

УДК 616.34-002+616.9-036.11

БОБРОВИЦКАЯ А.И., БЕЛОМЕРЯ Т.А., ДАНИЛЮК А.Н., ДУМЧЕВА Т.Ю., ТКАЧЕНКО И.М., ЗАХАРОВА Л.А.,  
ЗАЯЦ В.Ю.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Главное управление Госсанэпидслужбы Донецкой области

ГУ «Донецкий областной лабораторный центр Госсанэпидслужбы Украины»

## АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ПОСЛЕДНИЕ ГОДЫ

**Резюме. Цель:** изучение клинико-эпидемиологических особенностей острых кишечных инфекций у детей Донецкой области.

**Материал и методы.** Работа выполнена на академической базе детских инфекционных отделений Донецкой области и Донецкого областного лабораторного центра Госсанэпидслужбы Украины. Сравнительный анализ этиологически установленных острых кишечных инфекций у детей проведен за период 1996–2012 гг.

**Результаты.** В Донецкой области острыми кишечными инфекциями (ОКИ) ежегодно болеет 8–9 тыс. человек. Показатель заболеваемости ОКИ остается высоким: 200,4 (2009 г.) и 177,0 (2011 г.) на 100 тыс. населения. Согласно данным проведенного эпидемиологического исследования, во всех случаях ОКИ установлена связь возникновения заболевания (84 %) с употреблением некачественных пищевых продуктов. В весенне-летний период возрастает угроза дальнейшего распространения дизентерии, сальмонеллеза и других ОКИ, сезонная заболеваемость которыми на протяжении 2010–2012 гг. составляла 45 % от годовой. Своевременная качественная диагностика ОКИ влияет не только на эффективность лечения, но и на проведение противоэпидемических мероприятий. Это необходимо при кишечных инфекциях вирусной этиологии, к которым наиболее склонны дети раннего и дошкольного возраста. Однако лабораторная диагностика кишечных инфекций вирусной этиологии в области, несмотря на положительные сдвиги в последние годы, не отвечает требованиям современности.

Дети от 0 мес. до 17 лет среди больных ОКИ составляют более 55 %, уровень заболеваемости среди детей в 4 раза выше, чем среди взрослых. Наибольшее количество случаев (до 42 %) зарегистрировано в возрастной группе от 0 мес. до 4 лет.

Острые кишечные инфекции приводят к обезвоживанию организма и электролитным нарушениям, в результате развития которых умирают наиболее чувствительные дети раннего возраста — 5 детей в 2012 г., 3 — в 2011 и 9 — в 2010 г.

Своевременная и адекватная регидратационная терапия является первоочередным и наиболее важным звеном в лечении ОКИ. В амбулаторных условиях регидратационная терапия проводится в виде пероральной регидратации — высокоэффективного, простого и доступного метода. Однако важное значение при этом наряду с антибиотикотерапией имеет специфическая терапия.

**Выводы.** Структура острых кишечных инфекций на протяжении последних лет (2011–2012) остается практически неизменной: ОКИ установленной этиологии составляют 73,5 %, из них сальмонеллез — 9,3 %, шигеллез — 1,1 %. За последние 5 лет зарегистрированы также вспышки ОКИ, вызванных разными возбудителями: дизентерийной и сальмонеллезной палочкой, ЭПКП, стафилококком и ротавирусами; среди заболевших дети составляли 76,9 %.

Удельный вес ротавирусной инфекции в структуре ОКИ каждый год увеличивается: в 2012 г. показатель заболеваемости на 100 тыс. населения составлял 18,4 против 13,8 в 2011 г. При лечении острых кишечных инфекций с токсикозом и эксикозом у детей раннего возраста в амбулаторных условиях можно использовать пероральную регидратацию. Своевременная и правильно организованная пероральная регидратация при острых кишечных инфекциях с эксикозом 1-й степени позволяет предупредить неблагоприятный исход болезни. Однако наряду с регидратационной терапией при острых кишечных инфекциях у детей раннего возраста важное значение имеет специфическая терапия.

© Бобровицкая А.И., Беломеря Т.А., Данилюк А.Н.,  
Думчева Т.Ю., Ткаченко И.М., Захарова Л.А.,  
Заяц В.Ю., 2014

© «Актуальная инфектология», 2014

© Заславский А.Ю., 2014

Несмотря на широкий спектр диагностических и лечебных возможностей, доступных в настоящее время, проблема острых кишечных инфекций (ОКИ) по-прежнему не теряет своей актуальности в связи с высоким уровнем заболеваемости, смертности и значительной частотой развития тяжелых форм болезни [1–5]. При этом 60–65 % всех случаев ОКИ регистрируется среди детей. Структура острых кишечных инфекций определяется эпидемиологической ситуацией в стране, социально-экономическими условиями жизни населения, а также возрастом больных. Для острых кишечных инфекций по-прежнему характерна полиэтиологичность. Однако в последние годы отмечается изменение этиологической структуры ОКИ, особенно у детей, так как возрос удельный вес вирусных диарей [6–8]. В настоящее время вирусы являются наиболее частой причиной развития острых кишечных инфекций в детской возрастной группе и составляют 1/3 среди причин развития данной группы заболеваний. При этом ведущая роль в развитии вирусных диарей принадлежит ротавирусам. В значительной мере такие изменения в структуре заболеваемости являются следствием расширения возможностей лабораторной диагностики ОКИ вирусной этиологии. Заболеваемость ротавирусной инфекцией (РВИ) в различных социально-возрастных группах населения неодинакова. Ротавирусная инфекция регистрируется преимущественно у детей в возрасте до 14 лет (97 % всех случаев), при этом наибольшая заболеваемость (более 62,7 %) среди детей раннего возраста. С наименьшей частотой РВИ является у детей в возрасте 3–14 лет (20,3 %).

Поэтому в связи с высоким уровнем заболеваемости ОКИ у детей, полиэтиологичностью, быстрым развитием устойчивости возбудителей к новым антибактериальным препаратам, формированием дисбиоза требуется изучение клинико-эпидемиологических особенностей заболевания с целью совершенствования терапии.

**Целью** работы является изучение клинико-эпидемиологических особенностей острых кишечных инфекций у детей Донецкой области.

## Материалы и методы исследования

Работа выполнена на академической базе детских инфекционных отделений Донецкой области и Донецкого областного лабораторного центра Госсанэпидслужбы Украины. Сравнительный анализ этиологически уточненных острых кишечных инфекций у детей проведен за период 1996–2012 гг. Данные анализа продемонстрировали снижение заболеваемости острыми кишечными инфекциями в 1,8 раза (1999–2012 гг.)

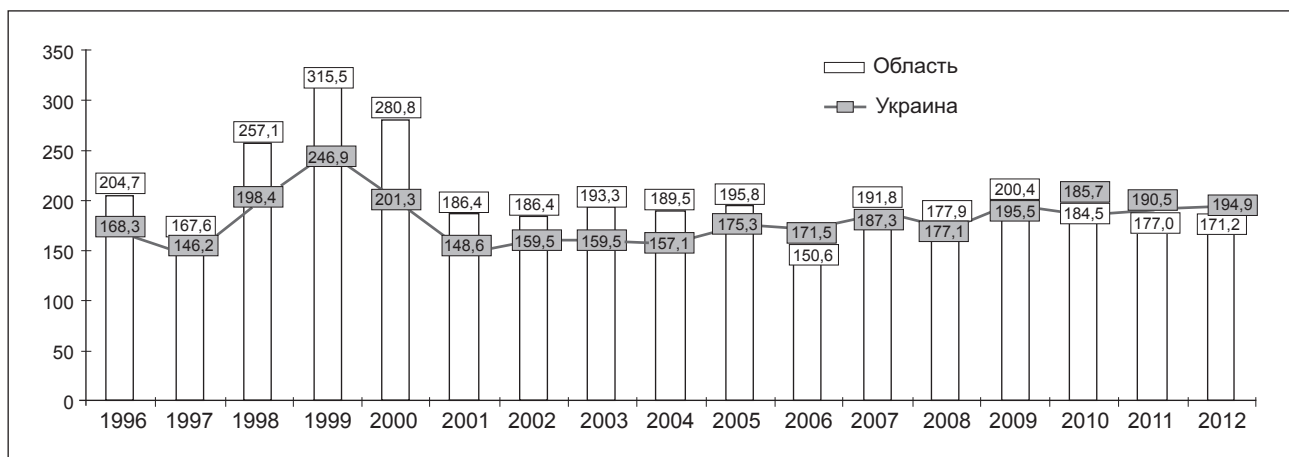
В Донецкой области острые кишечные инфекции ежегодно переносят 8–9 тыс. человек. Показатель заболеваемости ОКИ остается высоким: 200,4 (2009 г.) и 177,0 (2011 г.) на 100 тыс. населения (рис. 1).

В области есть административные территории с повышенным уровнем заболеваемости (Донецк, Горловка, Краматорск, Макеевка, Новоазовский, Первомайский, Ясиноватский районы), где показатели заболеваемости ОКИ превышают средний по области.

Основным фактором в распространении sporadic заболеваемости ОКИ является пищевой. Согласно данным проведенного эпидемиологического исследования всех случаев ОКИ, установлена связь возникновения заболевания (84 %) с употреблением некачественных пищевых продуктов. Наиболее значимыми из них остаются скоропортящиеся продукты (молочные, мясные, колбасные и рыбные), кулинарные изделия, в том числе домашнего приготовления, яйца. В летний период как факторы передачи инфекции присоединяются овощи, фрукты, зелень.

Четко прослеживается сезонность заболеваемости ОКИ, которая повышается в весенне-летний период. На протяжении 2011–2012 гг. она составляла 45 % от годовой (рис. 2).

Структура ОКИ на протяжении двух последних лет остается неизменной: на долю сальмонеллеза приходится 9,3 % зарегистрированных случаев, шигеллеза — 1,1 %, ОКИ установленной этиологии — 73,5 %. Ведущими возбудителями, которые выделялись от больных ОКИ установленной этиологии, были энтеробактер, клебсиелла, протей, стафилококк, цитробактер и ротавирусы (табл. 1).



**Рисунок 1.** Заболеваемость острыми кишечными инфекциями детей Донецкой области (1996–2012 гг.)

Использование современных лабораторных методов позволяет все чаще идентифицировать ротавирусы в качестве возбудителя ОКИ. Их удельный вес в структуре ОКИ ежегодно увеличивается: 7,5 % (2010 г.), 9,8 % (2011 г.), 13,2 % (2012 г.). В 2012 году зарегистрировано 807 случаев ротавирусной инфекции. Показатель заболеваемости составил 18,4 на 100 тыс. населения и превысил на 33 % показатель заболеваемости 2011 года, однако не был выше среднего уровня заболеваемости в Украине (рис. 3).

Отличительной эпидемиологической чертой ротавирусной инфекции является тенденция к увеличению заболеваемости в холодную пору года — ранней весной и зимой. Своевременная качественная диагностика ОКИ влияет не только на эффективность лечения, но и на проведение противоэпидемических мероприятий, что крайне необходимо при кишечных инфекциях вирусной этиологии. К последним наиболее восприимчивы дети раннего и дошкольного возраста. Однако, к сожалению, лабораторная диаг-

ностика кишечных инфекций вирусной этиологии в Украине не соответствует требованиям настоящего времени.

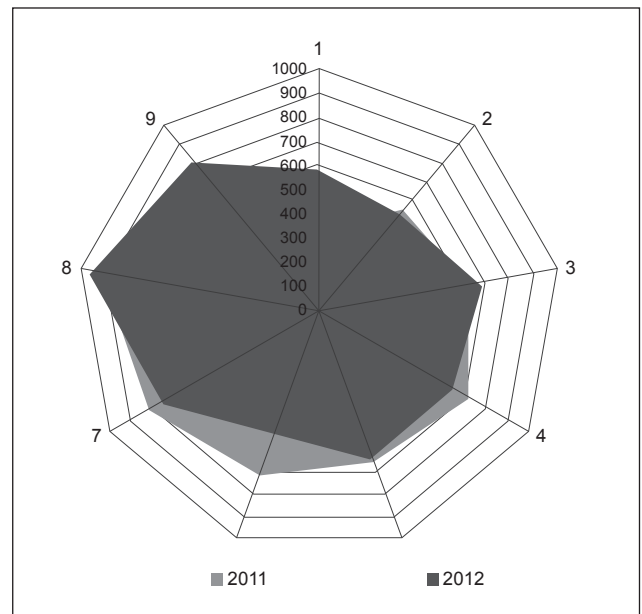
Среди больных ОКИ дети от 0 мес. до 17 лет включительно составляют более 55 %. Уровень заболеваемости детей в 4 раза выше по сравнению со взрослыми. Наибольшее количество случаев болезни (до 42 %) зарегистрировано у детей возрастной группы 0 мес. — 4 года (табл. 2).

Острые кишечные инфекции приводят к обезвоживанию организма, что является основной причиной неблагоприятного исхода болезни у детей раннего возраста: умерло 9 детей в 2010 г., 3 — в 2011 и 5 — в 2012 г.

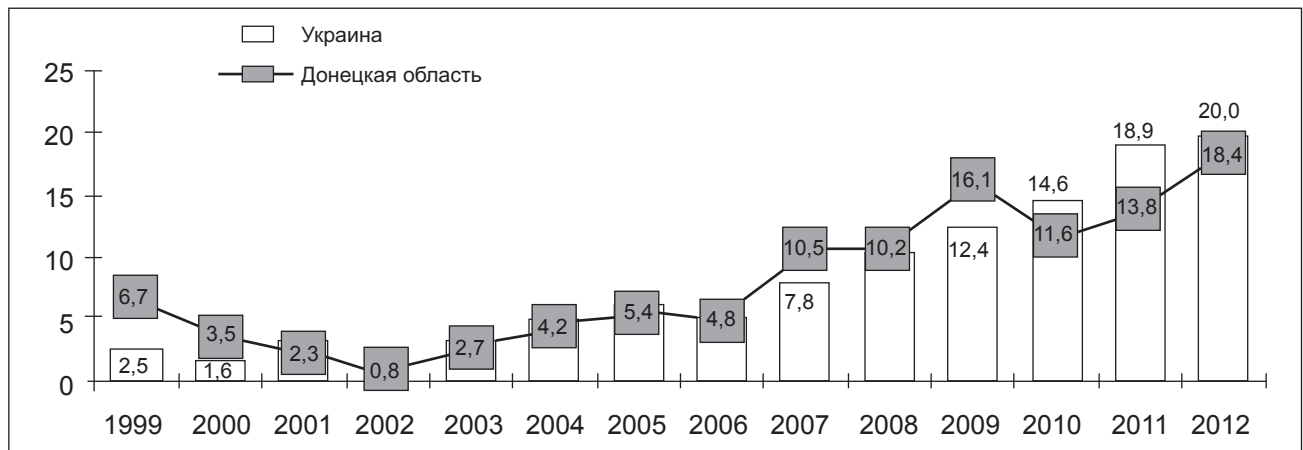
Отмечается достаточно высокий уровень заболеваемости ОКИ среди детей первого года жизни. При этом в основном болеют дети, которые находятся на искусственном (50,4 %) и смешанном вскармливании (35,4 %). Основными причинами развития болезни являются приготовленные в домашних усло-

**Таблица 1. Возбудители острых кишечных инфекций в Донецкой области за период 2011–2012 гг. (абс., %)**

Возбудитель	2012		2011	
	Абс.	%	Абс.	%
Установленный	6094	82,0	6248	81,1
ЭПКП	311	5,1	448	7,2
Протей	91	13,0	763	12,2
Цитробактер	516	8,5	596	9,5
Энтеробактер	1378	22,6	1511	24,0
Клебсиелла	884	14,6	876	14,0
Стафилококк	934	15,3	1000	16,0
Псевдомонады	371	6,1	317	5,1
Ротавирусы	807	13,2	609	9,8
Иерсинии	15	0,2	13	0,2
Другие	87	1,4	115	1,8
Неустановленный	1337	18,0	1452	18,9



**Рисунок 2. Сезонность заболеваемости ОКИ**



**Рисунок 3. Заболеваемость ротавирусной инфекцией среди детей Донецкой области (1999–2012 гг.)**

виях блюда (каша, пюре, творог, молоко и молочные продукты) при нарушении правил и сроков хранения. Данный факт требует усиления разъяснительной работы среди матерей по проблеме безопасного питания детей первого года жизни с последующей реализацией комплекса мероприятий относительно максимально длительного сохранения грудного вскармливания.

Особенностью острых кишечных инфекций вирусной этиологии (секреторных диарей), в частности ротавирусной инфекции и эшерихиоза, является колонизация возбудителя на поверхности энтероцитов только в тонком отделе кишечника. Поэтому отсутствует или слабо выражен местный воспалительный процесс. Вырабатываемые микробами экзотоксины типа холерогена активизируют циклические нуклеотиды (цАМФ), что приводит к увеличению энтероцитами секреции воды и электролитов (гиперсекреция) в просвет кишечника и нарушению ее всасывания — основному патогенетическому механизму развития «водянистой диареи», которая зачастую сопровождается дегидратацией. Диарейный синдром при ротавирусной инфекции связан в основном с развитием дисахаридазной (лактазной) недостаточности с накоплением осмотически активных дисахаридов в просвете кишечника и с нарушением всасывания воды и электролитов [6, 7].

У детей раннего возраста, особенно первого года жизни, ОКИ часто сопровождаются развитием токсикоза с эксикозом — кишечного токсикоза, при котором ведущими являются обменные нарушения (неспецифическая ответная реакция организма), тесно связанные с обезвоживанием организма и потерей электролитов. Данное состояние клинически характеризуется последовательной сменой ряда патологических процессов: первоначально преобладают нарушения функции желудочно-кишечного тракта — рвота, диарейный синдром; затем, по мере увеличения дефицита воды и электролитов на первый план выступают симптомы обезвоживания и нарушения функции ЦНС. При нарастании кишечного токсикоза появляются признаки недостаточности кровообращения, развивается тканевая гипоксия и

метаболический ацидоз, что усугубляет неврологические расстройства — развивается кома, судороги, надпочечниковая и почечная недостаточность, ДВС-синдром, гиповолемический, эндотоксический и инфекционно-токсический шок.

В зависимости от преимущественной потери воды или электролитов различают 3 степени и типа обезвоживания: 1-я степень — потеря массы тела до 5 %; 2-я степень — потеря 6–9 %; 3-я степень — потеря 10 % массы тела и более.

Изотонический тип обезвоживания — это вне- и внутриклеточное обезвоживание с равномерной потерей воды и электролитов, встречается наиболее часто в начальном периоде ОКИ, не имеет четко очерченных специфических клинических проявлений и соответствует 1-й, реже — 2-й степени обезвоживания. При этом со стулом и рвотой теряются в физиологических соотношениях вода и соли.

Гипертонический тип обезвоживания — водodefицитный тип дегидратации сопровождается преимущественной потерей воды. Наличие гипернатриемии приводит к переходу жидкости из клеток во внеклеточное пространство для выравнивания осмотического давления и развитию внутриклеточной дегидратации. Клинически гипертонический тип эксикоза проявляется острым началом, протекает бурно. Наиболее характерные симптомы: возбуждение, выраженная жажда, нарушение сна, тахикардия, кожные покровы горячие на ощупь. Большой родничок не бывает запавшим, чаще сглажен за счет увеличения массы ликвора. Увеличение осмотической концентрации ликвора способствует развитию судорог и появлению менингеального синдрома без симптомов Кернига и Брудзинского. Ликвор вытекает частой каплей, прозрачный, белок и цитоз в пределах нормальных показателей.

Гипотонический тип обезвоживания — соледефицитная внеклеточная дегидратация развивается чаще постепенно. В клинике заболевания доминируют рвота упорного характера и выраженный диарейный синдром. При нарастании симптомов эксикоза и потери калия рвота приобретает неукротимый характер, не связана с приемом пищи и питья, содержит

**Таблица 2. Возрастная структура острых кишечных инфекций у детей Донецкой области (2011–2012 гг.)**

Возраст	2012 г.		2011 г.		+/-, % (с 2011 г.)
	Абс.	Показатель на 100 тыс.	Абс.	Показатель на 100 тыс.	
0 мес. — 17 лет	4873	695,06	4886	693,96	0,16
0 мес. — 14 лет	4682	824,78	4688	833,07	-1,00
0 мес. — 12 мес.	884	2234,98	821	85,24	7,18
1–4 года	2571	1529,01	2743	1670,87	-8,49
5–9 лет	863	471,98	791	452,33	4,34
10–14 лет	364	205,51	333	180,66	13,76
15–17 лет	191	143,15	198	140,09	2,19
Количество населения	8288	188,71	8597	195,04	-3,25

примесь желчи, иногда крови («кофейная гуща»). Потеря солей сопровождается снижением осмолярности плазмы крови и переходом воды из сосудистого русла в клетки — развивается внутриклеточная гипергидратация, гипернатриемия и гипокалиемия. Данный тип обезвоживания сопровождается быстрым нарастанием декомпенсации кровообращения и уменьшением объема циркулирующей крови, что приводит к повышению показателей гематокрита и артериальной гипотонии; тканевой гипоксии и метаболическому ацидозу. Дети очень вялые, адинамичные и находятся в сопорозном или в коматозном состоянии. Жажда отсутствует, гипотермия, серый цвет кожных покровов с «мраморностью». При нарастании симптомов обезвоживания, гипокалиемии с внутриклеточной гипернатриемией развивается отек мозга и появляется судорожный синдром (судороги тонического характера).

При тяжелых формах кишечного токсикоза возможно развитие шоковых состояний: а) гиповолемического шока — большие и быстрые потери воды и электролитов; б) эндотоксического шока — массовая гибель микробов и специфическая интоксикация. При этом западение большого родничка — частое явление. Это наиболее тяжелая форма болезни, и обусловлена она эндотоксинами возбудителя. При инфекционно-токсическом шоке помимо поражения ЦНС наблюдаются значительные нарушения микроциркуляции, надпочечниковая, почечная, печеночная, легочная недостаточность, ДВС-синдром.

В чем особенности лечения острых кишечных инфекций с явлениями кишечного токсикоза?

Своевременная и адекватная регидратационная терапия является первоочередным и наиболее важным звеном в лечении ОКИ. Раннее назначение данной терапии — главное условие успешного лечения кишечных токсикозов у детей. В амбулаторных условиях регидратационная терапия проводится в виде пероральной регидратации — высокоэффективного, простого и доступного метода.

Пероральная регидратация проводится в 2 этапа. Первый этап регидратации направлен на восстановление дефицита солей и воды, имеющегося до начала лечения, длительностью 4–6 часов. Ориентировочно объем глюкозо-солевых растворов на первом этапе регидратации составляет при легких и среднетяжелых формах болезни у детей с массой тела до

6 кг — 200–400 мл, до 9 кг — 400–600 мл, до 12 кг — 600–800 мл.

При проведении пероральной регидратации жидкость вводится малыми дозами (по 10–20 мл через каждые 10–15 минут). Необходимый объем жидкости на первом этапе можно рассчитать с учетом степени эксикоза: 30–50 мл/кг массы тела при эксикозе 1-й степени; 100 мл/кг — при 2-й степени. Объем жидкости для пероральной регидратации при эксикозе, который необходимо выпить в течение 4–6 часов, представлен в табл. 3.

Критерии эффективности первого этапа регидратации: исчезновение рвоты, признаков нарушения микроциркуляции, улучшение тургора тканей, увеличение диуреза. Выбор дальнейшей тактики: а) признаки обезвоживания исчезли — проводится II этап пероральной регидратации (поддерживающая терапия); б) признаки обезвоживания уменьшились — продолжать вводить жидкость в прежнем объеме 4–6 часов; в) признаки обезвоживания нарастают — необходимо переходить на парентеральную регидратацию.

Методика проведения пероральной регидратации второго этапа (поддерживающая терапия) состоит в том, что за каждые 6 часов вводится раствора столько, сколько потерял ребенок в массе за предыдущие 6 часов. Ориентировочный объем жидкости у детей до 2 лет составляет 50–100 мл/кг, старше 2 лет — 100–200 мл/кг или 10 мл/кг массы тела после каждой дефекации. Растворы необходимо чередовать с фруктовыми, овощными отварами без сахара, чаем, особенно зеленым. Поить ребенка необходимо дробно, по 1–2 чайные ложки каждые 5–10 минут. Если ребенок не пьет — зондовая регидратация проводится непрерывно капельно с помощью системы для внутривенного введения, максимальная скорость введения — 10 мл в 1 минуту. Длина зонда — от уха до носа, далее от носа до мечевидного отростка.

При 3-й степени эксикоза комбинируют пероральную регидратацию с парентеральной. С этой целью чаще используют растворы: 5% раствор глюкозы и изотонический раствор хлорида натрия (0,9% NaCl). У детей в возрасте до 3 мес. последний лучше не использовать. Рекомендуются следующий принцип расчета объема жидкости для инфузионной терапии: дефицит + физиологическая потребность + патологические потери. Определение физиологической потребности в жидкости по методу Holiday Segar представлено в табл. 4.

**Таблица 3. Объем жидкости для пероральной регидратации в зависимости от массы тела и степени эксикоза (мл)**

Масса тела (кг)	Эксикоз 1-й степени	Эксикоз 2-й степени
5	250	400
10	500	800
15	750	1200
20	1000	1600
25	1250	2000

**Таблица 4. Физиологическая потребность в жидкости по Holiday Segar**

Масса (кг)	Суточная потребность
1–10	100 мл/кг
10,1–20	1000 мл + 50 мл/кг на каждый килограмм свыше 10 кг
Более 20	1500 мл + 20 мл/кг на каждый килограмм свыше 20 кг

Пример расчета физиологической потребности в жидкости по методу Holiday Segar. У ребенка с массой тела 28 кг суточная физиологическая потребность составляет: первые 10 кг массы тела  $\times$  100 мл = 1000 мл; вторые 10 кг массы тела  $\times$  50 мл = 500 мл; следующие 8 кг массы тела, которые превышают 20 кг, необходимо умножить на 20 мл = 160 мл.

Таким образом, необходимо ввести данному ребенку следующий объем жидкости: 1000 + 500 + 160 = 1660 мл в сутки.

Текущие патологические потребности определяют с помощью рекомендуемых расчетов: 10 мл/кг/сутки на каждый градус температуры тела выше 37 °С; 20 мл/кг/сутки — при рвоте; 20–40 мл/кг/сутки — при парезе кишечника; 25–75 мл/кг/сутки — при диарее; 30 мл/кг/сутки — на потери с перспирацией (Вельтищев Е.Ю., 1967). Рассчитанный объем жидкости вводится на протяжении суток: в периферические вены на протяжении 4–8 часов, повторить можно через 12 часов. Больной получит соответственно 1/6 суточного объема жидкости за 4 часа, 1/3 — за 8 часов. Остальной объем жидкости дается *per os*. Применяются растворы: а) при изотоническом виде эксикоза глюкозо-солевые растворы в соотношении 1 : 1; б) при гипертоническом (вододефицитном) — 3 : 1; в) при гипотоническом (соледефицитном) — 1 : 3. Если состояние улучшается, а эксикоз сохраняется, следует переходить на пероральную регидратацию.

Следовательно, своевременная и адекватная регидратационная терапия является первоочередным и наиболее важным звеном в лечении ОКИ, особенно у детей первого года жизни. Однако немаловажное значение при этом наряду с антибиотикотерапией имеет специфическая терапия.

С учетом все возрастающей роли ротавирусной инфекции в структуре ОКИ наше внимание обратил на себя препарат Субалин производства ЧАО «Биофарма». Субалин представляет собой микробную массу живой антагонистически активной культуры *Bacillus subtilis* УКМ В-5020, которая обладает антивирусным, антибактериальным и иммуномодулирующим действием. Лечебное действие препарата определяется живыми бактериями, которые отличаются выраженной антагонистической активностью по отношению к патогенным и условно-патогенным микроорганизмам, способствуют нормализации качественного и количественного состава кишечной микрофлоры, а также характеризуются антивирусной активностью в результате синтеза  $\alpha$ -2-интерферона.

Включение Субалина в комплексное лечение детей с дисбиозом кишечника, синдромом эндотоксикоза позволяет купировать клиническую симптоматику: астеновегетативный синдром и синдром хронической интоксикации; уменьшает проявления диспептического и болевого синдромов.

Вышеизложенное явилось причиной изучения эффективности Субалина при острых кишечных инфекциях ротавирусной этиологии у 72 детей раннего возраста на базе инфекционного отделения ЦГКБ № 1 г. Донецка и КМУ «ДКТМУ» г. Макеевки. Диагноз ротавирусной инфекции подтвержден методом

ИФА с применением автоматического иммуноферментного анализатора EVOLIS Twin Plus.

У всех детей при применении Субалина наблюдалось хорошее терапевтическое действие. Это прежде всего сокращение сроков лечения на  $5,6 \pm 2,1$  дня, более ранняя нормализация характера стула — на  $7,2 \pm 1,3$  дня, прибавка в массе тела составила  $426 \pm 13,4$  г за 2 недели против  $178 \pm 17,5$  г по сравнению с детьми, в терапии которых данный препарат не использовался.

## Выводы

1. Структура острых кишечных инфекций на протяжении последних лет (2011–2012 гг.) остается практически неизменной: ОКИ установленной этиологии составили 73,5 %, из них сальмонеллез — 9,3 %, шигеллез — 1,1 %.

2. Удельный вес ротавирусной инфекции в структуре ОКИ ежегодно увеличивается: в 2012 году показатель заболеваемости на 100 тыс. населения составил 18,4 против 13,8 в 2011 г.

3. При лечении острых кишечных инфекций с токсикозом и эксикозом у детей раннего возраста в амбулаторных условиях можно использовать пероральную регидратацию.

4. Применение препарата Субалин (ЧАО «Биофарма») способствует сокращению сроков клинических проявлений ротавирусной инфекции.

## Список литературы

1. Крамарев С.А. Лечение острых кишечных инфекций у детей // *Здоровье ребенка*. — 2013. — № 3. — С. 117–122.
2. Крамарев С.О. Сучасні погляди на лікування гострих кишкових інфекцій у дітей: Посібник для лікарів. — К., 2006. — 20 с.
3. Чернишова Л.І. Лікування гострих кишкових інфекцій у дітей в амбулаторних умовах: Методичні рекомендації / Л.І. Чернишова, Д.В. Самарін. — К., 2007. — 20 с.
4. Крамарев С.А. Современные аспекты терапии острых кишечных инфекций у детей // *Доктор*. — 2002. — № 3. — С. 80.
5. Бобровицкая А.И. Острые кишечные инфекции у детей: Методические рекомендации / А.И. Бобровицкая, С.А. Крамарев. — К., 2001. — 68 с.
6. Сучасні методи лікування діареї у дітей віком від 0 до 5 років на догоспітальному етапі: Посібник для лікарів первинної ланки надання медичної допомоги дітям в Україні / Р. Моїсеєнко, В. Педан, Л. Чернишова та ін. — К., 2008. — 49 с.
7. Ротавірусна інфекція та її профілактика: інформація для медичних працівників. — К.: Міністерство охорони здоров'я України, 2008. — 10 с.
8. Тихомирова О.В. Ротавирусная инфекция у детей: особенности клинического течения, диагностические подходы и тактика терапии: Учеб. пособие для врачей / О.В. Тихомирова, Н.В. Сергеева, О.В. Аксенов. — СПб., 2005. — 32 с.
9. Место и значение энтеросорбции в этиопатогенетической терапии острых кишечных инфекций у детей / В.Ф. Учайкин, А.А. Новокионов, Н.В. Соколова, Т.С. Ларина, Т.В. Бережнова, А.А. Сахарова // *Педиатрия*. — 2007. — № 2. — С. 44–50.

Получено 03.02.14 □

Бобровицька А.І., Беломеря Т.А., Данилюк А.Н., Думчева Т.Ю., Ткаченко І.М., Захарова Л.А., Заяць В.Ю.  
 Донецький національний медичний університет ім. М. Горького  
 Головне управління Держсанепідслужби Донецької області  
 ДУ «Донецький обласний лабораторний центр Держсанепідслужби України»

## АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ В ОСТАННІ РОКИ

**Резюме. Мета:** вивчення клініко-епідеміологічних особливостей гострих кишкових інфекцій у дітей Донецької області.

**Матеріал і методи.** Робота виконана на академічній базі дитячих інфекційних відділень Донецької області та Донецького обласного лабораторного центру Держсанепідслужби України. Порівняльний аналіз етіологічно уточнених гострих кишкових інфекцій у дітей проведено за період 1996–2012 рр.

**Результати.** У Донецькій області на гострі кишкові інфекції (ГКІ) щорічно хворіє 8–9 тис. людей. Показник захворюваності на ГКІ залишається високим: 200,4 (2009 р.) та 177,0 (2011 р.) на 100 тис. населення. Згідно з даними проведеного епідеміологічного дослідження, у всіх випадках ГКІ встановлено з'язок виникнення захворювання (84 %) з уживанням неякісних харчових продуктів. У весняно-літній період посилюється загроза подальшого поширення дизентерії, сальмонельозу та інших ГКІ, сезонна захворюваність на які протягом 2010–2012 рр. становила 45 % від річної.

Своєчасна якісна діагностика ГКІ впливає не тільки на ефективність лікування, а й на проведення протиепідемічних заходів. Це необхідно при кишкових інфекціях вірусної етіології, до яких найбільш схильні діти раннього та дошкільного віку. Однак лабораторна діагностика кишкових інфекцій вірусної етіології в області, незважаючи на позитивні зрушення в останні роки, не відповідає вимогам сучасності.

Діти від 0 міс. до 17 років серед хворих на ГКІ становлять більше 55 %, рівень захворюваності серед дітей у 4 рази вище, ніж серед дорослих. Найбільша кількість випадків (до 42 %) зареєстрована в віковій групі від 0 міс. до 4 років.

Гострі кишкові інфекції призводять до зневоднення організму й електролітним порушенням, у результаті розвитку яких умирають найбільш уразливі діти раннього віку — 5 дітей у 2012 р., 3 — у 2011 і 9 — у 2010 р.

Своєчасна й адекватна регідратаційна терапія є першочерговою й найбільш важливою ланкою в лікуванні ГКІ. В амбулаторних умовах регідратаційна терапія проводиться у вигляді пероральної регідратації — високоефективного, простого та доступного методу. Однак важливе значення при цьому поряд із антибіотикотерапією має специфічна терапія.

**Висновки.** Структура гострих кишкових інфекцій протягом останніх років (2011–2012) залишається мало зміненою: ГКІ встановлені етіологічно становлять 73,5 %, із них сальмонельоз — 9,3 %, шигельоз — 1,1 %. За останні 5 років зареєстровані також спалахи ГКІ, що викликані різними збудниками: дизентерійною та сальмонельозною паличкою, ЕПКП, стафілококом та ротавірусами; серед захворілих діти становили 76,9 %.

Питома вага ротавірусної інфекції у структурі ГКІ щороку збільшується: у 2012 р. показник захворюваності на 100 тис. населення становив 18,4 проти 13,8 у 2011 р. При лікуванні гострих кишкових інфекцій з токсикозом й ексикозом у дітей раннього віку в амбулаторних умовах можна використовувати пероральну регідратацію. Своєчасна та правильно організована пероральна регідратація при гострих кишкових інфекціях з ексикозом 1-го ступеня дозволяє попередити несприятливий результат хвороби. Однак поряд із регідратаційною терапією при гострих кишкових інфекціях у дітей раннього віку важливе значення має специфічна терапія.

*Bobrovitskaya A.I., Belomerya T.A., Danilyuk A.N., Dumcheva T.Yu., Tkachenko I.M., Zaharova L.A., Zayats V.Yu.  
 Donetsk National Medical University named after M. Gorky  
 Main Department of State Sanitary and Epidemiological Service of Donetsk Region  
 State Institution «Donetsk Regional Laboratory Center of State Sanitary and Epidemiological Service of Ukraine», Donetsk, Ukraine*

## TOPICAL ISSUES OF ACUTE INTESTINAL INFECTIONS IN RECENT YEARS

**Summary. Objective:** to study the clinical and epidemiological features of acute intestinal infections (AII) in children of Donetsk region.

**Material and Methods.** The study has been carried out on the academic base of pediatric infectious departments of Donetsk region and Donetsk Regional Laboratory Center of State Sanitary and Epidemiological Service of Ukraine. Comparative analysis of etiologic specified acute intestinal infections in children was carried out over the period of 1996–2012.

**Results.** In the Donetsk region, over 8–9 thousand people annually suffer from acute intestinal infections. Morbidity rate of AII remains high: 200.4 (2009) and 177.0 (2011) per 100 thousands people. According to the data of epidemiological investigation, in all cases of AII we detected the correlation between onset of the disease (84 %) and the use of poor quality food. In spring summer period threat of further spread of dysentery, salmonellosis and other AII increases, seasonal incidence in 2010–2012 was 45 % of the annual one. Timely diagnosis of AII affects not only the effectiveness of treatment, but also epidemiologic measures. It is necessary in viral intestinal infections, to which young and preschool children are most susceptible. However, the laboratory diagnosis of viral intestinal infections in the region does not meet the requirements of modern times, despite improvements in recent years.

Children aged from 0 months to 17 years amount to more than 55 % among patients with AII, morbidity rate among children is 4 times higher than among adults. The highest number of cases (up to 42 %) registered in the age group of 0 months to 4 years.

Acute intestinal infections lead to dehydration and electrolyte imbalance, in consequence of which most sensitive young children dies — 5 children in 2012, 3 — in 2011 and 9 — in 2010.

Timely and adequate rehydration therapy is the primary and most important link in the treatment of AII. On an outpatient basis, rehydration therapy is being carried out in the form of oral rehydration therapy — a high-performance, easy and affordable method. Timely adequate rehydration therapy is the primary and naybilshe may establish link in the treatment of AII, especially in infants. However, specific therapy is important along with antibiotic therapy.

**Conclusions.** The structure of acute intestinal infections in recent years (2011–2012) remains practically unchanged: AII of established etiology is 73.5 %, including salmonellosis — 9.3 %, shigellosis — 1.1 %. Over the past 5 years we registered AII breakouts cause by various pathogens: dysentery bacillus, salmonella bacillus, EPEC, Staphylococcus and rotavirus, children amounted 76.9 %.

Proportion of rotavirus infection in the structure of AII increases each year: in 2012 the incidence rate per 100 thousand population was 18.4 versus 13.8 in 2011. In the treatment of acute intestinal infections with toxicosis and exicosis in young children in an outpatient setting, oral rehydration can be used. Timely and properly organized oral rehydration in acute intestinal infections with exicosis of 1st degree enables to prevent unfavorable outcome of the disease. However, along with rehydration therapy, in acute intestinal infections in young children, specific therapy is important.