

Blood coagulation and insulinemia in Essential Hypertension Patients without Diabetes Mellitus

V. KRAMAREVA

The aim of the study was to evaluate thrombotic mechanisms and level of insulinemia in 63 essential hypertension (EH) patients aged 27 – 69 years (mean 54,8±6,9 years). 16 patients (group one) have cardiovascular risk <4%, 24 patients (group two) – 4–5%, 23 patients (group three) – >5%. The following parameters were analyzed: D-Dimer, soluble fibrin and basal insulin levels, lipid spectrum. Soluble fibrin level we found to be high in EH patients with cardiovascular risk <4%, 4–5%, >5%. D-Dimer level we found to be high in EH patients with cardiovascular risk 4–5%, >5%. Basal hyperinsulinemia we found in EH patients with cardiovascular risk >5%. Correction of these disorders leads to pronounced lowering of high hypercoagulation risk in EH patients.

Key words: essential hypertension, D-Dimer, soluble fibrin, insulinemia, cardiovascular risk

УДК 616.9

Острые кишечные инфекции у детей раннего возраста в Республике Беларусь

Е.В. КРЫЛОВА, Н.В. ЛЯХОВСКАЯ, Т.И. ДМИТРАЧЕНКО

г. Витебск, Республика Беларусь

Проведенный анализ показал, что уровень заболеваемости острыми кишечными инфекциями у детей раннего возраста не имеет четкой тенденции к снижению, характерной для общего показателя заболеваемости по республике и превышает общий показатель заболеваемости в 15-20 раз. Изменение в структуре ОКИ у детей указывает на необходимость пересмотра существующих рекомендаций по выбору этиотропной терапии, ориентированных прежде всего на лечение шигеллеза.

Ключевые слова: шигеллез, сальмонеллез, ротавирусная инфекция, кампилобактериоз

Острые кишечные инфекции (ОКИ) остаются главной проблемой здравоохранения во всем мире, особенно среди детей. Ежегодно у детей младше пяти лет регистрируется более 700 миллионов случаев острого гастроэнтерита, от 3,5 до 5 млн. случаев заканчиваются летально [1, 2, 3, 4, 5].

В странах Европы у детей до 3 лет, больных ОКИ, этиологическая расшифровка достигает 48-69% случаев. Однако до 49,3% среди всех зарегистрированных кишечных инфекций в европейском регионе этиология заболевания остается неустановленной [6, 7].

Анализ литературных данных показал, что в странах Западной Европы в структуре ОКИ у детей преобладают вирусные патогены. Доля вирусных диарей в структуре ОКИ у детей до 3-6 лет в европейском регионе колеблется от 25% в Польше до 69% в Дании [8, 6, 9, 10, 11].

Бактерии также являются частыми энтеропатогенами у детей в странах Западной Европы, их удельный вес в структуре ОКИ в этом возрасте может достигать 34-47,8% [1, 12, 13]. Доля бактериальных диарей увеличивается с возрастом и более характерна для детей старше 5 лет. Среди бактериальных возбудителей ОКИ как у детей так и у взрослых преобладающими в европейском регионе являются кампилобактер и сальмонеллы [14, 15]. Так, уровень заболеваемости кампилобактериозом в Нидерландах в начале нынешнего столетия достигал 32,4–55,7 на 100 000 населения [16]. В Великобритании у детей до 5 лет уровень заболеваемости кампилобактериозом превышал уровень заболеваемости сальмонеллезом, показатели заболеваемости которых составляли 234 и 156 на 100 000 нас. Соответственно. В то же время в странах постсоветского пространства кампилобактериоз официально не регистрируется.

Знание этиологической структуры ОКИ является обязательным для разработки методов этиотропной и патогенетической терапии данной категории больных. Этиологическая структура острых кишечных инфекций в различных странах существенно отличается, на что влияет целый ряд факторов, включающих климатические, социально-экономические особенности. Помимо этого, этиологическая структура ОКИ является динамичной, что определяет необходимость постоянного контроля с целью коррекции противоэпидемических мероприятий и изменений терапевтических подходов.

Целью работы явился анализ динамики заболеваемости и этиологической структуры ОКИ у детей, позволяющий установить наиболее значимые в современных условиях патогены, определяющие выбор этиотропной терапии.

Материалы и методы

Нами проведено изучение структуры ОКИ у детей в Республике Беларусь в период с 2000 по 2009 гг. путем анализа официальной статистики и анализа госпитализированных случаев ОКИ в Витебскую областную инфекционную клиническую больницу (ВОИКБ). Также проведено исследование фекалий 273 детей в возрасте до 3 лет госпитализированных в ВОИКБ в 2007–2009 гг., на наличие антигенов *C. jejuni* и *C. coli*, с использованием тест-системы ИФА «R-Biopharm AG».

Результаты и обсуждение

Проведенный анализ заболеваемости острыми кишечными инфекциями в Республике Беларусь показал, что в последние 10 лет на территории страны отмечается постоянное снижение заболеваемости. Однако, несмотря на то, что уровень заболеваемости ОКИ снизился более чем в 2 раза с 270,0 на 100 тыс. нас. в 1999 году до 118,4 на 100 тыс. нас. в 2009 г., показатели заболеваемости остаются достаточно высокими. При

этом в сравнении с предыдущим десятилетием отмечается отсутствие пиков заболеваемости, которые были обусловлены, прежде всего, вспышками шигеллеза. Несмотря на постоянное снижение заболеваемости ОКИ в Республике Беларусь, уровни заболеваемости у детей остаются высокими и превышают аналогичные показатели у взрослых в 2,9–4,6 раза. При этом темпы снижения заболеваемости ОКИ у детей значительно отстают от таковых у взрослых. Показатель заболеваемости острыми кишечными инфекциями у детей в последние 10 лет колеблется в пределах 444–606 на 100 тыс. населения.

Уровни заболеваемости у детей раннего возраста значительно превышают аналогичные показатели у детей более старшего возраста и взрослых. Показатель заболеваемости ОКИ у детей в возрасте от трех до шести лет колебался в пределах от 444,1 в 2007 году до 464,8 на 100 тыс. нас. в 2009 году. Значительно выше этот показатель у детей в возрасте до 2 лет, где он достиг 1549–2053 на 100 тыс. Таким образом, уровень заболеваемости острыми кишечными инфекциями у детей раннего возраста не имеет четкой тенденции к снижению, характерной для общего показателя заболеваемости и превышает общий показатель заболеваемости в 15–20 раз.

Аналогичная ситуация имеет место во всех регионах Республики Беларусь. При этом показатели заболеваемости в течение года в различных областях могут отличаться в 2–3 раза.

В последние годы произошло значительное снижение заболеваемости шигеллезом, уровень заболеваемости которым снизился более чем в 10 раз по сравнению со среднегодовыми показателями предыдущего десятилетия во время спадов заболеваемости и в 27–30 раз во время эпидемических подъемов. При этом в последние годы не регистрировались вспышки шигеллеза. В последние 5 лет заболеваемость шигеллезом оставалась самой низкой среди всех ОКИ, регистрируемых на территории Республики Беларусь. Наряду с шигеллезом произошло значительное снижение заболеваемости ОКИ неустановленной этиологии, уровень заболеваемости которым уменьшился в 2–4 раза, что, вероятно, связано как со снижением заболеваемости шигеллезом, так и более качественной расшифровкой хорошо известных кишечных инфекций. Однако следует отметить, что в общей структуре заболеваемости доля ОКИ неустановленной этиологии в последние 5 лет не превышала 25%, что значительно ниже по сравнению с соседними странами и может указывать на наличие некоторых субъективных факторов при регистрации ОКИ.

В этиологической структуре до 2007 г. во всех возрастных группах преобладала *S. flexneri* (65–89%). С 2007 г. резко возросла доля *S. sonnei*, которая составляла 51,02–78,17% в республике в целом и 86,67–90,00% среди больных, госпитализированных в стационар.

Наряду со значительным снижением заболеваемости шигеллезом в республике отмечается рост заболеваемости ротавирусной инфекцией и сальмонеллезом. При этом уровни заболеваемости сальмонеллезом превысили 50 на 100 тыс. населения и приблизились к уровням заболеваемости наиболее неблагоприятного по сальмонеллезу временного периода (1990–1999 гг).

Наибольший рост отмечен в уровнях заболеваемости ротавирусной инфекцией, показатель заболеваемости которой вырос более, чем в 30 раз (с 1,02 в 1991 году до 36,91 на 100 тыс. населения 2008 году), что связано с расширением доступности этиологической расшифровки во всех регионах Республики Беларусь.

Общие тенденции в изменении структуры ОКИ нашли отражение и в детской заболеваемости кишечными инфекциями. У детей также как и взрослых произошло значительное снижение заболеваемости шигеллезом и ОКИ неустановленной этиологии. Так, уровни заболеваемости шигеллезом у детей в последние 10 лет снизились с 370,37 на 100 тыс. нас. в 1999 году до 4,09 на 100 тыс. нас – в 2009 году. Менее значительное снижение заболеваемости отмечено для ОКИ неустановленной этиологии, показатель заболеваемости которыми снизился с 229,74 на 100 тыс. нас. в 1999 году до 88,68 на 100 тыс. нас. в 2009 году. Наряду с этим у данной категории больных так же отмечен значительный рост заболеваемости ротавирусной инфекцией. Показатель заболеваемости ротавирусной инфекцией у детей в последние 10 лет вырос с 80,86 на 100 тыс. нас. в 1999 году до 215,11 на 100 тыс. нас. в 2009 году. Менее значительный, хотя и непрерывный, рост заболеваемости у детей отмечен для сальмонеллеза, показатель заболеваемости которым вырос с 101,80 на 100 тыс. нас. в 1999 году до 115,13 на 100 тыс. нас в 2009 году.

Среди детей, больных сальмонеллезом, госпитализированных в Витебскую областную инфекционную клиническую больницу в 2008–2009 гг., заболевание чаще вызывалось *S. enteritidis*, на долю которой приходилось 59,15–89,47% случаев. В то же время у 5,26–15,79% пациентов заболевание было вызвано *S. typhimurium*, у 3,85–11,27% больных выделялись сальмонеллы редких групп (*S. brandenburg*, *S. london*, *S. newport*, *S. virchov*). *S. Isangii* вызывала заболевание только у детей до 3 лет (7,04–12,77%).

Анализ возрастной структуры официально регистрируемых ОКИ в Республике Беларусь показал, что в последние 10 лет на фоне резкого снижения заболеваемости шигеллезом среди больных данной патологией преобладали взрослые, доля данной возрастной группы достигала 42,21–58,18%. Что значительно отличается от имеющихся литературных данных, характеризующих эпидситуацию конца XX века, когда удельный детей в общей заболеваемости шигеллезами достигал 60–70% [17]. В последнее

десятилетие в Республике Беларусь среди детей, больных шигеллезом, преобладали больные в возрасте 3-6 лет (12,73–22,10%) и старше 6 лет (14,01–22,58%). Доля детей до 3 лет не превышала 15,5%. В то же время, несмотря на то, что среди больных сальмонеллезом также преобладали взрослые, доля которых составляла 53,83–61,58%, удельный вес детей раннего возраста оставался также достаточно высоким и достигал 29,36%.

Преобладающей была доля детей раннего возраста и среди больных ротавирусной инфекцией. Удельный вес детей до трех лет среди этой категории больных составил 66,22–76,51%, доля детей в возрасте от 3 до 6 лет не превышала 22% (14,99–21,33%), удельный вес детей школьного возраста и взрослых составил 7,6% и 6,8% соответственно.

Таким образом, в возрастной структуре ОКИ в Республике Беларусь имеют место значительные различия, зависящие от этиологии заболевания. Существенная доля детей в возрасте до трех лет характерна не только для ротавирусной инфекции, но и для сальмонеллеза, а также ОКИ неустановленной этиологии. В связи с этим нами проведен более детальный анализ этиологической структуры ОКИ у детей разного возраста, госпитализированных в Витебскую областную клиническую инфекционную больницу в 2008–2009 годы.

В структуре ОКИ у госпитализированных детей в возрасте от 7 до 14 лет, преобладает пищевая токсикоинфекция. Удельный вес данной нозологической формы составил 47,31–66,95%. У детей школьного возраста существенное значение имели также кишечные инфекции, в посевах кала при которых выделялись в большом количестве только условно-патогенные микроорганизмы (8,47–11,83%), а также сальмонеллез (14,41–20,43%). Доля ротавирусной инфекции (0,85–4,30%) и шигеллеза (1,08–3,39%) была небольшой. Следует отметить, что данные официальной регистрации по структуре ОКИ в Республике Беларусь и Витебской области и данные проведенного нами анализа среди госпитализированных больных имели существенные отличия. Так, согласно данным официальной регистрации доля ротавирусной инфекции у детей 7–14 летнего возраста в Республике Беларусь составляет 20,92–24,15%, сальмонеллеза 43,27–45,31%, шигеллеза 9,67–4,05%; в Витебской области 3,05–5,32%, 22,90–40,43%, 3,05–5,32% соответственно. Таким образом, по данным официальной регистрации на долю трех указанных инфекций в данной возрастной группе приходится 71,47–75,90% по республике в целом, 29,00–51,07% в Витебской области и только 18,64–24,73% госпитализированных в Витебскую областную инфекционную клиническую больницу.

В структуре ОКИ у госпитализированных в ВОИКБ детей в возрасте 3–6 лет, доля пищевых токсикоинфекций снижается до 31,23–54,01%. У детей дошкольного возраста удельный вес острых кишечных инфекций, вызванных условно-патогенной флорой, составляет 5,11–9,38%. При

этом возрастает доля ротавирусной инфекции (13,14–15,63%) и сальмонеллеза (13,13–18,98%). Согласно данным официальной регистрации доля ротавирусной инфекции у детей 3-6 летнего возраста в Республике Беларусь составляет 47,87–51,78%, сальмонеллеза 28,19–35,67%, шигеллеза 1,27–5,47%; в Витебской области 19,39–20,42%, 25,65–32,73%, 1,05–9,09% соответственно. Таким образом, по данным официальной регистрации на долю трех указанных инфекций в данной возрастной группе приходится 81,24–89,01% по республике в целом, 47,12–61,21% в Витебской области и только 28,75–34,31% госпитализированных в Витебскую областную больницу детей от 3 до 6 лет.

В структуре ОКИ у госпитализированных в ВОИКБ детей в возрасте до 3 лет, доля ОКИ, вызванных *S.aureus* составляет 33,61–46,17%. У детей до трех лет возрастает и доля острых кишечных инфекций, вызванных условно-патогенной флорой (11,15–12,53%). При этом также возрастает удельный вес ротавирусной инфекции (17,40–17,54%). На долю сальмонеллеза и шигеллеза приходится 10,98–12,06% и 0,16–0,70%, госпитализированных больных. В этой возрастной группе имеет место и рост ОКИ с неустановленным возбудителем. Согласно данным официальной регистрации на ротавирусную инфекцию у детей до 3 лет в Республике Беларусь приходится 47,41–49,41%, сальмонеллез – 20,55–27,05%, шигеллез – 0,38–1,14%; в Витебской области 19,22–21,70%, 15,47–18,15%, 0,33–1,58% соответственно. Таким образом, по данным официальной регистрации на долю трех указанных инфекций в данной возрастной группе приходится 68,34–77,60% по республике в целом, 35,02–41,42% в Витебской области и только 27,50–30,16% госпитализированных в Витебскую областную больницу детей до 3 лет.

Более детальный анализ структуры ОКИ у детей первого года жизни показал, что среди госпитализированных больных данного возраста основная доля принадлежит ОКИ, вызванным *S.aureus* и условно-патогенной флорой, доля которых в 2008–2009 гг. составила 40,09–49,02% и 10,78–14,54% соответственно. Доли сальмонеллеза и ротавирусной инфекции были сравнимы и составили 14,98–15,20% и 12,33–13,24%, соответственно. Удельный вес шигеллеза был незначительным (0,44–0,49%). В тоже время достаточно высокой оказалась доля ОКИ с неустановленным возбудителем (11,27–17,62%).

В то же время, проведенный анализ показал, что у детей первого полугодия жизни первостепенную роль играет стафилококковая инфекция, на долю которой приходится 32,73–50,00% у детей 3–6 месяцев и 62,50–65,79% у детей первых трех месяцев. Этот факт имеет особое значение, т.к. в этом возрасте может сохраняться носительство госпитальных штаммов *S.aureus*, отличающихся более высокими уровнями резистентности к часто используемым антибактериальным препаратам. Во втором полугодии доля стафилококковой инфекции

снижается до 34,67–47,37%. Немаловажное значение, как и в других возрастных группах, имеют ОКИ, вызванные условно-патогенной флорой, на долю которых приходится от 5,88% до 21,82%. Обращает на себя внимание и достаточно высокий удельный вес сальмонеллеза, достигающий 12,73–26,47% у детей от 3 до 6 месяцев. При этом шигеллез является наименее значимой патологией у детей первого года жизни, доля которого в последние годы не превышает 2% на фоне сохраняющейся тенденции к снижению. В 2008 году среди госпитализированных в ВОИКБ не было зарегистрировано ни одного случая шигеллеза у детей младше 9 месяцев. Следует отметить наличие достаточно высокого удельного веса ОКИ с неустановленным возбудителем во всех возрастных группах (7,50–16,28%).

Проведенные нами исследования кала 273 детей в возрасте до 3 лет, госпитализированных в Витебскую областную инфекционную клиническую больницу в 2007–2009 гг. по поводу ОКИ, позволили установить что у 35 (12,82±2,03%) детей были выделены антигены *C. jejuni* и *C. coli*, при этом 60,00% больных кампилобактериозом были младше 1 года. У 25,71% больных кампилобактериоз протекал в виде моноинфекции, у 14,29% детей в посевах кала был получен обильный рост условно-патогенной флоры и у 57,14% пациентов – *S.aureus*. У одного ребенка (2,86%) были выделены *S. enteritidis* и *S.aureus*.

Обращает на себя внимание тот факт, доля шигеллеза у детей, больных ОКИ, в нашей республике в настоящее время не превышает 3% и имеет тенденцию к снижению, что существенно отличается от литературных данных, согласно которым доля шигеллеза у детей, больных ОКИ в России превышает 30% [18]. Напротив, для Республики Беларусь характерен значительный удельный вес сальмонеллеза в структуре ОКИ у детей, доля которого составляет 23,76–30,52%, в то время как в России удельный вес сальмонеллеза у детей не превышает 10% [18].

Различия в структуре ОКИ у детей согласно данных официальной статистики, а также детальный анализ детей, госпитализированных в ВОИКБ в 2008–2009 гг., косвенно указывает на то, что существует искусственное снижение заболеваемости ОКИ за счет неполноценной регистрации ОКИ, вызванных условно-патогенной флорой. С другой стороны, это также определяется более бурным течением ОКИ, вызванных условно-патогенной флорой, протекающих в форме пищевой токсикоинфекции.

Таким образом, проведенный анализ показал, что в последнее десятилетие произошли существенные изменения в структуре ОКИ у детей, что вызывает необходимость пересмотра существующих ранее рекомендаций по этиотропной терапии ОКИ, ориентированных, прежде всего, на ведущих возбудителей, которыми ранее являлись шигеллы. Выбор этиотропной терапии в современных условиях должен ориентироваться не только на традиционных возбудителей ОКИ, но и на

не регистрируемые ранее, такие как *C. jejuni* и *C. Coli*, удельный вес которых сравним с сальмонеллами.

Выводы

1. Уровень заболеваемости острыми кишечными инфекциями у детей раннего возраста не имеет четкой тенденции к снижению, характерной для общего показателя заболеваемости по республике и превышает общий показатель заболеваемости в 15-20 раз.

2. В структуре ОКИ у детей и взрослых в Республике Беларусь в последние годы произошли значительные изменения, наряду с резким снижением доли шигеллеза вырос удельный вес сальмонеллеза и ротавирусной инфекции.

3. У 12,82% детей раннего возраста, госпитализированных в стационар по поводу ОКИ, заболевание обусловлено кампилобактером.

4. Изменение в структуре ОКИ у детей указывает на необходимость пересмотра существующих рекомендаций по выбору этиотропной терапии, ориентированных прежде всего на лечение шигеллеза.

Литература

1. Boga J.A. Etiology of sporadic cases of pediatric acute gastroenteritis in Asturias, Spain, and genotyping and characterization of norovirus strains involved // José Antonio Boga [et al.] // Journal of Clinical Microbiology. – 2004. – № 6. – Vol. 42. – P. 2668–2674.

2. Banmali P. Epidemiology of notified campylobacteriosis in Western Australia / P. Banmali, L. Fritschi, J. Atrio // Nepal Med Coll J. – 2006. – № 8. – P. 31–5.

3. Jimenez S.G. Campylobacter upsaliensis gastroenteritis in childhood / S.G. Jimenez [et al.] // Pediatr Infect Dis J. – 1999. – Vol. 18. – № 11. – P. 988–92.

4. McIver C.J. Diagnosis of enteric pathogens in children with gastroenteritis / C.J. McIver [et al.] // Pathology. – 2001. – Vol. 33. – № 3. – P. 353–8.

5. Yates J. Traveler's diarrhea / Johnnie Yates // Am Fam Physician. – 2005. – 71:2095–100, 2107–8.

6. Price E.H. Etiology of Diarrhea in Pediatric Outpatient Settings / E. Price, G. Hunt, B. Anthony // Clin Infect Dis. – 2006. – № 4. – P. 393–401.

7. Maltezou H. Acute diarrhoea in children treated in an outpatient setting in Athens, Greece / H.C. Maltezou [et al.] // J Infect. – 2001. – Vol. 43. – № 2. – P. 122–127.

8. Crotti D. Acute and prolonged infectious diarrheas, of microbial and viral etiology: methods of clinical and microbiological diagnosis / D. Crotti, M D'Annibale // Recenti Prog Med. – 2007. – Vol. 98. – № 11. – P. 553–9.

9. Chikhi-Brachet R. Virus Diversity in a Winter Epidemic of Acute Diarrhea in France / Roxane Chikhi-Brachet [et al.] // Journal of Clinical Microbiology. – 2002. – Vol. 40. – No. 11. – P. 4266–4272.

10. Vibeke R. Viral Etiology and Incidence of Acute Gastroenteritis in Young Children Attending Day-Care Centers / Rosenfeldt Vibeke [et al.] // An Esp Pediatr. – 2005. – Vol. 56. – № 2. – P. 104–10.

11. Szlagatys-Sidorkiewicz A. Etiology of childhood diarrhea in Zliten, Libya / Ali MB [et al.] // Etiology of community – acquired acute diarrhea in children / A. Szlagatys-Sidorkiewicz [et al.] // Med Wieku Rozwoj. – 2006. – № 2. – P. 519–527.

12. Kafetzis D.A. Epidemiology, clinical course and impact on hospitalization costs of acute diarrhea among hospitalized children in Athens, Greece / D.A. Kafetzis [et al.] // Scand J Infect Dis. – 2001. – Vol. 33. – № 9. – P. 681–5.

13. Koutsotoli A.D. Comparing Shigella waterborne outbreaks in four different areas in Greece: common features and differences / A.D. Koutsotoli, M.E. Papassava, V.E. Maipa, Y.P. Alamanos // Epidemiol Infect. – 2006. – № 1. – P. 157–162.

14. Van Hees B.C. Regional and seasonal differences in incidence and antibiotic resistance of Campylobacter from a nationwide surveillance study in The Netherlands: an overview of 2000-2004 / B.C. van Hees [at al.] // Clin Microbiol Infect. – 2007. – Vol. 13. – № 3. – P. 305–10.

15. Alcalde M.C. Acute Gastroenteritis in hospitalized children. 14-Year evolution / Martin C. Alcalde [et al.] // An Esp Pediatr. – 2002. – Vol. 56. – № 2. – P. 104–10.

16. Chalmers R.M. Primary Care Surveillance for Acute Bloody Diarrhea, Wales / Rachel M. Chalmers, Roland L. Salmon // Emerging Infectious Diseases Journal. – 2000. – Vol. 6. – No. 4.

17. Учайкин В.Ф. Руководство по инфекционным болезням у детей / В.Ф. Учайкин. – М.: Гэотар Медицина, 1998. – 809 с.

18. Воротынцева Н.В. Острые кишечные инфекции у детей / Н.В. Воротынцева, Л.Н. Мазанкова. – М.: Медицина, 2001. – 480 с.

Гострі кишкові інфекції у дітей раннього віку в Республіці Білорусі

Є.В. КРИЛОВА, Н.В. ЛЯХОВСЬКА, Т.І. ДМІТРАЧЕНКО

Проведений аналіз показав, що рівень захворюваності гострими кишковими інфекціями у дітей раннього віку не має чіткої тенденції до зниження, характерній для загального показника захворюваності по республіці і перевищує загальний показник захворюваності в 15–20 разів. Зміна в структурі ОКИ у дітей вказує на необхідність того, що передивляється існуючих рекомендацій по вибору етіотропної терапії, орієнтованих перш за все на лікування шигельозу.

Ключові слова: шигельоз, сальмонельоз, ротавірусна інфекція, кампілобактеріоз

Sharp enteroides in early aged children in Belarus

E. KRYLOVA, N. LYAKHOVSKAYA, T. DMITRACHENKO

The morbidity level of acute intestinal diseases in early age children has no clear tendency to decrease, which is characteristic for the general level of morbidity in republic, and exceeds the general level of morbidity at 15-20 time. Changes in structure of acute intestinal diseases in children indicate necessarily to revise existing recommendations for etiotropic therapy choice which focused first of all on treatment of shigellosis.

Keywords: shigellosis, salmonellosis, rotaviral infections, campylobacteriosis