%), в то время как дети из района и области составили 36% (52 ребенка). Самая высокая заболеваемость пришлась на зимние месяцы (январь, февраль) и составила 55% (81 ребенок). 29% детей было госпитализировано с ротавирусной инфекцией с марта по май, а летом только у 6% детей, находившихся в инфекционном отделении с клиникой кишечной инфекции, была подтверждена ротавирусная этиология заболевания.

Выводы: Проведенный эпидемиологический анализ показал, что ротавирусной инфекцией чаще болели дети раннего возраста, преимущественно от 1,5 до 3 лет; преобладали мальчики и дети, проживающие в городе; организованные и неорганизованные дети в равной степени переносили ротавирусную инфекцию; пик заболеваемости приходился на зимний период.

160

## Вакцинация против ротавирусной инфекции в Красноярском крае: оценка эффективности затрат

Южакова А.Г., Мартынова Г.П.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Россия

В структуре инфекционной заболеваемости острые кишечные инфекции стабильно занимают одно из первых мест, с преобладанием вирусных диарей, лидером среди которых является ротавирусная инфекция (РВИ). Эпидемиологическая эффективность вакцинации против РВИ очевидна и доказана. Проблема фармакоэкономического анализа вакцинопрофилактики РВИ чрезвычайно важна, поскольку РВИ наносит колоссальный ущерб экономике государства. Затрагиваются интересы не только системы здравоохранения, когда принимаются во внимание затраты на медицинские услуги, но и интересы пациента, учитывая ущерб от потери трудоспособности родителей, ухаживающих за детьми, моральные страдания пациента и его близких — боль, стресс, дискомфорт.

Цель: Оценить эффективность внедрения региональной программы иммунизации против РВИ среди детей г. Ачинска Красноярского края с использованием живой пероральной пентавалентной ротавирусной вакцины (Мерк, Шарп и Доум Корп., США, ЛП-001865 от 01.10.2012).

Материалы и методы: иммунизировано 1267 детей в возрасте от 1,5 месяцев до 12 месяцев обоего пола, что составило 90% от когорты новорожденных в г. Ачинске. Курс вакцинации состоит из перорального приема трех доз вакцины. Однократно вакцину получили 1267 детей; две дозы получили 918 человек; полный курс вакцинации против РВИ завершили 815 детей. Анализ экономических показателей проводился в соответствии с МУ 3.3.1878-04 «Экономическая эффективность вакцинопрофилактики». Затраты, связанные с вакцинопрофилактикой, рассчитывались на основе тарифов системы обязательного медицинского страхования по г. Ачинску на 2018 г.

Результаты: затраты на вакцинацию составили 6 317 514 руб. Общий объем предотвращенных прямых медицинских затрат составляет 7 460 113,53 руб. Ежегодная вакцинация в течение трех лет против РВИ когорты в 1000 детей с охватом 90% позволит снизить затраты системы здравоохранения на 1 142 599,53 руб.

Выводы: массовая вакцинация детей против РВИ как экономически эффективная медицинская программа позволит снизить расходы бюджета, снизить заболеваемость, улучшить состояние здоровья и качество жизни населения в целом.

Юлдашева А.С.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

В последние годы в медицине было проведено немало исследований, результаты которых позволили значительно улучшить состояние здоровья населения. Одним из таких результатов является понятие коагулопатия, которая объединяет в себе и объясняет происхождение самых разных заболеваний: от инфаркта миокарда и тромбоза легочной артерии до невынашивания беременности.

Широкое распространение токсинов вируса простого герпеса определяет системный характер проявлений заболевания с последующим поражением стенок сосудов, вызывая развитие коагулопатии. Признаки заболевания зависят от того, какой именно кровеносный сосуд поражен (артерия, вена, его размер), где этот сосуд находится (тяжелее проявления при поражении кровеносных сосудов, снабжающих кровью сердце, почки и головной мозг). Большое значение имеет и скорость закупорки сосуда: он может закрываться медленно формирующимся тромбом или быстро — тромбом, который оторвался от стенки другого, более крупного кровеносного сосуда. При беременности такая закупорка кровеносных сосудов может стать причиной плацентарной недостаточности (недостаточное поступление питательных веществ и кислорода в организм плода) и невынашивания беременности.

Цель: разработка методов прегравидарной терапии коагулопатии и ведения беременности у женщин с вирусом простого герпеса.

Материалы и методы: Под наблюдением находились 15 женщин, с выявленным ранее вирусом простого герпеса на различных сроках гестации, получивших прегравидарную подготовку.

Результаты: У этих женщин в анамнезе отмечены 2 и более выкидышей, синдром задержки развития плода, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, перинатальная патология, ранняя неонатальная смертность. У обследованных не были выявлены другие гормональные и соматические факторы, которые могли бы вызвать невынашивание беременности. У 8 (53,4%) пациенток беременность протекала благоприятно в связи со своевременным обращением к специалистам. Им была проведена прегравидарная терапия: фолвик по 1 табл. 1 раз в день в течение 3 месяцев до беременности и в 1 триместре беременности, Эссенциале форте Н по 2 капс. 3 раза в день в течение месяца до планируемой беременности, а также в первом триместре беременности с целью профилактики плацентарной недостаточности, акушерских и перинатальных осложнений серратиопептидаза (Серрата) 10 мг по 2 табл. 3 раза в день в течение 1 месяца до планируемой беременности и по 1 табл. 3 раза в день в течение месяца во время беременности, антиагреганты — кардиомагнил 75 мг по 1 табл. 1 раз в день курсом 15 дней во время беременности под контролем гемостаза, антиоксидантами — аскорутин по 1 табл. 3 раза в день в течение 1 месяца во время беременности. У всех обследуемых проводилось доплерографическое исследование плода и плацентарных артерий на протяжении беременности. Результаты наблюдения показали, что у 3 (20%) пациенток беременность была прервана из-за несвоевременного обращения к специали-

там. У 4 (26,6%) пациенток обратились в первой половине беременности с угрозой прерывания беременности, которым была проведена терапия по вышеуказанной схеме. У 8 (53,4%) пациенток, получивших прегравидарную терапию, беременность протекала без осложнений, а у 4 (26,6%) пациенток после проведенной терапии признаки угрозы прерывания беременности были устранены, и беременность в дальнейшем протекала без патологических осложнений.

Выводы: Таким образом, своевременное проведение комплексной терапии способствует полной ликвидации патологического процесса и восстановлению гемостаза и реологических свойств крови, что является одним из составляющих в процессе лечения.

162

## **Лихорадки у детей: диагностический поиск**

**Якимович Н.И., Бахар В.Н., Мирутко Д.Д.**

УО БГМУ, Минск, Беларусь

Лихорадка — это универсальная защитно-приспособительная реакция организма, которая возникает в ответ на воздействие инфекционных и неинфекционных факторов. Лихорадка является одной из ведущих причин обращаемости за медицинской помощью детского населения.

Цель: Проанализировать особенности жалоб, клиники, лабораторных и инструментальных исследований при лихорадках, уточнить, какие заболевания диагностируются у этих детей.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ историй болезни 3-х пациентов, находившихся на лечении в УЗ Городская детская инфекционная клиническая больница г. Минска в 2011—2018 гг.

Результаты: Изучены: анамнез, жалобы, клинические проявления, результаты лабораторных и инструментальных методов исследования. Продолжительность лихорадки до госпитализации составила от 3 суток до 20 дней. Основной жалобой при поступлении была фебрильная температура (100%). Средняя продолжительность лихорадочного периода составила 16 дней. Антибактериальную терапию (АБТ) до госпитализации получали 2 детей (цефиксим и адицеф). Диагнозы при поступлении: 1. ОРИ, ринофаринготрахеит. Токсикоз. 2. ОРИ, ринофарингит. Лихорадка неясного генеза. Анемия 1 степени. 3. ОРИ, фарингит. ГНМ 2 ст. Пищевая и медальергия (ибуфен).

Стартовый антибиотик у пациентов в стационаре: амоксициллин — у 1-го пациента, цефотоксим — у 2-го и кларитромицин — у 3-го. Смена антибактериальной терапии потребовалась всем пациентам. АБТ в стационаре составила: 1 пациент — 17 дней, 2-ой — 20 дней и 3-ий — 17 дней. Двоим пациентам вводился внутривенно иммуноглобулин и назначались глюкокортикостероиды коротким курсом (5—7 дней) в дозе 1,5 мг/кг в сутки. Воспалительные изменения в ОАК наблюдались у всех пациентов (нейтрофилез, увеличение СОЭ от 22 до 53 мм/час). Анемический синдром отмечался у 2-х пациентов, причем у одного ребенка сочетался с тромбоцитопенией. С-реактивный белок оказался повышенным в 100% случаев. Прокальцитонинный тест (PCT) значимо был увеличен (3,36 нг/мл) у одного пациента. В результате проведенного обследования были диагностированы: 1. Острый лимфобластный лейкоз. 2. Инфекционный мононуклеоз, септический вариант. 3. Недифференцированное заболевание соединительной ткани.

Выводы:

1. Отсутствие классических клинических проявлений ВЭБ-инфекции диктует необходимость использования различных методов диагностики (ПЦР, ИФА).

2. Дифференциально-диагностический поиск при лихорадках у детей должен включать аутоиммунные, инфекционные, онкологические, аутовоспалительные заболевания.

3. При отсутствии эффекта при проведении антибактериальной терапии (1–2 курсов) как можно раньше комплексно обследовать пациентов с лихорадкой (РСТ, пункция костного мозга и т.д.).

## 163 Атипичные пневмонии у детей в современных условиях

Якимович Н.И., Мирутко Д.Д.

УО «БГМУ», Минск, Беларусь

Острые заболевания дыхательных путей играют ведущую роль в структуре инфекционной патологии у детей. Частой причиной внебольничных пневмоний считается *Streptococcus pneumoniae* (20–57%), но «атипичные» возбудители *Mycoplasma pneumoniae* и *Chlamidophila pneumoniae* встречаются не так редко.

Цель: изучение особенностей клинического течения, лабораторных данных и поиск диагностических критериев атипичных пневмоний у детей.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ историй болезни 40 детей в возрасте от 6 месяцев до 15 лет, находившихся на лечении в городской детской инфекционной клинической больнице (ГДИКБ) г. Минска: 13 детей с *M. pneumoniae*, 27 пациентов с *Chl. pneumoniae*. Лабораторное подтверждение диагноза хламидийной и микоплазменной пневмоний проводилось на основании выявления IgM и/или IgG.

Результаты: Пневмониями в равной степени страдали как мальчики, так и девочки. Возрастной состав: *Chl. pneumoniae* и *M. pneumoniae* — от 6 мес. до 6 лет — 63% (17) и 31% (4) соответственно и 7–15 лет — 37% (10) и 69% (9) соответственно. Одним из характерных и постоянных признаков хламидийной и микоплазменной инфекций является кашель (сухой, навязчивый, болезненный, непродуктивный, особенно при микоплазмозе), он возникал одновременно с лихорадкой и наблюдался у всех 40 пациентов (100%). Было выявлено, что наряду с кашлем у детей отмечались умеренные (реже выраженные) признаки поражения верхних дыхательных путей — фарингит, ларингит. Фарингит чаще встречался при микоплазменной инфекции (97%); обычно появлялся с 1-го дня и проявлялся у большинства сильной болью в горле. Конъюнктивит, шейный лимфаденит более характерны для хламидийной инфекции (15–3%; 7,7–1% соответственно). Бронхообструктивный синдром выявлен чаще при хламидийной пневмонии (38–33%). Лечение бронхиальной обструкции проводилось фенотерол + ипратропия бромид (беродуалом), 15% пациентов потребовалось назначение ингаляционных КС. При аускультации детей с хламидийной и микоплазменной пневмониями выслушивалось жесткое дыхание (87% и 100% соответственно), реже — ослабленное; разнокалберные хрипы, в основном, мелкопузырчатые. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки выявлялись как типичные пневмонические инфильтрации (чаще очаговые), так и интерстициальные изменения (52% и 66% соответственно). При микоплазменных пневмониях часто отмечалось двустороннее поражение легких с усилением легочного рисунка и перибронхиальной инфильтрацией. В анализе крови незначительный лейкоцитоз  $>15 \times 10^9/\text{л}$ , СОЭ  $>15$  мм/час регистриро-

вались одинаково часто у больных микоплазменной и хламидийной инфекцией. Обращал на себя внимание факт позднего поступления в стационар — 52% госпитализированных, несмотря на отсутствие эффекта от проводимой терапии, в том числе и антибактериальной. Препаратами стартовой терапии в большинстве случаев (95%) были полусинтетические пенициллины. Назначение этиотропной терапии осуществлялось в сроки от 7 до 15 дней со дня заболевания. Чаще других назначались: кларитромицин — 53%, спирамицин (ровамицин) — 15%, длительностью от 2-х до 3 недель или азитромицин (сумамед) — 7 дневный курс; положительная динамика наблюдалась через 2—4 суток.

Выводы:

1. Ведущим симптомом при атипичных пневмониях был кашель (100%), более длительный и непродуктивный при микоплазменной инфекции.
2. Симптом бронхиальной обструкции диагностирован чаще при хламидийной инфекции, особенно в младшем возрасте.
3. Отмечено значительное выявление фарингита (70% при хламидийной и 100% при микоплазменной).
4. Рентгенологические данные: неомогенные очаговые инфильтраты, наличие признаков бронхита чаще при микоплазменной инфекции, 52% пациентов с хламидийной инфекцией имели гомогенную инфильтрацию.

**164**

## **Прогностическое значение инфекционного фактора в оценке выживаемости детей, рожденных с экстремально низкой и очень низкой массой тела в возрасте от 0 до 3 лет жизни**

**Якубович Е.С., Хмилевская С.А., Зрячкин Н.И.**

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского МЗ РФ, Саратов, Россия

Инфекционная патология является одной из ведущих причин смертности недоношенных детей, рожденных с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) и очень низкой массой тела (ОНМТ), в перинатальном периоде, и ввиду высокой распространенности может оказывать значимое влияние на формирование неблагоприятных исходов на протяжении всего раннего детства.

Цель: Изучить влияние инфекционной патологии на показатели выживаемости недоношенных детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела при рождении в возрасте от 0 до 3 лет.

Материалы и методы: В исследование было включено 148 детей, рожденных в перинатальных центрах Саратовской области. Основную группу составили 108 недоношенных детей, из которых 29 детей с ЭНМТ и 79 детей с ОНМТ при рождении. Контрольная группа была представлена 40 доношенными детьми. Анализ выживаемости проводился с использованием метода Каплана-Майера.

Результаты: Полученные в ходе исследования данные свидетельствовали о том, что выживаемость детей, рожденных с ЭНМТ и ОНМТ, на протяжении всего периода наблюде-

ния была тем выше, чем выше масса тела при рождении и гестационный возраст, и составляла к 3 годам жизни 93% (74) у детей с ОНМТ и 62% (18) у детей с ЭНМТ при рождении ( $p = 0,00019$ ). Наименьшие ее значения отмечались у недоношенных детей с весом при рождении от 500 до 749 грамм, составившие к окончанию периода раннего детства 40%. В структуре причин смертности детей инфекционные болезни занимали 36% и обуславливали неблагоприятный исход преимущественно в первые 5—6 месяцев жизни (5% (4) детей с ОНМТ и 25% (7) с ЭНМТ,  $p = 0,005$ ). Среди инфекционной патологии, приведшей к летальному исходу, лидировали врожденная пневмония и сепсис. Значимое снижение показателя выживаемости недоношенных детей было ассоциировано с наличием перенесенных инфекционно-воспалительных заболеваний в неонатальном периоде (73% против 92% при их отсутствии,  $p < 0,05$ ). Помимо этого в ходе работы выявлена статистически достоверная зависимость показателя выживаемости НД от присутствия воспалительных изменений послета, как основного признака его инфекционного поражения (71% против 91% при их отсутствии,  $p < 0,05$ ).

Выводы: Проведенное исследование позволило заключить, что выживаемость НД с ЭНМТ и ОНМТ при рождении как на этапе родовспомогательных учреждений, так и до достижения ими трехлетнего возраста зависит от таких факторов, как гестационный возраст и масса тела при рождении, а также от наличия инфекционной патологии, значимо отягчающей дальнейший прогноз.

## **165 Особенности реагирования внутрикожных иммунологических проб у детей с туберкулезной инфекцией и аллергическим конституциональным диатезом**

**Яровая Ю.А., Лозовская М.Э, Клочкова Л.В., Васильева Е.Б.**

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

Дети с аллергическим диатезом имеют генетическую предрасположенность к развитию сенсibilизации, аллергическим реакциям и заболеваниям, в связи с чем у них возможны особенности реагирования на иммунологические пробы с аллергенами туберкулезными.

Цель: определение выраженности проб Манту с 2ТЕ и Диаскинтест у детей с туберкулезной инфекцией и с аллергическим диатезом.

Материалы и методы: 36 детей в возрасте 1—14 лет обследованы с применением иммунологических проб на базе туберкулезного отделения ДИБ №3 за 2017—2019 гг. Выделены 2 группы пациентов с туберкулезной инфекцией: 1-ая — 48 детей с аллергическим диатезом (АД); 2-ая — 61 ребенок без АД (контрольная группа).

Результаты: По результатам диагностики в группах наблюдения определены пациенты с активными формами туберкулеза: 12 и 23 детей; с остаточными посттуберкулезными изменениями (ОПТИ): 16 и 30 детей; с латентной туберкулезной инфекцией (ЛТИ): 23 и 32 детей 1 и 2 групп соответственно.

У детей с активным туберкулезом частота гиперергической чувствительности пробы Манту с 2ТЕ в 1 и 2 группах была идентична:  $25,0 \pm 12,5\%$  и  $26,1 \pm 9,2\%$  случаев; у детей с АД отмечалась отрицательная чувствительность (при отсутствии иммунодефицитных состояний) в  $8,3 \pm 8,0\%$  случаев. По результатам оценки пробы Диаскинтест преобладала гиперергическая чувствительность у детей с активным туберкулезом — в  $66,7 \pm 13,6\%$  случаев в 1 группе, что реже отмечалось у детей 2 группы — в  $46,6 \pm 10,4\%$  случаев. Отрицательная реакция на туберкулин была у идентичной доли детей сравниваемых групп:  $8,3 \pm 8,0\%$  и  $8,7 \pm 5,9\%$  случаев в 1 и 2 соответственно.

В случае формирования ОПТИ все результаты пробы Манту были положительны, в том числе гиперергическая чувствительность была у детей с АД в  $37,5 \pm 12,1\%$  случаев, что чаще, чем у детей 2 группы — в  $16,7 \pm 6,8\%$  случаев. У пациентов с ОПТИ гиперергическая чувствительность на пробу Диаскинтест развивалась одинаково часто: в  $31,3 \pm 11,6\%$  и в  $33,3 \pm 8,6\%$  случаев в 1 и 2 группе соответственно. Детей с АД с отрицательной реакцией на данную пробу было  $37,5 \pm 12,1\%$  случаев, что чаще, чем у детей 2 группы — в  $16,7 \pm 6,8\%$  случаев.

У всех пациентов с ЛТИ были положительные реакции на туберкулин, гиперергическая чувствительность у детей 1 группы была в  $34,7 \pm 9,9\%$  случаев и реже у детей контрольной группы — в  $18,8 \pm 6,9\%$  случаев. Гиперергическая чувствительность на пробу Диаскинтест развивалась одинаково часто: в  $31,3 \pm 11,6\%$  и в  $33,3 \pm 8,6\%$  случаев у детей 1 и 2 групп. У детей с ЛТИ отрицательные реакции на пробу Диаскинтест у детей контрольной группы были чаще в  $53,1 \pm 8,8\%$ , чем у детей 1 группы — в  $34,8 \pm 9,9\%$  случаев.

Выводы: У детей с конституциональным аллергическим диатезом более характерно развитие гиперергических реакций на туберкулин при диагностике ЛТИ и ОПТИ по сравнению с детьми без аллергического диатеза. В случае активных форм туберкулеза у детей с аллергическим диатезом чаще отмечались гиперергические реакции на пробу Диаскинтест. При латентной туберкулезной инфекции отрицательные результаты пробы Диаскинтест чаще наблюдались у детей без аллергического диатеза.

166

## **Анализ туберкулезной инфекции у детей с отрицательными реакциями на пробу Диаскинтест**

**Яровая Ю.А., Лозовская М.Э., Клочкова Л.В., Степанов Г.А.**

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

Проба Диаскинтест высоко специфична, ее чувствительность зависит от бактериальной нагрузки, активности микобактерий туберкулеза, состояния иммунитета, в связи с чем анализ туберкулезной инфекции при отрицательных реакциях на данную пробу актуален.

Цель: анализ туберкулезной инфекции у детей с отрицательными реакциями на пробу Диаскинтест.

Материалы и методы: Проведен анализ 56 истории болезни детей за 2014–2018 гг. на базе туберкулезного отделения ДИБ №3, у которых на основании фтизиатрического обследования, включая по показаниям QuantiFERon test, тест T-SPOT.TB. диагностирована туберкулезная инфекция при отрицательных реакциях пробы Диаскинтест.

Результаты: В структуре детей с туберкулезной инфекцией и отрицательными реакциями на пробу Диаскинтест преобладали пациенты с латентной туберкулезной инфекцией (ЛТИ) — 50,0% (28 детей), реже были дети с остаточными посттуберкулезными изменениями (ОПТИ) — 29,6% (17 детей) и пациенты с активным туберкулезом — 20,4% случаев (11 детей). Отрицательная чувствительность на обе иммунологические пробы Манту с 2ТЕ и Диаскинтест наблюдалась у  $3,7 \pm 3,6\%$  детей с ЛТИ и у  $27,3 \pm 13,4\%$  детей больных туберкулезом, этиология заболевания у них была подтверждена результатами тестов QFT или T-SPOT.TB, в ряде случаев — результатами специфической терапии.

Выявление туберкулезной инфекции у данных пациентов преобладало методом массовой туберкулинодиагностики: у  $70,4 \pm 8,8\%$  детей с ЛТИ, у  $93,8 \pm 4,7\%$  детей с ОПТИ, что реже было у детей с активным туберкулезом — в  $54,6 \pm 15,0\%$  случаев ( $p < 0,05$ ) и было обусловлено достаточно частым выявлением туберкулеза по обращению с жалобами ( $27,3 \pm 13,4\%$  случаев).

У детей с ОПТИ и отрицательными реакциями на пробу Диаскинтест в основном были диагностированы обызвествления в органах грудной полости — в  $88,2 \pm 8,1\%$  случаев с преобладанием в их структуре очагов Гона (в  $52,9 \pm 12,5\%$  случаев).

У детей с активным туберкулезом и отрицательными результатами пробы Диаскинтест в структуре заболевания преобладал туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, осложненный единичными очагами отсева в легочную ткань — в  $45,5 \pm 15,0\%$  случаев, неосложненные ограниченные формы первичного туберкулеза были у  $27,3 \pm 13,4\%$  пациентов; у  $27,3 \pm 13,4\%$  детей — генерализованный туберкулез. Диагностика происходила в фазы инфильтрации, инфильтрации и распада ( $45,5 \pm 15,0\%$  пациентов), в фазу неполной кальцинации ( $45,5 \pm 15,0\%$  пациентов); сочетание фаз инфильтрации и кальцинации было в  $9,1 \pm 8,7\%$  случаев. Среди больных туберкулезом пациентов с отрицательными результатами пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным  $27,3 \pm 13,4\%$  детей переносили сочетанную туберкулезную и ВИЧ-инфекцию.

Выводы:

1. У детей с туберкулезной инфекцией и отрицательными реакциями на пробу Диаскинтест была ЛТИ в 50,0%, ОПТИ — в 29,6%, активный туберкулез — в 20,4% случаев.
2. Активный туберкулез у детей с отрицательными результатами пробы Диаскинтест протекал в виде осложненных форм в  $45,5 \pm 15,0\%$ , неосложненных форм — в  $27,3 \pm 13,4\%$ , генерализованного поражения — в  $27,3 \pm 13,4\%$  случаев.
5. У больных туберкулезом детей с отрицательными результатами пробы Диаскинтест сочетание с ВИЧ-инфекцией было в  $27,3 \pm 13,4\%$  случаев.

167

## **Осложнения на прививки БЦЖ в Санкт-Петербурге**

**Яровая Ю.А., Степанов Г.А., Васильева Е.Б., Кривохиж В.Н.**

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

В литературе нет единого мнения о причинах поствакцинальных осложнений после прививок БЦЖ. Каждый случай возникновения осложнений на вакцина-

цию БЦЖ требует тщательного рассмотрения. В последние годы большинство территорий в России перешли на вакцинацию БЦЖ-М в родильных домах.

Цель: анализ случаев осложнений на вакцинацию БЦЖ-М у детей раннего возраста с точки зрения выяснения их причин и оценки тактики и результатов лечения.

Материалы и методы: обобщены наблюдения за 18 детьми, направленными на кафедру фтизиатрии СПбГПМУ с диагнозом «Осложнение вакцинации БЦЖ». Использовались клинично-лабораторные методы исследования, общепринятые во фтизиатрии, особое внимание уделялось тщательно собранному анамнезу.

Результаты: За 5 лет в Санкт-Петербурге было зарегистрировано 23 осложнения на прививки БЦЖ, из которых диагноз подтвержден у 18 из 23 направленных детей. Среди остальных детей местная прививочная реакция была расценена как вариант нормы, хотя была ярко выраженной.

Отмечается стабильное уменьшение числа осложнений на прививки БЦЖ (за предыдущие пять лет — 58 осложнений), что связано с введением с 2010 года вакцинации всех новорожденных в Санкт-Петербурге вакциной БЦЖ-М. Осложнений на ревакцинацию БЦЖ не наблюдалось.

Все осложнения имели местный характер. Отмечалось преобладание холодных абсцессов. Келоидные рубцы не встречались, что связано с отменой ревакцинации в 14 лет. Все дети были из благоприятных материально-бытовых условий, туберкулезный контакт не был установлен. Меньшая частота поражения регионарных лимфатических узлов подтверждает более низкую реактогенность вакцины БЦЖ-М по сравнению с вакциной БЦЖ. Увеличение доли холодных абсцессов можно связать с недостаточным контролем за работой вакцинаторов. Привитые дети не имели явной патологии в неонатальном периоде, они были вакцинированы на 3-и (3 чел.), 4-е (5 чел.) и 9—11 сутки жизни (2 чел.). Пять из них в 1-е сутки жизни получили вакцинацию против гепатита В. Оценка по Апгар была — 8/9 баллов.

В 10 случаях из 18 процесс был выявлен в фазе абсцедирования, причем у двух детей развилась свищевая форма БЦЖ-лимфаденита. Сложности своевременной диагностики обусловлены малосимптомным течением БЦЖ-итов на ранних стадиях. Увеличение регионарного лимфоузла, появление инфильтрата в области прививки не сопровождалось болевым синдромом и изменением цвета кожи на начальных этапах развития. Патология выявлялась через 1—7 мес. после прививки.

Все больные с БЦЖ-лимфаденитами получали специфическое лечение в соответствии с существующими рекомендациями и учетом индивидуальных особенностей. Во всех случаях достигнуто излечение БЦЖ-итов.

Выводы:

1. Прививки БЦЖ у новорожденных детей могут сопровождаться развитием местных осложнений, среди которых преобладают холодные абсцессы и БЦЖ-лимфадениты.

2. Осложнения встречаются при использовании вакцины БЦЖ-М значительно реже, чем при применении БЦЖ-1.

3. Чувствительность к туберкулину у детей с осложнениями на прививки БЦЖ значительно выше.

4. Необходимо повысить знания педиатров и детских хирургов по диагностике и лечению БЦЖ-итов.

## СОДЕРЖАНИЕ

---

|    |  |    |
|----|--|----|
| 1  | Клинико-эпидемиологические особенности течения ротавирусной инфекции у детей до 3-х лет.<br>Албегова Б.З., Гуссоева И.Г., Хаматова Э.А., Юнусова Д.Д., Гиоева З.А. . . . . .   | 3  |
| 2  | Влияние способа родоразрешения на вероятность развития инфекционных заболеваний у детей раннего возраста. Албегова Б.З., Гуссоева И.Г., Юнусова Д.Д. . . . .   | 3  |
| 3  | Течение инфекционного мононуклеоза в зависимости от этиологического фактора.<br>Албегова Б.З., Гуссоева И.Г., Юнусова Д.Д., Эскиева С.Х., Магамадова Х.И. . . . . .  | 4  |
| 4  | Спектр возбудителей сочетанной астровирусно-бактериальной кишечной инфекции у детей. Алиев Г.Н., Рустамова Л.И., Мамедова В.Г., Ибрагимова Г.Х., Исмаилова А.С., Мамедова Дж.С. . . . . .  | 5  |
| 5  | Клинико-эпидемиологическая характеристика инфекционного мононуклеоза у детей.<br>Андреева Л.В., Стекольщикова И.А., Акимова В.П., Семенова В.А., Петрейкина И.Е. . . . .   | 6  |
| 6  | Клинико-лабораторные параллели сальмонеллезной инфекции в зависимости от серотипов. Андреева Л.В., Стекольщикова И.А., Петрейкина И.Е., Семенова В.А., Питрукова А.П. . . . . .  | 7  |
| 7  | Этиологическая характеристика вирусных диарей у детей. Андреева Л.В., Стекольщикова И.А., Семенова В.А., Петрейкина И.Е., Питрукова А.П. . . . . .   | 9  |
| 8  | Эффективность пробиотика в терапии острых кишечных инфекций бактериальной этиологии у детей на амбулаторном этапе. Арова А.А., Хлынина Ю.О., Невинский А.Б. . . . . .  | 10 |
| 9  | Вариант течения вирусно-бактериального (ЦМВ + <i>Streptococcus agalactiae</i> ) менингоэнцефалита у новорождённого: случай из практики.<br>Артемчик Т.А., Симаченко О.В., Крестелева И.М. . . . . .                                      | 11 |
| 10 | Состояние цитокинового статуса у беременных с антифосфолипидным синдромом, перенесших вирусный гепатит. Ахмаджонова Г.М. . . . . .   | 12 |
| 11 | Спектр энтеровирусных инфекций в условиях мониторинга синдрома острого вялого паралича в период завершения глобальной программы искоренения полиомиелита. Баликин В.Ф., Смирнова Л.А., Яныкина О.Б. . . . . .                            | 13 |
| 12 | Естественное течение перинатальной HIV1-инфекции у детей. Баликин В.Ф., Щуренков А.П., Каплина С.Ю., Философова М.С., Тезикова И.В. . . . . .  | 15 |
| 13 | Влияние типа конституции на течение хронического гастродуоденита, ассоциированного с <i>H. pylori</i> , у детей. Балко О.А. . . . . .  | 16 |
| 14 | <i>H. pylori</i> -ассоциированный хронический гастродуоденит у детей: особенности течения в зависимости от типа конституции. Балко О.А., Сапожников В.Г. . . . . .   | 18 |
| 15 | Состояние специфического иммунитета к столбняку в отдельных социальных и возрастных группах. Басов А.А., Цвиркун О.В., Кашковская Н.В., Зекорева А.Х. . . . .  | 19 |
| 16 | Протейная инфекция у детей раннего возраста.<br>Баум Т.Г., Первишко О.В., Бевзенко О.В. . . . . .  | 20 |
| 17 | Клинико-лабораторная характеристика инфекционного мононуклеоза у детей.<br>Белоусова Р.А., Козловская О.В., Гаулика С.О., Хорина М.Ю. . . . . .  | 21 |
| 18 | Клинические проявления синдрома Лейдена-Вестфаля у детей с ветряной оспой.<br>Бельтикова А.А., Нуртдинова В.К., Титова В.А., Антонюк Н.В., Орлов М.Д., Кашуба Э.А., Сиюткина О.Н., Семенюк Е.Н., Какимова А.С., Тюменцева Т.С. . . . . . | 22 |
| 19 | Некоторые результаты вакцинации детей в возрасте до 4-х лет современной четырехкомпонентной комбинированной вакциной. Беседина Е.И., Мельник В.А., Лыгина Ю.А., Мельник А.В., Мельник К.В., Беседин И.Е. . . . . .                       | 23 |

|    |   |    |
|----|---|----|
| 20 | Некоторые итоги проведения эпидемиологического надзора за краснухой с 1 января 2016 г. по 1 ноября 2019 г. в г. Донецке и пути ее профилактики. <i>Бесекина Е.И., Мельник В.А., Лыгина Ю.А., Трунова О.А., Демкович О.О.</i> . . . . .                                    | 24 |
| 21 | Клинико-эпидемиологические особенности ветряной оспы у детей. <i>Богвилене Я.А., Мартынова Г.П., Иккес Л.А., Мализиди О.В.</i> . . . . .  | 25 |
| 22 | Лечение детей, больных герпесвирусными инфекциями в условиях детской поликлиники. <i>Боковой А.Г.</i> . . . . .   | 26 |
| 23 | Морфологические изменения в последе у новорожденных с внутриутробной инфекцией. <i>Васильев В.В., Агафонова А.В., Рогозина Н.В., Гринева А.А., Жидкова О.Б., Белитченко Н.В.</i> . . . . .  | 27 |
| 24 | Нетипичные возбудители гемолитико-уремического синдрома у детей. <i>Васюнин А.В., Краснова Е.И., Карпович Г.С., Ениватова Л.И., Комиссарова Т.В., Сурдина Т.Г.</i> . . . . .  | 28 |
| 25 | Факторы, оказывающие влияние на тяжесть кишечных инфекций, вызванных условно-патогенными возбудителями, у детей раннего возраста. <i>Васюнин А.В., Краснова Е.И., Карпович Г.С., Кибирева Е.Н., Селезнева Е.Е.</i> . . . . .  | 30 |
| 26 | Специфическая иммунопрофилактика коклюша на современном этапе: проблемы и перспективы. <i>Васюнин А.В., Краснова Е.И., Карпович Г.С., Михайленко М.А., Селезнева Е.Е.</i> . . . . .   | 31 |
| 27 | Анализ экспрессии генов цитокинов при респираторных вирусных инфекциях и бронхиальной астме у детей. <i>Ветрова Е.Н., Тюшева В.В., Чернышова А.И., Исаева Е.И., Притчина Т.Н., Морозова О.В.</i> . . . . .  | 32 |
| 28 | Частота встречаемости патологии ЛОР-органов у детей с инфекционным мононуклеозом. <i>Виноградова Ю.Ю., Нагаева С.Ю.</i> . . . . .   | 33 |
| 29 | Клиническая характеристика бактериальных ангин у детей на современном этапе. <i>Виноградова Ю.Ю., Нагаева С.Ю., Виноградов Р.И., Костюкова Т.Л., Яковлева М.В.</i> . . . . .  | 34 |
| 30 | Определение типа конституции у детей с диагнозом острая пневмония. <i>Воробьева А.В., Сапожников В.Г.</i> . . . . .   | 35 |
| 31 | Источник инфекции при коклюше у детей первого года. <i>Гаврилова О.А.</i> . . . . .   | 36 |
| 32 | Этиологические особенности острых бактериальных диарей у детей г. Минска с 2004 по 2018 гг. <i>Галькевич Н.В., Довнар-Запольская О.Н.</i> . . . . .   | 37 |
| 33 | Ретроспективный анализ течения гепатита С у детей за период 2004–2019 гг., новые возможности терапии. <i>Горячева Л.Г., Венцловайте Н.Д., Грешнякова В.А., Ефремова Н.А., Шилова И.В.</i> . . . . .   | 39 |
| 34 | Оптимизация лекарственной терапии вирусных диарей на основе фармакоэпидемиологического анализа. <i>Грекова А.И., Смолянкин Н.Н., Шевченко С.С., Алдохина Е.О., Федонина Е.А., Шумилов А.П., Солдатенков С.В., Сосновская Т.Н.</i> . . . . .                               | 40 |
| 35 | Эффективность противовирусной терапии ротавирусной инфекции у детей. <i>Грекова А.И., Смолянкин Н.Н., Шевченко С.С., Соколовская В.В., Жилина Е.А., Азломце Н.А., Телеш М.А., Виноградова А.П., Тимошенкова А.Д., Балкова О.П.</i> . . . . .                              | 41 |
| 36 | Клинико-эпидемиологические особенности острых кишечных инфекций бактериальной этиологии у детей и подростков. <i>Грекова А.И., Шевченко С.С., Солдатенков С.В., Смолянкин Н.Н., Погодина М.В., Алдохина Е.О., Аносова А. Ю., Конобрицкая М.Д., Шумилов А.П.</i> . . . . . | 42 |

|    |   |    |
|----|---|----|
| 37 | Группы риска по цитомегаловирусной инфекции у взрослых в г. Баку.<br>Гусейнова З.Н., Алиаскерли Н.С., Рустамова Л.И. . . . .  | 43 |
| 38 | К вопросу о современном течении ветряной оспы у детей.<br>Гуссоева И.Г., Албегова Б.З., Алагова М.В., Кокаева З.Р. . . . .  | 44 |
| 39 | Коревая инфекция у детей в период эпидемического подъема заболеваемости.<br>Гуссоева И.Г., Албегова Б.З., Алагова М.В., Кокаева З.Р. . . . .  | 45 |
| 40 | Менингококковая инфекция в Узбекистане.<br>Даминов Т.А., Туйчиев Л.Н., Таджиева Н.У., Муртазаева З.Б. . . . .   | 46 |
| 41 | Использование экспресс-теста для этиологической диагностики острых тонзиллитов.<br>Даминов Т.А., Туйчиев Л.Н., Таджиева Н.У., Усманова Э.М. . . . .   | 47 |
| 42 | Сравнительная оценка иммунологической эффективности различных схем арвт<br>у перинатально инфицированных вич детей.<br>Даминов Т.А., Туйчиев Л.Н., Худайкулова Г.К. . . . .   | 48 |
| 43 | Извращённый поствакцинальный иммунитет к пневмококку у пациентов<br>с избыточной массой тела.<br>Джумагазиев А.А., Усаева О.В., Костинов М.П., Безрукова Д.А. . . . .   | 49 |
| 44 | К вопросу о сроках инфицирования вирусами семейства <i>Herpesviridae</i> детей раннего<br>возраста. Егорова Н.Ю., Молочкова О.В., Гусева Л.Н., Романова Ю.В.,<br>Компанец Ю.В., Анджель А.Е. . . . .                                    | 50 |
| 45 | Спектр поражений центральной нервной системы при герпесвирусных инфекциях.<br>Ешмолов С.Н., Климовицкая Е.Г., Ситников И.Г., Кузьмина М.Н., Елякова Е.В. . . . .  | 51 |
| 46 | Напряженность гуморального иммунитета к вирусу кори среди сотрудников отдельно взятой<br>больницы города Москвы и оценка поствакцинального иммунного ответа<br>у серонегативных лиц. Журавлев П.И., Костинов М.П., Филатов Н.Н. . . . . | 53 |
| 47 | Возрастные особенности течения инфекционного мононуклеоза у детей.<br>Зайцева Л.Ю., Забайрачная Д.С., Зайцев А.И. . . . .   | 54 |
| 48 | Сравнительный анализ направляющих диагнозов при инфекционном мононуклеозе у детей.<br>Зайцева Л.Ю., Забайрачная Д.С., Зайцев А.И. . . . .   | 55 |
| 49 | Статистика заболеваемости инфекционным мононуклеозом детей Курской области.<br>Зайцева Л.Ю., Забайрачная Д.С., Зайцев А.И. . . . .  | 56 |
| 50 | Эпидемиологическая ситуация по малярии в Ширванской зоне в период элиминации.<br>Зейналова Н.М. . . . .   | 57 |
| 51 | Анализ заболеваемости острыми кишечными инфекциями среди детского населения<br>Курской области за период 2014—2018 гг.<br>Иванова А.П., Ватутина А.С., Ворвуль А.О., Гонюкова О.В. . . . .  | 58 |
| 52 | Гельминтозы у детей в Курской области: масштаб проблемы.<br>Иванова А.П., Ворвуль А.О., Гонюкова О.В., Ватутина А.С., Богатикова А.И. . . . .   | 59 |
| 53 | Эпидемиологические данные по ВИЧ-инфицированным детям с перинатальным<br>путем заражения в Карагандинской области, Казахстан.<br>Изтелеуова А.М., Тимченко Н.А., Бегайдарова Р.Х. . . . .   | 60 |
| 54 | Изменение фенотипического состава нейтрофильных гранулоцитов периферической крови<br>при инфекционном мононуклеозе у детей. Иккес Л.А., Мартынова Г.П., Богвилене Я.А. . . . .  | 61 |
| 55 | Клинические аспекты синдрома перегрузки железом у детей с хроническим гепатитом В<br>на фоне рефрактерного варианта течения анемии воспаления.<br>Иноятова Ф.И., Ахмедова А.Х., Иногамова Г.З., Валиева Н.К. . . . .                    | 62 |

- 56 Цитокиновый сигнальный модуль в регуляции транскрипции гепсидин-25 у детей, больных хроническим гепатитом В с синдромом перегрузки железом. Иноятова Ф.И., Иногамова Г.З., Абдуллаева Ф.Г., Икрамова Н.А. . . . . 64
- 57 Диагностические аспекты синдрома перегрузки железом у детей, больных хроническим гепатитом В. Иноятова Ф.И., Кадырходжаева Х.М., Ахмедова А.Х., Валиева Н.К. . . . . 65
- 58 Изучение показателей свертывающей системы у женщин с перенесенным вирусным гепатитом В и потерей плода. Исмаилова З.У. . . . . 66
- 59 Клинические особенности менингококковой инфекции у детей в период эпидемического подъема в республике Казахстан. Калдыбаева М.М., Урикбаева З.Д., Хохуля С.Н., Идрисова Р.С. . . . . 67
- 60 Исследование иммуногенности инновационного препарата рекомбинантной живой коклюшной вакцины интраназального применения в клинических исследованиях на здоровых добровольцах. Каратаев Г.И., Синяшина Л.Н. Медкова А.Ю., Семин Е.Г., Дьяков И.А. . . . . 68
- 61 Ретроспективный анализ клинического течения гриппа у детей с ожирением. Келешева И.Ю., Петрова А. Г., Рычкова Л. В., Москалева Е.В. . . . . 70
- 62 Клинико-эпидемиологические особенности лихорадки Ку у детей. Кимирилова О.Г., Красилова И.М., Демина О.А., Лендова П.С., Хаймин Е.В. . . . . 71
- 63 Энзимологическая характеристика лейкоцитов при шигеллезе у детей. Кимирилова О.Г., Поляничко Е. Г., Ибадуллаева А.И., Захарова Н.А., Ляпилова С.М. . . 72
- 64 Клинико-эпидемиологическая характеристика кишечных инфекций неуточненной этиологии у детей. Кимирилова О.Г., Харченко Г.А., Красилова И.М., Родина Л.П., Ибадуллаева И.А. . . . . 73
- 65 Редкие формы нетрансмиссивных инфекций. Кладова О.В., Компаниец Ю.В., Гришкевич Н.Л., Анджель А.Е. . . . . 74
- 66 Ретроспективный клинико-этиологический анализ ОКИ у госпитализированных детей города Москвы. Ковалев О.Б., Молочкова О.В., Россина А.Л., Крылатова Н.И., Корсунский А.А., Кашенко О.А., Галева Е.В., Коняев К.С., Колбасина Т.А., Алонцева Ю.В., Ахметжанов Р.Р., Пылаева Е.Ю. . . . . 75
- 67 Трудный диагноз: особенности генерализованной стафилококковой инфекции у младенца с гемофагоцитарным лимфогистиоцитозом. Ковалева О.В., Литяева Л.А., Закопаева Е.С. . . . . 77
- 68 Опыт проведения внутреннего аудита по инфекционной помощи детям в многопрофильной больнице. Козловская О.В, Сайфуллина Е.И., Катаныхова Л.Л. . . . 78
- 69 Клинико-лабораторные особенности респираторно-синтициальной инфекции у детей в возрасте старше года. Кокорева С.П., Котлова В.Б., Старчикова Н.А., Попова Е.С., Валова Г.Д. . . . . 79
- 70 Острые внебольничные пневмонии у детей. Кокорева С.П., Макарова А.В., Васильева О.В., Большева Г.С., Савенко И.Л., Ошанова Л.С. . . . . 80
- 71 Метапневмовирусная инфекция у детей. Кокорева С. П., Разуваев О. А., Атачук Т. А., Мореплавцева И. Б., Нехорошева Л. И. . 81
- 72 К вопросу о совершенствовании системы эпидемического надзора за энтеровирусными инфекциями в Донецком регионе. Колесникова А.Г., Бевза Я.В. . . 82
- 73 Применение урсофалька в лечении вирусного гепатита А у детей. Колоколов В.А., Левушкина С.П., Вязгина Е.В. . . . . 83

|    |  |     |
|----|--|-----|
| 74 | Современные особенности течения коклюша у детей.<br>Колоколов В.А., Левушкина С.П., Демина О.А. . . . . .  | 84  |
| 75 | Лечение кишечных инфекций у детей энтеросорбентом и пробиотиками.<br>Колоколов В.А., Ратьева И.А., Тальтекова А.Т. . . . . .   | 85  |
| 76 | Этиологическая структура гепатитов на современном этапе.<br>Конев В.А., Абрамова Е.Н., Гусева Н.А., Шамшева О.В. . . . . .   | 86  |
| 77 | Злокачественная форма вирусного гепатита В у детей 1-го года жизни:<br>клинический случай. Конев В.А., Гусева Н.А., Абрамова Е.Н., Маркина Т.К.,<br>Зоненштайн Т.П., Шамшева О.В. . . . . .      | 87  |
| 78 | Лабораторная диагностика эндемичных гельминтозов у детей.<br>Копачевская К.А., Миропольская Н.Ю. . . . . .   | 88  |
| 79 | Патологические изменения мочевого осадка при острых кишечных инфекциях<br>у детей раннего возраста. Копачевская К.А., Молочный В.П., Заварцева Л.И. . . . . .                                    | 89  |
| 80 | Структура острых кишечных инфекций у детей раннего возраста г. Хабаровска.<br>Копачевская К.А., Молочный В.П., Протасеня И.И., Чернышева Н.В. . . . . .  | 90  |
| 81 | Особенности клиники инфекционного мононуклеоза у детей в зависимости<br>от этиологического фактора. Корсунский А.А., Лазарев В.В., Иванова Ю.В.,<br>Кондрикова Е.В., Трегуб Е.В. . . . . .       | 91  |
| 82 | Особенности гриппа в 2019 году у детей раннего возраста в г. Ярославле.<br>Кочкина С.С., Лернер Е.В., Бахарева Т.Б., Кремнева Н.Ю., Рябикова Е.С. . . . . .                                      | 92  |
| 83 | Особенности сиалоденита цитомегаловирусной этиологии у детей.<br>Кочкина С.С., Худоян З.Г., Бодрова О.Ю., Скалева М.А. . . . . .   | 93  |
| 84 | Социальная адаптация ВИЧ-положительных детей и подростков в Республике Казахстан<br>глазами родителей. Кошерова Б.Н., Альтаева А.Ж., Мхитарян К.Э. . . . . .                                     | 94  |
| 85 | Поражение центральной нервной системы у пациентов с VZV-вирусной инфекцией.<br>Крамарь Л.В., Морозова Д.Ю. . . . . .   | 95  |
| 86 | Взаимосвязь между наличием патологических морфологических изменений в последе<br>и течением раннего периода адаптации новорожденных.<br>Крастелева И.М., Артемчик Т.А., Симаченко О.В. . . . . . | 97  |
| 87 | Роль сочетанной микоплазменной и герпесвирусной инфекций при поражениях кожи<br>у детей. Н.О. Кувардина, Ф.С. Харламова, О.В. Шамшева,<br>И.В. Полеско, А.Н. Шувалов . . . . . .                 | 98  |
| 88 | Инфекционно-воспалительные осложнения сочетанной черепно-мозговой травмы.<br>Кулдашев К.А. . . . . .   | 99  |
| 89 | Микрофлора ротоглотки у часто болеющих детей.<br>Лазарев В.В., Голубева И.А., Шарнова Ж.П., Трегуб Е.В. . . . . .  | 100 |
| 90 | Приверженность родителей вакцинации своих детей.<br>Лазарев В.В., Голубева И.А., Шарнова Ж.П., Трегуб Е.В. . . . . .   | 101 |
| 91 | Особенности общего анализа крови у детей раннего возраста с рецидивирующим<br>течением бронхиальной обструкции. Ларина Т.Ю., Крамарь Л.В. . . . . .  | 101 |
| 92 | Случай кори у привитого ребенка. Ластовка И.Н., Артемчик Т.А., Симаченко О.В. . . . . .  | 103 |
| 93 | Охват вакцинацией против инфекционных социально значимых заболеваний<br>детского населения Республики Башкортостан в 2004—2018 гг..<br>Латыпов А.Б., Валишин Д.А. . . . . .                      | 104 |

|     |  |     |
|-----|--|-----|
| 94  | ВЭБ-ассоциированные иммунодефициты у детей, особенности течения.<br><i>Левкова Е.А., Савин С.З.</i> . . . . .  | 105 |
| 95  | Клинический случай опоясывающего герпеса с синдромом Рамсея-Ханта.<br><i>Литяева Л.А., Ковалева О.В., Кайкова О.В.</i> . . . . .   | 106 |
| 96  | Случай ларвального гельминтоза у ребенка — проблема на стыке специальностей.<br><i>Литяева Л.А., Носырева С.Ю.</i> . . . . .   | 107 |
| 97  | Микробиота кишечника оздоравливающихся школьников в динамике.<br><i>Лиханская Е.И., Феклисова Л.В., Яний В.В.</i> . . . . .  | 108 |
| 98  | Особенности эпидемического процесса инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, в Донецке.<br><i>Лыгина Ю.А., Беседина Е.И., Коцюрба А.Р., Бодня Т.О., Бевза Я.В.</i> . . . . .  | 109 |
| 99  | Некоторые современные закономерности в течении эпидемического процесса ветряной оспы в Донецком регионе. <i>Лыгина Ю.А., Мельник В.А., Коцюрба А.Р., Максимова М.А., Шабалина К.В., Демьяненко Ю.Ю.</i> . . . . .  | 110 |
| 100 | Диагностика инфекции, вызванной вирусом герпеса 8 типа у детей.<br><i>Львов Н.Д., Панюкова Е.М.</i> . . . . .  | 111 |
| 101 | Сравнительный анализ клинических случаев менингококковой инфекции в Сургуте.<br><i>Магомедова Е.Р., Козловская О.В., Камка Н.Н., Катаныхова Л.Л.</i> . . . . .   | 113 |
| 102 | Оценка влияния факторов среды обитания на заболеваемость лиц мужского пола в организованном коллективе. <i>Малахова Ж.Л., Перминова Л.А., Тарасов А.В., Богомолова Е.С., Рахманов Р.С.</i> . . . . .   | 114 |
| 103 | Удельный вес пиодермии у взрослых в структуре воспалительных заболеваний кожи в г. Баку. <i>Манафов П.Г., Алиев М.Г., Рустамова Л.И.</i> . . . . .   | 115 |
| 104 | Иммуноферментная тест-система для выявления специфических антител класса М к вирусу герпеса человека 6 типа.<br><i>Марданлы С.Г., Амелина Е.А., Марданлы С.С., Арсеньева В.А.</i> . . . . .  | 116 |
| 105 | Сравнительный анализ динамики клинико-эпидемиологических особенностей генерализованной формы менингококковой инфекции у детей за период 2014—2019 гг.<br><i>Маркова К.В., Скрипченко Н.В., Вильниц А.А., Горелик Е.Ю., Пульман Н.Ф., Скрипченко Е.Ю.</i> . . . . . | 117 |
| 106 | Алгоритм диагностики и диспансерного наблюдения детей с фебрильными судорогами на примере г. Красноярск. <i>Мартынова Г.П., Строганова М.А., Шнайдер Н.А.</i> . . . . .  | 119 |
| 107 | Дифференциальная диагностика ОРИ с лимфомой средостения: описание клинического случая. <i>Матуш Л.И., Довнар А.А.</i> . . . . .  | 120 |
| 108 | Клиническое значение инсерционной инактивации оперона вирулентности <i>bgvAS</i> возбудителя коклюша. <i>Медкова А.Ю., Сёмин Е.Г., Синяшина Л.Н., Нестерова Ю.В., Бабаченко И.В., Каратаев Г.И.</i> . . . . .  | 121 |
| 109 | К вопросу о проведении плановой вакцинации детей с кардиологической патологией. <i>Мельник В.А., Дубовая А.В., Лыгина Ю.А., Мельник Ал.В., Мельник К.В.</i> . . . . .  | 122 |
| 110 | Особенности течения инфекционных заболеваний у пациентов с мукополисахаридозами. <i>Михайлова Л.К., Полякова О.А.</i> . . . . .  | 123 |
| 111 | Клинико-эпидемиологическая характеристика гриппа у детей г. Саратова в эпидемический сезон 2018—2019 гг. <i>Михайлова Е.В., Чудакова Т.К., Голобоков Д.О., Малахов Г.А., Кандрина А.М.</i> . . . . .   | 124 |

|     |  |     |
|-----|--|-----|
| 112 | Клинико-лабораторная характеристика геморрагических колитов при бактериальных диареях у детей. Молочкова О.В., Ковалев О.Б., Шамшева О.В., Соколова Н.В., Сахарова А.А., Галеева Е.В. . . . . .  | 125 |
| 113 | Частота встречаемости клинических признаков инфекционного мононуклеоза у детей различного возраста в период разгара заболевания. Нагаева С.Ю., Виноградова Ю.Ю., Ефимова Д.А., Виноградов Р.И. . . . . .   | 127 |
| 114 | Острые респираторные заболевания: проблема профилактики. Невинский А.Б., Арова А.А., Хлынина Ю.О. . . . . .  | 128 |
| 115 | Клинические исследования иммунобиологических препаратов как основа безопасности и эффективности иммунопрофилактики. Никитюк Н. Ф., Гаврилова Н.А., Обухов Ю.И. . . . . .   | 129 |
| 116 | Клинико-эпидемиологическая характеристика гепатита G у детей Краснодарского края. Первишко О.В., Баум Т.Г., Бевзенко О.В. . . . . .  | 130 |
| 117 | Ультразвуковая характеристика иммунных органов у детей с инфекционным мононуклеозом. Перепелица С.А., Перминова Л.А., Степанян И.А., Захар Е.В., Журавлева В.А. . . . . .  | 131 |
| 118 | Профилактика перинатальной передачи ВИЧ-инфекции: опыт Калининградской области. Перминова Л.А., Хромова И.Е., Карапетян А.П., Малахова Ж.Л. . . . . .  | 133 |
| 119 | Клинико-лабораторный алгоритм диагностики острой цитомегаловирусной инфекции у детей. Пермьякова А.В., Дерюшева А.Ю. . . . . .   | 134 |
| 120 | Клещевой энцефалит у детей. Помогаева А.П., Караваева М.О. . . . . .   | 135 |
| 121 | Влияние свободно-радикальных процессов на тяжесть и течение псевдотуберкулеза у детей. Помогаева А.П., Носарева О.Л., Степова Е.А. . . . . .   | 136 |
| 122 | Серологические маркеры инфицирования вирусом гепатита E у детей. Потемкин И.А., Слукинова О.С., Муллин Е.В., Карлсен А.А., Кичатова В.С., Лопатухина М.А., Малиникова Е.Ю., Романенко В.В., 5Поляков А.Д., Исаева О.В., Кюрегян К.К., Михайлов М.И. . . . . .  | 138 |
| 123 | Клинико-эпидемиологические особенности инфекционного мононуклеоза у детей на современном этапе. Родионова Н.В., Петров В.А. . . . . .  | 139 |
| 124 | Этиологическая структура острых тонзиллитов у детей: мониторинг резистентности. Родионова Н.В., Петров В.А. . . . . .  | 140 |
| 125 | Исследования токсичности, сравнительной фармакокинетики и биоэквивалентности препаратов Лоратадин-ЭКО сироп и Кларитин сироп. Рогожникова Е.П., Марданлы С.Г. . . . . .  | 141 |
| 126 | Пострегистрационное клиническое изучение лекарственного препарата «НИФУРОКСАЗИД-ЭКО, суспензия для приема внутрь 200 мг/5 мл». Рогожникова Е.П., Марданлы С.Г., Гончар Н.В. . . . . .  | 142 |
| 127 | Сравнительный анализ оценки качества жизни больных с хроническим гепатитом С. Розина В.Л. . . . . .  | 143 |
| 128 | Использование пятишаговой модели взаимодействия при решении вопроса о проведении вакцинации детей. Ройтберг Г.Е., Морозова Е.В., Эбич А.В. . . . . .   | 144 |
| 129 | Этиологическая структура острых кишечных инфекций у детей в г. Москве в 2018 г. Россина А.Л., Чуелов С.Б., Корсунский А.А., Кашенко О.А., Тебеньков А.В., Крылатова Н.И., Бережкова Т. В., Рогов А. А., Омаров А.Х., Сахарова А.А., Аверьянова О.Д., Долгушина О.А., Рыбалко Г.А., Литвиненко Н.Ю., Галеева Е.В., Молочкова О.В., Ковалев О.Б., Пылаева Е.Ю., Шамшева О.В. . . . . . | 145 |

|     |  |     |
|-----|--|-----|
| 130 | Частота встречаемости специфических IgM и IgG к <i>Chl. pneumoniae</i> .<br>Свентицкая А.Л., Селюнина А.С., Курбатова С.О. . . . .   | 146 |
| 131 | Трудности диагностики ассоциированной формы столбняка у ребенка трех лет.<br>Симованьян Э.М., Гончаров Е.Л., Денисенко В.Б., Ганагина О.В., Липодаева А.Ю. . . . .   | 147 |
| 132 | Уровень вакцинации детей в северных регионах Российской Федерации.<br>Синцова С.В, Останина А.А, Останина С.А, Агалакова Д.С, Черемисинова Е.Н . . . . .   | 148 |
| 133 | Заболееваемость острыми кишечными инфекциями у детей в г. Ярославле.<br>Скрипко К.А , Вызир М.Н., Голикова К.А. . . . .  | 149 |
| 134 | Сравнительная оценка эффективности противовирусной и серотерапии<br>клещевого энцефалита у детей при остром и хроническом течении.<br>Скрипченко Н.В., Иванова Г.П., Скрипченко Е.Ю., Пульман Н.Ф. . . . .                   | 150 |
| 135 | Ретроспективное наблюдение детей, перенесших детскую розеолау.<br>Соболенькова В.С., Федоров С.Ю., Холодняк Г.Е. . . . .   | 151 |
| 136 | Профилактика ротавирусной инфекции у детей раннего возраста.<br>Стойко Т.Ю., Шабат М.Б., Овсянникова Е.М. . . . .  | 152 |
| 137 | Элиминация краснухи в России. Тихонова Н.Т., Тураева Н.В., Цвиркун О.В.,<br>Герасимова А.Г., Баркинхоева Л.А. . . . .  | 153 |
| 138 | Результаты изучения противокорревого иммунитета у сотрудников детской больницы.<br>Ткаченко Т.Г., Федина Н.В., Гудков Р.А., Козлова С.В. . . . .   | 154 |
| 139 | Инфицированность и инвазированность детей с аллергиями в промышленном регионе.<br>Трунова О.А., Мельник В.А. . . . .   | 155 |
| 140 | Вспышечная заболеваемость острыми кишечными инфекциями<br>в республике Дагестан за 2018 год. Улуханова Л.У., Карнаева Н.С., Омариева Р.М.,<br>Агаева С.Г., Гаджимирзаева А.Г. . . . .  | 156 |
| 141 | Уровень заболеваемости по управляемым инфекциям в республике Дагестан и меры<br>по ее снижению. Улуханова Л.У., Омариева Р.М., Улуханова У.М. . . . .  | 158 |
| 142 | Анти-NMDA рецепторный энцефалит: случай из практики.<br>Улуханова Л.У., Яралиев М.М., Хазамова Т.А., Хазарова А.О., Улуханова У.М. . . . .   | 159 |
| 143 | Антитела IgG к капсульным полисахаридам пневмококка после вакцинации против<br>пневмококковой инфекции у детей с избыточной массой тела и ожирением.<br>Усаева О.В., Костинов М.П., Джумагазиев А.А., Безрукова Д.А. . . . . | 160 |
| 144 | Усовершенствование антибактериального лечения<br>стрептококковой инфекции миндалин. Усманова Э.М. . . . .  | 161 |
| 145 | Современные клинические особенности течения стрептококковых ангин.<br>Усманова Э.М. . . . .  | 162 |
| 146 | Современные особенности течения инфекционного мононуклеоза<br>у детей Волгоградской области. Хлынина Ю.О., Арова А.А., Невинский А.Б. . . . .  | 163 |
| 147 | Менингококковая инфекция в Курской области, по данным инфекционного стационара.<br>Хохлова Е.Н., Драчева Н.А., Гришакова Т.В., Кислюк Г.И. . . . .   | 165 |
| 148 | Клиническое течение врожденного токсоплазмоза у детей.<br>Хохлова Е.Н., Кислюк Г.И., Гаврилюк В.П., Кониченко Е.А. . . . .   | 166 |
| 149 | Врожденная герпесвирусная инфекция.<br>Хохлова Е.Н., Кислюк Г.И., Гаврилюк В.П., Лисеенко О.Г. . . . .   | 167 |

- 150 Современная терапия синдрома стенозирующего ларинготрахеита у больных в инфекционной стационаре в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии. Хохуля С.Н., Идрисова Р.С. . . . . 168
- 151 Эпидемиологический паразит у взрослых. Цвиркун О.В., Фролов Р.А., Герасимова А.Г., Ежлова Е.Б., Мельникова А.А., Барышева И.В., Харламова Т.В., Краснова С.В., Цветкова Н.А. . . . . 169
- 152 Анализ эффективности медикаментозной терапии острых инфекционных ринитов у детей. Черешнева К.К. . . . . 171
- 153 Оценка осведомленности родителей и анализ эффективности вакцинации против пневмококковой инфекции у детей. Черненко Ю.В., Алырева Е.В., Жирнякова Т. А., Сорочкина Т.А., Гуменюк О.И., Евсеева Е.А., Ковтун А.А., Кузбакова О.В. . . . . 172
- 154 Микоплазменная инфекция у новорожденных. Черненко Ю.В., Бочкова Л.Г. . . . . 173
- 155 Трудности в постановке диагноза врожденной герпетической инфекции в неонатологии: клинический случай. Черненко Ю.В., Панина О.С., Панкратова Е.С. 174
- 156 Дифиллоботриоз у детей, госпитализированных в многопрофильный стационар федерального подчинения. Чуелов С.Б., Россина А.Л., Лебедева Т.М., Волкова Г.И., Иванова Ю.Н., Игнатова Д.А., Иерусалимская Д.В., Мустафаева С.А., Шамшева О.В. 175
- 157 Эпидемиологические особенности течения ангин у детей на современном этапе. Шевченко С.С., Грекова А.И., Беляцкая М.А., Сосновская Т.Н., Жодик О.В., Шевченко Р.В., Соколовская В.В., Смолянкин Н.Н., Жилина Е.А. . . . . 176
- 158 Анализ инфекционной заболеваемости детей первого года жизни. Шевченко С.С., Грекова А.И., Вересова Е.А., Очкуренок А.Е., Соломатина Н.Н., Шевченко Р.В., Смолянкин Н.Н., Соколовская В.В., Жилина Е.А. . . . . 177
- 159 Эпидемиологические особенности ротавирусной инфекции у детей на современном этапе. Шевченко С.С., Черник В.С., Золина Н.С., Грекова А.И., Соломатина Н.Н., Тимошенкова А.Д., Азломец Н.А., Шевченко Р.В., Смолянкин Н.Н. . . . . 178
- 160 Вакцинация против ротавирусной инфекции в Красноярском крае: оценка эффективности затрат. Южакова А.Г., Мартынова Г.П. . . . . 179
- 161 Прегравидарная терапия и ведение беременности при вирусе простого герпеса. Юлдашева А.С. . . . . 180
- 162 Лихорадки у детей: диагностический поиск. Якимович Н.И., Бахар В.Н., Мирутко Д.Д. 181
- 163 Атипичные пневмонии у детей в современных условиях. Якимович Н.И., Мирутко Д.Д. . 182
- 164 Прогностическое значение инфекционного фактора в оценке выживаемости детей, рожденных с с экстремально низкой и очень низкой массой тела в возрасте от 0 до 3 лет жизни. Якубович Е.С., Хмилевская С.А., Зрячкин Н.И. . . . . 183
- 165 Особенности реагирования внутрикожных иммунологических проб у детей с туберкулезной инфекцией и аллергическим конституциональным диатезом. Яровая Ю.А., Лозовская М.Э, Клочкова Л.В., Васильева Е.Б. . . . . 184
- 166 Анализ туберкулезной инфекции у детей с отрицательными реакциями на пробу Диаскинтест. Яровая Ю.А., Лозовская М.Э., Клочкова Л.В., Степанов Г.А. . . . . 185
- 167 Осложнения на прививки БЦЖ в Санкт-Петербурге. Яровая Ю.А., Степанов Г.А., Васильева Е.Б., Кривохиж В.Н. . . . . 186