



АССОЦИАЦИЯ
ПЕДИАТРОВ-ИНФЕКЦИОНИСТОВ

2018
Том 17

Спецвыпуск

ДЕТСКИЕ ИНФЕКЦИИ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ



XVII Конгресс детских инфекционистов России

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ
ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ
И ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ

МАТЕРИАЛЫ КОНГРЕССА

12—14 ДЕКАБРЯ, 2018 ГОДА, Г. МОСКВА

ISSN 2072-8107 Print
ISSN 2618-8139 Online



АССОЦИАЦИЯ
ПЕДИАТРОВ-ИНФЕКЦИОНИСТОВ

2018
Том 17

СПЕЦВЫПУСК

ДЕТСКИЕ ИНФЕКЦИИ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ

МАТЕРИАЛЫ XVII КОНГРЕССА ДЕТСКИХ ИНФЕКЦИОНИСТОВ РОССИИ

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ И ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ

МОСКВА
12—14 ДЕКАБРЯ 2018 Г.

Детские инфекции. 2018; Том 17, Спецвыпуск: Материалы XVII Конгресса детских инфекционистов России «Актуальные вопросы инфекционной патологии и вакцинопрофилактики». Москва, 2018, 12—14 декабря: 102 с.

Подписано в печать 21.11.18.
Формат 84 x 108 ¹/₃₂. Бумага офсетная. Объем 102 с.
Тираж 500 экз. Заказ 6843.

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

© Ассоциация педиатров-инфекционистов, 2018

СОДЕРЖАНИЕ

1	Вакцинопрофилактика: современная позиция населения. Албегова Б.З., Гуссоева И.Г., Кочиева А.И., Гурциева М.Т., Хаматова Э.А., Хуцистова Л.Х.	9
2	Клинические особенности респираторно-синцитиальной вирусной инфекции у детей раннего возраста. Албегова Б.З., Гуссоева И.Г., Кочиева А.И., Хаматова Э.А., Хуцистова Л.Х., Гурциева М.Т.	9
3	Роль герпесвирусных инфекций в патогенезе аутоиммунных заболеваний у детей. Алимбарова Л.М., Лазаренко А.А., Мельниченко А.В., Львов Н.Д., Баринский И.Ф.	10
4	Особенности течения сальмонеллеза у детей. Андреева Л.В., Петрейкина И.Е., Семенова В.А., Стекольников И.А., Краснов М.В.	11
5	Клинико-эпидемиологические особенности кампилобактериоза у детей. Андреева Л.В., Стекольников И.А., Анисимова Т.А., Трофимова Е.А., Петрейкина И.Е., Семенова В.А., Питрукова А.П.	12
6	Изменение субпопуляционного состава лимфоцитов у детей с Эпштейна-Барр вирусным инфекционным мононуклеозом. Антонова М.В., Кашуба Э.А., Дроздова Т.Г., Любимцева О.А., Ханипова Л.В., Огошкова Н.В., Чехова Ю.С., Швецова Э.А.	13
7	Клинико-лабораторные особенности течения врожденной цитомегаловирусной инфекции у детей. Артемчик Т.А., Фоменкова У.Р., Крастелева И.М., Симаченко О.В.	14
8	Этиологический спектр возбудителей внутрибольничных инфекций в хирургической клинике. Атакишизаде С.А.	15
9	Особенности коклюша у детей первых шести месяцев жизни. Баум Т.Г., Первишнюк О.В., Бевзенко О.В.	16
10	Характеристика эпидемического сезона гриппа 2017—2018 годов у детей в Краснодарском крае. Бевзенко О.В., Тхакушинова Н.Х., Леденко Л.А.	16
11	Течение приобретенного токсоплазмоза в сочетании с другими заболеваниями. Безик В.В., Соловьева И.Л., Шалунова Л.А., Мехтиева С.Д., Бергельсон Т.М., Полетаева Е.В., Баландина Е.А., Котманова Н.А.	17
12	Герпесвирусные инфекции у детей в амбулаторной практике. Бельтикова А.А., Кашуба Э.А., Арсланова Т.Р., Машкина А.А., Ворсина Т.А.	18
13	Вакцинопрофилактика гриппа у школьников сельской местности Рязанской области. Белых Н.А., Крыгина Т.В., Амелина В.В., Комарова Е.В.	19
14	Эпидемиологические особенности и клинические варианты течения микоплазменной инфекции у детей Рязанской области. Белых Н.А., Фокичева Н.Н., Пискунова М.А., Шилина С.А., Федосеева Н.Ю., Калашникова О.Н., Скобеев И.Г., Майорова Е.В.	20
15	Случай тканевого гельминтоза (Toxocariasis) с георальным механизмом инфицирования. Бергельсон Т.М., Соловьева И.Л., Баландина Е.А., Котманова Н.А., Безик В.В., Полетаева Е.В., Шалунова Л.А., Полушкин А.В., Мехтиева С.Д.	21
16	Лечение детей, больных герпесвирусными инфекциями, в условиях детской поликлиники. Боковой А.Г.	21
17	Детский центр диагностики и лечения им. Н.А. Семашко, Москва, Россия. Прогнозирование осложненного течения коклюша. Васюнин А.В., Краснова Е.И., Карпович Г.С., Гаврилова Н.И., Михайленко М.А., Селезнева Е.С.	22
18	Клиника и диагностика ВЭБ-инфекции у детей первого года жизни. Васюнин А.В., Краснова Е.И., Соловьев В.Ю., Куимова И.В., Колесникова Т.В.	23
19	Роль пневмоцист в этиологии бронхолегочных заболеваний у детей. Веселовский П.А., Рыбалкина Т.Н., Каражас Н.В., Бошьян Р.Е., Корниенко М.Н., Косенчук В.В., Лысенкова М.Ю., Иванова М.Ю.	24

20	Клинико-эпидемиологические особенности менингитов у детей. Грекова А.И., Шевченко С.С., Соколовская В.В., Смолянкин Н.Н., Шумилов А.П., Виноградова А.П., Гаврильчик Ю.С., Тимошенкова А.Д.	25
21	Особенности течения беременности и родов как фактор риска перинатального инфицирования вирусом гепатита С. Грешнякова В.А., Горячева Л.Г.	26
22	Эшерихиозы у детей, обусловленные энтеротоксигенными штаммами кишечной палочки. Гусейнова Р.Г.	27
23	Коклюш у детей раннего возраста, по данным инфекционного стационара. Гуссоева И.Г., Албегова Б.З., Цховребова М.Г.	28
24	Частота выделения <i>Str. pneumoniae</i> от больных и их чувствительность к антимикробным препаратам. Даминов Т.А., Туйчиев Л.Н., Таджиева Н.У., Отмуратов Н.Х., Абдухалилова Г.К., Бектимиров А. М., Усманова Э.М., Абдумаликова И.З.	29
25	Инфекционный эндокардит у новорожденных и детей раннего возраста — уже не казуистика. Дегтярева Е.А., Жданова О.И., Куфа М.А., Павлова Е.С., Кантемирова М.Г.	30
26	Прогнозирование сердечно-сосудистого повреждения у детей с ВУИ и задержкой внутриутробного развития и предварительные результаты отдаленного катамнеза. Дегтярева Е.А., Куфа М.А., Кантемирова М.Г., Гребенникова О.	31
27	Особенности гемолитико-уремического синдрома у детей с инфекционной патологией. Дрыжинская Т.В., Ластовка И.Н., Артемчик Т.А.	32
28	Клинический случай инфекционной эритемы, вызванной парвовирусом В19. Егорова Н.Ю., Молочкова О.В.	33
29	Лямблиоз у детей — возможная причина формирования функциональных расстройств. Ершова И.Б., Петренко О.В.	35
30	Фульминантное течение гепатита в дебюте болезни Вильсона (клинический случай). Ефремова Н.А., Горячева Л.Г., Шилова И.В., Марченко Н.В., Левина О.А.	36
31	Ассоциированные острые кишечные инфекции в возрастном аспекте, по материалам инфекционной больницы №23. Животовский М.В.	36
32	Функциональные нарушения кишечника при вирусных диареях у детей. Заварцева Л.И., Копачевская К.А., Тромбачев А.В.	37
33	Клещевая пятнистая лихорадка у ребенка 9 лет после посещения Крыма. Зверева Н.Н., Сайфуллин М.А., Карань Л.С., Ларичев В.Ф., Бутенко А.М., Базарова М.В., Сайфуллин Р.Ф., Сметанина С.В.	38
34	Пробиотики в комплексном лечении острых кишечных инфекций у детей. Ибрагимов Г.Х., Ахмедова С.И., Гарагезова А.А., Мамедов С.Б.	40
35	Современные эпидемиологические особенности острых кишечных инфекций у детей. Ибрагимов Г.Х., Ахмедова С.И., Гарагезова А.А., Мамедов С.Б.	41
36	Эффективность комбинированной терапии препаратами рекомбинантного интерферона α-2b при инфекционном мононуклеозе у детей. Иккес Л.А., Мартынова Г.П., Богвилене Я.А., Евреимова С.В.	42
37	Состояние показателей гемограммы у больных хроническим гепатитом В на фоне анемии воспаления. Иноятова Ф.И., Икрамова Н.А., Иногамов Г.З., Валиева Н.К.	42
38	Диагностическая значимость маркеров транспортной системы метаболизма железа у больных с синдромом перегрузки железом при хронической HBV-инфекции. Иноятова Ф.И., Кадырходжаева Х.М., Ахмедова А.Х., Абдуллаева Ф.Г.	43
39	Симптомы «Красного флага» при менингококкцемии у ребенка младшего возраста, согласно критериям RCPCH (Royal College of Pediatric and Child Health). Калдыбаева М.М., Даулеткельды А.	44

40	Восприимчивость пациентов детского возраста к туберкулезной инфекции в отношении полиморфизма гена NLRP1 в Краснодарском крае. Кальченко И.С., Нурмухаметов Е.В.	45
41	Острый менингоэнцефалит ННВ-6 этиологии, случай из практики. Кладова О.В., Вальц Н.Л., Компаниец Ю.В., Гришкевич Н.Л., Анджель А.Е.	46
42	Клинические особенности пневмонии на фоне токсокароза у ребенка 7 лет. Ковалева О.В., Литяева Л.А., Закопаева Е.С.	48
43	Особенности течения коклюша у привитого ребенка (клинический случай). Кокорева С.П., Илунина Л.М., Макарова А.В., Шварцман В.М., Гусева Ю.А.	49
44	Грипп сезона 2017–2018 года. Кокорева С.П., Котлова В.Б., Трушкина А.В., Лернер М.С.	50
45	Корь у детей в Астраханском регионе. Колоколов В.А., Колоколов О.В.	51
46	Особенности течения метапневмовирусной инфекции у детей. Колоколов В.А., Ратьева И.А., Ряскова Н.В., Чигрина Т.А., Демина О.А., Вязгина Е.В.	52
47	Микробиологическая эффективность вакцинации против пневмококковой инфекции в республике Казахстан. Колоскова Е.А., Рамазанова Б.А., Мустафина К.К., Ералиева Л.Т., Бисекенова А.Л.	53
48	Значение герпесвирусов при внутриутробном инфицировании плода. Косенчук В.В., Корниенко М.Н., Веселовский П.А., Каражас Н.В., Рыбалкина Т.Н., Бошняк Р.Е., Лысенкова М.Ю., Савенкова М.С., Иванова М.Ю.	54
49	Особенности распределения уровней антител к вирусу кори в различных возрастных группах. Костинов М.П., Филатов Н.Н., Журавлев П.И., Гладкова Л.С., Полищук В.Б., Шмитько А.Д., Тихонова И.А.	55
50	Клинико-лабораторные особенности гемофильных менингитов у детей. Котлова В.Б., Токарев Д.Н., Перунова Н.П., Дрыжакова А.А.	55
51	Клинико-иммунологическая характеристика гриппа А у детей, вызванного различными серотипами вируса. Кравцова А.В., Ганагина О.В., Липодаева А.Ю., Мзикян С.А.	56
52	Особенности иммунного ответа новорожденных с цитомегаловирусной инфекцией. Кравченко Л.В., Монат Л.И., Трегубенко Н.В.	57
53	Течение стрептококковой инфекции группы В у новорожденных детей. Крастелева И.М., Артемчик Т.А.	58
54	Клинические синдромы у детей раннего возраста с неотложными состояниями при острых кишечных инфекциях. Кулиева З.М., Рустамова Л.И.	59
55	Особенности изменения маркера апоптоза (CD95+) у детей, инфицированных герпесвирусом 4 типа. Левкова Е.А., Савин С.З., Диланян Л.А., Сепиашвили Р.И.	60
56	Клинико-эпидемиологические особенности кори у детей в Краснодарском крае. Леденко Л.А., Тхакушинова Н.Х., Бевзенко О.В., Мирошникова В.В.	61
57	Современные аспекты течения энтеровирусной инфекции у детей в Краснодарском крае в 2018 г. Леденко Л.А., Тхакушинова Н.Х., Бевзенко О.В., Осипова И.Г.	62
58	Диагностика абдоминального синдрома у детей различных возрастных групп на догоспитальном этапе. Лобушкова И.П., Простакова В.Н., Шишулина Л.М., Маклюкова А.Н., Богряшов С.С., Смирнова И.Е.	63
59	Опыт проведения экспресс-диагностики инфекции мочевой системы у детей с гипертермией на догоспитальном этапе. Лобушкова И.П., Простакова В.Н., Шишулина Л.М., Семенова Н.Н., Харитонов Д.Г.	64
60	Оптимизация диагностики инфекции, вызванной вирусом герпеса 8 типа у детей. Львов Н.Д., Панюкова Е.М.	64

61	Течение энтеровирусного менингита (ЕCHO 30 генотип Н) у детей. Мазалова М.В., Жукова В.В., Мурзаева Д.А., Кашуба Э.А., Дроздова Т.Г., Антонова М.В.	65
62	Осложненное течение коклюша у младенцев. Макарова А.В., Илунина Л.М., Трушкина А.В., Капитальцева У.Н., Ницелпьев В.Ю.	66
63	Заболееваемость клещевыми инфекциями в Хабаровском крае. Макарова Т.Е.	67
64	Особенности гнойных менингитов у новорожденных. Мартынова Г.П., Бойцова Е.Б., Кутищева И.А., Моргун А.В.	68
65	Профиль эффективности и безопасности противогриппозных вакцин у детей. Машиц В.Д., Рубан А.П.	69
66	Структура и свойства урпатогенов у детей. Машиц В.Д., Рубан А.П.	70
67	Исследование безопасности инновационного кандидатного препарата рекомбинантной живой коклюшной вакцины в клинических испытаниях на здоровых добровольцах. Медкова А.Ю., Семин Е.Г., Синяшина Л.Н., Каратаев Г.И.	71
68	Первый российский опыт выявления наследственной передачи хромосомно-интегрированного вируса герпеса человека 6В от отца сыну и дочери (Москва, 2017). Мелехина Е.В., Домонова Э.А., Сильвейстрова О.Ю., Гоптарь И.А., Кулешов К.В., Никифорова А.В., Музыка А.Д., Шипулина О.Ю., Горелов А.В.	72
69	Клинический случай острой сочетанной герпетической инфекции, опосредованной вирусом Эпштейна-Барр (ВЭБ) и цитомегаловирусом, у ребенка в возрасте 1,5 лет. Мельниченко А.В., Львов Н.Д.	73
70	Диагностика эхинококкоза у детей в Хабаровском крае. Миропольская Н.Ю.	74
71	Парвовирусная В19 инфекция. Молочкова О.В., Егорова Н.Ю., Гусева Н.А., Гусева Л.Н., Шамшева О.В.	75
72	Кампилобактериоз у детей. Молочкова О.В., Ковалев О.Б., Россина А.Л., Галеева Е.В., Бережкова Т.Б., Крылатова Н.И.	76
73	Характеристика острых кишечных инфекций у госпитализированных детей г. Москвы в 2015—2017 гг. Молочкова О.В., Ковалев О.Б., Россина А.Л., Шамшева О.В., Чуелов С.Б., Корсунский А.А., Кащенко О.А., Галеева Е.В., Крылатова Н.И., Бережкова Т.В., Пылаева Е.Ю., Караулова В.Е.	77
74	Носительство БГСА у детей, клиническое значение, тактика ведения. Новосад Е.В., Обольская Н.М., Бевза С.Л., Белименко В.В.	79
75	Острая Эпштейна-Барр вирусная инфекция как объект математического моделирования. Пермькова А.В.	80
76	Клинико-эпидемиологическая характеристика коклюша у детей в 2018 г. на Кубани. Плисецкая Т.А., Тхакушинова Н.Х., Леденко Л.А., Бевзенко О.В.	81
77	Клинико-эпидемиологическая характеристика ветряной оспы у детей. Поздеева О.С., Царенко О.Е., Мохова О.Г., Поздеев В.В., Петренко М.В., Данилова О.Н., Булах М.А.	82
78	Клещевой энцефалит у детей и его профилактика. Помогаева А.П., Каравеева М.О.	83
79	Клиника и специфический иммунитет при эритемной форме иксодового клещевого боррелиоза у детей за 20 лет наблюдения. Помогаева А.П., Обидина О.В.	84
80	Пневмонии у детей на современном этапе. Разуваев О.А., Кокорева С.П., Разуваева Ю.Ю., Савенко И.Л.	85
81	Ацетонемический синдром на фоне течения острых кишечных инфекций. Родионова Н.В., Петренко Н. М., Петров В.А.	86
82	Особенности клинической симптоматики сальмонеллезов у детей раннего возраста. Родионова Н.В., Петров В.А., Холодняк А.Ю., Петренко Н. М.,	86

83	Сальмонеллез у детей в Кировской области. Савиных Н.А., Калужских Т.И., Савиных М.В., Егорова С.В., Ашихмина Т.В., Шалагинова И.А.	87
84	Prevalence of HBV and HCV infection in Mongolian children and adolescents (Efficacy of HBV vaccination in Mongolian children). Khishigtogtoch Sereenendorj, Maralmaa Enkhbat, Zulkhuu Genden, Purevjargal Bat-ulzii, Myagmarjav Budeebazar, Naranjargal Dashdorj, Naranbaatar Dashdorj, Dahgwahdorj Yagaanbuyant.	88
85	Клинико-этиологические особенности энцефалитов у детей раннего и старшего возраста. Скрипченко Н.В., Иванова Г.П., Скрипченко Е.Ю., Мурина Е.А., Карев В.Е.	89
86	Редкие формы инфекционных сыпей на педиатрическом приеме. Соболенкова В.С., Холодняк Г.Е., Федоров С.Ю., Руднева Н.С.	90
87	Вакцинация детского населения Смоленской области. Соколовская В.В., Грекова А.И., Телеш М.А., Сусенкова А.А., Шевченко С.С., Жилина Е.А., Газаль О.В., Кобракова Г.А., Шумилов А.П.	91
88	Причины отказа родителей от профилактических прививок. Соловьева Н.А., Курмаева Е.А., Кулакова Г.А.	92
89	Опыт применения шкалы Уэстли для оценки тяжести круп (ООЛ) у детей в условиях приемного покоя инфекционного стационара. Стекольников И.А., Гамзалиева Ш.Я., Максимов А.Н., Андреев Л.В., Питрукова А.П.	93
90	Особенности эпидемиологии и клиники ротавирусного гастроэнтерита у детей. Тхакушинова Н.Х., Леденко Л.А., Бевзенко О.В., Шатурина Т.Т., Бериашвили Р.Т. . . .	94
91	Современные аспекты лечения гриппа у детей. Тхакушинова Н.Х., Леденко Л.А., Бевзенко О.В., Шатурина Т.Т., Перчун И.М.	94
92	Токсокароз 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., Мустафьева С.А., Шамшева О.В.	95
93	Результаты охвата вакцинацией против основных инфекций Национального календаря прививок в г. Алматы (Казахстан). Укбаева Г.С., Даумбаева К.Б., Идрисова Ж.Р.	96
94	Корь — проблемы и пути решения. Улуханова Л.У., Карнаева Н.С., Агаева С.Г., Гаджимирзаева А.Г., Омариева Р.М.	97
95	Клиническое течение эпидемического паротита во время вспышки в республике Дагестан. Улуханова Л.У., Карнаева Н.С., Хазамов Т.А., Хазарова А.О., Яралиев М.М.	98
96	Эпидемический паротит: охват вакцинацией при вспышке в республике Дагестан. Улуханова Л.У., Омарова Р.М.	99
97	Современные особенности течения гнойных менингитов у детей. Урибаева З.Д., Сапарбекова А.А., Идрисова Л.Р., Оразалиева Б.К., Идрисова Р.С.	99
98	Современное течение коклюша у детей. Хохлова Е.Н., Проняева Т.В., Гришакова Т.В., Кониченко Е.А.	100
99	Анализ эффективности вакцинации против гриппа в эпидсезон 2017—2018 гг. (по данным ФГБУ ДМЦ УДП РФ). Кабишева Е.В., Волкова Т.А., Еремина С.С. . . .	101
100	Энтеровирусные менингиты у детей: современные подходы к диагностике и лечению. Мартынова Г.П., Страшников Н.С., Кутищева И.А.	102
101	Серологический мониторинг состояния коллективного иммунитета к кори. Поздеева О.С., Царенко О.Е., Данилова Е.А., Попова Н.В., Кирпичева Н.С., Канкасова М.Н.	103
102	Структура клинических форм энтеровирусной инфекции у детей в г. Хабаровске в 2015—2018 гг. Протасеня И.И., Сизов Д.А.	104

103	Трудный диагноз — вирусный гепатит у ребенка первого года жизни. Романова Ю.В., Гусева Л.Н., Гусева Н.А.	105
104	Сравнительная клиническая и рентгенологическая характеристика микоплазменной и микоплазменно-хламидийной пневмонии у детей. Романовская О.Ф., Романова О.Н., Ластовка И.Н.	105
105	Структура возбудителей сепсиса у детей. Сергиенко Е.Н.	107
106	Клинические особенности течения цитомегаловирусной инфекции у детей первого года жизни. Симаченко О.В., Артемчик Т.А.	108
107	Совершенствование диагностики и лечения менингококкового менингита, ассоциированного с герпесвирусными инфекциями, у детей. Симованьян Э.Н., Бовтало Л.Ф., Денисенко В.Б.	109
108	Влияние Ch. pneumoniae на показатели фагоцитарного звена иммунитета у детей. Соловьёва И.Л., Шалунова Л.А., Соловьёва А.А.	110
109	Особенности течения и терапии пневмонии у детей в сезоне 2017—2018 гг. в Рязанской области. Смирнова В.В., Белых Н.А., Стежкина Е.В., Крыгина Т.В., Амелина В.В., Сонина И.Н., Романова И.В.	110
110	Клинические особенности острого стенозирующего ларинготрахеита при гриппе у детей. Тимченко В.Н., Суховецкая В.Ф., Каплина Т.А., Баннова С.Л., Субботина М.Д.	111
111	Характеристика течения коклюша у ребенка в возрасте трех месяцев жизни на фоне врожденной цитомегаловирусной инфекции. Тимченко В.Н., Каплина Т.А., Суховецкая В.Ф., Субботина М.Д., Чернышова Ю.Ю., Тихонова М.В., Попова И.А.	112
112	Функциональное состояние гипоталамико-гипофизарно-тиреоидной системы у детей при остром ВЭБ-моноклеозе. Тимченко В.Н., Васильев А.Г., Федорова А.В., Баннова С.Л., Чернова Т.М.	113
113	Подходы к терапии инфекционного моноклеоза у детей. Фоменкова У.Р., Артёмчик Т.А., Ластовка И.Н.	114
114	Особенности течения инфекции мочевых путей у новорожденных детей. Хохлова Е.Н., Ходерян К.С., Лисенко О.Г.	114
115	Корь — как нозокомиальная инфекция. Цвиркун О.В., Тихонова Н.Т., Герасимова А.Г., Тураева Н.В., Ежлова Е.Б., Мельникова А.А., Баркинхоева Л.А., Кушкинбаева А.Р.	115
116	Особенности врожденной патологии сердца у детей с активными формами цитомегаловирусной инфекции. Чехова Ю.С., Кашуба Э.А., Горбатилов К.В., Дроздова Т.Г., Огошкова Н.В.	116
117	Висцеральный лейшманиоз 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., Мустафьева С.А., Шамшева О.В.	117
118	Опыт массовой вакцинации против ротавирусной инфекции детей первого года жизни на территории города Подольска Московской области. Шаповалова Р.Ф., Феклисова Л.В., Воробьева Л.Б., Корчагина Н.Н., Каримова Р.А.	118
119	Клинико-эпидемиологические особенности течения скарлатины у детей. Шевченко С.С., Грекова А.И., Соколовская В.В., Соломатина Н.Н., Жодик О.В., Комиссарова А.В., Конобрицкая М.Д., Щипа Е.С.	118
120	Особенности течения ветряной оспы у детей разных возрастных групп. Шевченко С.С., Грекова А.И., Капустина В.А., Кленов В.А., Шевченко Р.В., Соломатина Н.Н., Сосновская Т.Н., Алдохина Е.О.	119
121	Особенности течения острой респираторной инфекции у детей первого полугодия жизни на современном этапе. Щербак Т.В., Федянина В.А., Чехий В.Е.	120
122	Эпидемический паротит. Современная лабораторная диагностика в клинической практике Российской Федерации. Юминова Н.В., Контаров Н.А., Погарская И. В., Зверев В.В.	121

1 Вакцинопрофилактика: современная позиция населения

Албегова Б.З., Гуссоева И.Г., Кочиева А.И.,
Гурциева М.Т., Хаматова Э.А., Хуцистова Л.Х.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия,
Владикавказ, Россия

Целью исследования явилось выявление отношения населения к вакцинации, а также определение причин отказов от вакцинопрофилактики и определение источников информации о данной процедуре.

Материалы и методы. Исследование проведено в РДКБ города Владикавказа. В ходе исследования был проведен опрос родителей в возрасте от 18 до 48 лет, дети которых находились на лечении в отделениях РДКБ. Также был проведен опрос населения в возрасте от 15 до 72 лет на улицах города.

Результаты исследования. В ходе проведенного исследования было опрошено 840 человек в возрасте от 15 до 72 лет. За необходимость вакцинации высказались 734 человек (87%). 106 человек (13%) отнеслись к вакцинации негативно. Среди причин отказов от прививок на 1-ом месте (33,33%) была боязнь осложнений после вакцинации, на 2-ом (25%) — бессмысленность проведения данной процедуры, ввиду ее неэффективности и ослабления иммунитета, на 3-ем (22,92%) — медицинские противопоказания к вакцинации, на 4-ом месте (12,5%) — мнение, что непривитые дети более здоровые, и на 5-ом месте (6,25%) — собственный негативный опыт. Среди медицинских противопоказаний лидирует развитие осложнений после ранее проведенной вакцинации, тяжелые аллергические болезни, далее следуют иммунодефицитные состояния, дети с врожденными пороками развития и новообразованиями. Выявлено, что сведения население получает от участкового педиатра в 42,4%, в интернете (форумы, медицинские сайты, соц. сети) — 26,4%, из СМИ (телевидение, радио, газеты и журналы) — 26,3%, в результате проведения санитарно-просветительской работы (буклеты и др.) — 2,6%, от знакомых (родственников, соседей) — 2,3%.

Выводы. Большинство опрошенных (87%) положительно относятся к вакцинации. Отказы от прививок чаще связаны с ограниченными знаниями о прививках и медицинских противопоказаниях. Необходимо формировать у населения более грамотную позицию по вопросам иммунопрофилактики для сохранения здоровья подрастающего поколения.

2 Клинические особенности респираторно-синцитиальной вирусной инфекции у детей раннего возраста

Албегова Б.З., Гуссоева И.Г., Кочиева А.И.,
Хаматова Э.А., Хуцистова Л.Х., Гурциева М.Т.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия,
Владикавказ, Россия

Целью исследования стало изучение клинических особенностей различных форм респираторно-синцитиальной (РС) инфекции у детей до 3 лет.

Материалы и методы исследования: была проведена оценка клинического течения РС-инфекции у 78 больных в возрасте от 1 месяца до 3 лет, госпитализированных в инфекционное отделение РДКБ города Владикавказа с 2015 по 2017 годы. Были изучены общеклинические показатели.

Результаты исследования: У всех больных РС-инфекцией выявлены симптомы: повышение температуры тела, вялость, чихание, кашель, одышка, жесткое дыхание, сухие и влажные хрипы, рвота, нарушение сна и снижение аппетита. Из специфических осложнений у детей отмечалось развитие интерстициальной пневмонии, обструктивного бронхита и бронхоолита. Больных со среднетяжелой формой выявлено 94%, с тяжелой — 6%. У больных среднетяжелой формой РС-инфекции пневмония развивалась в 16,4%, острые обструктивные бронхиты — в 22,3% случаев, бронхоолиты не отмечались. У больных с тяжелой формой РС-инфекции острый обструктивный бронхит развился во всех случаях, пневмония — в 72,4% случаев, бронхоолиты — в 14,3% случаев. Также поражались и верхние дыхательные пути. При РС-инфекции любой степени тяжести развился ринофарингит — в 87% случаев, фарингит — в 6%, ларинготрахеит — в 6%, гайморит — в 1%. У 8% всех заболевших отмечались проявления отита, у 4% — синусита. Температура тела у 32% детей осталась нормальной. У 68% повысилась до субфебрильных цифр. Бледность кожных покровов и одышка наблюдались во всех случаях тяжелой формы заболевания. При среднетяжелой форме бледность отмечалась в 36,4%, одышка — в 28,6% случаев. Больные с тяжелой формой РС-инфекции были выписаны с выздоровлением в 88% случаев, а с улучшением состояния — в 12% случаев. У больных со среднетяжелой формой РС-инфекции заболевание закончилось выздоровлением во всех случаях.

Выводы: РС-инфекция у детей раннего возраста характеризуется появлением ряда общих симптомов. В подавляющем большинстве случаев заболевание протекает в среднетяжелой форме. Необходимо учитывать возможность развития осложнений и проводить дополнительные лабораторные и инструментальные методы обследования для установления диагноза РС-инфекции с целью назначения своевременной и адекватной терапии.

3

Роль герпесвирусных инфекций в патогенезе аутоиммунных заболеваний у детей

**Алимбарова Л.М., Лазаренко А.А., Мельниченко А.В.,
Львов Н.Д., Баринский И.Ф.**

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

Аутоиммунные заболевания (АЗ) у детей являются многофакторными заболеваниями, в развитии которых имеют место как наследственные, так и инфекционные факторы. Развитие и прогрессирование АЗ определяется сочетанием генетически детерминированных и вторичных дефектов иммунорегуляторных механизмов, приводящих к быстрой трансформации острой воспалительной реакции в хроническое прогрессирующее воспаление. Среди инфекционных факторов особый интерес вызывают герпесвирусные инфекции (ГИ), которые характеризуются хронической персистенцией воз-

будителей в организме, пантропностью и развитием вторичных иммунодефицитных состояний.

Цель исследования: определение роли герпесвирусных инфекций в патогенезе АЗ у детей.

Материалы и методы: под нашим наблюдением находилось 62 ребенка в возрасте от 10 до 17 лет с АЗ (ювенильный ревматоидный артрит, системная красная волчанка, юношеский дерматомиозит, юношеский артрит неуточненный), средняя продолжительность заболевания $3,2 \pm 0,2$ года). Все дети были обследованы в соответствии с принятым протоколом в детской ревматологии. Для верификации диагноза проводили определение маркеров ГИ, обусловленных ВПГ 1, 2 типов, ЦМВ, вирусом Эпштейна-Барр (ВЭБ), ВГЧ-6, маркеров бактериальных инфекций, ревматоидные тесты, определение иммунного статуса с использованием стандартизированных методов. На основании сопоставления результатов общеклинического и функционального обследований, выявления антител в динамике процесса, определяли характер активности ГИ (активный, латентный, отсутствие инфицирования). Данные были подвергнуты статистическому анализу.

Результаты: у обследованных детей с различными формами и вариантами АЗ был проведен анализ структуры положительных маркеров активной ГИ. Моноинфекция (положительный маркер активной ГИ к одному вирусу герпеса) диагностирована у 38,7% (24 ребенка), микст-инфекция (положительные маркеры двух и более активных ГИ) у 53,2% (33 ребенка), у 8,1% (5 детей) маркеры ГИ не были установлены. При анализе структуры маркеров ГИ достоверно чаще выявлялись маркеры активной ВПГ-инфекции (63,1%, 36 детей). Маркеры ВЭБ были выявлены у 36,8%, (21 ребенка), маркеры ВГЧ-6 — у 14% (8 детей). Маркеры ЦМВ-инфекции определялись реже — у 3,5% (2 детей), $p > 0,05$.

Особенностью персистирующих ГИ явилось отсутствие специфических симптомов нозологической формы у 59,6% (34 ребенка). Установлены признаки активности иммунного воспаления: увеличение содержания TNF α и снижение уровня IFN γ . Полученные данные позволяют предположить, что герпесвирусные инфекции являются одним из вероятных факторов в патогенетическом развитии АЗ.

4 Особенности течения сальмонеллеза у детей

**Андреева Л.В., Петрейкина И.Е., Семенова В.А.,
Стекольников И.А., Краснов М.В.**

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

Заболеваемость сальмонеллезом в 2017 году, по данным Роспотребнадзора, составила 22,07 на 100 тыс. населения, из них дети до 17 лет — 56,32 на 100 тыс.

Цель работы: изучение клинко-эпидемиологических особенностей течения сальмонеллеза у детей.

Материалы и методы: проведен анализ историй болезни детей, больных сальмонеллезом, находившихся на лечении в кишечно-диагностическом отделении инфекционного стационара БУ ГДБ №2 г. Чебоксары с января по октябрь 2018 г.

Результаты и обсуждение. За данный промежуток времени с сальмонеллезом было госпитализировано 40 больных. В возрасте до 1 года было 7 (17,5%) детей, от 1 до 3 лет — 8 (20%), от 3 до 7 лет — 16 (40%), старше 7 лет — 9 (22,5%). Среди заболевших преобладали мальчики — 29 (72,5%), организованные дети составили 60%. Городские дети болели чаще (80%), чем сельские. Заболевание регистрировалось во все сезоны года с преобладанием в весенне-летнее время — 27 (67,5%), реже — осенью (22,5%) и зимой (10%). Установлена гастроинтестинальная форма заболевания с преобладанием энтероколитического варианта у 52,5% больных, гастроэнтероколитический вариант отмечен у 17,5% и энтеритический — у 30% пациентов. У 57% детей грудного возраста заболевание протекало по типу энтерита, а среди детей других возрастных групп наблюдали энтероколитический вариант у 43% пациентов. В большинстве случаев (70%) заболевание протекало в среднетяжелой форме с типичной клинической симптоматикой. Острое начало заболевания с выраженным интоксикационным синдромом и подъемом температуры тела до фебрильных цифр с первого дня заболевания отмечено у 85% больных. Рвота имела место у 17,5% пациентов, у всех больных был диарейный синдром с частотой стула до $8,3 \pm 0,43$, у 6 (15%) — гемоколит. У 10% больных наблюдался катар верхних дыхательных путей. Токсикоз с экзикозом 1 степени наблюдали у 20% больных, 1—2 степени — в 7 случаях (17,5%). У одного пациента заболевание осложнилось выпадением слизистой прямой кишки. У всех пациентов диагноз подтвержден бактериологическим методом: *S. enteritidis* выделена у 70% детей, *S. typhimurium* — у 22,5%, *S. chester* — у 2,5%, *S. gr. B* и *C* — у 5% детей.

Таким образом, в последние годы заболеваемость сальмонеллезом у детей остается на высоком уровне. У 60% больных заболевание отмечено в возрасте от 1 года до 7 лет. В этиологии заболевания преобладала *S. enteritidis* у 70% пациентов.

5 Клинико-эпидемиологические особенности кампилобактериоза у детей

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

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

По данным Роспотребнадзора ЧР, частота регистрации кампилобактериоза за 2017 год составила 0,73 на 100 тыс. населения, а среди детей в возрасте до 17 лет достигла 3,5 на 100 тыс. населения.

Цель исследования: изучение клинико-эпидемиологических особенностей кампилобактериоза у детей.

Материалы и методы. Проведен анализ 22 историй болезни детей с кампилобактериозом в возрасте от 1 мес. до 7 лет, госпитализированных в кишечно-диагностическое отделение БУ ГДБ №2 г. Чебоксары с 2016 по июнь 2018 гг.

Результаты. Целенаправленное лабораторное исследование кала на кампилобактер проводилось у больных с острым кишечным заболеванием при наличии симптомов гемоколита. Преимущественно болели дети в возрасте от 1 года до 3-х лет — 45,4%, дети первого года составили 27,2% и дети от 4 до 7 лет — 26,4%. У детей старше 7 лет за-

болевание не зарегистрировано. Среди заболевших преобладали мальчики — 72,6%. Заболевание отмечалось во все сезоны года, но с пиком у 83,6% больных в летне-осенний период. В клинической картине преобладал колитический вариант у 77,3% пациентов с развитием гемоколита (72,8%), гастроэнтеритический — у 22,7%. У 54,6% пациентов заболевание протекало как моноинфекция, у 45,4% в виде микст-инфекции: с ротавирусом (36,4%) и норовирусом (9%). 81,8% больных госпитализированы в первые 2 сут. от начала заболевания. У 68,2% пациентов заболевание носило средне-тяжелый характер, тяжелый — у 31%. Острое начало заболевания отмечено у 20 больных (91%) с интоксикационным синдромом, у 36,4% больных отмечались выраженные боли в животе с первого дня болезни. У 35,8% пациентов отмечалась фебрильная температура, а у 2 — заболевание протекало на фоне нормальной температуры. Рвота регистрировалась у 18% больных, повторная и короткая (1–2 дня), диарея до 5 раз наблюдалась у 59% пациентов, а у 41% — более 5 раз, средняя длительность диареи составила $5,2 \pm 0,12$. В копрограмме выявлено нарушение пищеварительной функции, у 59% — признаки воспаления. У 63,6% пациентов в периферическом анализе крови отмечался умеренный нейтрофильный лейкоцитоз.

Таким образом, симптомы гемоколита у детей могут быть вызваны кампилобактером и требуют назначения дополнительного бактериологического обследования кала.

6 Изменение субпопуляционного состава лимфоцитов у детей с Эпштейна-Барр вирусным инфекционным мононуклеозом

Антонова М.В., Кашуба Э.А., Дроздова Т.Г., Любимцева О.А., Ханипова Л.В., Огошкова Н.В., Чехова Ю.С., Швецова Э.А.

Тюменский государственный медицинский университет
Минздрава РФ, г. Тюмень,
Областная инфекционная клиническая больница, г. Тюмень

Актуальность: В основе Эпштейна-Барр вирусного (ЭБВ) инфекционного мононуклеоза (ИМ) лежит индуцированное вирусом иммунное воспаление. В связи с этим изучение иммунопатогенеза этого состояния остается чрезвычайно важной проблемой.

Цель: оценить изменения относительного и абсолютного субпопуляционного состава лимфоцитов (Лф) у детей с Эпштейна-Барр вирусным инфекционным мононуклеозом в зависимости от возраста.

Материалы и методы: проведено проспективное исследование 98 детей с инфекционным мононуклеозом в возрасте 3–17 лет: I группа — дети 3–6 лет ($n = 29$), II группа — 7–11 лет ($n = 24$), III группа — 12–17 лет ($n = 45$). Иммунологическое обследование проводилось дважды, на 1-ой и 3-ей неделе заболевания. Статистическая обработка полученных данных проводилась в программе «Statistica 10».

Результаты: На 1-ой неделе основные показатели клеточного звена иммунитета во всех возрастных группах менялись однонаправленно, статистически значимых отличий выявлено не было. Зафиксировано значимое повышение относительного и абсолютного содержания CD3+, CD8+ Лф. При повторном обследовании более быстрая динамика,

связанная с нормализацией количества основных субпопуляций Т-лимфоцитов была обнаружена в I группе. Относительное количество CD4+ уменьшалось более чем в 2 раза, при этом абсолютное содержание Т-хелперов значимо не менялось и, напротив, имело тенденцию к увеличению. К концу периода наблюдения относительное содержание клеток данной популяции достоверно снижалось в I и II группах ($p_1 = 0,016$; $p_3 = 0,01$; $p_{1-2} = 0,05$; $p_{2-3} = 0,033$), что однако не нашло отражения в абсолютных показателях, величина которых была связана с выраженным лимфоцитозом, развивающемся при ИМ.

Заключение: Учитывая высокий лимфоцитоз, характерный для типичного течения ЭБВ ИМ, при анализе иммунограмм необходимо обращать внимание, как на относительное, так и на абсолютное содержание показателей. Скорость нормализации основных субпопуляций Лф была обратно пропорциональна возрасту ребенка.

7 Клинико-лабораторные особенности течения врожденной цитомегаловирусной инфекции у детей

Артемчик Т.А., Фоменкова У.Р., Крестелева И.М., Симаченко О.В.

Белорусский государственный медицинский университет,
Минск, Беларусь

Цитомегаловирусная инфекция (ЦМВИ) — частая причина внутриутробных инфекций, которая ежегодно регистрируется у 0,3—2,45% новорожденных детей во всем мире. Врожденная ЦМВИ манифестирует в виде ЦМВ-болезни у 10—15% новорожденных, зачастую имеет генерализованный характер.

Цель исследования. Определить клинико-лабораторные особенности течения врожденной ЦМВИ у детей грудного возраста.

Материалы и методы. В исследование были включены дети первого года жизни с врожденной ЦМВИ ($n = 31$), исследование было проведено на базе УЗ «Городская детская инфекционная клиническая больница» г. Минска.

Результаты исследования. У детей с врожденной ЦМВИ на первом году жизни преобладали проявления патологии со стороны гепатобилиарной системы ($n = 29/93,5\%$) и центральной нервной системы (ЦНС) ($n = 26/83,9\%$), включая патологию со стороны органа зрения ($n = 15/48,4\%$), патологию слуха ($n = 10/32,3\%$) и поражение бронхо-легочной системы ($n = 9/29\%$). Генерализованная инфекция встречалась у 9 (29%) пациентов. Патологию со стороны органа зрения выявили в виде ангиопатии ($n = 11/84,6\%$), центрального хориоретинита ($n = 2/15,4\%$) и частичной атрофии зрительного нерва обоих глаз ($n = 1/6,7\%$). Патология слуха проявилась в виде двусторонней нейросенсорной тугоухости ($n = 5/50\%$).

Таким образом, врожденная ЦМВИ имеет тяжелое течение с преимущественным поражением печени и центральной нервной системы, с генерализацией процесса и формированием инвалидизирующей патологии со стороны органа зрения (хориоретинит, атрофия зрительного нерва) и слуха с формированием нейро-сенсорной тугоухости.

8 Этиологический спектр возбудителей внутрибольничных инфекций в хирургической клинике

Атакишизаде С.А.

Кафедра инфекционных болезней Азербайджанского Медицинского Университета, Баку, Азербайджан

Внутрибольничные инфекции (ВБИ), осложняя течение основного заболевания, являются глобальной медицинской проблемой, продлевают срок пребывания в больнице, увеличивают затраты на лечение, а иногда превращаются в серьезную опасность для жизни больных.

Этиологическая структура внутрибольничных инфекций, вызванных различными микроорганизмами, обычно меняется в зависимости от профиля стационара и от контингента больных. Среди многочисленных микроорганизмов условно-патогенные являются преобладающими.

Целью исследования явилось изучение этиологической роли различных возбудителей при возникновении внутрибольничных инфекций.

Методы. Было проведено микробиологическое исследование материалов (кровь, мокрота, раневое отделяемое), взятых у 41 больного с признаками пневмонии, у 40 больных с инфекциями области хирургического вмешательства и у 46 больных с признаками сепсиса.

Результаты. В хирургической клинике этиология внутрибольничных пневмоний, инфекций области хирургического вмешательства и септических инфекций состоит из широкого спектра микроорганизмов и меняется в зависимости от локализации заболевания. В этиологии этих болезней, особенно пневмоний и инфекций области хирургического вмешательства, грибы рода *Candida* составили соответственно 24% и 10,7% от из всех выделенных штаммов микроорганизмов.

У 41 больного с признаками пневмонии из мокроты были выделены 50 культур микроорганизмов. У некоторых больных микроорганизмы встречались в ассоциациях, особенно с грибами рода *Candida*. Установлено, что грибы *Candida*, бактерии *St. aureus*, *P. aeruginosa*, *Actinobacter* являются доминантными возбудителями внутрибольничных инфекций. В нашем исследовании были выделены основные возбудители *St. aureus* (25,5%), *St. epidermidis* (21,3%), *Acinetobacter* и бактерии рода *Enterobacter* (12,8%), *Klebsiella pneumoniae* (10,6%), чаще встречающиеся при бактеремии в хирургическом отделении. Грибы рода *Candida* вида *C. albicans* в крови больных с признаками сепсиса встречались относительно реже (4,2%). Возбудители внутрибольничной инфекции грибы рода *Candida* не являются резистентными к широко используемым в медицинской практике антифунгальным препаратам, таким как амфотерицин В, флуконазол, вориконазол, кетоконазол, нистатин.

Выводы. Таким образом, установлено, что в хирургической клинике этиология внутрибольничных инфекций состоит из широкого спектра микроорганизмов и меняется в зависимости от локализации заболевания.

9 Особенности коклюша у детей первых шести месяцев жизни

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

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

В детской инфектологии до настоящего времени коклюш и его возбудитель *Bordetella pertussis* остаются серьезной проблемой.

Целью нашего исследования было изучение клинических особенностей коклюша у детей первых шести месяцев жизни, госпитализированных в ГБУЗ «СКДИБ» г. Краснодара в 2016–2017 гг.

Под нашим наблюдением находился 31 ребенок в возрасте от 0 до 6 месяцев. Пациенты до 3 месяцев жизни — 21 (67,6%) ребенок, от 4 до 6 месяцев — 10 (32,4%). Девочки болели несколько чаще, чем мальчики (17 девочек и 14 мальчиков). Больные поступали в первую неделю спазматического периода. Состояние при поступлении у 20 пациентов (62%) оценивалось средней степени тяжести, тяжелое течение заболевания было у 11 (36%).

У 4 (13%) заболевших выявилась анемия смешанного генеза; перинатальное поражение головного мозга — у 9 (29,1%); частые бронхолегочные заболевания — у 11 (35,4%); атопический дерматит — у 7 (22,5%).

Клинические наблюдения показали, что у всех детей продромальный период (от 5 до 10 дней) сопровождался повышением температуры тела до субфебрильных цифр, небольшим насморком и сухим кашлем. У 18 (59%) больных приступы кашля сопровождалась покраснением лица, у 10 (34%) — рвотой, у 4 (19%) детей имели место расстройства дыхания в виде апноэ, у 9 (28%) — отмечался бронхообструктивный синдром.

Осложнения развивались у детей преимущественно с отягощенным преморбидным фоном со стороны перинатальной патологии головного мозга и бронхолегочной системы. У 1 (3,2%) больного зафиксированы клонико-тонические судороги, синдром внутричерепной гипертензии — у 12 (38,7%), синдром нервно-рефлекторной возбудимости — у 15 (48,5%), развитие пневмонии наблюдалось в 3 (9,6%) случаях.

Таким образом, коклюш у детей первых шести месяцев жизни протекает тяжело, с возможным развитием функциональных и органических неврологических расстройств.

10 Характеристика эпидемического сезона гриппа 2017–2018 годов у детей в Краснодарском крае

Бевзенко О.В., Тхакушинова Н.Х., Леденко Л.А.

ГБУЗ «Специализированная клиническая
детская инфекционная больница», г. Краснодар, Россия

Острые респираторно-вирусные инфекции занимают ведущее место в структуре детской инфекционной заболеваемости и самым грозным заболеванием среди них является грипп.

Цель: изучить клинико-эпидемическую характеристику гриппа у детей в сезоне 2017—2018 гг.

Материалы. В Краснодарском крае подъем заболеваемости гриппом в эпидемический сезон 2017—2018 гг. начался с 3-й недели января 2018 г. С 14.01.2018 г. по 31.05.2018 г. было зарегистрировано 165 случаев заболевания детей гриппом, из них 135 детей с гриппом А/Н1N1/pdm09 и 30 — с гриппом В. В январе 2018 г. было госпитализировано 4 ребенка с гриппом, в феврале — 41, в марте — 70 больных, в апреле — 43, в мае — 7.

Результаты. Грипп А регистрировался в 81,8% случаев. В эпидемический сезон 2017—2018 гг. с января 2018 г. заболеваемость гриппом А и В регистрировалась одновременно. В 46,3% случаев грипп В наблюдали в феврале 2018 г. В 83,5% случаев заболевание протекало как средней степени тяжести. В 73% случаев дети были из организованных коллективов. Ни один ребенок, заболевший гриппом, не был привит от этой инфекции. Чаще заболевание начиналось с лихорадки и катаральных симптомов. Летальных случаев не было. В 73,3% случаев грипп В протекал в средне-тяжелых формах. Дети грудного возраста составили 20%, а школьники — 50%. В 80% случаев поступали дети из организованных коллективов. Заболевание характеризовалось более выраженной интоксикацией, подъемом температуры, катаральными явлениями. Несколько чаще регистрировали осложнения в виде пневмонии, реже отмечали лейкопению, тромбоцитопению. В лечении больных с первых дней заболевания активно использовали противовирусную терапию.

Таким образом, эпидемический сезон 2017—2018 гг. характеризовался началом заболеваемости гриппом в январе 2018 г., подъемом заболеваемости в феврале, чаще болели дети школьного возраста и в более тяжелых формах, чем в предыдущий эпидемический сезон. В 100% случаев болели дети, не привитые против гриппа. В виду своевременного комплекса диагностических и лечебных мероприятий в оба сезона летальных исходов гриппа у детей не наблюдали.

11

Течение приобретенного токсоплазмоза в сочетании с другими заболеваниями

Безик В.В.², Соловьева И.А.¹, Шалунова Л.А.¹, Мехтиева С.Д.¹, Бергельсон Т.М.¹, Полетаева Е.В.¹, Баландина Е.А.², Котманова Н.А.¹

¹ФГБОУ ВО Ульяновский Государственный Университет,

²Областная Детская Клиническая Больница имени политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева, г. Ульяновск, Россия

Нами был рассмотрен клинический случай больной С., в возрасте 11 лет, находившейся в инфекционно-бюсовом отделении на базе УОДКБ имени политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева с диагнозом В58.8. Токсоплазмоз с поражением других органов. Токсоплазменный миозит (М63.1). В66.0. Описторхоз. G03.9. Острый тонзиллит неуточненный, средней степени тяжести.

Особенностью в данном случае явилось преобладание в клинической картине миофасциального болевого синдрома над лихорадкой, симптомами интоксикации, диарейным синдромом при отсутствии кожных высыпаний, энцефалита, лимфопролиферативно-

го синдрома. С помощью инструментальных исследований — УЗИ органов брюшной полости и КТ брюшной полости были найдены очаговые изменения в селезенке. В бактериологическом исследовании слизи носоглотки: *Streptococcus mitis*. Методом ИФА выявлены антитела к антигенам описторхоза 1:400. Антитела к антигенам *Toxoplasma gondii* — иммуноглобулины класса М и иммуноглобулины класса G высоко положительны. Комплекс диагностированных симптомов и синдромов в данном клиническом случае показал возможность течения одновременно паразитоза, гельминтоза и бактериальной инфекции, позволил определить инфекционную патологию в виде токсоплазменной инфекции в форме миозита, сочетающуюся с другими заболеваниями.

Заключение:

1. В практической работе врача следует учитывать все клинические симптомы и помнить о возможности сочетанного течения заболеваний из разных групп.
2. Важно учитывать возможность редких форм заболевания, проводить лабораторные и инструментальные исследования, чтобы своевременно установить диагноз и провести правильное лечение.

12 Герпесвирусные инфекции у детей в амбулаторной практике

**Бельтикова А.А., Кашуба Э.А., Арсланова Т.Р.,
Машкина А.А., Ворсина Т.А.**

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, г. Тюмень.

Цель: изучить частоту встречаемости и клинико-этиологию герпесвирусной инфекции в амбулаторной практике педиатра.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт ф112/у детей, обратившихся за консультацией к инфекционисту. Методом случайной выборки отобраны 70 пациентов с герпесвирусной инфекцией, из них мальчики — 54,3% ($n = 38$), девочки — 45,7% ($n = 32$). Учитывая иммунологические особенности функционирования детского организма в разные возрастные периоды, в I группу вошли дети в возрасте до 3 лет ($n = 24$); во II группу — дети от 3 до 7 лет ($n = 37$); в III группу — дети от 8 до 18 лет ($n = 9$). Методом ПЦР в крови, слюне и моче определяли ДНК вирусов EBV, CMV и HHV6. Методом ИФА в сыворотке крови определяли специфические антитела к EBV, CMV, HHV6, HSV 1,2 типов.

Результаты: EBV-инфекция диагностирована у 38,6% ($n = 27$), CMV — у 14,3% ($n = 10$), HHV6 — у 8,6% ($n = 6$), микст-инфекция — у 38,5% ($n = 27$). При этом EBV-инфекция чаще регистрировалась у детей II возрастной группы — 66,7% ($n = 18$), CMV-инфекция — в I группе — 80% ($n = 8$), HHV6 — во II группе — 66,7% ($n = 4$), а сочетанная герпетическая инфекция во всех трех возрастных группах.

Клинически EBV-инфекция характеризовалась мононуклеозоподобным синдромом с преобладанием тонзиллита, катаральных явлений, лимфаденопатии, гепатомегалии, лейкоцитоза и присутствием атипичных мононуклеаров. При CMV-инфекции мононуклеозоподобный синдром чаще выражался гепатоспленомегалией и синдромом цитолиза. При HHV6-инфекции преобладали жалобы на длительный субфебрилитет, объективно выявлялась лимфаденопатия и незначительная спленомегалия. Микст-инфек-

ция характеризовалась классической картиной инфекционного мононуклеоза с преобладанием среднетяжелых форм с тенденцией к пролонгированию болезни.

Пациенты получали, в соответствии с клиническими рекомендациями РФ от 2015 г. по лечению герпетических инфекций, терапию противовирусными препаратами: ацикловир, инозин пранобекс, $\alpha 2$ -ИФН, а именно: ацикловир назначался 10% ($n = 4$) больным, инозин пранобекс — 20% ($n = 8$); ацикловир в сочетании с $\alpha 2$ -ИФН — 55% ($n = 22$), инозин пранобекс с $\alpha 2$ -ИФН — 15% ($n = 6$). При комбинированной терапии показатели вирусной нагрузки у детей снижались быстрее в 1,5 и более раз, по сравнению с монотерапией. Сочетание ацикловира с $\alpha 2$ -ИФН ускоряло сокращение вирусной нагрузки у детей в 2 и более раз, чем схема инозин пранобекс с $\alpha 2$ -ИФН.

Таким образом, герпесвирусные инфекции имеют свои клинические особенности у детей, зная которые врач может предположить вероятную этиологию и назначить необходимую диагностику и комплексную терапию.

13 Вакцинопрофилактика гриппа у школьников сельской местности Рязанской области

Белых Н.А., Крыгина Т.В., Амелина В.В., Комарова Е.В.

ГБОУ ВО РязГМУ имени акад. И.П. Павлова Минздрава России, ОГБОУ (Полянская школа-интернат) Рязанской области, г. Рязань, Российская Федерация

Грипп — наиболее динамическая инфекция, вызывающая ежегодные вспышки заболеваемости, приносящая большой урон здоровью детей и взрослых. Включение в Национальный календарь прививок вакцинации от сезонного гриппа в 2006 году явилось эффективной защитой населения от этой опасной инфекции.

Цель: Изучить эффективность вакцинации от гриппа, проведенной учащимся школы-интерната «Поляны» Рязанской области.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 304 учащихся в возрасте 8—18 лет, девочек (152), мальчиков (152). Большинство школьников (92%) проживают в сельской местности, 30% из них из многодетных семей. В 2017 году было привито против гриппа 42% обучающихся из 304 человек вакциной Совигрипп.

Результаты. Прививки дети переносили хорошо, нежелательных реакций не отмечено. Оценивая эффективность проводимой вакцинации против гриппа, установлено отсутствие заболеваемости гриппом и его осложнения, а также уменьшение в 1,4 раза у них заболеваемости ОРВИ. Учитывая большой процент отказа родителей от вакцинации их детей против гриппа, нами проведено анкетирование этих родителей. Среди причин отказов при оценке анкет у 94,7% было отмечено: негативные сведения, полученные родителями в СМИ, о вредном влиянии вакцинации на детей (44,5%); боязнь уколов, возникающая у детей при проведении вакцинации (8,5%); боязнь родителей о возможных поствакцинальных осложнениях (22,8%); по мнению родителей (9,1%), прививки подавляют иммунитет; по религиозным убеждениям отказалось 7,1%; другие причины составили 8%.

Учитывая, что ежегодно вспышки ОРВИ и гриппа возникают в сентябре и октябре в период наибольшего снижения в организме витамина Д, необходимо сочетать специфическую профилактику против гриппа и ОРВИ с назначением витамина Д (Захарова И.Н., 2018 г.)

Таким образом, вакцинопрофилактика против гриппа не только предупреждает его развитие и осложнения, но и способствует снижению заболеваемости ОРВИ у привитых.

14 Эпидемиологические особенности и клинические варианты течения микоплазменной инфекции у детей Рязанской области

Белых Н.А.¹, Фокичева Н.Н.², Пискунова М.А.², Шилина С.А.², Федосеева Н.Ю.², Калашникова О.Н.², Скобеев И.Г.², Майорова Е.В.²

¹ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России,

²ГБУ РО «Городская клиническая больница №11», г. Рязань, Российская Федерация

Введение. В последние годы отмечается увеличение роли атипичной микрофлоры в структуре респираторных инфекций и внебольничной пневмонии (ВП) у детей.

Цель: проанализировать заболеваемость ВП среди детского населения, определить клинико-эпидемиологические особенности микоплазменной инфекции у детей Рязанской области в 2016—2017 гг.

Материалы и методы. Проведен анализ первичной медицинской документации 106 детей (55 мальчиков, 51 девочки), получавших стационарное лечение по поводу микоплазмоза в ГБУ РО «Городская клиническая больница №11» (возраст — от 9 мес. до 17 лет). Всем пациентам проводили пульсоксиметрию, клиническое и лабораторное обследование, рентгенографию ОГК, определение специфических IgM-антител к *M. pneumoniae* методом ИФА.

Результаты исследования. Среди пациентов преобладали дети в возрасте до 6 лет (50,9%), посещающие организованные коллективы. Пик заболеваемости пришелся на октябрь—декабрь. Заболевание начиналось остро без выраженных симптомов интоксикации и локальных изменений. У 77,3% детей была диагностирована пневмония, правосторонняя (48,8%), у 33,1% пациентов имела место смешанная бактериальная инфекция. Гематологические показатели свидетельствовали о наличии ЖДА у 12,3% больных, у 28% отмечался умеренный лейкоцитоз. Повышенный уровень С-реактивного белка определялся у 16,0% обследованных, повышение уровня серомукоида — у 62,3%.

Выводы. Наиболее подвержены микоплазменной инфекции дети дошкольного возраста. Заболевание протекало в виде пневмонии у 77,3% больных, в т.ч. смешанной этиологии — у 33,1%, что требовало проведения комбинированной антибактериальной терапии.

15 Случай тканевого гельминтоза (*Toxocariasis*) с геооральным механизмом инфицирования

Бергельсон Т.М.¹, Соловьева И.Л.¹, Баландина Е.А.²,
Котманова Н.А.¹, Безик В.В.², Полетаева Е.В.¹,
Шалунова Л.А.¹, Полушкин А.В.¹, Мехтиева С.Д.¹

¹ФГБОУ ВО Ульяновский государственный университет, Россия,

²ГУЗ Ульяновская областная детская клиническая больница
имени политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева,
Ульяновск, Россия

Актуальность. В педиатрической практике лихорадка и эозинофилия являются одними из самых тревожных клинических симптомов паразитарных заболеваний. Многообразие неспецифических проявлений заболевания и гиперергическая реакция у детей в ответ на патологические агенты зачастую приводят к трудностям дифференциальной диагностики и тактики ведения таких пациентов в клиниках.

Цель: провести анализ клинического случая и показать возможность персонализированного подхода в диагностике и ведении пациентов с синдромом лихорадки и эозинофилии.

Материалы и методы: проанализирована история болезни пациента из архива инфекционно-бюро отделения Ульяновской областной детской клинической больницы имени политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева (УОДКБ).

Результаты. В результате проведенного анализа клинического случая выявлены ведущие клинические симптомы и синдромы висцеральной формы токсокароза. Основные проявления которого включают в себя рецидивирующую лихорадку, синдромы поражения респираторного тракта, гепатоспленомегалию, лимфаденопатию, эозинофилию по типу лейкоидной реакции. Ведущий симптом при висцеральной форме токсокароза — стойкая длительная эозинофилия, которая может развиваться в тяжелых случаях до эозинофильно-лейкемоидных реакций крови. Так же у больного отмечались симптомы поражения респираторного тракта по типу обструктивного бронхита: длительный малопродуктивный кашель преимущественно в ночное время, приступы удушья, так же выявлена эозинофилия, лейкоцитоз, снижение гемоглобина, повышение СОЭ. В биохимическом анализе крови отмечалась гипоальбуминемия, гипергаммаглобулинемия, повышение уровня Ig E.

Выводы. Данный клинический случай показал отсутствие настороженности у педиатров в отношении гельминтозов, несмотря на характерный социальный и медицинский анамнез пациента, объективные трудности в оценке клинических данных, а также подчеркнул лидирующие позиции иммуноферментного анализа в диагностике висцеральных форм токсокароза.

16 Лечение детей, больных герпесвирусными инфекциями, в условиях детской поликлиники

Боковой А.Г.

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

Цель исследования. Принимая во внимание значительный удельный вес в инфекционной и соматической патологии детей, болеющих герпесвирусными ин-

фекциями в возрасте от 1-го года до 15 лет (до 35% в популяции), были проведены 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 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%), что существенно превышало частоту указанных синдромов у всех 189 обследованных детей (соответственно от 30% до 12,5%).

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 γ -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, ликопид, циклоферон, генферон лайт в возрастных дозах).

Выводы. Проведенные исследования дают основание считать, что текущая герпесвирусная инфекция часто имеет маску и является кофактором ОРВИ. Поэтому в своевременной диагностике и проведении адекватного лечения пациентов существенное значение имеет выделение группы часто болеющих детей с длительными синдромами субфебрилитета и лимфаденопатии. Дополнительное лабораторное обследование этой группы больных на герпесвирусы даст возможность назначения своевременной этиотропной и иммуномодулирующей терапии.

17

Прогнозирование осложненного течения коклюша

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

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

Актуальность. Несмотря на наличие специфической профилактики, коклюшная инфекция остается актуальной проблемой инфекционной патологии, регистрируемой в различных возрастных группах, как у детей, так и у взрослых.

Цель исследования: выявить вероятные факторы риска, предикторы развития осложнений коклюшной инфекции, по результатам ретроспективного исследования историй болезни пациентов с верифицированным диагнозом «Коклюш» в ГБУЗ НСО ДГКБ №3 в 2011–2017 гг.

Материалы и методы. Была проведена экспертная оценка и анализ клинико-лабораторных данных 418 историй болезней детей в возрасте от 1 мес. до 14 лет, госпитализированных в стационар по поводу коклюша. Пневмония констатирована у 63 (15%) пациентов (внебольничная — у 42, госпитальная — у 21), наиболее часто у детей в возрасте до 2-х лет — у 73,3%, в том числе у детей первых трех месяцев жизни — в 24 (38,1) случаях.

Результаты и их обсуждение. В результате исследования было выявлено, что у детей с наличием пневмонии в 96% случаев отсутствовала вакцинация против коклюша, в 81% случаев наблюдался отягощенный коморбидный фон и 72% детей грудного возраста находились на искусственном вскармливании. Анализ клинических данных показал, что возрастало число приступов кашля при присоединении пневмонии ($24,1 \pm 5,6$ раз в сутки у детей с осложненным течением и $11,2 \pm 4,9$ раз в сутки у 124 детей без осложнения — $p = 0,001$). Анализ лабораторных данных показал, что в периферической крови возрастало число лейкоцитов — $19,7 \pm 2,3 \times 10^9$ кл/л у детей с наличием пневмонии и $14,2 \pm 1,6 \times 10^9$ кл/л у детей без осложнения, число нейтрофилов соответственно $41,2 \pm 4,1\%$ и $18,7 \pm 4,4\%$, $p = 0,03$.

Выводы. Отсутствие вакцинации, отягощенный коморбидный фон, наличие отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза, а также искусственное вскармливание можно рассматривать как вероятные факторы риска развития осложненного течения коклюша. Резкое увеличение частоты приступов кашля, лейкоцитов, а также относительный нейтрофилез в периферической крови могут являться маркерами развития пневмонии при коклюше.

18 Клиника и диагностика ВЭБ-инфекции у детей первого года жизни

**Васюнин А.В., Краснова Е.И., Соловьев В.Ю.,
Куимова И.В., Колесникова Т.В.**

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

Актуальность. Заболеваемость инфекционным мононуклеозом за последнее десятилетие возросла, в том числе и у детей грудного возраста. Клинические проявления Эпштейна-Барр вирусной (ВЭБ) инфекции разнообразны, что создает трудности в своевременной и правильной его верификации. Ошибки диагностики на догоспитальном этапе составляют от 40 до 90% случаев, особенно у детей грудного возраста.

Цель исследования. Провести клинико-лабораторный анализ верификации ВЭБ-инфекции у детей грудного возраста по материалам историй болезней детей, госпитализированных в МБУЗ НСО ДГКБ №3 г. Новосибирска.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 125 детей грудного возраста, которым окончательно сформулирован диагноз инфекционного мононуклеоза ВЭБ

этиологии, средней тяжести — 92 (73,6%), тяжелой — 20 (16%), легкой — 13 (10,4%) больным.

Результаты и их обсуждение. В результате проведенного анализа выявлено, что ошибка диагностики на догоспитальном этапе составила 76%, основными диагнозами направления были ангина или ОРВИ. На момент госпитализации на $3,2 \pm 0,6$ сутки клинически имели место следующие синдромы: интоксикации, лимфаденопатии, респираторный — у 100% детей, ангина с наложениями на миндалины — у 52%, увеличение печени — у 40% (в динамике — у 92%), селезенки — у 36% (в динамике — у 96%).

Вироциты (атипичные мононуклеары) в разгар болезни обнаруживались у 110 (88%) больных. Методом ПЦР на $4,7 \pm 0,5$ сутки в слюне у 72% пациентов обнаружена ДНК ВЭБ, в крови — у 57,6%. Антитела к ВЭБ обнаружены у 85 (68%) пациентов (к раннему антигену VEA IgG — у 80 (64%), к капсидному антигену VCA IgM — у 65 (52%), VCA IgG — у 15 (12%), к нуклеолярному антигену EBNA IgG — у 4 (3,2%).

Выводы. Инфекционный мононуклеоз ВЭБ-этиологии у большинства детей грудного возраста имеет основные клинико-лабораторные признаки. Пациентам грудного возраста с наличием ангины (тонзиллит, аденоидит), целесообразно в комплекс диагностического лабораторного поиска включать обследование на ВЭБ-инфекцию.

19 Роль пневмоцист в этиологии бронхолегочных заболеваний у детей

Веселовский П.А., Рыбалкина Т.Н., Каражас Н.В., Бошняк Р.Е., Корниенко М.Н., Косенчук В.В., Лысенкова М.Ю., Иванова М.Ю.

ФГБУ «НИЦЭМ им. Н.Ф. Гамалеи» Минздрава России, Москва, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

В инфекционной патологии детей одно из первых мест по-прежнему занимают болезни органов дыхания. Это обусловлено тем, что иммунная система ребенка полноценно начинает вырабатывать защитные антитела к 3—4 годам, в связи с этим дети болеют гораздо чаще, чем взрослые. Начало посещения детьми дошкольных учреждений сопровождается тесными контактами между ними, что приводит к повышенной заболеваемости и частоте ОРЗ и, в значительной, мере ослабляет иммунитет ребенка. Затяжные ОРЗ переходят в ангину, бронхит, или, что опаснее, в пневмонию. Указанные заболевания могут быть вызваны возбудителями оппортунистических инфекций, включая пневмоцисты.

Цель исследования: определить роль пневмоцист в этиологии бронхолегочных заболеваний разного генеза у детей.

Материалы и методы. Было исследовано 447 сывороток крови детей из Клинического центра Первого МГМУ им. И.М. Сеченова на антитела класса IgM и IgG к пневмоцисте методом иммуноферментного анализа. Обследовано 172 ребенка с бронхиальной астмой, 111 — с обструктивным бронхитом, 138 — с ОРЗ, 21 — с хроническим бронхитом и 5 — с внебольничной пневмонией.

Результаты и обсуждение. Активную пневмоцистную инфекцию диагностировали на основании обнаружения антител класса IgM или сочетанных IgM и IgG. Наибольшее ко-

личество было выявлено у детей с ОРЗ (32,6%). В остальных нозологических группах пневмоцистоз был диагностирован приблизительно в одинаковом проценте случаев и колебался от 19,0% при хроническом бронхите до 23,3% при бронхиальной астме. При пневмонии активная инфекция установлена у 20,0% детей, а при обструктивном бронхите — у 22,5%. Высокие титры антител класса IgG, указывающие на реконвалесценцию, выявили у незначительного количества детей со следующими диагнозами: при ОРЗ — у 4,3%, при обструктивном бронхите — у 1,8%.

Заключение. Активная пневмоцистная инфекция, выявленная у четверти (25,7%) обследованных больных во всех нозологических группах, свидетельствует об этиологической роли пневмоцист в развитии бронхолегочных заболеваний. Благодаря своевременной лабораторной диагностике пневмоцистоза детям было проведено адекватное этиотропное лечение.

20 Клинико-эпидемиологические особенности менингитов у детей

Грекова А.И., Шевченко С.С., Соколовская В.В., Смолянкин Н.Н., Шумилов А.П., Виноградова А.П., Гаврильчик Ю.С., Тимошенкова А.Д.
ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России, г. Смоленск, Россия

Актуальность: Заболеваемость менингитами в России и странах Европы составляет 3 случая на 100 тысяч населения для менингитов бактериальной этиологии и 10 случаев на 100 тысяч населения при вирусных менингитах. У заболевших детей отмечается высокий риск развития критических состояний, в интенсивной терапии нуждается каждый 3 больной.

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

Материалы и методы. Проведен анализ историй болезни детей, госпитализированных по поводу менингита. Преобладали дети в возрасте от 1 до 6 лет — 50%, до 1 года — 18,75%, старше 6 лет — 31,25%. По гендерным различиям преобладали девочки — 56,25%.

Результаты. Бактериальные менингиты (БМ) составили 75%, вирусные менингиты (ВМ) — 25%. Среди БМ преобладали менингококковые (ММ) — 66,7% случаев, пневмококковые (ПМ) и гемофильные (ГМ) — по 16,7%. Среди ВМ 50% были энтеровирусной этиологии, 50% — неуточненной этиологии. У детей с ММ и ПМ преобладала гипертермия, при ГМ — поровну фебрильная и гипертермическая температура, а при вирусных менингитах (ВМ) — субфебрильная (32%) и фебрильная (68%). Симптомы генерализованного токсикоза чаще отмечались при ПМ и ГМ, а их длительность (> 5 дней) — при ПМ. При ВМ симптомы интоксикации были умеренными и сохранялись 3—4 дня. У этих детей преобладала среднетяжелая форма заболевания (86%). Менингеальные симптомы были выражены при всех менингитах, но их длительность была разная: при ММ — до 5 дней, при ГМ — 3—4 дня, при ПМ — > 5 дней, при ВМ — 2—3 дня. У 48% детей с ПМ отмечались явления менингоэнцефалита. В 75% случаев ММ сочетался с менингококцемией, при ПМ сыпь была у 14% детей. Гипертензионный синдром был выражен у всех детей, но наиболее интенсивно при БМ. 92,8% детей с БМ поступили в стационар на 1 —

2 сутки заболевания, а при ВМ 68% — на 3—4 сутки. У 62% детей с ВМ отмечались сопутствующие заболевания. У 82,4% детей наступало клиническое выздоровление, у 17,6% — летальный исход (дети с ПМ и ММ).

Выводы: наиболее тяжело протекают БМ. ВМ вызывали трудности диагностики ввиду полиморфизма клиники и сопутствующей патологии. Знание клинико-эпидемиологических особенностей менингитов поможет в выборе рациональной этиотропной и патогенетической терапии, что может предотвратить развитие осложнений и неблагоприятных исходов.

21 Особенности течения беременности и родов как фактор риска перинатального инфицирования вирусом гепатита С

Грешнякова В.А., Горячева Л.Г.

ФГБУ ДНКЦИБ ФМБА России, г. Санкт-Петербург, Россия

Цель: Оценить связь между осложнениями в течении беременности и родов у женщин с хроническим гепатитом С (ХГС) и риском перинатального инфицирования ребенка.

Материалы и методы: В исследование вошли 90 пар мать-ребенок. Все матери были инфицированы вирусом гепатита С (ВГС). Первую группу составили 35 пар, в которых дети родились здоровыми, вторую — 55 пар с инфицированными ВГС детьми.

Результаты: В ходе анализа полученных данных выявлено, что вредные привычки матери во время беременности (курение, употребление алкоголя), также, как и фоновая соматическая патология, риск инфицирования будущего ребенка не повышают. Связи отягощенного гинекологического анамнеза с инфицированием плода не выявлено. Женщины, имевшие во время беременности обострение урогенитальных инфекций, заражали своих детей значительно чаще. Так, обострение заболеваний, передающихся половым путем (хламидиоз, трихомониаз, уреаплазмоз) в группе матерей, заразивших своих детей, встречалось в 87,7% случаев против 54,2% в группе женщин, дети у которых родились здоровыми ($p < 0,01$, χ^2 -Пирсона), относительный риск (RR) инфицирования выше в 2,543 раза (95% ДИ; 1,260; 5,132).

Доказано, что выбор способа родоразрешения не оказывает влияния на инфицирование. Около трети детей обеих групп были рождены путем кесарева сечения (31% и 25,7% соответственно), остальные (69% и 74,3%) рождены естественным путем. Доказанным фактором, повышающим риск инфицирования, является длительный безводный период. В группе инфицированных данное осложнение встречалось в 44% случаев против 20% в группе здоровых ($p < 0,05$ χ^2 -Пирсона), относительный риск (RR) = 2,8 (95% ДИ; 1,102; 2,168).

Выводы: Урогенитальные коинфекции у женщин с ХГС повышают риск перинатального инфицирования детей ВГС в 2,5 раза. В случае патологического течения родов с преждевременным излитием околоплодных вод вероятность инфицирования повышается в 2,8 раз. Оперативное ведение родов не является мерой, предотвращающей инфицирование, и применение кесарева сечения в качестве приоритетного способа родоразрешения у женщин с ХГС является необоснованным.

22

Эшерихиозы у детей, обусловленные энтеротоксигенными штаммами кишечной палочки

Гусейнова Р.Г.

Кафедра Микробиологии и иммунологии АМУ, г. Баку, Азербайджан

Патогенные эшерихии способны развиваться преимущественно в организме человека, то есть эшерихиоз является антропонозным заболеванием. В то же время накапливается все больше данных о том, что возбудители заболевания могут развиваться и в организме некоторых животных и птиц. Более того, патогенные штаммы *E. coli* были обнаружены также в организме обыкновенных бытовых тараканов.

В многочисленных исследованиях установлено, что ЭИКП является этиологическим фактором эшерихиоза, в среднем, в 42,1% случаев, ЭТКП — у 24,2% больных, а ЭПКП — у 19,9% пациентов. В то же время отмечено, что ОКИ, вызванные ЭПКП, встречаются наиболее часто у детей в возрасте до 1 года, обусловленные ЭИКП — у детей до 2 лет, вызванные ЭТКП — среди детей дошкольного и младшего школьного возраста, а также у взрослых («эшерихиоз путешественников»).

Была установлена сезонность для отдельных видов эшерихиоза. Показано, что заболеваемость, связанная с энтеропатогенными *E. coli*, активируется зимой или осенью. Заражение энтеротоксигенными и энтероинвазивными кишечными палочками чаще происходит летом или осенью.

Основными источниками инфекции являются больные в острой стадии заболевания, а также инфицированные с легкой и стертой формами инфекции и носители. При этом продолжительное носительство ЭПКП встречается относительно редко. При эшерихиозе, вызванном ЭТКП или ЭКП, больной человек или животное опасно для окружающих только на самой ранней стадии заболевания. Если инфекция обусловлена ЭИКП или ЭПКП, то заразный период может составлять примерно от 1 до трех недель. Носитель в свою очередь может содержать в своем организме возбудитель болезни, который будет считаться активным до нескольких месяцев. Больше всего подвержены риску заражения эшерихиями младенцы и дети с ослабленным иммунитетом. Но тем не менее, и взрослые здоровые люди могут заразиться такой инфекцией независимо от состояния своего здоровья. По аналитическим данным, восприимчивые люди примерно в 35% случаев контакта с больными заболевают или становятся носителями эшерихий.

Мы обследовали 210 больных детей с острым эшерихиозом среднетяжелого и тяжелого течения, вызванным энтеротоксигенными штаммами *E. coli*. Соответственно анамнестическим сведениям и клиническим данным, часть детей (41,5%) с острым эшерихиозным гастроэнтеритом имела в анамнезе хронические заболевания инфекционной (56 человек) и неинфекционной (52 человек) этиологии, что составляло 26,7% и 24,8% соответственно. Среди больных с хронической патологией 53 ребенка (25,2%) в разное время проходили лечение в профильных отделениях педиатрических стационаров.

Исследования, проведенные нами, позволили оценить эпидемиологическое значение отдельных серотипов ЭТКП в развитии острого эшерихиоза у детей.

23 Коклюш у детей раннего возраста, по данным инфекционного стационара

Гуссоева И.Г., Албегова Б.З., Цховребова М.Г.

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

Коклюшная инфекция на современном этапе является одной из актуальных проблем педиатрии и инфекционной патологии. Уровень заболеваемости коклюшем остается достаточно высоким, несмотря на вакцинопрофилактику. При этом анализ статистических данных последних 10 лет свидетельствует о значительном доминировании в возрастной структуре заболевших — детей до 14 лет жизни (свыше 93%). В группе риска находятся, прежде всего, дети первого года жизни с периода новорожденности, при этом 7 из 10 заболевших коклюшем младенцев нуждаются в госпитализации.

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей клинического течения коклюшной инфекции у детей первого года жизни, по данным инфекционного стационара.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 211 историй болезней детей первого года жизни с коклюшем, находящихся на лечении в боксовом отделении РДКБ г. Владикавказа в 2012 — 2017 гг.

Результаты. Распределение больных по возрасту оказалось следующим: 34% случаев пришлось на детей первых 3-х месяцев жизни, 40% — от 3-х до 6 месяцев жизни, 26% составили дети второго полугодия жизни. Каждый второй ребенок (47%) поступал в стационар после имевшего места приступа апноэ, как правило, бригадой «скорой помощи». Участковыми врачами было направлено на госпитализацию только 17,5% больных. Клинические симптомы заболевания явились основанием для постановки предварительного диагноза «коклюш» у большинства детей еще при направлении в инфекционный стационар. Исключение составили 20 больных (9,5%), у которых направляющими диагнозами были — ОРВИ (9 случаев), бронхит острый или обструктивный (6 случаев), пневмония (3 случая), ларинготрахеит (1 случай). Среднетяжелая форма заболевания диагностирована у 146 детей (69,2%), тяжелая — у 65 (30,8%). Тяжелую форму переносили в основном дети первых трех месяцев жизни.

Типичные осложнения коклюша у младенцев развивались в 14,5% случаев. У 14 детей (6,6%) диагностирован бронхит, у 16 — пневмония (7,8%). Сопутствующая патология выявлена у 21% больных: ОРВИ — у 17, анемия — у 11, туберкулез — у 1 ребенка, отит — у 5, кандидоз ротовой полости — у 2.

Таким образом, коклюшная инфекция у детей первых месяцев жизни имеет тенденцию к тяжелому течению и развитию осложнений. Поздняя госпитализация младенцев свидетельствует о недостаточной убежденности врачей первичного звена в обязательном направлении в стационар детей первого года жизни с признаками коклюшной инфекции.

24 Частота выделения *Str. pneumoniae* от больных и их чувствительность к антимикробным препаратам

Даминов Т.А., Туйчиев Л.Н., Таджиева Н.У., Отамуратова Н.Х.,
Абдухалилова Г.К., Бектимиров А. М., Усманова Э.М.,
Абдумаликова И.З.

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

Цель исследования: изучить частоту выделения и чувствительность к антибиотикам назофарингеальных и клинических штаммов *Streptococcus pneumoniae*, выделенных от больных.

Материалы и методы. С целью выделения *Streptococcus pneumoniae* проведено бактериологическое исследование 599 образцов носоглоточной слизи, взятых от больных с различными формами инфекционно-воспалительных заболеваний дыхательных путей (острый назофарингит, острый тонзиллит, обострение хронического тонзиллита, острый бронхит, рентгенологически подтвержденная пневмония) и 180 образцов ликвора, взятых от больных с гнойными менингитами в возрасте от 6 мес. до 65 лет в период с 2017 г. по сентябрь 2018 г. Чувствительность выделенных штаммов к антибиотикам изучалось диско-диффузионным методом с использованием стандартных коммерческих дисков на среде Mueller-Hinton (Himedia, Индия).

Результаты. Из носоглоточной слизи удалось выделить *S. pneumoniae* в 13,1% случаях, из ликвора — в 9,4% случаях.

Полученные данные о чувствительности *Str. pneumoniae* к антибиотикам показывают, что большинство штаммов *Str. pneumoniae*, выделенных от больных, сохраняют чувствительность к пенициллину (PEN_ED1) — в 73% случаев, к оксациллину (OXA_ED1) — в 29% случаях, к эритромицину (Erythromycin, ERY_ED15) — в 44% случаев (резистентных — 27%, с промежуточной чувствительностью — 29%), к азитромицину (AZM_ED15) выявлено 55% чувствительных штаммов пневмококка (26% — резистентных штаммов, 19% — с промежуточной чувствительностью), к моксифлоксацину (MFX_ED5) чувствительность выявлена в 95% случаях, к левофлоксацину (LVX_ED5) — чувствительность в 100% случаях.

Таким образом, с учетом полученного уровня чувствительности пневмококков к антибиотикам, следует сделать заключение, что группы аминопенициллинов и макролидов сохраняют свое значение при терапии больных пневмококковой инфекцией легкой и среднетяжелых форм. Также выявлено, что выделенные штаммы *Str. pneumoniae* имеют достаточно высокую чувствительность к фторхинолонам, и поэтому при терапии пневмококковых заболеваний у взрослых фторхинолоны могут служить альтернативным препаратом или препаратом резерва.

25 Инфекционный эндокардит у новорожденных и детей раннего возраста — уже не казуистика

Детярева Е.А., Жданова О.И., Куфа М.А., Павлова Е.С., Кантемирова М.Г.

Кафедра детской кардиологии ФНМО РУДН,
ГКУЗ «Детская инфекционная клиническая больница №6 ДЗМ»,
Москва, Россия

В публикациях часто фигурирует, что «инфекционный эндокардит (ИЭ) крайне редко наблюдается у новорожденных и детей грудного возраста». Однако увеличение числа кардиохирургических вмешательств, в том числе гемодинамической коррекции и паллиативных вмешательств при сложных врожденных пороках сердца (ВПС), после протезирования клапанов сердца, коррекции сложных пороков с использованием клапаносодержащих протезов — «кондуитов», имплантируемых устройств, инвазивных процедур существенно увеличили частоту ИЭ в раннем возрасте. ИЭ нативных клапанов наиболее часто наблюдается при сепсисе новорожденных, при тяжелых генерализованных инфекциях. Для развития ИЭ обычно характерно сочетание ряда predisposing факторов: наличие массивного инфицирования (бактеремии с высокой плотностью гемокультуры), турбулентного кровотока в камерах сердца или в магистральных сосудах, снижение иммунологической реактивности. Несмотря на значительный прогресс знаний об инфекционном эндокардите, улучшение технической оснащенности медицинских учреждений, совершенствование бактериологических и иммунологических методов исследования, применение трансторакальной или транспищеводной доплерэхокардиографии и др., диагностика этого заболевания и, особенно у новорожденных и детей раннего возраста, сложна и часто несвоевременна. В то же время наблюдается тенденция к гипердиагностике ИЭ, зачастую на основании только лихорадки или ошибочной визуализации.

Российские педиатры для диагностики ИЭ недостаточно используют критерии Duke, модифицированные Li et al. (2000) с дополнениями ESK Baltimore et al., (2015) и многие из новых положений, принятых современным кардиологическим сообществом (AHA Scientific Statement Infective Endocarditis in Childhood 2015). Как известно, клинические проявления ИЭ у детей включают 4 основных признака: бактериемию (или грибковую инфекцию), вальвулит, иммунологические реакции и эмболии.

Цель: описать наблюдаемые нами случаи развития инфекционного эндокардита у 7 детей.

Материалы и методы. В период 2005—2017 гг. года мы наблюдали 4-х новорожденных детей, 2-х детей грудного возраста и одного ребенка в возрасте 2-х лет 11 мес. с инфекционным эндокардитом.

Результаты. В 2-х случаях у новорожденных детей это был ИЭ нативных клапанов у детей без ВПС, в рамках тяжелого септического процесса (в одном случае пневмококковой этиологии), госпитализированных на 3—5 сутки после рождения. В одном случае ребенок поступил в состоянии инфекционно-токсического шока, с тяжелым тромбогемморгическим синдромом с исходом в досуточную летальность. При аутопсии обнаружены: сепсис, гнойный менингоэнцефалит, бородавчатый эндокардит, высев культуры пневмококка из ликвора, всех органов, а также из мазка слизистой ротоглотки при

обследовании родителей и бабушки. Во втором случае доношенный ребенок поступил в стационар из родильного дома с клиникой тяжелой врожденной пневмонии, успешно лечился в течении 7-ми дней, готовился к выписке. Ребенок погиб внезапно на фоне острейшей коронарной и левожелудочковой недостаточности (инфарктные изменения на ЭКГ). При аутопсии выявлен ИЭ с закупоркой вегетациями устья правой коронарной артерии, что не было своевременно диагностировано нами у ребенка с тяжелой пневмонией ввиду отсутствия показаний к ЭХО-КГ (по имеющимся стандартам).

В одном случае ИЭ в составе панкардита наблюдался у новорожденного ребенка с тяжелым ВПС, в периоде ранней полной реконвалесценции он был направлен для кардиохирургического лечения в связи с риском развития инкурабельной легочной гипертензии, но погиб на 5 сутки после операции на фоне тяжелой сердечной недостаточности.

В одном случае инфекционный эндокардит клебсиеллезной этиологии с локализацией массивных вегетаций в сформированном из 2-х заплат выводном отделе правого желудочка наблюдался у грудного ребенка с активной генерализованной цитомегаловирусной инфекцией в послеоперационном периоде, направлен для экстренной реоперации после эффективного специфического лечения в нашем стационаре.

У ребенка 2,5 лет с неотягощенным анамнезом ИЭ митрального клапана с быстрым развитием тотальной недостаточности и тромбозом брюшной аорты и бифуркации подвздошных артерий стал осложнением ОРВИ и отита. Проведенное экстренное 2-х этапное успешное кардиохирургическое вмешательство на аорте (резекция с ликвидацией тромбоза и анастомозом «конец в конец»), а затем через 3 недели на митральном клапане (пластика), привело к полному выздоровлению с благоприятным 3-х летним катамнезом.

Выводы: У новорожденных и детей раннего возраста сепсис с наличием инфекционного эндокардита часто является фатальным заболеванием. Ведение таких детей требует осторожности и дифференцированной тактики.

26 Прогнозирование сердечно-сосудистого повреждения у детей с ВУИ и задержкой внутриутробного развития и предварительные результаты отдаленного катамнеза

Детярева Е.А., Куфа М.А., Кантемирова М.Г., Гребенникова О.

Кафедра детской кардиологии ФНМО РУДН,
ГКУЗ «Детская инфекционная клиническая больница №6 ДЗМ»,
Москва, Россия

Инфицированность матери, в зависимости от сроков, кардиотропности возбудителя, тяжести инфекционного процесса, может привести как к различным видам и тяжести повреждения сердечно-сосудистой системы плода, так и отсутствию таковых.

Цель: изучение степени реализации ранее установленных нами (2011) дополнительных критериев миокардиального и сосудистого повреждения у детей с врожденной инфекцией и ЗВУР.

Методы: В исследование 2002—2004 гг. было включено 76 пар «мать-дитя», госпитализированных в ГКУЗ г. Москвы «ДИКБ №6 ДЗМ». Новорожденные разных сроков

гестации (34—40 недель) были переведены на 3—5 сутки жизни с различными проявлениями внутриутробной инфекции и ЗВУР. У матерей, кроме изучения генеалогического, социального, гинекологического и акушерского анамнеза и общеклинических методов обследования, проводились исследования на инфицированность вирусами гепатитов, простого герпеса, ЦМВ, папилломы человека и другими инфекционными агентами методами иммуноферментного анализа. Исследование сывороточного содержания естественных аутоантител к структурам миокарда в паре «мать-дитя» проводилось на панели ЭЛИ-Кардио-Тест к антигенам: CoS-05—40, CoM-015-15, NO синтетазе, β 1-адренорецепторам (β 1-AR). Через 7 лет для катamnестического обследования были доступны 57 детей в возрасте 5—7 лет, которым было проведены ЭКГ в 12 стандартных отведениях, ЭХО-кардиография, суточное мониторирование АД.

Результаты. В периоде новорожденности ни у кого из детей не была диагностирована органическая сердечно-сосудистая патология. Клинические проявления и ЭКГ-изменения, характерные для церебро-кардиального синдрома, отмечались у 43,8% (25) детей. В катamnезе установлено, что у 37 детей с ранее установленным в периоде новорожденности отклонением от нормального уровня исследуемых титров аутоантител к структурам миокарда и регуляторам сосудистого тонуса, т.е. к системе весьма чувствительным к гипоксическому и инфекционному повреждению, уже в возрасте 5—7 лет в 32% наблюдений (у 12 детей) отмечались явления вегетативной дисфункции. У 24,3% (9 детей) присутствовали жалобы на выраженные кардиалгии, которые сочетались с артериальной гипотензией, у 16,2% (6 детей) на цефалгии. Наиболее значимые отклонения в титрах наблюдались у детей с изменениями реполяризации по ЭКГ, независимо от клинической симптоматики. У 20 детей, у которых в периоде новорожденности не было установлено отклонений от нормального уровня титров аутоантител к структурам миокарда и регуляторам сосудистого тонуса, явления вегетативной дисфункции с кардиальными изменениями отмечались только в 15% наблюдений (у 3-х детей).

Выводы:

Показатели аутоиммунитета могут быть важными критериями прогнозирования реализации внутриутробного субклинического миокардиального и сосудистого повреждения при внутриутробной инфекции.

Группой риска развития патологического процесса в кардиомиоцитах и гемоваскулярных изменений являются дети с нарушением реполяризации миокарда и гиперпродукцией аАТ к белку мембран цитоскелета кардиомиоцитов CoS-05—40, CoM-02 и к кардиальным β 1-адренорецепторам (β 1-AR), NO- синтетазе, независимо от клинической симптоматики вегетативной дисфункции.

27 Особенности гемолитико-уремического синдрома у детей с инфекционной патологией

Дрыжинская Т.В., Ластовка И.Н., Артемчик Т.А.

Белорусский государственный медицинский университет,
Минск, Беларусь

Гемолитико-уремический синдром (ГУС) — клинко-лабораторный симптомокомплекс, включающий микроангиопатическую гемолитическую анемию, тром-

боцитопению и острое почечное повреждение (ОПП), наиболее частая причина острой почечной недостаточности (ОПН) у детей раннего возраста.

Цель исследования: определить особенности гемолитико-уремического синдрома у детей с острой инфекционной патологией.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 22 историй болезней детей, находившихся на лечении в УЗ «Городская детская инфекционная больница» г. Минска в период 2015—2017 гг., течение болезней которых осложнилось ГУС.

Результаты: В половой структуре заболевания преобладали девочки 17 (77,3%) по сравнению с мальчиками — 5 (22,7%). Средний возраст детей с ГУС составил 4 года 2 месяца, в том числе дети до 3 лет — 12 (54,5%). В продромальном периоде развития заболевания у 16 (72,7%) предшествовал синдром диареи, у 3 (13,6%) из них развился гемоколит. При поступлении преобладали следующие нозологические формы: о. гастроэнтерит — 10 (45,5%), о. энтероколит — 2 (9,1%), о. гастроэнтероколит — 1 (4,5%), ОРВИ — 4 (18,2%), ОРИ + абдоминальный синдром — 3 (13,6%), ОКИ — 2 (9,1%). Повреждение печени у 20 (90,9%) пациентов проявлялось в виде гепатомегалии, повышения уровня АСТ, АЛТ. Поражение сердечно-сосудистой системы проявлялось синдромом артериальной гипертензии у 2 (9,1%) детей. Клинические признаки в период разгара ГУС характеризовались классической триадой: неиммунная гемолитическая анемия, с наличием в мазке крови шизоцитов у 13 (59,1%) пациентов, тромбоцитопения у 17 (72,3%) пациентов, ОПП с олигоанурической стадией у 5 (22,7%) детей и неол oligo-анурической стадией — у 17 (77,3%) пациентов. Выписано с улучшением — 5 (22,7%), переведены в другие ЛПУ — 17 (77,3%) пациентов.

Таким образом, наблюдается рост заболеваемости ГУС у детей в возрасте преимущественно до 3-х лет, причем чаще у девочек. Экстраренальные повреждения чаще ассоциировались с вовлечением желудочно-кишечного тракта, печени, сердечно-сосудистой системы. Тяжесть заболевания требует ранней диагностики ГУС с направлением пациентов в специализированный стационар для оказания высококвалифицированной медицинской помощи.

28

Клинический случай инфекционной эритемы, вызванной парвовирусом В19

Егорова Н.Ю., Молочкова О.В.

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

Наиболее частым клиническим проявлением парвовирусной В19 инфекции у детей является инфекционная эритема (*Erythema infectiosum*), однако, наряду с энтеро-, аденовирусами и ВГЧ6, установлена и роль парвовируса В19 в развитии вирусных миокардитов. Также при парвовирусной В19 инфекции описаны транзиторные апластические кризы, поражения суставов, печени, ЦНС.

Цель: описать клинический случай парвовирусной В19 инфекции у ребенка с врожденным пороком сердца.

Клиническое наблюдение. Мальчик А., 9 лет, заболел с появления на коже ладоней яркой розовой пятнистой сыпи, отмечался субфебрилитет. На следующий день сыпь ста-

ла сливной, пятнистой на кистях, стопах до щиколотки. В последующие дни сыпь распространилась на весь кожный покров, отмечался ее «кружевной» характер. Ребенок от 2-й физиологической беременности и родов. Оперирован по поводу врожденного порока сердца в возрасте 11 месяцев. Привит по индивидуальному календарю с 1 года жизни. В 3,5 года пошел в детский сад, ОРВИ болеет не часто. В 2010 г. в 4 года перенес ветряную оспу. Наблюдается кардиологом. Аллергологический анамнез неотягощен. Эпидемиологический анамнез — без особенностей, контакт не установлен.

Осмотрен на 7 день болезни, кожные покровы сухие, отмечается распространенное пластинчатое и орубевидное шелушение, особенно на кистях и стопах, гиперемия щек, ладоней и стоп, на шее, теле, конечностях «кружевная» ярко розовая сыпь с геморрагическим пропитыванием в месте резинки от белья. Выявлена лимфаденопатия — увеличение заднешейных, подчелюстных и тонзиллярных лимфоузлов до 1,5 см, лимфоузлы эластичные, безболезненные. Носовое дыхание умеренно затруднено. В легких дыхание жесткое, проводится с обеих сторон, хрипов нет. Тоны сердца звучные, аритмичные, систолический шум во всех точках. Слизистая ротоглотки ярко гиперемирована, наложений и эрозий нет. Миндалины 1 степени, гиперемированы, чистые. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень +2 см, селезенка +1 см из-под края реберной дуги. Стул и мочеиспускание не нарушены. Очаговых и менингеальных симптомов нет. Поставлен диагноз: Инфекционная эритема, рекомендовано серологическое обследование на парвовирус В19.

Проведено обследование, в общем анализе крови на 14 день болезни лейкоциты $11 \times 10^9/\text{л}$, эритроциты $5,14 \times 10^{12}/\text{л}$, тромбоциты $280 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерные — 7%, сегментоядерные — 61%, эозинофилы — 2%, лимфоциты — 25%, моноциты — 5%. В биохимическом анализе крови показатели (белок, АлТ, АсТ, ЛДГ) — в пределах нормы.

Методом ИФА выявлены антитела класса IgM к *Parvovirus B19* — 18,45 Ед. (положительно — больше 12 Ед.). Антитела к вирусу кори IgM — отрицательные. ПЦР — ДНК ВГЧ-6 — отрицательна в сыворотке крови.

При ЭКГ выявлена миграция водителя ритма. Аритмия. Вертикальное положение ЭОС. Синдром ранней реполяризации желудочков. Контроль ЭхоКГ сердца и консультация кардиолога — без отрицательной динамики по сравнению с предыдущим обследованием год назад.

Поставлен диагноз: Парвовирусная В19 инфекция, инфекционная эритема.

Получал терапию: цетиризин 5 мг 1 раз в день, рекомбинантный интерферон альфа-2b в суппозиториях по 500 000 МЕ 2 раза в день, бифидо- и лактосодержащий пробиотик по 1 капсуле 2 раза в день — 14 дней.

При повторном осмотре на 21 день болезни состояние удовлетворительное, температура тела нормализовалась, элементы сыпи побледнели, часть из них — со следами пигментации, остаточное шелушение, катаральные симптомы стихли, нормализовались размеры печени и селезенки.

Заключение. Представлен типичный случай парвовирусной В19 инфекции у мальчика 9 лет, протекавшей по типу инфекционной эритемы и синдрома «перчаток и носков». Экзантема была характерной для данной инфекции — «нашлепанные» щеки, симметричная, «кружевная», пятнисто-папулезная, местами геморрагическая, сливная на запястьях и лодыжках сыпь, которая держалась в течение 3-х недель и завершилась пигментацией и шелушением. Тромбоцитопении, анемии не выявлено. Учитывая врожденный порок

сердца с оперативной коррекцией, ребенок наблюдался также кардиологом. Признаков кардита не отмечалось.

Данное клиническое наблюдение представляет интерес в плане дифференциальной диагностики пятнисто-папулезных экзантем, а также настороженности по поводу развития кардита при парвовирусной В19, учитывая отягощенный анамнез ребенка (ВПС).

29 Лямблиоз у детей — возможная причина формирования функциональных расстройств

Ершова И.Б., Петренко О.В.

ГУ «Луганский государственный медицинский университет имени Святого Луки», г. Луганск, Украина

Цель: изучить структуру и частоту органической и функциональной патологии у детей с лямблиозом.

Материалы и методы. Основную группу составили 132 ребенка с лямблиозом в возрасте 3—18 лет. Из них 68 человек имели острое течение лямблиоза, 64 человека — хроническое течение. Группа сравнения — 113 детей без лямблиоза аналогичного возраста и пола.

Диагноз подтверждался копрологическим и серологическим методами. Производился сбор жалоб, анамнеза, изучение медицинской документации. Индивидуальная характеристика заболеваемости оценивалась по кратности обращения детей к врачу в течение года. К категории «часто болеющих» относились дети, перенесшие 6 и более заболеваний в год.

Результаты. Лидирующую позицию среди всех зарегистрированных занимали расстройства вегетативной нервной системы (103 человека, 78,03%; $p < 0,01$). Второе место по частоте имели болезни органов пищеварения (дискинезия желчного пузыря, гастриты, гастродуодениты), выявленные у 90 человек (68,18%; $p < 0,01$). Патология дыхательной системы (гипертрофия аденоидов и миндалин, хронический тонзиллит) диагностирована у 66 человек (50,0%; $p < 0,05$). Заболевания кожи и подкожной клетчатки регистрировались у 47 детей (33,61%; $p < 0,05$). Большинство случаев приходилось на долю атопического и аллергического контактного дерматитов.

Анализ динамики заболеваемости детей острыми респираторными заболеваниями в течение года показал, что 55 детей (41,67%) с лямблиозом относились к категории «часто болеющих», из них 61,82% приходилось на больных с хроническим течением паразитоза.

88 человек (66,67%) относились к III-й группе здоровья (из них 95,31% — дети с хроническим лямблиозом); II-я группа диагностирована у 39 человек (36,11%), IV-я — у 5 (3,79%) детей.

Выводы. Полученные результаты согласуются с данными литературы о многоплановом патогенном воздействии лямблий на детский организм, в том числе и на функциональное состояние нервной и иммунной систем, и указывают на необходимость проведения комплексных реабилитационных мероприятий у детей с лямблиозной инвазией.

30 Фульминантное течение гепатита в дебюте болезни Вильсона (клинический случай)

Ефремова Н.А., Горячева Л.Г., Шилова И.В., Марченко Н.В., Левина О.А.
ФГБУ ДНКЦИБ ФМБА России, г. Санкт-Петербург, Россия

Болезнь Вильсона (БВ) — редкое наследственное заболевание, в основе которого лежит генетически-детерминированное нарушение обмена меди с избыточным накоплением ее в различных органах и тканях.

Клинический случай. Девочка, 14 лет, поступила на 15-е сутки заболевания в отделение реанимации, тяжесть состояния за счет интоксикации, печеночной недостаточности. Анамнез жизни не отягощен. Анамнез заболевания: дебют — с клиники вирусного гастроэнтерита, затем нарастала слабость, появилась желтуха, боль в правом подреберье, с 10 суток наблюдалось увеличение живота в размерах, с 14 суток — профузное носовое кровотечение, отеки нижних конечностей. При поступлении — анемия (гемоглобин 85 г/л), тромбоцитопения до $111 \times 10^{12}/л$, цитоллиз до 4 норм, гипербилирубинемия до 150 мкмоль/л за счет прямой фракции, гипоальбуминемия до 20,2 г/л, гипокоагуляция (фибриноген 1,3 г/л, ПТИ — 27%, МНО — 2,94). Были исключены вирусные гепатиты, лейкоз, объемные образования, инфекции, в т.ч. туберкулез. Кал на ротавирус — полож. На УЗИ органов брюшной полости выявлена гепатоспленомегалия, асцит, множественные очаги размером до 7 мм. По данным МРТ, образования в печени были расценены как геморрагии в узлах регенерации (фибротическая трансформация). КТ грудной клетки, МРТ ГМ — без патологии. В аутоиммунной панели печени выявлены ANA в титре 1:640. Однако, учитывая повышение свободной меди до 8,6 мкмоль/л, снижение уровня церулоплазмينا менее 14 мг/дл, увеличение суточной экскреции меди с мочой более 10 норм, обнаружение колец Кайзера-Флейшера, диагноз болезни Вильсона представлялся наиболее вероятным. Состояние пациентки оставалось тяжелым за счет выраженной нарастающей гипокоагуляции (фибриноген 0,6 г/л, ПТИ 17%, МНО 4,83). На 14-е сутки госпитализации переведена в Центр трансплантации им. ак. В.И. Шумакова. Получено молекулярно-генетическое подтверждение БВ. Проведена родственная трансплантация печени.

Заключение: Триггером фульминантного Вильсоновского гепатита послужил ротавирус. Сложности диагностики в невозможности использовать уровень церулоплазмينا как диагностический критерий на фоне гепатодепрессии, а также детекция антинуклеарных антител в период острого воспаления.

31 Ассоциированные острые кишечные инфекции в возрастном аспекте, по материалам инфекционной больницы №23

Животовский М.В.

ГБУЗ НО Инфекционная больница №23, Нижний Новгород, Россия

Острые кишечные инфекции (ОКИ) являются одной из основных инфекционных патологий у детей. В доступной литературе рассматриваются моноинфек-

ции, мало информации по кишечной микст-инфекции. Сейчас в лабораторной диагностики используются бактериологические, ИФА и ПЦР методы, что позволило улучшить диагностику ОКИ, и расширить возможности для установления ассоциированных диагнозов.

Цель работы: изучить возрастные особенности ассоциированных ОКИ.

Материалы и методы: проведен анализ 97 историй болезни детей с ассоциированными ОКИ у госпитализированных в инфекционную больницу №23 в 2017 году. По возрасту дети были разделены на группы: первая — дети в возрасте 1—3 лет (68 детей), вторая — 4—7 лет (17) и третья — 8—14 лет (12 человек).

Во всех группах наблюдалась преимущественно бактериально-вирусная ассоциация (далее БВА) — 73 человека (75,2%), вирусно-вирусная ассоциация (в основном ротавирусы и норовирусы) — 24 ребенка (24,8%). У 44 пациентов (63,7%) с БВА бактериальный агент был представлен стафилококками — *St. aureus*, у 20 (28,9%) — кампилобактером, у 3 (3%) — сальмонеллой, у 2 (2%) — эшерихией. Интоксикация была выражена во всех группах, однако чаще у детей в возрасте 1—3 лет — у 47 (71,9%), чем 8—14 лет — у 5 (41,6%). Гастрозерит с частой стула более 10 раз отмечался во всех группах, но чаще в группе детей 8—14 лет — у 10 (83,3%), чем в 1 группе — у 40 (58,7%). Длительность токсического синдрома (более 4-х дней) у детей у группы в возрасте 1—3 лет отмечалась у 20 пациентов (30%), у детей 3 группы — у 1 (8%), длительность диареи (свыше 4 дней) в первой группе сохранялась у 46 (67,6%), в третьей группе 8—14 лет — у 2 (16,6%).

Таким образом, изучение ассоциированных ОКИ у детей в возрастном аспекте показало, что микст-инфекции чаще регистрируются у детей в возрасте 1—3 лет. Во всех возрастных категориях значительно преобладают бактериально-вирусные ассоциации, среди вирусного агента доминирует ротавирус, среди бактериального — *St. aureus*. Более тяжелое течение БВА отмечалось у детей в возрасте 1—3 лет, с длительными проявлениями токсического и диарейного синдрома. Бактериально-вирусные ассоциации с сальмонеллезной и эшерихиозной этиологией регистрировались только у детей раннего возраста.

32 Функциональные нарушения кишечника при вирусных диареях у детей

Заварцева Л.И., Копачевская К.А., Тромбачев А.В.

ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет» МЗ РФ,
КГБУЗ «Детская краевая клиническая больница»
имени А.К. Пиотровича», Хабаровск, Россия

Острые кишечные инфекции (ОКИ) остаются значимой проблемой здравоохранения. Основной этиологией ОКИ в настоящее время у детей являются вирусы. Изучение функционального состояния ЖКТ при вирусных диареях является актуальной проблемой, позволяющей уточнить патогенетические аспекты заболевания и назначить эффективную терапию. Основным, простым и доступным лабораторным тестом оценки функционального состояния ЖКТ является копрологический метод, по-

звolyающий составить представление о топики и тяжести поражения отделов пищеварительной системы.

Цель: изучение функционального состояния ЖКТ при вирусных диареях у детей.

Материалы и методы. Нами обследовано копрологическим методом 100 детей грудного и раннего возраста, больных ротавирусной инфекцией, находившихся на лечении в ДККБ им. А.К. Пиотровича г. Хабаровска в 2017 г. Этиологию заболевания доказывали методом бактериологического исследования кала, антиген ротавируса определяли методом ИФА.

Результаты. Большая часть больных (55) поступали в стационар на 1 (18) и 2 (37) день болезни с топикой инфекционного процесса гастроэнтерит (89%) и энтерит (8%). Преморбидный фон и сопутствующая патология регистрировалась у 37 больных. Копрологические исследования выявили у 40% больных нарушения переваривания белков, в основном по типу нарушения полостного и пристеночного переваривания. Это свидетельствовало о нарушениях секреции поджелудочной железы и кишечных энтерокиназ. Большие изменения были выявлены при анализе нарушений жирового обмена: нейтральный жир был выявлен в копрограмме у 37 больных (умеренные — 31, выраженные 6), жирные кислоты — у 76 (умеренные — 37, выраженные — 38), что указывало на недостаточность функции поджелудочной железы и печени (отток желчи и активация ферментов). Нарушения углеводного обмена, по данным копрограммы, имели 63% больных вирусной диареей.

Таким образом, анализ копрограмм у детей раннего возраста, больных вирусной диареей, выявил значительные нарушения переваривающей функции ЖКТ, что свидетельствовало о вовлечении в патогенез заболевания не только энтероцитов тонкого кишечника, но и поджелудочной железы и печени. В комплекс терапии вирусных диарей необходимо включать мероприятия по восстановлению функции печени и поджелудочной железы.

33

Клещевая пятнистая лихорадка у ребенка 9 лет после посещения Крыма

**Зверева Н.Н.¹, Сайфуллин М.А.^{1,2,3}, Карань Л.С.⁴, Ларичев В.Ф.³,
Бутенко А.М.³, Базарова М.В.², Сайфуллин Р.Ф.^{1,2}, Сметанина С.В.²**

¹ ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России,

² ГБУЗ Инфекционная клиническая больница №1 ДЗМ,

³ ФГБУ НИЦЭМ им. Н.Ф. Гамалеи,

⁴ ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва, Россия

Цель: описание клинического случая клещевой пятнистой лихорадки.

Клиническое наблюдение. Мальчик К., 9 лет, с 16.06 по 01.07 находился в пансионате в Крыму. Посещал природный заповедник в горах, купался в море, бассейне. Отмечал укусы комаров, напоязания клещей отмечено не было. Пил некипяченую воду из скважины, ел овощные салаты без термической обработки.

1.07 на мочке левого уха появился папулезный элемент, 2—3.07 — однократная рвота (в эти дни рвота также отмечалась у мамы и младших брата и сестры). 4—5.07 чувствовал себя здоровым. 6.07 отмечалось повышение температуры тела до 38,7°С, 3-крат-

ная рвота, увеличение шейного лимфоузла слева, жалобы на боль в области мочки левого уха, где заметили нагноение под корочкой. Осмотрен педиатром, предположено течение ротавирусной инфекции, назначены энтеросорбент (лигнин гидролизный), комплексный иммуноглобулиновый препарат (свечи), хлорамфеникол с метилурацилом (мазь) на левое ухо. 7.07 температура тела до 38,8°C, однократная рвота, осмотрен врачом неотложной медицинской помощи, выявлена гиперемия слизистой ротоглотки, поставлен диагноз «ОРВИ», назначен амоксициллин 375 мг (получил однократно). Через несколько часов температура тела вновь повысилась до 38,6°C, госпитализирован в многопрофильный детский стационар.

При поступлении состояние средней тяжести, в сознании, фебрильно лихорадит. Пальпируется лимфоузел в заушной области слева, до 1,0 см в диаметре, безболезненный при пальпации. На лице, туловище, конечностях, в том числе ладонях и стопах — не обильная пятнистая сыпь без зуда. Слизистая ротоглотки умеренно гиперемирована. На мочке левого уха — гиперемия, умеренный отек, корочка. Осмотрен отоларингологом, диагностирован абсцесс мочки уха слева. В биохимическом анализе крови от 9.07 повышение уровня трансаминаз (АЛТ 129 ЕД/л, АСТ 130 ЕД/л), концентрация С-реактивного белка — 26 мг/л. При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости и почек 10.07 выявлена незначительная гепатомегалия без изменения структуры печени. По результатам рентгенографии органов грудной клетки 10.07 описано снижение пневматизации справа, что было расценено как правосторонняя нижнедолевая полисегментарная пневмония. Назначен цефтриаксон с 7 по 10.07, интерферон альфа 2b (ректально), инфузионная терапия глюкозо-солевыми растворами. Несмотря на проводимую терапию продолжал лихорадить с нарастанием симптомов интоксикации. Сохранялась пятнисто-папулезная экзантема на коже туловища, конечностей, появилась экзантема с геморрагическим компонентом на мягком небе, инъекция сосудов склер. Заподозрена лихорадка Западного Нила. В связи с подозрением на заболевание, требующее санитарной охраны города Москвы (приказ Департамента здравоохранения № 675), 10.07 переведен в Инфекционную клиническую больницу №1 г. Москвы.

В связи с пребыванием в эндемичном регионе, наличием первичного аффекта на мочке левого уха, регионарного лимфаденита, пятнистой экзантемы, повышением С-реактивного белка, сдвигом лейкоцитарной формулы влево, отсутствием эффекта на фоне терапии цефалоспориновыми антибиотиками, врачами ИКБ №1 заподозрено течение клещевой пятнистой лихорадки, назначен доксициклин 150 мг/сут перорально, симптоматическая терапия. 11.07 в Отделе молекулярной диагностики и эпидемиологии лаборатории ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора методом ПЦР с использованием набора реагентов «Амплисенс *Rickettsia conorii*-Fl» была обнаружена ДНК *R. conorii* в крови и смыве с первичного аффекта пациента, что подтвердило предполагаемый диагноз клещевой пятнистой лихорадки. Рентгенограммы (в прямой и боковой проекциях), сделанные 10.07, были осмотрены совместно с врачом-рентгенологом ИКБ №1: участок правого легкого, описанный как пневмоническая инфильтрация, расценен как суммация теней, диагноз «Пневмония» исключен.

На фоне проводимой терапии самочувствие ребенка улучшилось, температура тела стойко нормализовалась с вечера 12.07 (через 36 часов от начала лечения доксициклином), сыпь угасла. Мальчик выписан домой в удовлетворительном состоянии на 10-й

день болезни (6-е сутки госпитализации в ИКБ №1). При дальнейшем амбулаторном наблюдении самочувствие оставалось удовлетворительным. В проведенном серологическом исследовании парных сывороток крови, проведенных в Отделе молекулярной диагностики и эпидемиологии лаборатории ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора методом ИФА, отмечено появление антител IgM к *Rickettsia conorii*.

34 Пробиотики в комплексном лечении острых кишечных инфекций у детей

**Ибрагимова Г.Х., Ахмедова С.И.,
Гарагезова А.А., Мамедов С.Б.**

Кафедра инфекционных болезней,
Азербайджанский Медицинский Университет, г. Баку, Азербайджан

Значимость острых кишечных инфекций (ОКИ) у детей на сегодняшний день определяется не только их высокой распространенностью, но и частотой неблагоприятных последствий в исходе заболевания. Анализ течения и исходов ОКИ обуславливает необходимость применения в комплексе терапевтических воздействий при ОКИ, наряду с антибактериальными средствами и инфузионной терапией, препаратов из живых культур представителей нормальной микрофлоры кишечника человека и веществ микробного происхождения. Особое место как источники пробиотических микроорганизмов занимают препараты на основе *Lactobacillus* и/или *Bifidobacterium*.

Цель. В связи с этим, нами была изучена клиническая эффективность препарата Probiocsin Kids при ОКИ у детей.

Материалы и методы. Основную группу наблюдения составили 30 детей в возрасте от 1 до 5 лет, которые находились на стационарном лечении с диагнозом ОКИ (гастроэнтерит, гастроэнтероколит или энтероколит с токсикозом и эксикозом 1—2 ст.). Соответственно группу сравнения составили 15 детей. Все пациенты имели легкие и среднетяжелые формы ОКИ. Обе группы были одинаковыми по спектру нозологических форм ОКИ. Преобладали дети с инвазивными диареями, вызванными сальмонеллой, шигеллой, условно-патогенной флорой (стафилококком, протеем и др.), а также с энтероколитами неясной этиологии.

Всем детям была назначена базисная терапия, включающая этиотропное лечение, регидратационную и дезинтоксикационную терапию. Детям основной группы на фоне базисной терапии дополнительно был назначен Probiocsin Kids в дозе, рекомендуемой производителем при ОКИ: детям в возрасте 1—3 года ½ пакета 2 раза, 3—6 лет — 1 пакет 1—2 раза в день на протяжении 2—3 недель. Содержимое пакетиков разбавляли в 10—15 мл воды, детям младшего возраста возможно также добавлять в пищу.

Заключение. Сопоставление продолжительности основных клинических симптомов заболевания (улучшение общего состояния на 2—3-й день лечения, прекращение рвоты, нормализация температуры тела, исчезновение симптомов интоксикации, улучшение аппетита, к 5—6-му дню после начала лечения купирование диарейного синдрома) у детей основной и контрольной групп и длительности проводимой терапии показало, что применение препарата Probiocsin Kids в комплексной терапии инвазив-

ных и секреторных диарей способствует более быстрой инволюции патологической симптоматики.

35 Современные эпидемиологические особенности острых кишечных инфекций у детей

Ибрагимова Г.Х., Ахмедова С.И., Гарагезова А.А., Мамедов С.Б.

Кафедра инфекционных болезней,
Азербайджанский Медицинский Университет, г. Баку, Азербайджан

Острые кишечные инфекции (ОКИ) относятся к заболеваниям, имеющим важное социально-экономическое значение, они стабильно удерживают второе место в структуре инфекционной заболеваемости и смертности в мире. Несмотря на значительные успехи, достигнутые в разработке вопросов профилактики, диагностики и лечения, более половины регистрируемых острых диарей приходится на детский возраст.

Материалы и методы. Нами проведен анализ динамики заболеваемости ОКИ у детей, госпитализированных в профильный стационар за 2013—2018 годы.

Результаты. Было выявлено, что за указанный период наблюдается некоторая тенденция к снижению заболеваемости ОКИ, но вместе с этим, остается высоким уровень неverifiedированных кишечных инфекций, что связано с недостаточной этиологической расшифровкой кишечных инфекций, как у детей, так и у взрослых.

Преобладали дети с инвазивными диареями, вызванными сальмонеллой, шигеллой, а также условно-патогенной флорой (стафилококком, протеем и др). Энтероколит неясной этиологии наблюдался у 58% детей. При этом имеет место отчетливое снижение заболеваемости шигеллезом. В возрастной структуре среди госпитализированных преобладали дети первых четырех лет жизни.

Анализ жалоб при поступлении и данных анамнеза болезни выявил, что заболевание во всех случаях начиналось остро, с развития синдрома диареи и общеинфекционных симптомов. В первые сутки от начала болезни были госпитализированы большинство детей (45,7%), а в первые 3 дня — 39,1%. Снизилось количество пациентов, госпитализированных в поздние сроки ($p < 0,05$). Сравнительная оценка клинической картины ОКИ свидетельствует о значительном увеличении частоты среднетяжелых форм заболевания (89,1% против 66,5% в предыдущие годы, $p < 0,001$). Средняя длительность диареи имеет тенденцию к сокращению ($5,4 \pm 0,3$ против $7,3 \pm 0,5$ дней, $p > 0,05$). Экзикоз 1—2 степени был выявлен у 54,4% детей ($p > 0,05$). Стали реже регистрироваться затяжное течение болезни (2,6% и 9,2% случаев; $p > 0,05$).

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о том, что в настоящее время течение ОКИ характеризуется наличием типичных клинико-эпидемиологических черт с тенденцией к снижению частоты тяжелых и затяжных форм что, по-видимому, связано с ранним началом лечения и оптимизацией терапии на современном этапе, а также повышением медицинской активности населения.

36 Эффективность комбинированной терапии препаратами рекомбинантного интерферона α -2b при инфекционном мононуклеозе у детей

Иккес Л.А., Мартынова Г.П., Богвилене Я.А., Евреимова С.В.

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

На современном этапе отмечается рост заболеваемости герпесвирусными инфекциями (ГВИ). Одной из наиболее частой клинической формой ГВИ является инфекционный мононуклеоз (ИМ), к основным этиологическими факторам которого относятся ВЭБ, ЦМВ, ВГЧ-6, 7, ВПГ-1, 2. Герпесвирусы оказывают первичное повреждающее действие на слизистую оболочку верхних дыхательных путей, поражая, в том числе, лимфоидную ткань небных миндалин, снижая местный иммунитет слизистой, способствуют формированию идеальных условий для присоединения бактериальных патогенов, что в свою очередь пролонгирует явления тонзиллита у пациентов с ИМ.

Материалы и методы. Нами изучена эффективность использования человеческого рекомбинантного интерферона α -2b (рИНФ α -2b) в виде геля для наружного применения в комплексной терапии 115 пациентов с ИМ в возрасте от 3 до 11 лет, госпитализированных в инфекционное отделение КГБУЗ «КМДКБ №1» за 2017–2018 гг. В зависимости от проводимой терапии больные были разделены на три группы: дети I группы (50 чел.) получали комбинированную терапию препаратом человеческого рекомбинантного интерферона α -2b (рИНФ α -2b) ВИФЕРОН® суппозитории ректальные (согласно возрастной дозировке через 12 часов), 10 дней, и геля для наружного применения, который наносился на слизистые оболочки миндалин и носовых ходов 2 раза в день, 10 дней. Пациенты II группы (35 чел.) получали рИНФ α -2b ВИФЕРОН® только в виде ректальных суппозиториев. Детям III группы (сравнения — 30 чел.) назначалась только базисная патогенетическая и симптоматическая терапия.

Результаты исследования показали, что у больных ИМ, получавших комбинированную терапию препаратом Виферон® ректальные суппозитории в сочетании с Виферон® гелем для наружного применения, продолжительность всех клинических симптомов заболевания была достоверно короче. Длительность синдрома острого тонзиллита сократилась в 4,5 раза. При этом у больных, получающих комбинированную терапию, длительность ангинозного периода составила $5 \pm 2,2$ дней, во II группе — $7 \pm 1,8$ дней ($p < 0,05$), тогда как у больных III группы (сравнения) явления острого тонзиллита сохранялись достоверно дольше — $9,5 \pm 1,7$ дней ($p < 0,05$).

37 Состояние показателей гемограммы у больных хроническим гепатитом В на фоне анемии воспаления

Иноятова Ф.И., Икрамова Н.А., Иногамова Г.З., Валиева Н.К.

Республиканский Специализированный Научно-практический Медицинский Центр Педиатрии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Цель: изучить состояние гемограммы у детей, больных хроническим гепатитом В (ХГВ) на фоне анемии воспаления (АВ).

Материал и методы. Обследовано 140 детей, больных ХГВ с АВ, в возрасте 3—18 лет. Из них 60,7% детей с рефрактерной анемией (РА) и 39,3% с не рефрактерной (нРА). В диагностике АВ использовался «Алгоритм дифференциальной диагностики АВ у детей, больных ХГВ» [Иноятова Ф.И., 2013]. Факт анемии устанавливался согласно критериям ВОЗ. Группа контроля была сформирована из 20 практически здоровых детей. Верификацию HBV проводили методами ИФА и ПЦР. Общий анализ крови проводили на гематологическом автоматическом анализаторе «Mindray» модели BC-5800 (Китай).

Результаты. Изучение гемограммы у больных ХГВ выявило снижение средних значений RBC и Hb, независимо от варианта течения АВ, соответственно до $3,9 \pm 0,06 \times 10^{12}/л$ и $112 \pm 0,6 \text{ г/л}$ — у детей с РА и до $3,8 \pm 0,07 \times 10^{12}/л$ и $109 \pm 1,0 \text{ г/л}$ — у детей с нРА, (при контроле $4,6 \pm 0,1 \times 10^{12}/л$ и $130,6 \pm 2,5 \text{ г/л}$, $p < 0,001$). Вместе с тем, при анализе эритроцитарных индексов гемограммы были получены различия. Так, по параметру MCH, у детей с нРА была выявлена гипохромная анемия со средним значением $MCH = 25,7 \pm 0,3 \text{ pg}$, ($p < 0,001$). В отличие, у детей с РА — нормохромная ($30,0 \pm 0,2 \text{ pg}$, при контроле $32,5 \pm 1,8 \text{ pg}$, $p > 0,05$). Анализ MCV на фоне нРА выявил микроцитарную анемию, со средними значениями $78,9 \pm 0,9 \text{ fl}$ ($p < 0,01$), тогда как для детей с РА была характерна нормоцитарная анемия — $84,3 \pm 0,6 \text{ fl}$ (при контроле $86,2 \pm 2,5 \text{ fl}$, $p > 0,05$). В тоже время если на фоне нРА средние значения RDW повышались до $14,8 \pm \pm 0,2\%$, ($p < 0,01$), то при РА его значения сохранялись на уровне контрольных — $13,8 \pm \pm 0,1\%$ ($p > 0,05$). Расчет индекса MCV/RDW выявил его наибольшее снижение у детей при нРА — до $4,9 \pm 0,1$ ($p < 0,01$ к группе детей с РА — $6,0 \pm 0,1$ и контролю — $6,6 \pm 0,2$).

Заключение. У больных ХГВ картина гемограммы зависит от варианта течения анемии воспаления: для РА характерна нормоцитарная нормохромия, для нРА — микроцитарная гипохромия с гетерогенным анизоцитозом. Ориентиром в дифференциации могут служить индексы MCV/RDW в соотношении с MCH. Таким образом, учитывая низкую информативность рутинных методов диагностики — триады параметров — RBC, Hb и цветного показателя, детям, больным ХГВ, в диагностике анемии воспаления рекомендуется использование развернутой формулы гемограммы.

38 **Диагностическая значимость маркеров транспортной системы метаболизма железа у больных с синдромом перегрузки железом при хронической HBV-инфекции**

Иноятова Ф.И., Кадырходжаева Х.М., Ахмедова А.Х., Абдуллаева Ф.Г.

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

Цель: изучить состояние маркеров транспортной системы метаболизма железа у детей, больных хроническим гепатитом В (ХГВ) с синдромом перегрузки железом (СПЖ).

Материалы и методы. Обследовано 185 детей, больных ХГВ с СПЖ, в возрасте 4—18 лет. Диагноз ХГВ устанавливался на основании общепринятых клинико-лабораторных и инструментальных исследований. Методом ИФА определяли: FPN (ферропортин),

HEPN (гефестин), TfR-2 (рецепторы трансферрина-2) в сыворотке крови с использованием реактивов SEC489Hu, SEC918Hu и SEA262Hu фирмы «Cloud-Clone Corporation», USA. Вычислялся коэффициент насыщения трансферрина (КНТ) по формуле $sTfR/Log$ ферритина, который является критерием степени СПЖ: КНТ < 0,2 — тяжелая степень, КНТ < 0,5 — средняя, КНТ > 0,5 — легкая степень СПЖ. Контрольную группу составили 30 практически здоровых детей.

Результаты. Из числа обследованных больных частота повышенных значений FPN увеличивалась по мере увеличения степени СПЖ: 58,8% — легкая степень, 64,7% — средняя степень, 100% — тяжелая степень. 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 СПЖ ($18,5 \pm 1,3$ ng/ml) и на $12,1$ ng/ml — при тяжелой степени СПЖ ($13,5 \pm 1,5$ ng/ml) относительно показателя детей с легкой степенью СПЖ ($25,6 \pm 3,6$ ng/ml, $p < 0,01$ — $0,001$). Анализ уровня HEPN выявил у детей с легкой степенью СПЖ достоверно высокие цифры до $11,7 \pm 1,3$ ng/ml 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, $p < 0,01$), ($p < 0,01$ — $0,001$ относительно контроля).

Заключение: У детей, больных ХГВ, с нарастанием степени СПЖ уровень FPN повышается, уровень HEPN/TfR-2 снижается, что свидетельствует о поломке молекулярных механизмов транспортной системы метаболизма железа на уровне эритроцитов и гепатоцитов, что требует разработки эффективных схем лечения с учетом патогенетических механизмов.

39 Симптомы «Красного флага» при менингококкцемии у ребенка младшего возраста, согласно критериям RCPCH (Royal College of Pediatric and Child Health)

Калдыбаева М.М., Даулеткельды А.

Детская городская инфекционная больница г. Алматы,
г. Алматы, Казахстан

Для дифференциального диагноза менингита и менингококкцемии в мире разработаны критерии, в частности, RCPCH, нацеливающие врача на поиск симптомов недостаточности гемодинамики и периферического кровообращения на ранних стадиях инфекционно-токсического шока, сопровождающегося ДВС.

Приводим собственное наблюдение. Ребенок Б., 3 года 8 мес., поступил в стационар с диагнозом острый гнойный менингит средней степени тяжести на вторые сутки от начала заболевания. В анамнезе лихорадка до $38,2^{\circ}\text{C}$, резкая слабость и боли в ногах, бледность лица и тела, однократная рвота. Ребенок не мог устоять на ногах при попытке встать. Состояние при поступлении тяжелое, ребенок летаргичен, практически не отвечает на вопросы. Температура $38,7^{\circ}\text{C}$, очень бледный, сыпи нет. Ригидность мышц затылка, симптом Кернига положительный, светобоязнь, сильные боли в ногах. Руки и ноги холодные на ощупь, положительные симптом белого пятна (больше 2 с). Рвота была один раз,

тахикардия до 120 ударов в минуту, границы сердца в норме, тоны ритмичные, ЧД 50 в минуту.

Проводилось введение NaCl 0,9 % — 20,0 мл/кг за 10 мин., цефтриаксон 50 мг/кг 1 раз в/м, MgSO₄ 0,25% — 2,0 мл в/м, диакарб. Состояние ребенка стабилизировалось, тахикардия исчезла, ЧСС 95 в мин., бледность уменьшилась, конечности потеплели, ребенок стал реагировать на окружающих. На 2-й день доза цефтриаксона была увеличена до 100 мг/кг. В пункте ЦСЖ, сделанной после купирования признаков сердечно-сосудистой недостаточности, жидкость вытекает под давлением, прозрачность неполная, цитоз 53 клетки, нейтрофилы 72%, белок 3 г/л. В крови лейкоцитоз, нейтрофиллез, тромбоциты 307 млн/мл. Выставлен диагноз: менингококковая инфекция, генерализованная форма, менингококкемия, менингит. После 3-х дней лечения менингеальные знаки исчезли, на 9 день в ЦСЖ — цитоз 44 клетки, лимфоциты 91%, белок 0,26 г/л. Бактериальный посев на менингококк отрицательный.

Данный случай демонстрирует наличие ранних прогностических признаков менингококкемии — симптомов «Красного флага», включающих боли в ногах, похолодание конечностей и положительный симптом белого пятна, бледность, тахикардию, которые являются ранними проявлениями инфекционно-токсического шока, купированного в т. ч. инфузионной терапией.

40 Восприимчивость пациентов детского возраста к туберкулезной инфекции в отношении полиморфизма гена NRAMP1 в Краснодарском крае

Кальченко И.С., Нурмухаметов Е.В.

ГБУЗ «Специализированная клиническая детская инфекционная больница», г. Краснодар, Россия

Различные генетические факторы играют существенную роль в восприимчивости к микобактерии туберкулеза, в т.ч. ген NRAMP1.

Мы приняли во внимание одну из широко распространенных частот аллелей полиморфизма гена NRAMP1 и ассоциировали его с восприимчивостью к туберкулезу и БЦЖ-опосредованными осложнениями у детей и подростков.

Материалы и методы. Исследование проводилось у 65 детей с туберкулезной инфекцией в возрасте от 10 до 15 лет без сопутствующей патологии, без отягощенного эпидемиологического анамнеза. Было выделено 3 группы исследуемых: первая группа — 19 здоровых детей, вторая — 11 детей с БЦЖ-опосредованными осложнениями и третья группа — 35 пациентов с установленным диагнозом активной формы туберкулеза легких (туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, инфильтративный, очаговый туберкулез, первичный туберкулезный комплекс). ДНК была получена из периферической крови, выделена с помощью полимеразно-цепной реакции по методике С. Soborg (2002 г).

Результаты. Исследование показало, что в группе здоровых детей нет разницы между фактическим результатом наблюдения и предполагаемой частотой генотипов С/С (фактическая — 0,1221, предполагаемая 0,1203), G/G (фактическая — 0,4998, предполагаемая 0,5071), С/G (фактическая — 0,4889, предполагаемая 0,4715). Тогда как

в группе детей с БЦЖ-опосредованными осложнениями, и группе детей, больных активной формой туберкулеза легких, гомозиготные генотипы встречаются в 11,1% случаев.

Таким образом, результаты исследования подтверждают влияние генотипа С/С на восприимчивость к туберкулезу в виду того, что этот генотип встречается только у здоровых детей, доказывая, наряду с другими генетическими факторами, резистентность к туберкулезной инфекции. Данная маркерная последовательность с помощью ПЦР-диагностики обеспечивает максимальную специфичность и чувствительность анализа, что способствует его широкому применению с целью выявления устойчивости к туберкулезной инфекции в практическом здравоохранении у детей Краснодарского края.

41 Острый менингоэнцефалит HHV-6 этиологии, случай из практики

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

Кафедра инфекционных болезней у детей ГБОУ ВПО РНИМУ
им Н.И. Пирогова МЗ РФ,
МДГКБ ДЗМ, г. Москва, Россия

Актуальность. По данным ряда авторов, инфицирование детей HHV-6 происходит на первом — втором году жизни. В США, Японии установлено, что приобретенная HHV-6 инфекция встречается преимущественно у младенцев 6—18 месяцев жизни, к трем годам почти все дети инфицируются этим вирусом и сохраняют иммунитет на всю жизнь. Одной из тяжелых клинических форм заболеваний, связанных с HHV-6 инфекцией, является поражение ЦНС. Основными причинами поражения ЦНС в 20—27% является цитомегаловирус, в 10—15% — вирус Эпштейна-Барр, в 15—20% — вирус простого герпеса. Данных о поражении ЦНС HHV-6 в настоящее время недостаточно. Так, по данным Никольского М.А. (2012), HHV-6 является причиной нейроинфекции (менингит, энцефалит), однако в проведенных исследованиях выявление ДНК HHV-6 в спинномозговой жидкости у детей было очень низким. При нейроинфекции HHV-6 этиологии, кроме фебрильных судорог, возможно развитие эпилепсии. Причинами фебрильных судорог может быть как прямое повреждающее действие на ЦНС, так и опосредованное за счет активации интерлейкина-8 в ликворе. По данным Murakami K.A. (2004), Ward K.N. (2005), на долю судорог, обусловленных HHV-6, приходится 20—40%. По данным Никольского М.А. (2012), у 29 детей в возрасте от 1 мес. до 7 лет, поступивших в стационар с респираторными инфекциями, в 41% случаев фебрильные судороги были сопряжены с HHV-6 инфекцией. По данным Кускова Т.К. (2004), HHV-6 селективно тропен к CD4⁺ Т-клеткам, поражает Т-клетки с детерминантами CD3⁺, CD5⁺, CD7⁺, CD8⁺. Вирус реплицируется в Т-лимфоцитах, моноцитарно-макрофагальных, мегакариоцитах, глиальных клетках, клетках тимуса, в свежевыделенных лимфоцитах человека. Инфицированные HHV-6 клетки на 5-й день образовывали синцитии с ядерными и цитоплазматическими включениями, отмечались «баллонообразные» крупные клетки, репродукция вируса сопровождалась деструкцией и лизисом клеток. В связи с этим в протокол лечения нейроинфекции HHV-6 этиологии должны входить препараты группы анормальных нуклеозидов, препараты интерферонового ряда, препараты для активации Т- и В-клеточного отве-

та, высокоактивные иммуноглобулины. По данным Kawano Y. (2000), при лечении пациентов с ННВ-6-вызванным менингоэнцефалитом ганцикловиром, гамма-глобулином и интравентрикулярными инфузиями альфа-интерферона, удалось устранить ДНК вируса из цереброспинальной жидкости.

Цель: Описание клинического случая острого менингоэнцефалита, вызванного ННВ-6 инфекцией.

Клиническое наблюдение. Под нашим наблюдением находился ребенок А., 3 лет с диагнозом: Менингоэнцефалит ННВ-6 этиологии. Двусторонний гайморит. ЗЧМТ, сотрясение головного мозга. Судорожный синдром. Ушибы и ссадины лица и конечностей. ОД гематома век. Ссадина параорбитальной области. Рекуррентные ОРВИ.

Ребенок поступил в ОРИТ МДГКБ 17.10.2018, переведен в 22-е инфекционное отделение 19.10.2018. Со слов родителей, неделю назад перенес ОРВИ с однократной рвотой. 17.10.18 ребенок упал во время катания на самокате. Дома ребенок стал вялый, перестал отвечать на вопросы. Наблюдалась однократная рвота, дефекация, после чего родители самостоятельно обратились в приемное отделение МДГКБ. При поступлении состояние оценивалось как тяжелое, температура тела — 36,8°C, отмечается дефицит сознания на уровне умеренной комы: ребенок с открытыми глазами, команды не выполняет, постановывает, на вопросы не отвечает, на болевой раздражитель не реагирует. Тремор в руках и ногах, который купируется при тактильном контакте. Выражены менингеальные симптомы: Кернига с двух сторон, нижний Брудзинского сомнительный. Отмечается симптом Гертвига — Мажанди. Мышечный тонус дистоничный без четкой разницы сторон, сухожильные рефлексы $D \geq S$. Заключение: у ребенка с учетом анамнеза, очаговой неврологической симптоматики, данных нейровизуализации нельзя исключить течение нейроинфекции (менингоэнцефалит), дифференциальный диагноз с ОНМК по ишемическому типу в бассейне левой СМА, синусовым тромбозом.

При обследовании в клиническом анализе крови нейтрофильный лейкоцитоз до 24,1 тыс, увеличение количества палочкоядерных лейкоцитов до 8%, что свидетельствует о бактериальной этиологии заболевания. В биохимическом анализе крови небольшое повышение уровня мочевины, что может отражать наличие реактивных изменений на фоне инфекционного заболевания. 17.10.2018 на компьютерной томография головного мозга выявлено диффузное изменение вещества мозга на уровне височных долей, что может соответствовать отеку мозга. 18.10.2017 выполнена магнитно-резонансная томография сосудов головного мозга (МРА и МРВ), выявлена анатомическая особенность правой ВСА (задняя трифуркация). Данных за синусовый тромбоз не получено. Убедительных МР-признаков очагового поражения вещества головного мозга не выявлено. Накопление контрастного вещества оболочками мозга не позволяет исключить изменений воспалительного характера. На ЭЭГ эпилептическая активность на участках записи, свободных от артефактов, не зарегистрирована. В СМЖ от 18.10.18 цитоз 528/3 мкл (нейтр. 482 кл., лимф. 46 кл.), ликвор мутный, общий белок 1,470 г/л, глюкоза 4,68 ммоль/л, что свидетельствует о наличии воспаления в мозговых оболочках. Методом латексной агглютинации от 18.10.18 растворимые антигены *Hlb*, *Str. gp. B*, *N. meningitidis* групп A, C, B, Y, W135, *E. coli* K1 — не обнаружены. В ликворе обнаружена ДНК ННВ-6 методом ПЦР. При повторном исследовании СМЖ от 18.10.2018 на фоне проводимой терапии отмечена положительная динамика — уменьшение цитоза 180/3 мкл (нейтр. 87 кл., лейкоц. 9 кл., макроф. 4 кл.), нормализация уровня белка.

В связи с имеющимися данными проведено лечение: антибактериальная терапия (цефтриаксон 100 мг/кг 2 р/сут), противовирусная терапия (ацикловир 20 мг/кг 3 р/день в/в), противовоспалительная и противоотечная терапия (дексаметазон 2 мг 3 р/день), дегидратационная терапии (лазикс по 5 мг каждые 8 часов), противосудорожная терапия (конвулекс 30 мг/кг/сут), иммуномодулирующая терапия (в/в человеческий иммуноглобулин из расчета 1 г/кг/курс в течение 3-х дней (19, 20, 21 октября), доза получена полная из расчета 0,2 г/кг). С целью дезинтоксикации показано проведение инфузионной терапии 500 мл в сутки. Энтеральное питание смесью Пептамен-Юниор.

С учетом положительной неврологической и соматической динамики ребенок 19.10.2018 был переведен в 22 инфекционное отделение МДГКБ. На 24.10.18 состояние остается тяжелым, ребенок в сознании, не лихорадит. Кормится через рот. На осмотр реагирует негативно, в неврологическом статусе отмечается тремор в верхних и нижних конечностях, походка шаткая, мышечный тонус дистоничный с элементами зубчатого колеса. D ≥ S. К 25.10.18 отмечена выраженная положительная динамика, ребенок стал активный, контактный, тремора конечностей не отмечается, очаговых и менингеальных знаков нет. 02.11.18 года ребенок выписан домой с выздоровлением.

Заключение. Таким образом, наличие менингоэнцефалита ННВ-6 этиологии было подтверждено комплексом лабораторно-инструментальных методов обследования, протокол обследования и лечения согласно разработанным стандартам был выполнен полностью, что способствовало купированию симптомов заболевания и улучшению состояния ребенка. Развитие менингоэнцефалита ННВ-6 этиологии не является первичной ННВ-6 инфекцией. Ребенок часто болеет респираторными инфекциями, посещает с 2-х летнего возраста организованный коллектив, на момент поступления перенес ОРЗ, синусит. Ребенок в дальнейшем нуждается в наблюдении у инфекциониста с целью выявления наличия активности ННВ-6 инфекции и необходимости ее дальнейшего лечения.

42 Клинические особенности пневмонии на фоне токсокароза у ребенка 7 лет

Ковалева О.В.¹, Литяева Л.А.¹, Закопаева Е.С.²

¹ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России, Оренбург

²Областная Оренбургская клиническая инфекционная больница, Оренбург, Россия

Клиническое наблюдение. Девочка, 7 лет 10 месяцев, из асоциальной семьи, бродяжничала, жила в антисанитарных условиях, был тесный контакт с собаками. Принята в социальный Центр г. Кувандык.

Заболела остро с появления болей в горле, через несколько часов появилась одышка, в связи с чем в тяжелом состоянии была госпитализирована сначала в ГБУЗ «Городская больница» г. Кувандыка с жалобами на малопродуктивный кашель, одышку, вялость, а затем санавиацией была транспортирована в реанимационное отделение инфекционной больницы г. Оренбурга с диагнозом: Внебольничная двусторонняя пневмония. ДН 2 степени.

Объективно — состояние тяжелое за счет дыхательной недостаточности (ДН) — одышка смешанного характера. Дыхание ослаблено в нижних отделах, влажные мелко-

пузырчатые хрипы с обеих сторон. SaO₂ 93%. Температура 37,1°C. В сознании, адекватна, ориентирована. Очаговая алопеция верхней части головы.

Лабораторное обследование: в гемограмме — гипохромная анемия легкой степени тяжести, лейкоцитоз — $21,3 \times 10^9$, эозинофилия 26%, СОЭ 18 мм в час. ПЦР мазка из носоглотки — выделен вирус *Human Rhinovirus*. Посев мокроты — выделен *Streptococcus viridians*. ИФА на токсокароз — выявлены иммуноглобулины класса G 1:3200.

Рентгенография органов грудной клетки — по легочным полям на фоне усиленного легочного рисунка множественные очаговые тени, местами сливного характера. Двусторонняя тотальная пневмония? Диссеминированный процесс неясной этиологии.

УЗИ внутренних органов — диффузные изменения паренхимы печени, почек, поджелудочной железы (признаки реактивности).

С учетом клинико-эпидемиологических и лабораторных данных выставлен диагноз: Токсокароз. Висцеральная форма. Двусторонняя пневмония смешанной вирусно-бактериально-паразитарной этиологии. ДН 2 степени.

Проведено лечение — увлажненный кислород, антибиотикотерапия — метронидазол, меронем, эритромицин, противопаразитарное лечение — пирантел; иммуновенин, инфузионная терапия, дексаметазон. На фоне проводимой терапии с 5-го дня отмечено купирование ДН. Переведена в отделение, выписана на 12 сутки госпитализации с клинико-рентгенологическим выздоровлением.

43 Особенности течения коклюша у привитого ребенка (клинический случай)

**Кокорева С.П., Илунина А.М., Макарова А.В.,
Шварцман В.М., Гусева Ю.А.**

ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России,
БУЗ ВО ОДКБ №2, Воронеж, Россия

Во многих регионах России, в том числе и в Воронежской области, в последние годы отмечается рост заболеваемости коклюшем. Болеют как непривитые, так и привитые дети. По мнению ученых, это может быть вызвано изменением антигенной структуры возбудителя и, в связи с этим, недостаточной эффективностью современных вакцин, непродолжительностью поствакцинального иммунитета и отсутствием ревакцинации школьников в РФ.

Клинический случай. Под наблюдением находилась больная Н., 9 лет, поступившая в ОДКБ №2 г. Воронежа 21.12.2017. Привита от коклюша вакциной АКДС согласно Национальному календарю. Больна с 11.12.2017, когда появился сухой кашель, температура не повышалась. Через 5—6 дней кашель усилился, стал приступообразным, иногда заканчивался рвотой. На 10-й день болезни во время одного из приступов частого мучительного кашля возникли кровоизлияния в склеры. Ребенок госпитализирован. Состояние средней тяжести, вне приступов кашля самочувствие не страдает. Кашель частый, приступообразный, короткий, без репризов, усиливается к вечеру. Отмечаются обширные кровоизлияния в склеры обоих глаз. Кожа обычной окраски, цианоза нет.

Был поставлен диагноз: «Коклюш, период спазматического кашля». Назначено лечение: амоксициллин/клавулановая кислота, бутамират, глицин, глазные капли этилметил-

гидроксипиридина сукцинат, таурин. В течение последующих 6 дней кашель становился все реже, и к выписке исчез совсем. Выписана на 7 день стационара (17 день болезни). Диагноз: «Коклюш, вызванный *Bordetella pertussis*, типичный, abortивное течение. Осложнение: субконъюнктивальное кровоизлияние обоих глаз». Диагноз подтвержден методом ИФА: *Bordetella pertussis* IgA (-), IgM (+), IgG (+). Бакпосевы и ПЦР слизи из ротоглотки (-). ОАК — без отклонений. Рентгенография грудной клетки: без патологии.

Клинический случай показывает, как может протекать заболевание у школьника, привитого от коклюша в раннем возрасте. Заболевание развивается типично, с выраженными пароксизмами кашля в разгаре болезни, однако, все периоды укорочены (5—6 дней — продромальный период, 8—10 дней — спазматический период). На наш взгляд, здесь можно говорить об abortивном течении коклюша. Особенностью лабораторных данных является отсутствие лимфоцитарного лейкоцитоза, отрицательные результаты бакпосевов и ПЦР на *Bordetella pertussis*, то есть у ранее привитых детей очень быстро происходит элиминация возбудителя в результате бурной выработки антител по типу «бустер-эффекта».

44 Грипп сезона 2017—2018 года

Кокорева С.П., Котлова В.Б., Трушкина А.В., Лернер М.С.

ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России,
БУЗ ВО ОДКБ №2, Воронеж, Россия

В Европе в эпидемический сезон 2017—18 гг. преобладали вирусы A(H3N2) и ямагатский вирус гриппа В, который не был в этот сезон включен в состав трехвалентных вакцин. В Воронежской области у госпитализированных детей в 2009—2011 гг. доминировал вирус A(H1N1)pdm09; в 2012—2013 — циркулировали два штамма вируса гриппа A(H1N1) и A(H3N2); в 2014—2015 грипп A(H3N2) уже составлял 53,8%, В — 23%, A(H1N1) — 23,1%; в 2015—2016 гг. снова доминировал A(H1N1) — 80,8%, грипп В — 0,3%, грипп А (H3N2) — 0,1%; в 2016—2017 наиболее часто регистрировался грипп В — 53,4%, A(H3N2) — 22,5%, A(H1N1) — 2,5%, А нетипир. — 21,6%. В сезон 2017—2018 гг. A(H1N1) составил 60,7%, А нетипир. — 19,2%, грипп В — 15%, A(H3N2) — 5%.

С января 2017 по апрель 2018 года в стационар госпитализировано 240 детей в возрасте от 4 месяцев до 15 лет. Подтвержденные случаи гриппа регистрировались с января, но пик заболеваемости пришелся на типичный для региона эпидемический сезон гриппа: февраль — апрель. Отмечено доминирование вируса гриппа A(H1N1) с пиком в марте, и нарастание доли гриппа В в конце эпидсезона. В предыдущий сезон 2016—2017 гг. было более раннее начало в ноябре и сдвиг эпидемического порога с февраля — марта на декабрь — февраль, при этом в начале сезона доминировал грипп A(H3N2), а в конце эпидсезона с пиком в марте — грипп В.

Грипп A(H3N2) был наиболее частой причиной госпитализации детей до 3 лет (51,5%), грипп A(H1N1) и В — старше 7 лет (44 и 40,1% соответственно). Основные клинические проявления гриппа были типичными при всех штаммах гриппа, но при гриппе В у 22% отмечался миалгический синдром (при гриппе А в — 3%), в то время как только при гриппе A(H3N2) и (H1N1) регистрировался судорожный синдром (3 и 8% соответственно), рвота (12 и 15%), явления ларингита (12,1 и 8%), а геморрагический синд-

ром — только при A(H1N1) — 12%. При гриппе A(H1N1) лихорадка в 84% была высокой фебрильной и сохранялась $4,6 \pm 0,29$ дня, в то время как при A(H3N2) — в 45% ($2,88 \pm 0,28$ дней), при B — только в 26% ($2,42 \pm 0,26$ дней).

Таким образом, повышение заболеваемости гриппом в 2017–18 гг. отмечалось в типичный в регионе эпидемический сезон. У детей наиболее тяжело с высокой и более длительной лихорадкой, геморрагическим и судорожным синдромами, протекал грипп A(H1N1), который как и грипп B, чаще регистрировался у школьников. При гриппе B у каждого пятого ребенка выявлялся миалгический синдром. С гриппом A(H3N2) чаще госпитализировались дети в возрасте до 3 лет.

45

Корь у детей в Астраханском регионе

Колоколов В.А., Колоколов О.В.

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,
Областная инфекционная клиническая больница
имени А.М. Ничоги, Астрахань, Россия

В Астраханской области в 2013 году отмечался резкий подъем заболеваемости корью. Причиной этого был занос инфекции взрослыми гражданами из сопредельных республик, которые были первыми госпитализированы с диагнозом «корь».

Целью нашего исследования было определение особенностей течения кори у детей на современном этапе.

Методом случайной выборки проанализировано 89 историй болезни детей, находившихся на лечении в Областной инфекционной больнице в период 2013–2016 гг. с диагнозом «корь». Диагноз был выставлен на основании клинических, эпидемиологических и лабораторных данных (ИФА). По возрасту дети распределялись следующим образом: до 1 года — 48 (53,9%), 1–3 года — 33 (37,1%), старше 3-х лет 8 (9 %) детей.

Результаты. У 73 (65%) детей корь протекала в средне-тяжелой форме, у 16 (35%) — в легкой форме. Из 41 ребенка, достигшего прививочного возраста, привито было только 7 человек (17%). Остальные дети не имели прививок из-за медицинских отводов и отказов родителей от вакцинации. Большинство детей 65 (73%) поступали в больницу на 1–2 день периода высыпаний. Из них 35 (54%) детей с диагнозом «Корь», 30 (46%) детей с диагнозом «ОРВИ, аллергическая сыпь, дерматит». 24 (27%) ребенка поступили в катаральном периоде кори. Направительный диагноз им был выставлен с учетом эпид. анамнеза (контакта по кори) и патогномичных признаков.

Клиническая картина кори у не привитых протекала типично. Катаральный период длился в среднем $4,3 \pm 1,2$ дня и характеризовался острым началом с повышением температуры тела, ринитом, конъюнктивитом, склеритом, слезотечением со светобоязнью, кашлем, разлитой гиперемией слизистой ротоглотки, коревой энантемой и пятнами Бельского-Филатова-Коплика (белые образования диаметром 1 мм на внутренней поверхности щек, окруженные зоной гиперемии). Период высыпания характеризовался повторным повышением температуры тела, сливной пятнисто-папулезной экзантемой на неизменном фоне, первые элементы которой появлялись за ушами, на лице и в течение 3-х дней распространялись на все туловище и конечности. Угасание сыпи проходило

в том же порядке, период пигментации продолжался 10–14 дней. У привитых детей каких-либо особенностей в течении кори мы не обнаружили. Осложнения имели место у 24 (27%) больных. Наиболее часто были со стороны верхних дыхательных путей (поздние ларингиты, бронхиты), у 5-х детей — катаральный отит, риносинусит.

Таким образом, корь на современном этапе сохраняет свои классические признаки, протекает типично, болеют преимущественно не привитые дети. Отказ родителей от плановой вакцинации приводит к снижению иммунной прослойки и способствует заболеваемости. Поздняя госпитализация больных в периоде высыпаний, а также с диагнозом «ОРВИ, аллергия» свидетельствует о недостаточной настороженности участковых врачей по диагностике кори.

46 Особенности течения метапневмовирусной инфекции у детей

**Колоколов В.А., Ратьева И.А., Ряскова Н.В., Чигрина Т.А.,
Демина О.А., Вязгина Е.В.**

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,
Областная инфекционная клиническая больница
имени А.М. Ничоги, Астрахань, Россия

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) являются наиболее частой патологией у детей. Этиологическая структура ОРВИ представлена свыше 200 различными типами вирусов. В последние годы идентифицированы новые возбудители респираторных заболеваний — метапневмовирус человека (HMPV), коронавирусы (HCoV-NK229E, NL63), бокавирусы и другие. Метапневмовирус был открыт в 2001 г. в Нидерландах. Это РНК-содержащий вирус, относится к семейству парамиксовирусов, ассоциирован с заболеваниями верхних и нижних дыхательных путей (Stockton J., 2002, Brooks W., 2007). Среди острых респираторных вирусных заболеваний доля метапневмовирусной инфекции составляет от 3-х до 15% (Williams J.V et al., 2004).

Целью нашего исследования было изучение клинических особенностей HMPV-инфекции у детей.

Под наблюдением находилось 68 детей с метапневмовирусной инфекцией, поступившие в Областную инфекционную клиническую больницу с диагнозом ОРВИ в первые 3 дня от начала заболевания. Этиологическая верификация осуществлялась выявлением РНК и ДНК вирусов в носоглоточном отделяемом методом ПЦР.

Результаты. В возрасте до 1 года жизни было 23 ребенка (34%), 1–3 года — 31 (46%), старше 3-х лет — 14 детей (20%). У 44 (65%) детей метапневмовирусная инфекция протекала как моно-инфекция, у 24 (35%) — как смешанная инфекция в ассоциации с вирусами парагриппа, гриппа, РС-вирусом, аденовирусом. Клиническая картина монометапневмовирусной инфекции характеризовалась острым началом, сочетанием катарального синдрома в виде гиперемии зева, ринита, симптомов интоксикации и обструктивного синдрома (у 75%). У 15% детей (все до 1 года жизни) отмечалась дисфункция ЖКТ в виде диспепсии. Длительность заболевания составляла $7,5 \pm 0,8$ дня. При сочетании метапневмовирусной инфекции с другими респираторными вирусами, клиниче-

ская картина не имела выраженных особенностей и изменялась в зависимости от вируса-ассоцианта. При этом средние сроки выздоровления удлинялись и составляли $8,7 \pm 0,5$ дней ($p < 0,05$).

Таким образом, метапневмовирусная инфекция чаще отмечается у детей раннего возраста, протекает преимущественно с обструктивным синдромом, у детей в возрасте до 1 года сочетается с расстройством ЖКТ по типу диспепсии. При микст-инфекции клиника зависит от возбудителя-ассоцианта, а средние сроки выздоровления удлинняются.

47 Микробиологическая эффективность вакцинации против пневмококковой инфекции в республике Казахстан

**Колоскова Е.А.¹, Рамазанова Б.А.¹, Мустафина К.К.¹,
Ералиева Л.Т.², Бисекенова А.А.¹**

¹Казахский Национальный медицинский университет
им. С.Д. Асфендиярова,

²Национальный научный центр фтизиопульмонологии МЗ РК,
Алматы, Казахстан

Актуальность. В Республике Казахстан вакцинация против пневмококковой инфекции 13-валентной вакциной стартовала в 2010 году с поэтапным внедрением в регионах к 2015 году. Однако, до внедрения вакцинации исследования о распространенности и циркуляции серотипов пневмококка не проводилось.

Цель: изучить распространенность носительства и актуальных серотипов пневмококка в двух областях Республики с разной длительностью вакцинации против пневмококковой инфекции (ПИ).

Материалы и методы. Исследование проводилось в течение двух временных периодов: 2014–2015 гг. в Караганде, где вакцинация против ПИ проводилась в течение трех лет и захватила период приостановки иммунизации в стране на 6 месяцев, и в Алматы, где вакцинация началась в мае 2015 года. Второй период исследования прошел весной 2016 года спустя 10 месяцев после начала/возобновления иммунизации в этих областях. Объектом исследования были здоровые дети в возрасте до 2 лет.

Результаты. До начала иммунизации распространенность носительства в регионе, где вакцинация еще не началась, составила 15,6% в сравнении с регионом, где вакцинация проводилась в течение трех лет — 4,7%. Спустя 10 месяцев после начала/возобновления вакцинации в Алматы носительство составило 14,1%, а в Караганде 17,6%. Серотиповой пейзаж в регионе до вакцинации был более разнообразен — 22 сероварианта с преобладающей частотой вакцинных серотипов — 3, 19F и 6 ABC. В регионе на фоне трехлетней вакцинации циркулировало 8 серовариантов с преобладанием невакцинных серотипов 15B, 31 и 38. После начала/возобновления вакцинации в Алматы частота циркуляции вакцинных серотипов снизилась с преобладанием невакцинных штаммов — 15A, 39F и 22F, тогда как в Караганде после приостановки вакцинации против ПИ на 6 месяцев стали регистрироваться вакцинные серотипы — 6ABC и 19A.

Заключение. Учитывая, что носительство *S. pneumoniae* рассматривается как предиктор развития пневмококковых заболеваний, полученные результаты свидетельствуют о

необходимости постоянной вакцинации против ПИ как залог успеха в снижении заболеваемости и смертности детей в возрасте до 5 лет.

48 **Значение герпесвирусов при внутриутробном инфицировании плода**

Косенчук В.В., Корниенко М.Н., Веселовский П.А., Каражас Н.В., Рыбалкина Т.Н., Бошнян Р.Е., Лысенкова М.Ю., Савенкова М.С., Иванова М.Ю.

ФГБУ «НИЦЭМ им. Н.Ф. Гамалеи» Минздрава России, Москва, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

Внутриутробные инфекции (ВУИ) занимают третье место в структуре заболеваемости новорожденных, а их осложнения приводят к ранней инвалидизации детей. На фоне часто встречающейся физиологической иммуносупрессии беременных происходит активация герпесвирусов (ГВ), которые становятся этиологическими агентами ВУИ.

Материалы и методы. Было обследовано 66 детей в возрасте до 1 месяца и 64 их матери (в 2 случаях были двойни) с перинатальной патологией из ДГКБ Св. Владимира и НПЦ им. В.Ф. Войно-Ясенецкого. Сыворотки крови и клетки крови, полученные от пациентов, исследовали на маркеры герпесвирусных инфекций (ГВИ): ВПГ-1 и ВПГ-2, ВЭБ, ЦМВ и ВГЧ-6. В сыворотке крови методом ИФА определяли антитела класса IgM и IgG к герпесвирусам, в клетках крови методом НРИФ обнаруживали антигены ГВ и методом БКМ выявляли ранние антигены ЦМВ и ВГЧ-6 или репродукцию ВПГ и ВЭБ в культуре клеток, зараженной исследуемым материалом.

Результаты. Маркеры активной ВПГИ были найдены у 29,7% обследуемых матерей, из которых у 4,7% — острая инфекция и у 25% — реактивация при хроническом течении, при этом эти же маркеры выявлены только у 21,2% детей, среди которых у 1,5% — первичная острая инфекция (выявлены IgM и/или антиген). Маркеры других активных ГВИ обнаруживали практически на одном уровне как у матерей, так и у детей: ВЭБИ — 14,1% и 12,1%, ЦМВИ — 12,5% и 9,4%, ВГЧИ-6 — 13,6% и 12,1% соответственно.

Реконвалесценцию ВПГИ выявляли у 39,1% родильниц, ВЭБИ — 10,9%, ЦМВИ — 15,6%, а у их новорожденных материнские антитела к ГВ были определены в следующем процентном соотношении: ВПГИ — 19,7%, ВЭБИ — 1,5%, ЦМВИ — 3%. Маркеры латентных ВПГИ, ВЭБИ и ЦМВИ чаще находили у детей: 57,6%, 74,2% и 69,7% против 29,7%, 60,9% и 54,7% — у матерей соответственно. Маркеры латентной ВГЧИ-6, наоборот, чаще выявляли у родильниц: 35,9% против 22,7% у детей.

Заключение. Распространенность ГВИ среди родильниц и новорожденных достаточно высока, что требует раннего обследования во время беременности и лечения активных форм не только ВПГИ и ЦМВИ, но также и ВЭБИ, и ВГЧИ-6, для предотвращения внутриутробного инфицирования, а затем и ВУИ у плода.

49

Особенности распределения уровней антител к вирусу кори в различных возрастных группах

Костинов М.П., Филатов Н.Н., Журавлев П.И., Гладкова Л.С.,
Полищук В.Б., Шмитько А.Д., Тихонова И.А.

ФГБНУ Научно-исследовательский институт вакцин и сывороток
им. И.И. Мечникова, Москва,
ГБУЗ «Городская клиническая больница
им. Д.Д. Плетнева Департамента здравоохранения г. Москвы»,
Москва, Россия

В исследовании принимали участие 1855 работников крупной много-профильной больницы ГБУЗ Городская клиническая больница имени Д.Д. Плетнева Департамента здравоохранения города Москвы в возрасте от 19 до 69 и более лет. Обследуемые были распределены по группам, начиная с 19 лет, с интервалом каждые 5 лет — всего 11 групп. Иммуитет к вирусу кори в сыворотках крови людей определяли методом ИФА с использованием тест-системы «Вектор — Бест IgG-корь» (Россия).

Результаты. Показано, что наиболее восприимчивыми к кори являются молодые сотрудники 19—23 лет, у которых в 38,5% случаев не удалось выявить антитела в протективных значениях. За ними следуют работники молодого и среднего возраста (24—48 лет) из-за регистрации доли лиц серонегативных и с сомнительными (не протективными) 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, постепенно увеличивается доля лиц с обнаружением средних уровней антител от 46,3% до 92,2%.

Заключение. Коллективный иммунитет к вирусу кори у сотрудников крупного общественного комплекса мегаполиса не соответствует требованиям (допускается 7% серонегативных лиц к кори) по созданию благополучной эпидемической ситуации по кори, то есть в любой момент может возникнуть очаг инфекции за счет серонегативного контингента, количество которых выше нормы в 2 раза — 11,5% (серонегативных) и 3,2% (сомнительные значения титра антител). Мониторинг уровня антител всех сотрудников является необходимым и целесообразным мероприятием, направленным на выявление групп риска по инфицированию вирусом кори и подлежащих проведению обоснованной вакцинации против него.

50

Клинико-лабораторные особенности гемофильных менингитов у детей

Котлова В.Б., Токарев Д.Н., Перунова Н.П., Дрыжакова А.А.

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

Целью нашего исследования являлось изучение клинико-лабораторных особенностей гемофильных менингитов у детей.

Под наблюдением находилось 12 больных с гнойным менингитом гемофильной этиологии, находившихся на лечении в БУЗ ВО «ОДКБ №2» с 2009 по 2016 год. 83,3% пациентов были в возрасте от года до 3,5 лет, преобладали мальчики 75%.

Результаты. В 83,3% случаев при бактериологическом исследовании ликвора была выделена гемофильная палочка, у 8 из которых (66,6%) — положительный результат реакции латекс-агглютинации ликвора, у 6 (50%) — ПЦР ликвора. У одного больного *Haemophilus influenzae* типа b выделена бактериологически из носоглотки. У каждого третьего больного культура возбудителя выделена не только из ликвора, но и из крови.

Отягощенный преморбидный фон отмечался у 41,7% пациентов. У всех больных заболевание начиналось с повышения температуры тела, преимущественно до фебрильных цифр, которая сохранялась $4,39 \pm 0,82$ дня и умеренно выраженных катаральных явлений. Тяжесть состояния была обусловлена токсикозом с гемодинамическими нарушениями. Только у 33,3% отмечалась головная боль или ее эквиваленты в виде резкого возбуждения, беспокойства и крика. Рвота в первый день заболевания была у половины детей и часто расценивалась как проявление инфекционного токсикоза. Общемозговая симптоматика в виде нарушения сознания наблюдалась у 6 больных и появлялась на 3—4 день болезни. Менингеальные знаки в первый день болезни имели место только у двух детей, у 4 пациентов появились на 3 день, у остальных — позже четвертого. У двух пациентов менингеальные знаки были отрицательными. Выраженная гиперестезия выявлялась у 75%. В ликворе регистрировался высокий нейтрофильный плеоцитоз $4385 \pm 958,5 \times 10^6/\text{л}$, у всех больных имело место повышение белка до $1,75 \pm 0,17$ г/л. Санация ликвора у 33,3% больных регистрировалась на второй неделе болезни, у 33,3% — на третьей, у 33,3% — затягивалась до месяца, что требовало повторных курсов антибактериальной терапии.

Т. о., дети раннего возраста являются группой риска по развитию Hib менингита, клиническими особенностями которого является постепенное начало с фебрильной температуры, выраженного токсикоза с нарушением гемодинамики и умеренных катаральных явлений, при позднем развитии менингеального синдрома, что затрудняет раннюю диагностику нейроинфекции. Длительная санация ликвора требует назначения повторных курсов антибиотиков.

51 Клинико-иммунологическая характеристика гриппа А у детей, вызванного различными серотипами вируса

Кравцова А.В., Ганагина О.В., Липодаева А.Ю., Мзикян С.А.

Ростовский государственный медицинский университет,
Ростов-на-Дону, Россия

Цель — охарактеризовать клинико-иммунологические показатели при гриппе А у детей, вызванном серотипами A(H1N1)pdm09 и A(H3N2).

Проведено обследование 86 детей в возрасте от 1 месяца до 14 лет с гриппом А, в том числе вызванном серотипом A(H1N1)pdm09 — 52 чел. (60,5%), серотипом A(H3N2) — 34 чел. (39,5%).

Результаты. Грипп A(H1N1)pdm09 чаще, по сравнению с гриппом A(H3N2), развивался у детей старше 7 лет (17,3% и 0%; $P < 0,05$). У этих пациентов с более высокой частотой имели место анамнестические группы риска (81,6% и 64,8%; $P < 0,05$), в том числе отягощенный акушерский анамнез (78,8% и 38,2%; $P < 0,05$), рекуррентные острые респираторные инфекции (30,8% и 11,8%; $P < 0,05$), активные формы хронических герпесвирусных инфекций (25% и 8,8%; $P < 0,05$), atopический дерматит (25% и 8,8%; $P < 0,05$). Грипп A(H1N1)pdm09 характеризовался частым развитием тяжелой формы (46,2% и 17,6%; $P < 0,05$), негладким течением (40,4% и 20,6%; $P < 0,05$). При гриппе A(H1N1)pdm09 с более высокой частотой выявляли фебрильную лихорадку (100% и 88,2%; $P < 0,05$), головную боль (51,9% и 26,5%; $P < 0,05$), миалгию (15,4% и 0%; $P < 0,05$), симптоматику бронхита (55,8% и 35,3%; $P < 0,05$), церебрального синдрома (21,2% и 5,9%; $P < 0,05$), осложнения (40,4% и 20,6%; $P < 0,05$). У больных гриппом A(H1N1)pdm09, по сравнению с гриппом A(H3N2), отмечалось увеличение продолжительности лихорадки (медиана Ме 4,5 дн., интерквартильный интервал ИКИ 1–6 дн. и Ме 3 дн., ИКИ 2–5 дн.; $P < 0,05$), бронхита (Ме 7 дн., ИКИ 5–8 дн. и Ме 4 дн., ИКИ 3,5–7,5 дн.; $P < 0,05$), длительности госпитализации (Ме 9 дн., ИКИ 7–10 дн. и 7 дн., ИКИ 5–8 дн.; $P < 0,05$). При иммунологическом обследовании у больных обеих групп обнаружено снижение CD3, CD4, IgA, IgG, HCT сп., К ст. HCT, увеличение IgM и ЦИК. У детей с гриппом A(H1N1)pdm09 изменения иммунного статуса были выражены в большей степени.

Таким образом, грипп A(H1N1)pdm09, по сравнению с гриппом A(H3N2), чаще развивается у детей школьного возраста, с отягощенным преморбидным фоном, характеризуется тяжелым течением, высокой частотой фебрильной лихорадки, симптомов интоксикации, поражением нижних отделов респираторного тракта, ЦНС, развитием осложнений. Неблагоприятное течение гриппа A(H1N1)pdm09 может быть связано не только с особенностями данного серотипа вируса, но и с развитием у больного глубокой супрессии врожденного и адаптивного иммунитета. Указанные клинико-иммунологические особенности необходимо учитывать при диагностике гриппа А у детей, вызванного различными серотипами вируса, а также при проведении лечебно-реабилитационных мероприятий.

52 Особенности иммунного ответа новорожденных с цитомегаловирусной инфекцией

Кравченко А.В., Монат А.И., Трегубенко Н.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Ростов-на-Дону, Россия

Цель: изучить показатели противовирусного иммунитета у новорожденных с цитомегаловирусной инфекцией (ЦМВИ), родившихся у матерей с хроническими воспалительными гинекологическими заболеваниями, в случаях позднего обнаружения ДНК цитомегаловируса (ЦМВ) в крови и в моче.

Методы: обследовано 147 новорожденных с неспецифической клинической симптоматикой. Проведено типирование лимфоцитов к кластерам дифференцировки CD3+, CD69+, CD71+, CD95+ с помощью моноклональных антител, фирмы IMMUNOTECH (Франция). Экспрессию мембранных маркеров иммунокомпетентных клеток определяли на проточном лазерном цитофлуориметре «Beckman COULTER» EpicsXLII. У 123 новорожденных ЦМВИ подтверждена положительным результатом ПЦР, у 24 получен отрицательный результат. В возрасте от 1,5 до 3 месяцев у 24 детей, имевших на 1 месяце отрицательный результат ДНК-диагностики, был обнаружен ЦМВ в крови или моче и нарастание анти ЦМВ IgG, позволившие установить диагноз ЦМВИ.

Результаты. Предложена формула зависимости прогноза ЦМВИ от содержания в сыворотке крови лимфоцитов с рецепторами CD69+ и CD95+ у новорожденных, имеющих неспецифическую клиническую симптоматику при позднем обнаружении ДНК цитомегаловируса. $2,9113 \times CD69 / (CD69 + 0,1362) \leq CD95 / (CD69 + 0,5756) < 2,91 \times CD69 / (CD69 + 0,1362) + 1,145$.

Если неравенство выполняется, то всегда предполагаем ЦМВИ. Точность прогноза — 63%. Если неравенство не выполняется, то всегда предполагаем отсутствие ЦМВИ. Точность прогноза — 95%. Достоверность метода составила — $p < 0,00001$. Чувствительность — 62%, специфичность — 92%. Прогностическая ценность положительного результата — 7,5; отрицательного результата — 2,5.

Выводы: прогноз ЦМВИ делает возможным своевременно начинать специфическую терапию, следуя предписанным терапевтическим протоколом.

53 Течение стрептококковой инфекции группы В у новорожденных детей

Крастелева И.М.¹, Артемчик Т.А.²

¹ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

²Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Введение. Ранние септицемии и пневмонии новорожденных, вызванные стрептококком группы В (СГВ), отличаются тяжелым течением и высокой летальностью.

Цель — изучить течение раннего неонатального периода у новорожденных со СГВ инфекцией.

Материалы и методы. Исследуемую группу составили 22 доношенных новорожденных ребенка, у которых диагностирована инфекция, обусловленная СГВ. Были оценены лабораторные показатели общего анализа крови, биохимические показатели. Статистическую обработку проводили с применением пакета прикладных программ «STATISTICA 6».

Результаты исследования: заболевание развилось в 1 сутки жизни у 86% новорожденных, что потребовало проведения ИВЛ в 72,2% случаев в первые часы от начала заболевания, а также назначения кардиотонической терапии с комбинацией из нескольких инотропных препаратов в 81% случаев. Из 22 у 14 (63,6%) пациентов имелись прояв-

ления геморрагического синдрома, причем в 6 (27%) случаях это сопровождалось легочным кровотечением. В первом ОАК отмечался разброс лейкоцитов от выраженной лейкопении до гиперлейкоцитоза, среднее значение лейкоцитов составило $20 (2,93-61,4) \times 10^9/\text{л}$, однако дети, у которых отмечалась лейкопения в первом анализе крови, имели тяжелое течение инфекционного процесса с развитием инфекционно-токсического шока, синдрома полиорганной недостаточности. Статистически значимо возрос уровень СРБ ко вторым суткам заболевания по сравнению с первыми, составив $63,71 (0,7-109,3)$ к $4,5 (0-51,5)$ ($p = 0,003$). Среди биохимических показателей определяли достоверное повышение АсАТ ко 2 суткам после рождения у пациентов ($p = 0,009$), тогда как АлАТ на 2–3 сутки после рождения не имеет статистически значимого повышения ($p > 0,1$).

Заключение: СГВ-инфекция у доношенных новорожденных детей характеризуется ранним началом, требует развернутого исследования маркеров воспаления и своевременного назначения антибактериальной терапии.

54 Клинические синдромы у детей раннего возраста с неотложными состояниями при острых кишечных инфекциях

Кулиева З.М.¹, Рустамова Л.И.²

¹Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования Врачей им. А.Алиева,

²Кафедра педиатрии НИИ Медицинской Профилактики им. В.Ю. Ахундова, Баку, Азербайджан

При острых кишечных инфекциях (ОКИ) у детей могут развиваться большинство известных неотложных состояний (а не только обезвоживание), вероятность развития которых зависит как от этиологии заболевания, возраста детей и состояния их преморбидного фона, так и от спектра токсинов микроба — возбудителя.

При оказании неотложной помощи с ОКИ у детей необходимо в первую очередь установить ведущий клинический синдром или синдромы, определяющие тяжесть состояния больного (нейротоксикоз, эксикоз, инфекционно-токсический шок, и др.), которые, как правило, носят неспецифический характер и могут иметь место при любой кишечной инфекции.

Нами были проведены наблюдения за 338 детьми раннего возраста (0–3 года) с ОКИ, тяжесть состояния которых определялась наличием синдромов: кишечный эксикоз II–III степени, нейротоксикоз, дыхательная недостаточность, судорожный синдром, сердечно-сосудистая недостаточность, инфекционно-токсический шок, ДВС синдром, ГУС, ОПН и др., которые привели к развитию неотложных состояний.

Наиболее часто из всех синдромов отмечался эксикоз — у 213 (63%) больных, из них 182 (82,44%) при ОКИ различной этиологии, значительно реже при кишечных инфекциях неясной этиологии (КИНЭ) — у 31 (14,55%). Далее в структуре синдромов следующие места занимали судорожный, сердечно-сосудистая недостаточность, дыхательная недостаточность, нейротоксикоз, инфекционно-токсический шок. В единичных случаях были определены ДВС синдром, ОПН, ГУС и другие.

Нами была также изучена частота этих же синдромов при ОКИ у детей раннего возраста с неотложными состояниями в зависимости от этиологического фактора — бактериальной, вирусной и бактериально-вирусной. В результате исследований выявлено, что эксикоз различной степени встречался наиболее часто в остром периоде заболевания при всех кишечных инфекциях, особенно в сочетании с вирусом. Сочетание патогенных и условно-патогенных бактерий с вирусом усугубляли тяжесть состояния. В развитии токсического состояния определенная роль отводилась типу возбудителя, его ассоциированной форме, преморбидным состояниям, характеру вскармливания, сопутствующим заболеваниям, состоянию иммунной системы и возрасту детей. Сравнительный анализ показателей данного синдрома у больных при ОКИ различной этиологии показал достоверные различия между бактериальной и бактериально-вирусной ($p < 0,05$) и между вирусной и бактериально-вирусной ($p < 0,05$) кишечной инфекцией. Существенное значение имел возраст больного — в раннем возрасте поражение желудочно-кишечного тракта более обширно, так как организм ребенка не способен локализовать патологический процесс. Именно поэтому у детей в возрасте до 1 года велик риск возникновения тяжелых, генерализованных форм ОКИ, в связи с чем развиваются нарушения всех видов обмена веществ, особенно водно-солевого обмена, клинически проявляющегося синдромом эксикоза, что отмечалось у наблюдаемых нами больных.

55 Особенности изменения маркера апоптоза (CD95+) у детей, инфицированных герпесвирусом 4 типа

Левкова Е.А.¹, Савин С.З.², Диланян Л.А.¹, Сепиашвили Р.И.¹

¹Российский университет дружбы народов, г. Москва, Россия,

²Тихоокеанский государственный университет, г. Хабаровск, Россия

Актуальность. Повсеместное распространение инфекций семейства герпесвирусов, позволяет предполагать универсальные механизмы изменений в иммунной системе, приводящие к пожизненному персистированию герпетических инфекций в организме человека. Ряд вирусов этого семейства обладают более агрессивным действием на иммунную систему, чаще имеют клинические проявления и нарушают психосоматический профиль индивида. В частности, для герпесвируса 4 типа возможен такой механизм вирусиндуцированной иммуносупрессии. Считается, что 4 тип (вирус Эпштейна-Барр (ВЭБ) оказывает двойное действие на механизм программированной клеточной гибели клеток иммунной системы.

Цель: оценить особенности изменений маркера апоптоза (CD95+) у детей, инфицированных ВЭБ.

Материалы и методы. Дизайн исследования был представлен клинико-anamnestическими и иммунологическими данными от 320 детей в возрасте от 9 месяцев до 17 лет.

Результаты. С учетом клинико-anamnestических данных были сформированы 4 группы: 1-я группа — часто и длительно болеющие ($n = 226$), без грубых иммунных нарушений; 2-я группа — с грубой неврологической симптоматикой ($n = 43$), со статистически достоверным увеличением иммунорегуляторного индекса, CD16+, CD56+ клеток и CD95+ ($p < 0,05$); 3-я группа — с лейкомоидными реакциями ($n = 39$), иммуносупрессор-

ными нарушениями и снижением показателей CD16+ CD56+ и CD95+; 4-я группа — с неопластическими процессами ($n = 12$), резко сниженным уровнем CD95+ ($p < 0,001$). Наиболее тяжелые и фатальные формы патологии сопровождаются резкими изменениями CD95+ маркера.

Таким образом, есть вероятность, что ВЭБ вызывает изменение экспрессии Fas (CD95) на CD4+ и CD8+ Т-лф, что ведет к Fas-опосредованному апоптозу Т-клеток. Не исключено, что при данной инфекции изменение экспрессии CD95 является неблагоприятным признаком, что клинически проявляется в виде тяжелых неврологических дефектов, лейкомоидными реакциями и неопластическими процессами. Одна из версий, что действие вируса может ассоциироваться с переключением на менее эффективный при вирусной инфекции гуморальный путь иммунной защиты и с присущими такому переключению проявлениями иммуносупрессии, прежде всего в виде подавления пролиферативного ответа Т-лимфоцитов.

56

Клинико-эпидемиологические особенности кори у детей в Краснодарском крае

Леденко Л.А., Тхакушинова Н.Х., Бевзенко О.В., Мирошникова В.В.

ГБУЗ «Специализированная клиническая детская инфекционная больница», г. Краснодар, Россия

Долгие годы корь относилась к наиболее часто встречающимся и распространенным высококонтагиозным инфекционным заболеваниям, протекающим с рядом грозных осложнений и высоким показателем летальности. Введение активной вакцинации против этой инфекции привело к снижению заболеваемости корью. В последние годы, когда стала проводиться активная антивакцинальная пропаганда, стал наблюдаться подъем заболеваемости этой инфекции с летальными исходами.

В Краснодарском крае за 9 месяцев 2018 г. корью заболело 20 детей (за аналогичный период 2017 г. — 1). В структуре заболеваемости корью дети составили 55,5%. Среди заболевших детей было 7 завозных случаев. Дети из неорганизованных коллективов болели в 55% случаев. Заболеваемость среди детей дошкольного возраста составила 65% (11 детей), из них дети грудного возраста — 5% (1 ребенок). Из заболевших 6 человек однократно привиты от кори, но не получили повторную вакцинацию. Причины не проведения вакцинации от кори: медицинский отводы — 7, отказы родителей — 6, по возрасту — 1.

Все дети получали стационарное лечение в условиях инфекционных отделений. Наблюдали типичное течение заболевания. В 95% случаев заболевание протекало в средней степени тяжести. В 100% случаев наблюдали подъем температуры до 38—39°C, катаральные явления в виде гиперемии зева, кашля, конъюнктивита, этапность высыпаний. В 90% случаев наблюдали пятна Бельского-Филатова-Коплика. В 25% случаев (5 детей) развивались осложнения в виде пневмонии (3 ребенка), инфекции мочевыводящих путей (2 ребенка). В 45% случаев дети имели отягощенный преморбидный фон (4 ребенка — аллергодерматиты, 5 — последствия перинатального поражения ЦНС). Диагноз устанавливали на основании типичной клиники, серологической диагностики, иммуноферментного анализа. Летальные исходы не наблюдались. В 30% случаев в общем анали-

зе крови наблюдали лейкопению. Лечение проводилось комплексное. Летальных исходов не было.

Таким образом, корь протекает как в типичной, так и в нетипичной формах. Болеют не привитые дети, получившие неполную схему вакцинации. Проведение активной пропаганды вакцинации от кори будет способствовать снижению заболеваемости этой довольно грозной инфекции.

57 Современные аспекты течения энтеровирусной инфекции у детей в Краснодарском крае в 2018 г.

Леденко Л.А., Тхакушинова Н.Х., Бевзенко О.В., Осипова И.Г.

ГБУЗ «Специализированная клиническая детская инфекционная больница», г. Краснодар, Россия

Многообразие серотипов энтеровирусов и их изменчивость обуславливает региональные особенности заболевания и различия клинической картины в разные эпидемические сезоны. В 2018 г. в Краснодарском крае наблюдался подъем заболеваемости энтеровирусной инфекции (ЭВИ). За 9 месяцев 2018 г. заболеваемость выросла на 10% по сравнению с аналогичным периодом 2017 г.: переболело 288 детей (инт. пок. 25,26 на 100 тыс. детского населения), из них энтеровирусным менингитом — 102 (инт. пок. 8,94).

Нами проведен клинический анализ различных форм ЭВИ у 102 детей, получавших стационарное лечение.

Результаты. Мальчики (63,7%) болели чаще девочек (36,3%). Дети из организованных коллективов болели в 75,5% случаев. В 50% случаев ЭВИ болели дети дошкольного возраста. В структуре заболеваемости ЭВИ преобладали больные с серозным менингитом (77,5%), другие формы — 22,5% (ОРИ — 19%, герпангина — 19%, острый гастроэнтерит — 4,9%, экзантема — 57,1%). В 7,8% случаев (неврологические формы) лечение проводилось в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии. У всех детей заболевание начиналось остро. Только в 53,9% случаев у больных с менингитами выявляли менингеальные знаки. Наличие различных форм сопутствующей патологии способствовало более тяжелому течению заболевания. У всех больных с такими клиническими формами ЭВИ, как ОРИ, герпангина, экзантема был выделен вирус из слизистой ротоглотки. У больных с энтеровирусным менингитом в спинномозговой жидкости вирус был обнаружен в 83,3% случаев. У всех детей с тяжелыми формами заболевания наблюдали отсутствие прививки или незаконченный тур вакцинации от полиомиелита. В 57,8% случаев цитоз был лимфоцитарного характера. Чем выше было содержание белка в спинномозговой жидкости (более 0,5 г/л), тем тяжелее протекало заболевание. Летальных исходов не было.

На современном этапе в Краснодарском крае чаще регистрировали энтеровирусную инфекцию с поражением ЦНС и вирусную экзантему. В виду своевременного комплекса диагностических и лечебных мероприятий летальных исходов у детей не наблюдали.

58 Диагностика абдоминального синдрома у детей различных возрастных групп на догоспитальном этапе

Лобушкова И.П., Простакова В.Н., Шишулина Л.М., Маклюкова А.Н., Богряшов С.С., Смирнова И.Е.

ФГБУ «Детский медицинский центр»
Управления делами Президента РФ, Москва, Россия

Жалобы на боли в животе — один из самых частых поводов к вызову скорой медицинской помощи, занимающий второе место после жалоб на повышение температуры, а так же одна из основных причин экстренной медицинской эвакуации детей в стационар.

Основной задачей врача скорой медицинской помощи является правильная оценка абдоминального болевого синдрома, так как именно от этого зависит направление диагностического поиска, своевременность, а также необходимость госпитализации в стационар. В зависимости от возраста меняется спектр заболеваний, с которыми необходимо дифференцировать острую хирургическую патологию.

За период 2016—2017 гг. было проанализировано 585 историй болезни детей, обротившихся в отделение скорой медицинской помощи ФГБУ «Детский медицинский центр» УД ПРФ с жалобами на боли в животе. В зависимости от возраста: от 1 до 3 лет — 17,1% ($n = 100$), от 4 до 7 лет — 31,3% ($n = 183$), старше 7 лет — 51,6% ($n = 302$).

У детей первых 3-х лет жизни ОКИ диагностирована в 45% ($n = 45$), из них госпитализировано в стационар с подозрением на о. аппендицит 22,2% ($n = 10$); ОРВИ в 20% ($n = 20$), госпитализировано — 30% ($n = 6$); ФНЖКТ в 24% ($n = 24$), госпитализировано — 33,3% ($n = 8$). По данным уротеста, проводимого всем детям с жалобами на боли в животе, диагностировано 11% ($n = 11$) случаев инфекции мочевой системы, все дети были госпитализированы. В группе детей от 4 до 7 лет ОКИ диагностированы в 27,9% ($n = 51$), из них госпитализировано 21,6% ($n = 11$); ОРВИ в 22,9% ($n = 42$), госпитализировано — 35,7% ($n = 15$); ФНЖКТ в 33,9% ($n = 62$), госпитализировано — 45,2% ($n = 28$). На ДГЭ ИМС диагностирована в 10,4% ($n = 19$), госпитализировано 31,6% ($n = 6$), дебют сахарного диабета в 1,1% ($n = 2$), все дети госпитализированы в профильный стационар; о. аппендицит — 3,8% ($n = 7$), госпитализация — 100%. В группе детей старше 7 лет ОКИ диагностированы в 38,7% ($n = 117$), из них госпитализировано 7,7% ($n = 9$); ОРВИ в 15,2% ($n = 46$), госпитализировано — 8,7% ($n = 4$); ФНЖКТ и гастропатология в 38,1% ($n = 115$), госпитализировано — 55,7% ($n = 64$), ИМС в 2,4% ($n = 7$), из них госпитализировано 57% ($n = 4$), о. гинекологическая патология — 2,9% ($n = 9$), госпитализировано 66,7% ($n = 6$); о. аппендицит — 2,7% ($n = 8$), госпитализированы все пациенты.

Таким образом, знание особенностей течения абдоминального синдрома в различных возрастных группах, использование клинических, анамнестических данных, а так же объективных методов исследования на догоспитальном этапе определяет вектор диагностического поиска, своевременную госпитализацию пациента в профильное отделение стационара, адекватность лечебных мероприятий, позволяет уменьшить процент гиподиагностики и гипердиагностических ошибок.

59

Опыт проведения экспресс-диагностики инфекции мочевой системы у детей с гипертермией на догоспитальном этапе

Лобушкова И.П., Простакова В.Н., Шишулина Л.М.,
Семенова Н.Н., Харитонов Д.Г.

ФГБУ «Детский медицинский центр»
Управления делами Президента РФ, Москва, Россия

Цель: показать эффективность применения экспресс-анализа мочи у детей с гипертермией неясного генеза на догоспитальном этапе и определение дальнейшей тактики ведения.

Материалы и методы: в основу работы положены результаты анализа 3489 карт вызова скорой медицинской помощи за период 2014—2016 гг. к детям с гипертермией, каждому из которых выполнялась экспресс-диагностика мочи на догоспитальном этапе с применением тест-полосок. Тест-полоски предназначены для визуального анализа мочи по 10 параметрам: определения относительной плотности, pH, белка, глюкозы, кетоновых тел, уробилиногена, билирубина, лейкоцитов, нитрита, крови (эритроциты, гемоглобин) в моче, что значительно облегчает постановку диагноза, выбор наиболее адекватной терапии и дальнейшие действия бригады скорой медицинской помощи, находящейся у постели больного.

Результаты: по клиническим проявлениям заболевания на догоспитальном этапе экспресс анализ мочи проводился всем детям с жалобами на: повышение температуры — 2136 (61,2%); рвоту и жидкий стул — 561 (16,1%), боли в животе и дизурию — 498 (14,3%), прочие — 294 (8,4%). Изменения в общем анализе мочи были выявлены у 1884 (54%) детей. С подозрением на инфекцию мочевой системы (ИМС) было госпитализировано 78 (4,1%) пациентов. У 21 из них диагноз «инфекция мочевой системы, острый пиелонефрит» подтвердился в стационаре лабораторно. Впервые диагноз был установлен у 19 детей.

Выводы: диагностические тест-полоски для исследования состава мочи являются эффективным и самодостаточным методом для ранней диагностики ИМС у детей, имеющих лихорадку неясного генеза. Проведение экспресс-анализа мочи на догоспитальном этапе позволяет получить быстрый ориентировочный результат в неотложных ситуациях при подозрении на ИМС определиться с дальнейшей тактикой ведения пациентов.

60

Оптимизация диагностики инфекции, вызванной вирусом герпеса 8 типа у детей

Львов Н.Д., Панюкова Е.М.

ФГБУ НИИ вирусологии им. Д.И. Ивановского МЗ РФ, Москва, Россия

Вирус герпеса 8 типа является этиологическим агентом ряда заболеваний у детей. С этой целью зарубежные исследователи проводят диагностику наличия маркеров вируса герпеса 8 типа в крови пациента. Применяются различные методы ди-

агностики: ИФА, ПЦР, Нестед-ПЦР, гибридизация *in situ*, иммуногистохимия. Использование одного метода ИФА не дает высокоэффективной диагностики.

Цель исследования: 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).

Материалы и методы: Проведено изучение результатов обследования 97 пациентов 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-α 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 исследования: Использование одного метода ИФА, либо одного метода ПЦР с определением ДНК в МПК недостаточно, так, применение ИФА позволяет определять антитела к малому капсидному протеину ВГ-8 в 45% случаев. Сочетанное использование этих двух методик выявляет маркеры ВГ-8 в 77% случаев.

Таким образом, для комплексной оценки состояния ВГ-8 инфекции предлагается проводить комплекс маркеров ВГ-8, что позволит оптимизировать диагностику инфекции, вызванной ВГ-8.

61 Течение энтеровирусного менингита (ЕЧНО 30 генотип Н) у детей

**Мазалова М.В., Жукова В.В., Мурзаева Д.А,
Кашуба Э.А, Дроздова Т.Г., Антонова М.В.**

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, г. Тюмень,
Российская Федерация

Актуальность. В 2017 году в Тюменской области была зафиксирована вспышка энтеровирусной инфекции, вызванной вирусом ЕЧНО 30 генотипа Н, наиболее часто протекавшей с поражением мозговых оболочек. С августа по сентябрь в ГБУЗ ТО ОИКБ было госпитализировано 560 пациентов, на долю детей пришлось 84,5%.

Цель — выявить особенности течения серозного менингита, вызванного вирусом ЕЧНО 30, генотип Н, у детей.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ клинико-лабораторных данных стационарных карт 160 детей, находившихся в ГБУЗ ТО ОИКБ г. Тюмени с диагнозом: Энтеровирусная инфекция, серозный менингит. Основная группа — 80 детей, находившихся на лечении в 2017 году, из ликвора которых методом ПЦР была выделена РНК вируса ЕЧНО 30, генотип Н; контрольная группа — 80 детей, перенесших энтерови-

русный менингит в 2016 году. Статистический анализ выполнен в программе SPSS (версия 22.0) с подсчетом средних значений.

Результаты. Интоксикационный синдром у детей в 2017 году характеризовался более длительным течением лихорадки со средними цифрами — 38,3°C (в 2016 году — 3 сут., в 2017 — 7 сут.). Общемозговой синдром чаще сопровождался рвотой (76% и 90% соответственно). В 2017 году у 89% пациентов наблюдался диссоциированный менингеальный симптомокомплекс, в то время как в 2016 лишь в 56% случаев. Примечательно также, что в 2017 году у 2 пациентов имелись признаки отека мозга (нарушение сознания и судорожный синдром). У детей из основной группы в общем анализе крови был зафиксирован длительно сохраняющийся лейкоцитоз ($12 \times 10^9/\text{л}$ в сравнении с $9 \times 10^9/\text{л}$). Такая же закономерность отмечалась и в отношении СОЭ. Лимфоцитарный плеоцитоз в основной группе был больше: среднее количество в 2016 году — 113 клеток, в 2017 — 245. Количество клеток выше 500 в 1 мкл ликвора отмечалось у 16,4% детей из основной группы и у 9% из группы контроля.

Таким образом, энтеровирус ЕСНО 30 генотип Н, вызвавший вспышку заболеваемости в Тюменской области в 2017 году, характеризовался более агрессивным воздействием на организм, что обусловило более тяжелое клинико-лабораторное течение серозных менингитов у детей.

62 Осложненное течение коклюша у младенцев

**Макарова А.В., Илунина Л.М., Трушкина А.В.,
Капитальцева У.Н., Ницепляев В.Ю.**

ФГБОУ ВО Воронежский государственный медицинский университет
им. Н. Н. Бурденко МЗ РФ,
Кафедра детских инфекционных болезней,
БУЗ ВО ОДКБ № 2, г. Воронеж, Россия

С целью демонстрации осложненного течения коклюша у младенцев приводим историю болезни больной Л., 3 мес.

Клиническое наблюдение. Из анамнеза известно, что девочка от 5 беременности, протекавшей с гестозом в I и III триместре. Роды 4 в сроке 40 недель, самостоятельные. Масса при рождении — 2390 г, рост — 51 см. Предыдущая беременность закончилась выкидышем. С рождения на смешанном вскармливании. В весе прибавляла недостаточно. Не привита от коклюша. Заболевание началось постепенно, появился сухой кашель, температура не повышалась. Родители за медицинской помощью не обращались. К концу 1-й недели болезни кашель усилился, стал приступообразным, преимущественно ночью, на 2-й неделе приступы кашля участились, появилась одышка, госпитализирован в РБ.

На следующий день в связи с тяжестью состояния доставлена в ОРИТ ОДКБ с диагнозом «ОРИ. Острая правосторонняя внебольничная пневмония, ДН 2—3 степени». При осмотре состояние тяжелое за счет ДН 2 и НК 1 степени. Сатурация (96%), поддерживалась только на фоне постоянной дотации увлажненного кислорода. Приступы кашля — затяжные (до 25—30 раз в сутки), с репризами, сопровождалась цианозом лица, с позывами на рвоту в конце приступа и отхождением вязкой мокроты. Периодически возника-

ли апноэ до 2—3 раз в сутки. Температура 37,5—38 °С. Заподозрен коклюш, осложненное течение. Диагноз подтвержден ПЦР (*Bordetella pertussis* +).

ОАК при поступлении Hb — 118 г/л, лейкоциты 50,9 x10⁹/л, метомиелоциты — 2%, п/я — 8%, с/я — 35%, лимфоциты — 46%, моноциты — 9%, СОЭ 2 мм/час. Биохимия крови: общий белок 43 г/л, альбумины — 30 г/л, СРБ — 25 мг/л, АЛТ 104 U/л, АСТ 206 U/л. ПЦР крови на герпесвирусы: ЦМВ (-), ВПГ 1,2,6 типов (-). Рентгенография грудной клетки — двусторонняя полисегментарная пневмония. ЭКГ: врожденный порок сердца. Дефект межпредсердной перегородки. Открытый артериальный проток. Стеноз легочной артерии. Нейросонография: Субэпидемальная псевдокиста головного мозга.

Заключительный клинический диагноз: коклюш типичный, спазматический период, тяжелый, осложненный двусторонней (слева верхнедолевая, справа средне—нижнедолевая) пневмонией, ДН 2 степени. Сопутствующий диагноз: ВПС (ДМПП), дефицитная анемия, перинатальное поражение ЦНС, синдром угнетения ЦНС, белково-энергетическая недостаточность, тимомегалия 1 степени.

На фоне проводимой терапии (дотация увлажненного кислорода через лицевую маску, седативная терапия, комбинированная антибактериальная терапия; кортикостероиды, инфузионная терапия; парентеральное питание) состояние ребенка оставалось тяжелым, без существенного улучшения: ДН 2 ст., пневмония приняла распространенный характер. На 29 день болезни, (15 день лечения), несмотря на проводимые мероприятия, констатирована биологическая смерть.

Патологоанатомическое вскрытие подтвердило клинический диагноз и диагностировало врожденную генерализованную ЦМВИ (ПЦР в тканях тимуса, легкого, печени, почек и поджелудочной железы выявила ДНК ЦМВ), акцидентальную трансформацию тимуса 4—5 степени.

Данная история болезни демонстрирует осложненное течение тяжелой формы коклюша с летальным исходом в сочетании с врожденной ЦМВИ у ребенка 3-х месяцев. К летальному исходу привело развитие тяжелой двухсторонней полисегментарной вирусно-бактериальной пневмонии, которая на фоне иммунодефицита, индуцированного ЦМВИ, приобрела фатальный характер.

63

Заболеваемость клещевыми инфекциями в Хабаровском крае

Макарова Т.Е.

КГБОУ ДПО ИПКЗ, г. Хабаровск, Россия

Заболеваемость клещевыми инфекциями в Хабаровском крае носит спорадический характер. В 2017 году зарегистрировано 2 случая КВЭ, показатель заболеваемости 0,15 случаев на 100 тыс. населения (2016 г. — 0,37; 2015 г. — 0,60; 2017 г. — 1,33). Среди заболевших 1 взрослый и 1 ребенок 17 лет. Все заболевшие были не привиты против КВЭ.

В крае зарегистрировано 35 случаев заболевания клещевым боррелиозом (2,62 на 100 тыс. населения, РФ 2017 г. — 4,59) на 7 административных территориях края. Из группы клещевых инфекций наиболее высоким показателем заболеваемости (13,19 на 100 тыс. населения — 176 случаев) является клещевой риккетсиоз, показатель заболе-

ваемости по сравнению с 2014 г. увеличился на 40,0%. (2014 г. — 9,40 — 127 случаев, 2015 г. — 11,64 — 156 случаев, 2016 г. — 15,99 на 100 тыс. населения — 214 случаев). Пик обращаемости населения в ЛПУ края зарегистрирован в 1 декаде июня и составил 40% от числа всех обратившихся за сезон.

Из числа обратившихся в ЛПУ по поводу укусов клещами привитыми оказались 19,1% (2016 г. — 18,6; 2015 г. — 17,0%). Доля детей среди обратившихся составляет 35,8% (2016 г. — 32,1%), из них привитых на уровне прошлого года 21,0% (2016 г. — 21,0%). Экстренную профилактику клещевого вирусного энцефалита получили 2749 человек — 48,0% от числа обратившихся (2016 г. — 45,7%; 2015 г. — 46,4%), из них 2 055 детей (91,0% от числа обратившихся детей). Вакцинировано против КВЭ 32698 человек, в том числе 16131 ребенок, ревакцинировано 69 801 человек, в том числе 26 624 ребенка.

За эпидемический сезон 2017 года от населения исследовано 2392 клеща, против 2688 в 2016 году. Положительные результаты на зараженность вирусом клещевого энцефалита получены в 1,7% случаев, боррелиями — в 1,0% (в 2016 году вирусоформность клещей составила 5,9%). С апреля по сентябрь из объектов окружающей среды отобрано 600 экземпляров иксодовых клещей. Вирусоформность клещей в природе составила 1,5% (2016 г. — 0,5%), зараженность боррелиями — 25,2% (2016 г. — 5,4%; 2015 г. — 5,7%). СМУ вирусоформности клещей (2011 — 2015 гг.) с объектов окружающей среды по результатам ИФА — 0,4%. Сезон активности клещей вследствие позднего снеготаяния наступил с начала апреля и продлился до конца первой декады августа. В более ранние и поздние сроки отмечались единичные экземпляры клещей. Пик численности клещей зарегистрирован в середине июня и находился на уровне средних многолетних показателей.

64

Особенности гнойных менингитов у новорожденных

Мартынова Г.П., Бойцова Е.Б., Кутищева И.А., Моргун А.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого» МЗ РФ, Красноярск, Российская Федерация

Бактериальные гнойные менингиты (БГМ) продолжают оставаться наиболее грозной патологией в структуре инфекционных заболеваний у детей. Клиническая картина БГМ во многом определяется возрастом больного, чем младше пациент, тем менее специфичны проявления болезни. Особые трудности представляет ранняя диагностика БГМ в неонатальном периоде, что как правило приводит к поздней госпитализации, неэффективности терапии, развитию осложнений и летальных исходов.

В период с 2011 по 2016 гг. в инфекционный стационар КГБУЗ КМДКБ №1 г. Красноярска госпитализирован 21 ребенок в возрасте от 5 до 28 дней с диагнозом бактериальный гнойный менингит. Заболевание чаще регистрировалось у девочек (57%).

Этиология менингита установлена у 71% наблюдаемых больных. Ведущим этиологическим фактором явился стрептококк группы В — *Strept. agalactiae* (46%), реже встречались *Ent. faecium* (26%) и *N. meningitidis* (20%). В большинстве случаев бактериальный менингит развился на фоне генерализации инфекции и проявлялся картиной выраженного токсикоза (100%), судорогами (29%) и комой (15%). У половины пациентов типичных менингеальных симптомов, даже при выраженном воспалении мозговых оболочек, выявить не удалось. Клиническая картина менингита характеризовалась преимущественно гипертермией, беспокойством, отказом от еды, что в свою очередь приводило к поздней госпитализации (66%), несмотря на раннее обращение родителей за медицинской помощью. У большей части больных (90%) заболевание протекало по типу менингоэнцефалита, что требовало госпитализации в отделение реанимации и интенсивной терапии. Заболевание отличалось преимущественно не гладким течением с развитием осложнений в виде гидроцефалии (61%), тетрапарезов (10%), атрофии зрительного нерва (5%) и других состояний, нарушающих в последующем качество жизни пациентов. В 19% случаев заболевание закончилось летальным исходом.

Таким образом, БГМ у новорожденных отличаются отсутствием патогномичных проявлений на ранних этапах заболевания, тяжестью, риском развития осложнений и неблагоприятных исходов.

65 Профиль эффективности и безопасности противогриппозных вакцин у детей

Мащиц В.Д.¹, Рубан А.П.²

¹УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
²ГУО «Белорусская академия последипломного образования»,
г. Минск, Республика Беларусь

Вакцинопрофилактика гриппа позволяет значительно снизить показатель заболеваемости детского населения ОРВИ.

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность вакцинопрофилактики гриппа у детей.

Материалы и методы. Материалы — 122 ребенка в возрасте от 6 месяцев до 15,5 лет, обслуживаемых в ЦРБ Минской области. Из них 62 ребенка были иммунизированы против гриппа (средний возраст 5,3 года), 60 детей (4,8 года) не получили вакцину. Методы — клинико-anamnestический, статистический.

Результаты и обсуждение. Бессимптомное течение поствакцинального периода отмечалось у 98,4% (61/62) детей, с присоединением ОРВИ — у 1,6 % (1/62). Последующий осенне-зимний период в двух группах не характеризовался статистически значимыми различиями по количеству эпизодов ОРВИ (соответственно по 160 и 135 эпизодов ($p = 0,14$) у непривитых и привитых с индексом заболеваемости 2,66 и 2,17). В группе невакцинированных детей по сравнению с когортой вакцинированных фиксировалось большее число вызовов педиатра на дом (соответственно 52 и 28 эпизодов ($p = 0,031$), большая потребность в проведении диагностических процедур, а также консультаций специалистов в поликлинических условиях (соответственно у 46 и 36 детей ($p = 0,014$)). Лист нетрудоспособности в группе невакцинированных требовался чаще

(у 41,6% (25/60) детей, всего 51 эпизод его выдачи против 22,5% (14/62) детей, всего 19 эпизодов выдачи ($p = 0,0024$). Длительность листа нетрудоспособности у непривитых также была значительно выше (в общей сложности 394 дня против 193 ($p = 0,019$)).

Заключение. Выявлен высокий профиль безопасности и эффективности противогриппозных вакцин. Специфическая профилактика гриппа позволяет значительно снизить нагрузку на педиатра (индекс эффективности (ИЭ) = 1,85) и амбулаторные структуры (ИЭ = 1,28), а также уменьшить потребность в листе нетрудоспособности (ИЭ = 2,68) и сократить его длительность (ИЭ = 2,04).

66

Структура и свойства уропатогенов у детей

Мащиц В.Д.¹, Рубан А.П.²

¹УО «Белорусский государственный медицинский университет»,

²ГУО «Белорусская академия последипломного образования»,
г. Минск, Республика Беларусь

Высокий уровень заболеваемости инфекциями мочевыводящих путей (ИМП) у детей (1,8%) диктует необходимость оценки их этиологической структуры и уровня резистентности основных патогенных микроорганизмов (МО).

Цель исследования. Расширить представления об этиологической структуре ИМП у детей и резистентности их основных возбудителей на современном этапе.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов положительных посевов мочи у 82 пациентов в возрасте от 1 месяца до 18 лет. Резистентность оценивалась путем определения минимальной ингибирующей концентрации (МИК) (мкг/мл), сравнения ее со стандартными пограничными концентрациями для чувствительных, умеренно резистентных и резистентных культур, указанных в стандартах клинической лабораторной диагностики (CLSI, 2015 г.). Метод: вариационная статистика.

Результаты и обсуждение. ИМП у детей вызывали 15 видов МО. Из семейства *Enterobacteriaceae* (61,25% [49] от общего числа МО) тройку лидеров составили *Escherichia coli* (63,28% [31]), *Klebsiella pneumoniae* (20,4% [10]) и *Citrobacter freundii* (6,12% [3]). Среди семейства *Enterococcaceae* (23,75% [19]) были идентифицированы *Enterococcus faecalis* (68,4% [13]) и *Enterococcus faecium* (31,6% [6]). Из порядка *Pseudomonadales* (10% [8]) лидером явилась *Pseudomonas aeruginosa* (50% [4]). Самую малочисленную группу составило семейство *Staphylococcaceae* (5% от общего числа [4]).

Полученные данные подтверждают доминирующую роль *E. coli* в этиологии уроинфекций. *Enterococcus faecalis* заняли второе место, на их долю приходилось 16,25% случаев ИМП, на третьем месте — *Klebsiella pneumoniae* (12,5% случаев). Проведена оценка чувствительности *E. coli* как основного патогена. Наибольшая резистентность выявлена к ампициллину, тикарциллину, налидиксовой кислоте и ко-тримоксазолу. Наибольшая чувствительность выявлена к амикацину, нитрофурантоину, пиперациллину/тазобактаму, амоксициллину/клавуланату и цефокситину, что обосновывает их применение в режиме эмпирической терапии ИМВ.

Выводы. Основным представителем патогенной микрофлоры при ИМП у детей являются *E. coli* с различными показателями чувствительности и резистентности внутри груп-

пы. Для выявления детерминант вирулентности и резистентности требуется более углубленное изучение уропатогенных *E. coli*.

67 Исследование безопасности инновационного кандидатного препарата рекомбинантной живой коклюшной вакцины в клинических испытаниях на здоровых добровольцах

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

Федеральный национальный центр эпидемиологии и микробиологии
им. Н.Ф. Гамалеи Минздрава России, Москва, Россия

Коклюш, вызываемый возбудителем *Bordetella pertussis*, остается одной из наиболее значимых вакцинуемых инфекций, по-прежнему характеризуется тяжелым течением и высокой летальностью у детей раннего возраста, а также растущим числом атипичных, трудно диагностируемых форм среди подростков и взрослых. Наиболее эффективной мерой борьбы с коклюшем признана вакцинация. Однако, несмотря на охват прививками в среднем более 85% населения, заболевание в настоящее время возрождается во всем мире. Одним из перспективных направлений для решения этой проблемы является разработка живых аттенуированных коклюшных вакцин нового поколения, способных обеспечить длительный иммунитет, сравнимый с постинфекционным, и привести к элиминации возбудителя коклюша в популяции.

Целью настоящей работы стала оценка безопасности инновационного препарата рекомбинантной живой коклюшной вакцины (Гам-РЖКВ), созданного в ФНИЦЭМ им. Н.Ф. Гамалеи МЗ РФ.

В многоцентровом слепом сравнительном рандомизированном клиническом исследовании интраназально иммунизировали аттенуированными бактериями *B. pertussis* 4 MKS 36 здоровых добровольцев в возрасте 18–45 лет с эскалацией дозы в группах по 12 человек, в каждой из которых 3 добровольца получили плацебо: группа 1— $2,5 \times 10^8$ КОЕ, группа 2— 10^9 КОЕ, группа 3— 4×10^9 КОЕ. Динамику размножения бактерий *B. pertussis* в носоглотке вакцинированных изучали с помощью ПЦР-РВ. Дозу препарата Гам-РЖКВ определяли по результатам его переносимости и безопасности. Порядок обследования добровольцев соответствовал утвержденному протоколу.

Оценка профиля безопасности и переносимости препарата Гам-РЖКВ при однократном интраназальном применении у здоровых добровольцев показала, что препарат безопасен в сравнении с плацебо. Отсутствие вакцинальных реакций (местных и общих) у 100% здоровых добровольцев при введении трех доз позволяют сделать вывод о хорошей переносимости препарата. Не выявлено достоверных повторяющихся нежелательных явлений, связанных с применением Гам-РЖКВ, при физикальном осмотре, лабораторном и инструментальном обследовании добровольцев в сравнении с плацебо.

68

Первый российский опыт выявления наследственной передачи хромосомно-интегрированного вируса герпеса человека 6В от отца сыну и дочери (Москва, 2017)

Мелехина Е.В., Домонова Э.А., Сильвейстрова О.Ю.,
Гоптарь И.А., Кулешов К.В., Никифорова А.В., Музыка А.Д.,
Шипулина О.Ю., Горелов А.В.

ФБУН Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора,
Москва, Россия

Наследуемая хромосомная интеграция *Human betaherpesvirus 6A*, *Human betaherpesvirus 6B* (хиВГЧ-6А, хиВГЧ-6В) выявляется у 1% населения земного шара и является эндогенной формой существования вирусов. Вирусная ДНК встраивается в геном человека и передается по наследству по закону Менделя. При отсутствии клинических проявлений данная ситуация не требует противовирусной терапии.

Клиническое наблюдение. Мальчик (7 лет) поступил в детское инфекционное отделение с подозрением на течение вирусного менингоэнцефалита в состоянии средней тяжести. Ребенок обследован в соответствии с Федеральными стандартами оказания медицинской помощи. При лабораторном исследовании в образцах крови и мазка из ротоглотки методом ПЦР-PB выявлена ДНК ВГЧ-6 в концентрации 5,0 Ig копий/ 10^5 клеток и $2,6 \times 10^5$ копий/мл, соответственно. Пациенту выставлен диагноз «Острая респираторная инфекция на фоне активной ВГЧ-6-инфекции» и проведена комплексная терапия: цефалоспорины 2-го поколения и инозин пранобекс (10 дней).

При контрольном обследовании мальчика на фоне полного клинического здоровья в образцах крови и мазка из ротоглотки концентрация ДНК ВГЧ-6 сохранялась при отсутствии специфических АТ-IgG к АГ ВГЧ-6 в сыворотке крови. ХиВГЧ-6-статус пациента подтвержден обнаружением ДНК ВГЧ-6 в образцах волосяных фолликулов (5,07 Ig копий/ 10^5 клеток) и ногтевых пластин (5,33 Ig копий/ 10^5 клеток). Для подтверждения или опровержения наследственной передачи хиВГЧ-6 лабораторно обследованы 7 ближайших родственников мальчика. ХиВГЧ-6-статус выявлен у отца и родной сестры ребенка. Видовая идентификация хиВГЧ-6 в образцах тотальной ДНК мальчика, его отца и родной сестры проведена путем ПЦР-обогащения вирусной ДНК с использованием панели праймеров (Zhang et al, 2016) и последующим массовым параллельным секвенированием полученных образцов на платформе Miseq (Illumina, США). Изучаемые изоляты принадлежат к ВГЧ-6В.

Выводы. Выявление ДНК ВГЧ-6А/В в концентрации 5 Ig/ 10^5 клеток и более в различных видах биологического материала пациента с клиническими проявлениями, сходными с острой первичной ВГЧ-6А/В-инфекцией, требует дополнительного уточнения его хиВГЧ-6А/В-статуса с использованием молекулярно-биологических методов исследования.

69

Клинический случай острой сочетанной герпетической инфекции, опосредованной вирусом Эпштейна-Барр (ВЭБ) и цитомегаловирусом, у ребенка в возрасте 1,5 лет

Мельниченко А.В., Львов Н.Д.

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

Клинический случай. Мальчик в возрасте 1 года 6 месяцев поступил по СМП с жалобами на повышение температуры тела до 40,2°C. При поступлении состояние тяжелое, субкомпенсированное, симптомы интоксикации. Носовое дыхание затруднено, выделения слизистые. Слизистые ротоглотки гиперемированы, наложения белого цвета на миндалинах с двух сторон. Увеличение заднешейных лимфатических узлов. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧСС 162 в мин. Печень + 2 см, селезенка не пальпируется. По результатам Rg-графии органов грудной клетки — общее вздутие легких. Инфильтрация в нижних базальных отделах слева средней интенсивности. Легочный рисунок обогащен за счет сосудистого компонента с двух сторон. Тень сердца с четкими ровными контурами. Латеральные синусы свободны.

Диагноз: острая внебольничная левосторонняя пневмония, ДН-II степени, сопутствующий диагноз — лакунарная ангина, острый катаральный отит справа, средней тяжести.

После проведенного лечения и улучшения состояния на 12 день, ребенок был выписан с диагнозом — течение левосторонней пневмонии с положительной рентгенологической картиной. Но на 14 день болезни состояние ухудшилось, был госпитализирован повторно — повышение температуры тела до 39,6°C, присоединились рвота, жидкий стул с примесью зелени, боль в животе. Хирургическая патология была исключена. Ребенок питание не усваивал, был поставлен желудочный зонд, переведен на парентеральное питание. Затем появилась инспираторная одышка, по УЗИ диагностирован гидроторакс справа, проведена пункция плевральной полости, получено 350 мл серозно-геморрагического отделяемого. УЗИ органов брюшной полости — эхо признаки гепато- и спленомегалии, увеличение селезенки, диффузных изменений стенок петель толстого кишечника по типу энтероколита, динамических нарушений моторики кишечника, свободной жидкости в брюшной и правой плевральной полостях, взвеси и осадка в мочевом пузыре.

Лабораторно: лейкоцитоз — $35,6 \times 10^9/\text{л}$, лимфоцитоз, СОЭ — 42 мм/ч, повышены АСТ, АЛТ до 243—485 ед./л, ЛДГ — 608 ед/л, ЩФ — 704 ед/л, СРБ — 87,8 мг/л, моча лейкоциты +. Ан. крови на HIV, HBsAg, *Tr. pallidum*, анти-HCV — отрицательны. Ан. кала — бактерии *Shigella spp.*, *E. coli*, *Campylobacter spp.*, *Salmon.* — не найдены. Выявлены в ИФА антитела класса IgM — EA к ВЭБ +, IgG к VCA ВЭБ +, NA к ВЭБ +; ЦМВ +. Методом ПЦР в крови ДНК ЦМВ + (69,3 IU/ml, N — 15), ВЭБ+ (89,21 IU/ml, N — 10), ВГЧ-6 -, ПЦР в слюне ЦМВ-, ВЭБ +. В моче культуральным методом изолирован ЦМВ в диагностической значимой концентрации.

Заключение: на фоне острой пневмонии развились осложнения в виде сердечно-сосудистой недостаточности, инфекционно-токсического шока, гидроторакс, энтероколит,

обусловленные активацией ВЭБ и ЦМВ инфекции. Т.о., тяжесть симптоматики, стремительное развитие симптомов, полиморфизм клинических проявлений, выявление сочетанной герпетической инфекции представляет особый интерес для педиатрической практики.

70 Диагностика эхинококкоза у детей в Хабаровском крае

Миропольская Н.Ю.

«Дальневосточный государственный медицинский университет»,
г. Хабаровск, Россия

Эхинококкоз является одним из наиболее опасных зооантропогельминтозов, а его диагностика остается актуальной медицинской проблемой. Это тяжелое паразитарное заболевание остается актуальной проблемой медицины и социальной сферы во многих странах мира, в том числе в ряде регионов Российской Федерации. Хабаровский край является одним из эндемических очагов Российской Федерации по гитидозному эхинококкозу.

В связи с этим с 2008 г. нами было обследовано 179 детей на эхинококкоз в возрасте от 3 до 15 лет. Диагноз установлен на основании серологических исследований на базе паразитологической лаборатории ФБУН ХНИИЭМ и лабораторий медицинских учреждений г. Хабаровска.

Из анамнеза известно, что у 128 детей отмечено преимущественное поражение печени (в 71,5% случаев изолированное и в 28,5% в сочетании с инвазией паразита в легкие, селезенку). Относительно редко паразитарные кисты локализовались в почках, поджелудочной железе, ЦНС (невриома). Из госпитализированных в стационар 6 (22,3%) детей направлены с диагнозом кистозное образование, у 4 (14,8%) пациентов опухоль легкого, но чаще всего (17(62,9%)) кистозное образование брюшной полости или грудной клетки было находкой при проведении диспансеризации: клиническом осмотре, проведении УЗИ органов брюшной полости, флюорографии или обзорной рентгенографии ОГК. Все госпитализируемые дети обследованы согласно принятому в клинике протоколу: физикальное исследование, клиническое лабораторное исследование, биохимический анализ крови, обзорная рентгенография грудной клетки в прямой и боковой проекциях, УЗИ органов брюшной полости, забрюшинного пространства, органов грудной клетки, КТ органов грудной клетки, брюшной полости. ИФА крови с эхинококковым антигеном.

Таким образом, кистозные образования в печени и легких на эндемичных по эхинококкозу территориях чаще всего имеют паразитарную природу. Эхинококкоз у детей на протяжении долгого времени протекает бессимптомно, что затрудняет диагностику и обуславливает выявление заболевания в стадию осложнения. Широкое применение УЗ-скрининга в эндемичных очагах является основным условием для ранней диагностики эхинококкового процесса.

71 Парвовирусная В19 инфекция

Молочкова О.В., Егорова Н.Ю., Гусева Н.А.,
Гусева А.Н., Шамшева О.В.

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

Парвовирусная В19 инфекция характеризуется разнообразными клиническими проявлениями, наиболее частым из которых является инфекционная эритема (Erythema infectiosum), или «пятая болезнь», синдром «следов от пощечин» (Slapped cheek syndrome), которая встречается преимущественно у детей в возрасте до 10 лет. Начинается с недомогания, субфебрильной температуры, возможен ринит, фарингит. В этот период виремии больные наиболее заразны. Через 2—5 дней появляется характерный симптом — яркая эритема щек с бледным носогубным треугольником — «нашлепанные» щеки. Отмечено, что у взрослых данный симптом отсутствует. Затем эритематозная пятнисто-папулезная сыпь симметрично распространяется на руки, туловище, ягодицы и бедра, с чередованием красных сливающихся пятен с бледными участками кожи, формируя кружевной, сетчатый вид сыпи, которая может сохраняться до 2—3 недель, то усиливаясь, то угасая. Выраженность сыпи меняется в зависимости от времени суток, проявляясь максимально при ультрафиолетовом облучении или воздействии тепла («горячей» ванны). Зуд встречается редко, может быть выраженным на подошвах. Развитие экзантемы совпадает с появлением антител в крови и обусловлено осаждением иммунных комплексов в коже. Есть данные, что при инфекционной эритеме синтезируются антитела против кератина.

При парвовирусной В19 инфекции описана пятнисто-папулезная эритема с синдромом «перчаток и носков» с ограниченной гиперемией и отеком в пределах запястий и лодыжек, с появлением эрозий на слизистой твердого и мягкого неба, языке, губах. У 10% детей с инфекционной эритемой (преимущественно старшего возраста и девочек) наблюдаются артралгии, которые иногда принимают затяжной характер. У взрослых парвовирусная В19 инфекция может проявляться синдромом полиартропатии (артралгиями, артритом), в сочетании с поражением кожи или без него. У таких пациентов обнаруживаются антитела к коллагену типа II. В литературе описаны и более редкие проявления парвовирусной В19 инфекции с поражением печени, ЦНС, миокарда.

У детей с гематологической патологией на фоне пониженной продукции или частой гибели эритроцитов возможно развитие транзиторного апластического криза, который практически всегда обусловлен инфицированием парвовирусом В19 с размножением его в клетках эритроидного ростка костного мозга с их последующим разрушением. Такие больные заразны и длительно выделяют вирус. Также возможна вертикальная передача вируса от зараженной матери плоду, что может привести к спонтанным абортam, водянке плода или его гибели.

Для диагностики парвовирусной В19 инфекции применяют ИФА: антитела класса IgM в сыворотке крови пациента обнаруживаются одновременно с появлением симптомов заболевания (на 12—14 день после заражения), их уровень достигает максимума на 30-й день, затем снижается в течение 2—3 месяцев. Через 5—7 дней от момента клинических проявлений парвовирусной инфекции появляются IgG, которые сохраняются в

течение нескольких лет. Для выявления ДНК парвовируса применяют ПЦР (сыворотка, ликвор, пунктат костного мозга, биоптат кожи и т.д.). Учитывая способность парвовируса В19 к изоляции в тропных структурах (костный мозг, трофобласты), результат ПЦР крови на парвовирус В19 может быть ложноотрицательным и не означать отсутствие инфицирования. Для большей диагностической информативности следует проводить ПЦР различных материалов и в сочетании с иммуноблотом IgM/IgG.

Специфической этиотропной терапии парвовирусной В19 инфекции нет, при разных клинических формах проводится посиндромная терапия (нестероидные противовоспалительные, глюкокортикостероидные препараты, внутривенный человеческий иммуноглобулин, трансфузия эритромаcсы и т. д.).

Основные меры профилактики направлены на ограничение контакта беременных женщин с детьми с типичными проявлениями парвовирусной инфекции для предотвращения возможного внутриутробного инфицирования плода.

Заключение. Появление эритематозной пятнисто-папулезной сыпи, этапность ее появления диктуют необходимость дифференциации с корью, при возникновении синдрома «перчаток и носков» с ограниченной гиперемией и отеком — с энтеровирусной инфекцией. При возникновении инфекционной эритемы, артропатии у детей с гематологической патологией, у беременных женщин или при контакте их с больным с пятнисто-папулезной экзантемой необходимо обследование на ряд инфекций, в т.ч. и на парвовирусную В19 инфекцию методом ПЦР и/или ИФА.

72 Кампилобактериоз у детей

**Молочкова О.В.¹, Ковалев О.Б.¹, Россина А.А.¹, Галеева Е.В.²,
Бережкова Т.Б.², Крылатова Н.И.²**

¹Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, МЗ РФ, Москва

²Детская городская клиническая больница им. Г.Н. Сперанского ДЗ г. Москвы, Россия

В практической деятельности около 60—70% острых кишечных инфекций (ОКИ) остаются этиологически нерасшифрованными. Одной из таких инфекций, при отсутствии целенаправленного лабораторного обследования, является кампилобактериоз. Согласно СП 3.1.7.2816-10, лабораторное исследование на кампилобактерии проводится у больных ОКИ при наличии симптомов гемоколиты, профессионального риска (работники животноводческих и птицеводческих хозяйств), а также в очаге кампилобактериоза.

Цель: изучение клинико-эпидемиологических особенностей кампилобактериоза у детей.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 1463 историй болезни детей с острыми кишечными инфекциями в возрасте от 2-х мес. жизни до 14 лет, госпитализированных в 3 инфекционное отделение ДГКБ №9 им. Г.Н. Сперанского ДЗ г. Москвы с января по декабрь 2012 года. Этиологический диагноз ОКИ у этих больных был установлен с использованием традиционных лабораторных методов (бактериологический, серологический и др.) и методов экспресс-диагностики (Latex-test, ПЦР, ИХА).

Результаты. Этиология ОКИ была расшифрована у 1065 больных (72,8%), основной причиной развития кишечной инфекции были вирусы (чаще ротавирусы) и только у 398 (27,2%) — бактерии, в том числе у 233 (16%) — кампилобактер, у 127 (8,7%) — сальмонеллы и у 38 (2,6%) — шигеллы и представители УПМ. Структуру заболеваемости ОКИ бактериальной этиологии составили: кампилобактериоз (58,5%) и сальмонеллез (31,9%), представители УПМ (8,3%) и шигеллы (1,3%). В большинстве случаев (49,4%) кампилобактериоз протекал как моноинфекция, реже — в ассоциации с вирусами (33%) и сальмонеллами (17,6%). Основная заболеваемость кампилобактериозом (90,1%) приходится на детей в возрасте до 3-х (66,5%) и 3—7 лет (23,6%). Кампилобактериоз регистрировался во все периоды года без четко выраженной сезонности, наибольшее количество детей с кампилобактериозом поступили в стационар в весенний (27,9%), летний (24%) периоды с пиком заболеваемости осенью (30,4%).

Кампилобактериоз у детей в большинстве случаев (64,8%) протекал по инвазивному типу диареи с вовлечением толстого отдела кишечника с клиническими проявлениями энтероколита (46,4%), гастроэнтероколита (14,5%) или колита/гемоколита (3,9%). У детей в возрасте до 7 лет доминирующим топическим диагнозом был энтероколит (76,5%). Гемоколит в основном встречался у детей раннего (39%) и дошкольного возраста (23,6%).

Реже кампилобактериоз протекает по типу секреторной диареи (35,2%) с клиническими проявлениями гастроэнтерита (22,7%), энтерита (11,2%) и в единичных случаях (1,3%) гастрита. При поступлении в стационар практически у всех этих детей имели место симптомы дегидратации 1—2-й степени. Гастроэнтерит доминировал у детей школьного возраста 10—14 лет (у 83,3% больных).

Выводы. В настоящее время кампилобактериоз у детей при целенаправленном комплексном лабораторном обследовании превышает заболеваемость сальмонеллезом и шигеллезом, чаще регистрируется у детей в возрасте 1—3 лет (39%), протекает по инвазивному типу диареи (64,8%) с клиническими проявлениями энтероколита (46,4%). Гемоколит при кампилобактериозе развивается только у детей в возрасте до 7 лет. Кампилобактериоз с секреторным типом диареи встречается чаще у детей старшего возраста и протекает по типу гастроэнтерита (22,7%).

73 Характеристика острых кишечных инфекций у госпитализированных детей г. Москвы в 2015—2017 гг.

Молочкова О.В.¹, Ковалев О.Б.¹, Россина А.А.¹, Шамшева О.В.¹, Чуелов С.Б.¹, Корсунский А.А.², Кащенко О.А.², Галеева Е.В.², Крылатова Н.И.², Бережкова Т.В.², Пылаева Е.Ю.¹, Караулова В.Е.¹

¹Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова МЗ РФ, Москва,

²Детская городская клиническая больница №9 им. Г.Н. Сперанского ДЗ г. Москвы, Россия

В РФ ежегодно выявляется около 500 тысяч случаев острых кишечных инфекций (ОКИ) у детей в возрасте до 17 лет и уровень заболеваемости в последние годы практически не меняется.

Цель: изучение этиологической структуры и клинических проявлений ОКИ у детей, госпитализированных в 3 инфекционное отделение Детской городской клинической больницы №9 им. Г.Н. Сперанского ДЗМ в 2015—2017 гг.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ этиологической структуры и клинических проявлений ОКИ у 8459 госпитализированных детей на основе изучения статистических отчетов ДГКБ №9 за 2015—2017 гг. и 2417 историй болезни детей в возрасте от 1 месяца жизни до 18 лет. Этиологическую расшифровку осуществляли бактериологическим исследованием кала, ИХА, ИФА, Latex-test выявляли антигены, токсины вирусов и бактерий в кале, методом ПЦР — ДНК/РНК бактерий и вирусов в кале, серологическими методами (РНГА, РПГА) — антитела к возбудителям в сыворотке крови.

Результаты. Установлено, что чаще ОКИ болеют и госпитализируются дети в возрасте 1—7 лет жизни (58,5%). Этиология острых кишечных инфекций была установлена у 2417 из 8459 больных ($28,6 \pm 1,6\%$). В большинстве случаев ($78 \pm 3,7\%$) выявлена моноинфекция, в $22 \pm 3,7\%$ — микст инфекция. Лидирующим возбудителем ОКИ являются вирусы (83%), преимущественно ротавирусы (62%), реже — норовирусы (18%). Доля бактериальных возбудителей невелика (17%), среди них этиологическую значимость имеет сальмонелла (6,05%), в два раза реже выявлялся кампилобактер (3,29%), еще реже — золотистый стафилококк (2,6%) и шигеллы (1,81%). У единичных больных была выявлена *Cl. difficile* (0,64%).

Наибольшее число госпитализаций детей с ОКИ отмечалось ежегодно с ноября по май, достигая максимума в апреле-мае, что связано с преобладанием вирусной этиологии ОКИ. Выявление бактериальных кишечных инфекций остается примерно на одном уровне в течение всего года, лишь незначительно возрастая в июле-сентябре. Наименьшая заболеваемость ОКИ у детей зарегистрирована в июне.

Чаще всего в патологический процесс вовлекался желудок и тонкий кишечник (88,6%), что не удивительно, учитывая преобладание вирусной этиологии. Топическим диагнозом у подавляющего большинства больных с ОКИ оказался гастроэнтерит (74,7%), который приводил к развитию токсикоза с эксикозом, особенно у детей раннего возраста, что и служило причиной госпитализации в стационар. Толстый кишечник поражался значительно реже и только при бактериальной инфекции — в 11,4% случаев, при этом ОКИ протекала чаще по типу энтероколита (5,2%) или гастроэнтероколита (4,7%). Гемоколиты мы наблюдали в единичных случаях (0,5—1%) при кампилобактериозе и клостридиозе, причем только у детей в возрасте до 7-ми лет.

Заключение. Этиологическая расшифровка ОКИ остается на низком уровне и составляет 28,6%. У госпитализированных детей ОКИ регистрируются чаще в возрасте 1—7 лет, вирусной этиологии (83%, ротавирусы (62%), по типу гастроэнтерита (74,7%). Среди бактериальных диарей значимым остается сальмонеллез, а у детей раннего возраста — стафилококковая инфекция. В последние годы актуальность приобретает выявление кампилобактерий и клостридий, т.к. эти возбудители могут быть причиной развития диареи с гемоколитом.

74

Носительство БГСА у детей, клиническое значение, тактика ведения

Новосад Е.В.¹, Обольская Н.М.², Бевза С.А.¹, Белименко В.В.¹

¹ ФГБОУ ВО Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, Российская Федерация, г. Москва,

² ФБУЗ «Лечебно-реабилитационный центр Минэкономразвития России», г. Москва, Россия

Внедрение в повседневную медицинскую практику некоторых медицинских учреждений экспресс-теста на БГСА позволяет врачам быстро и своевременно подтверждать течение БГСА инфекций у детей, например, таких как острый тонзиллит или скарлатина, и назначать своевременную этиотропную терапию. Однако обнаружение антигенов стрептококка или самого возбудителя не всегда свидетельствует об этиологической значимости возбудителя в конкретном случае заболевания, так как широко распространено состояние носительства БГСА. Подтвердить или опровергнуть течение острой БГСА инфекции можно с помощью исследования нарастания титра АСЛО в динамике. ВОЗ считает нарастание титра АСЛО в 1,59 раз критерием текущей стрептококковой инфекции. Отсутствие нарастания титра антител, независимо от их уровня (могут быть выше референсных значений) говорит о состоянии носительства БГСА у пациента. Но этот метод все же носит ретроспективный характер, так как требуется повторный забор сыворотки крови не ранее чем через 7—10 дней после первой.

В детском отделении поликлиники Минэкономразвития с 2007 года внедрен иммунохроматографический экспресс-тест для качественного определения антигенов БГСА. С 2007 года всего проведено 2448 исследований для подтверждения стрептококковой этиологии острых тонзиллофарингов. Из них 937 исследований было положительными (38,2%).

Более подробно мы проанализировали 725 случаев острых тонзиллофарингитов в период с 2013 по 2015 годы. У 209 (28,8%) детей экспресс-тест был положительным. С помощью культурального метода БГСА подтвержден только у 53 детей из 725 (7,3%). Определение БГСА чаще при помощи экспресс-теста по сравнению с культуральным методом (209 и 53 ребенка соответственно) согласуется с данными литературы. Кроме этого, детям было проведено повторное обследование экспресс-методом, которое выявило положительный результат у 68 детей (9,4%). Таким образом, дети выделяли БГСА после проведенного лечения и в отсутствии клинических симптомов, что говорит о возможном формировании носительства у реконвалесцентов БГСА инфекции или носительстве БГСА уже до настоящего заболевания. Однако определение АСЛО в динамике детям проводилось крайне редко, так как оно не рекомендуется в рутинной амбулаторной практике, что не позволило нам дифференцировать носителей БГСА среди пациентов с тонзиллофарингитами. В связи с возможностью развития подобных ситуаций и назначением лишнего курса антимикробной терапии зарубежные авторы в своих рекомендациях не рекомендуют проводить тест пациентам с явными клиническими признаками острой вирусной инфекции (ринит, кашель, осиплость голоса) и детям до 3 лет (за исключением отдельных случаев), в виду того, что у них редко развивается БГСА тонзиллофарингит и острая ревматическая лихорадка.

Заключение. Выделение стрептококков не всегда свидетельствует об их причастности к заболеванию, т.к. довольно часто человек является носителем БГСА. Однократное исследование АСЛО может привести к неправильной и тупиковой интерпретации полученных результатов и не рекомендуется в рутинной практике. Однако, повторные случаи стрептококковой инфекции требуют клинического осмысления, а также микробиологического и серологического контроля (титр АСЛО с интервалом 7—10 дней) для исключения носительства, так как в большинстве случаев (кроме особых ситуаций) носители БГСА не нуждаются в антибактериальной терапии.

75 Острая Эпштейна-Барр вирусная инфекция как объект математического моделирования

Пермякова А.В.

ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера» Минздрава РФ, Пермь, Россия

Цель исследования. Разработка математической модели острой стадии инфекционного процесса, вызванного вирусом Эпштейна-Барр на примере инфекционного мононуклеоза, посредством определения клинически значимого количества вируса в слюне у детей.

Материалы и методы. Основную группу исследования составили 40 детей в возрасте от 2 до 14 лет, наблюдавшиеся по поводу инфекционного мононуклеоза (ИМ), вызванного вирусом Эпштейна-Барр (ВЭБ). Группу сравнения составили ВЭБ-серопозитивные дети того же возраста — 63 человека, без клинических и лабораторных признаков инфекционного мононуклеоза и острого заболевания. Диагноз считался подтвержденным при наличии не менее 2-х клинико-лабораторных признаков инфекционного мононуклеоза в сочетании с выявлением специфических антител (IgM к VCA-антигену ВЭБ) и наличием ДНК ВЭБ в крови (критерий включения в группу исследования).

Результаты. По результатам серологического обследования IgM VCA обнаружены у 80,0% (32/40) детей основной группы, в группе сравнения таковых не было. ДНК ВЭБ в крови определялась у всех детей основной группы, в слюне у 95,0% (38/40) детей. Медиана количества ДНК ВЭБ в крови у детей основной группы составила 3,7 lg (4780 коп ДНК/мл). В слюне медиана ДНК ВЭБ равна 5,1 lg (142 400 копий ДНК/мл). В группе сравнения все дети были ВЭБ-серопозитивны, в крови ДНК ВЭБ не была обнаружена, в слюне определялась у 19,0 % (12/63) детей. Медиана ДНК ВЭБ в слюне составила 2,5 lg (330 копий ДНК/мл).

Для нахождения оптимального «порогового» значения вирусной нагрузки в слюне, которое можно было бы использовать с целью прогнозирования острой формы ВЭБ-инфекции, построили математическую модель. Получено линейное уравнение регрессии: $y = -1,8 + 0,0009x$, где x — значение вирусной нагрузки. Определен оптимальный порог для значений вирусной нагрузки ДНК ВЭБ в слюне, cut off = 3980 коп ДНК/мл, или 3,6 lg. Вероятность острой формы заболевания при этом значении составляет 86,0%.

Выводы. При острой ВЭБ-инфекции в форме инфекционного мононуклеоза происходит выделение вируса в биологические среды организма, такие как кровь и слюна. При этом максимальное количество вируса определяется в слюне, превышая значения

5,1 Ig копий ДНК/мл, в крови — 3,7 Ig копий ДНК/мл. Математическая модель определяет, что значения вирусной нагрузки ДНК ВЭБ в слюне выше 3,6 Ig копий ДНК/мл, с вероятностью более 86,0% соответствуют острой форме ВЭБ-инфекции, что позволяет использовать количественную ПЦР слюны на начальном уровне диагностики, с обязательным последующим серологическим исследованием для уточнения фазы инфекционного процесса.

76 Клинико-эпидемиологическая характеристика коклюша у детей в 2018 г. на Кубани

Плисецкая Т.А., Тхакушинова Н.Х., Леденко Л.А., Бевзенко О.В.

ГБУЗ «Специализированная клиническая
детская инфекционная больница», г. Краснодар, Россия

В связи с активной антивакцинальной кампанией в последние годы отмечается подъем заболеваемости коклюшем среди детей. За 9 месяцев 2018 г. выросла заболеваемость этой инфекцией в Краснодарском крае. Нами было обследовано 364 ребенка в возрасте от 1 мес до 17 лет, больных коклюшем, получавших стационарное лечение. Диагноз устанавливали на основании типичной клиники и лабораторных данных (гематологические, бактериологические, серологические, ИФА, ПЦР).

Заболевание чаще регистрировали у детей раннего возраста (70,3%). Дети грудного возраста болели в 42,8% случаев (156 детей), из них в возрасте от 0 до 6 месяцев — 63,5% (99 детей). Школьники болели в 20% случаев (73 ребенка). Девочки болели в 54,1% случаев (197 человек). Дети из неорганизованных коллективов составили 71,7%. В 81,3% случаев заболевание протекало в средней степени тяжести, а в 18,7% — тяжелой степени с развитием ряда осложнений. В 5,8% дети получали лечение в условиях ОРИТ. Коклюшем болели непривитые дети и не получившие полный курс прививок от коклюша. Тяжелые формы заболевания регистрировали у непривитых детей, имеющих отягощенный преморбидный фон. Дети школьного возраста в 56,2% случаев имели полный курс вакцинации от коклюша. В 90,9% случаев был зарегистрирован контакт заболевшего коклюшем пациента с длительно кашляющим ребенком или взрослым человеком. Взрослые чаще связывали заболевание с простудой, курением или наличием сопутствующей патологии. К врачу взрослые, как правило, не обращались. В лечении коклюша использовали этиотропную терапию, симптоматическую и патогенетическую терапию. Летальных исходов не было.

Таким образом, на современном этапе коклюш у детей протекает как среднетяжелое заболевание. Тяжелые и осложненные формы болезни чаще наблюдаются у детей раннего возраста, с отягощенным преморбидным фоном, не имеющих прививок против коклюша. Стертое течение заболевания у ухаживающих лиц способствует инфицированию окружающих детей. Заболеваемость привитых детей в школьном возрасте позволяет рекомендовать ревакцинацию от коклюша в школьном возрасте.

77

Клинико-эпидемиологическая характеристика ветряной оспы у детей

Поздеева О.С., Царенко О.Е., Мохова О.Г., Поздеев В.В.,
Петренко М.В., Данилова О.Н., Булах М.А.

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ,
БУЗ УР «Республиканская клиническая инфекционная больница
МЗ УР», г. Ижевск, Россия

Актуальность исследования. В современных условиях значимость ветряной оспы обусловлена ее широкой распространенностью, высокими показателями заболеваемости, значительной вероятностью тяжелого клинического течения, осложнений. В последние годы повсеместно на территории России имеет место высокая заболеваемость ветряной оспой среди детей. В Удмуртской Республике заболеваемость в 2017 г. увеличилась (2015 — 3226,8; 2016 — 2764,6; 2017 — 3652,2 на 100 тыс. нас).

Цель исследования: определить клинико-эпидемиологические особенности ветряной оспы у госпитализированных детей.

Материалы и методы исследования. Проведено клиническое наблюдение за 320 детьми (2015—2017 гг. — 185 детей; 2012—2014 гг. — 135 детей), находившихся на стационарном лечении в Республиканской клинической инфекционной больнице с диагнозом «Ветряная оспа» с ретроспективным анализом историй болезней.

Результаты. Возраст госпитализированных детей был от 1 месяца до 17 лет. В возрастной структуре преобладали дети 3—7 лет (37,5%), 1—3 года — 28,4%, до 1 года — 18,8%, 7 — 15 лет — 15% и 15—18 лет — 0,3%. Организованные дети составили 65,3%, из них посещали ДОО — 52,5%, СОШ — 12,8%. Источник инфекции в семье был отмечен у 34,7%, у 29,4% источник установить не удалось.

Тяжелые формы заболевания были в 2,2% случаев, среднетяжелые — в 96,9%, легкие формы — в 2,2%. Осложненное течение ветряной оспы наблюдалось в 70,3% случаев, поражение нервной системы — у 7,6% пациентов. У 88,4% детей с ветряной оспой были диагностированы осложнения, обусловленные присоединением бактериальной инфекции: пиодермия — у 75,1%; флегмона — у 3,1%; инфильтрат — у 1,8%; абсцесс — у 0,9%; рожистое воспаление — у 0,5%. У 24,4% детей ветряная оспа протекала с сопутствующей пневмонией. Развитие осложнений чаще наблюдалось у детей в возрасте 1—3 лет (32,4%) и 3—7 лет (32,4%), среди них поражение нервной системы — у 5,5% и 10,9%; бактериальные осложнения — у 83,6% и 75,3% больных соответственно. Осложнения у детей в возрасте до 1 года были отмечены у 22,2% (бактериальные осложнения — 100%), а у детей старше 7 лет — у 12,9% (поражение нервной системы — у 6,9%; бактериальные осложнения — у 96,6%).

Выводы. Среди госпитализированных с ветряной оспой больных преобладают дети в возрасте от 3 до 7 лет (37,5%), в большинстве случаев организованные (65,3%), имеющие среднетяжелые формы заболевания (96,9%). Развитие осложнений, в большинстве случаев бактериальных (88,4%), чаще наблюдалось у детей в возрасте от 1 месяца до 3 лет.

78 Клещевой энцефалит у детей и его профилактика

Помогаева А.П.¹, Караваева М.О.²

¹ ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ г. Томск, Россия

² ОГАУЗ Детская больница № 1, г. Томск, Россия

Томская область в течение многих лет характеризуется высоким уровнем заболеваемости клещевым энцефалитом (КЭ) и иксодовым клещевым боррелиозом (ИКБ). Повышение качества диагностики, противоэпидемические и профилактические мероприятия способствовали снижению заболеваемости населения, в том числе детского. С 2001 по 2017 год заболеваемость КЭ снизилась с 72,5 до 6,67 на 100 000 населения, но в 5 раз превышает интенсивный показатель по России (ИП 1,33). Среди заболевших доля детей составляет от 8,0% до 20,0%, ИП за последние 10 лет колеблется от 12,6 до 4,92 на 100 000 населения. Прослеживается определенная цикличность численности клещей на 1 км маршрута и их вирусофорности с подъемом в 2011 (38 экз/км, 5,3), в 2014 годах (34 экз/км, 8,7) и низким показателем вирусофорности в 2009 году (35 экз/км, 0,5).

Цель работы: сопоставить клинические формы с эпидемиологическими показателями, в том числе профилактикой КЭ у детей за период с 2008 по 2017 годы.

Под наблюдением было 56 детей в возрасте от 1 года до 14 лет. Средний возраст заболевших $8,1 \pm 1,0$ год без существенных ежегодных колебаний. Среди обратившихся в ЛПУ с присасыванием клеща дети составили от 20,0% до 16,4%, а среди заболевших КЭ число их уменьшилось с 16,0% до 10,6%. Преобладала лихорадочная форма — 52,5% детей с появлением 2-волнового течения с 2010 года. Менингеальная форма регистрировалась у 38,0% больных с одинаковой частотой одно- и 2-волнового течения. Очаговые формы определялись редко и не превышали 9,5% детей. В 2008 году умер ребенок 2 лет: менингоэнцефалитическая форма, привит, серопрофилактика не проводилась, факт присасывания клеща не установлен.

Диагноз КЭ подтверждался результатами определения специфических антител, а с 2009 года — антигена вируса КЭ в клеще, крови, ликворе методом ИФА, с 2010 года — РНК (ПЦР). Проводился преимущественно 2 и 3 кратный забор крови (85—90% больных). Серопрофилактика пострадавшим осуществлялась в последние годы только после положительного результата исследования клеща или крови со снижением охвата детей в 2017 году до 14,2%. Показатели вакцинопрофилактики в последние годы составили 71,0—78,8% от плана. Целенаправленно проводилась акарицидная обработка территорий.

Таким образом, профилактика, ранняя диагностика и терапия способствовали снижению заболеваемости детей клещевым энцефалитом.

79

Клиника и специфический иммунитет при эритемной форме иксодового клещевого боррелиоза у детей за 20 лет наблюдения

Помогаева А.П.¹, Обидина О.В.²

¹ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ г. Томск, Россия

²ОГАУЗ Детская больница № 1, г. Томск, Россия

Цель работы: охарактеризовать клинику и специфический иммунитет у детей при эритемной форме иксодового клещевого боррелиоза (ЭФ ИКБ) за 20 лет в острый период болезни.

Материалы и методы. Обследовано 123 больных в возрасте от 1 года до 14 лет: 1 группа — госпитализированы в 1990—2002 гг., 103 ребенка, 2 группа — в 2008—2015 годы, 20 детей. Диагноз ЭФ ИКБ устанавливался по клинико-эпидемиологическим данным и специфическим антителам. Статистическая обработка материала включала параметрические и непараметрические методы.

Результаты. Стадия локализованной инфекции имела место у 56,3% детей 1 группы и у 85,0% (17) — 2 группы, диссеминированной — у 43,7% и 15,0% (3 детей) — соответственно. Клещевая мигрирующая эритема (КМЭ) была дебютом заболевания у 76,3% детей 1 группы и у 75,% (17 детей) 2 группы, размером от 2 до 30 см, сохранялась в среднем $6,5 \pm 0,6$ дней и $3,0 \pm 2,2$ дней соответственно. Общеинфекционный синдром наблюдался у всех 123 больных. Лихорадка имела место у 82,5% детей 1 группы и у 85% (17) детей 2 группы, регионарный лимфаденит (РЛА) у 40,8% и у 35,0% (7) соответственно. Миалгия, гепатомегалия встречались редко. У 3,9% больных 1 группы и у 5% (1 больной) установлено поражение лицевого нерва.

Специфический иммунитет у детей 1 группы исследовали методом нРИФ с корпускулярным антигеном *B. afzelii* штамма Ip21, 2 группы — методом ИФА. Кровь брали в разгар болезни и в период реконвалесценции (после проведения антибактериальной терапии). Динамика титров антител в парных сыворотках была различной у детей 1 группы. В разгар болезни диагностически значимые титры антител (1/40 и выше) обнаружены лишь у 15,4% детей, отрицательные — у 36,5%, низкие (1/10—1/20) у 48,1% детей. В период ранней реконвалесценции диагностически значимые титры имелись только у 19,6% детей, отрицательные — у 45,6%, низкие у 34,8% детей. В разгар болезни у детей 2 группы IgM определялись лишь у 40,0% (8) больных одновременно с IgG, в период ранней реконвалесценции у 45,0% (9) и 55,0% (11) больных соответственно.

Больные 1 группы получали антибиотики пенициллинового ряда и цефалоспорины (ЦФ) 3 поколения, 2 группы — только ЦФ 3. Длительность течения заболевания у детей 1 группы была $7,6 \pm 0,9$ дней, 2 группы — $8,2 \pm 2,5$ дня.

Выводы. Таким образом, клиника ЭФ ИКБ у детей обеих групп не претерпела существенных изменений за период наблюдения. Специфическое антителообразование у обследованных детей в разгар болезни и период ранней реконвалесценции отличалось низкими уровнем и сероконверсией.

Разуваев О.А., Кокорева С.П., Разуваева Ю.Ю., Савенко И.А.

ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России,
БУЗ ВО ОДКБ №2, Воронеж, Россия

Пневмонии остаются одной из актуальных проблем здравоохранения. В Российской Федерации в последние годы прослеживается стойкая тенденция к росту заболеваемости пневмонией среди детского населения.

Материалы. Под наблюдением находилось 89 детей в возрасте от 1 месяца до 18 лет, госпитализированных в инфекционный стационар города Воронежа с пневмониями (пациенты с пневмонией, вызванной атипичными возбудителями, из исследования были исключены).

Результаты. Бактериальная этиология установлена только у 22,6% пациентов: пневмококк у 14,4% детей, гемофильная палочка у 8,2%. У 26,5% детей была уточнена этиология вирусной инфекции: 16,4% — грипп, у 10,1% выявлена аденовирусная инфекция.

Острое начало заболевания с повышения температуры и катарального синдрома имело место у 71,9% детей. У 51,6% температура повышалась с первого дня болезни до фебрильных цифр с последующим снижением к 3 [2; 4] дню болезни и повторным подъемом через 1—2 дня светлого промежутка. Вероятно, наличие катарального синдрома и волнообразной лихорадки связаны с развитием пневмонии как осложнения ОРИ. Общая продолжительность лихорадки составила 5 [4; 7] дней. Кашель отмечался у всех детей — в начале болезни был сухим, становясь влажным к 7 [5; 8] дню болезни, общая продолжительность кашля составила 9 [7; 12] дней. Интоксикационный синдром был наиболее выражен с 4 [2; 5] и сохранялся 2 [2; 4] дня. При аускультации у 58,4% детей выслушивались локальные влажные мелкопузырчатые хрипы, крепитация была только у 5,6%, аускультативные изменения сохранялись 6 [5; 8] дней. Укорочение перкуторного звука и ослабление дыхания регистрировались у 30,3%. При этом у каждого пятого ребенка физических изменений со стороны легких не выявлялось. У 71,9% детей отмечались явления дыхательной недостаточности, у 12,3% из них второй степени. Бронхообструктивный синдром был диагностирован у 30,7%. У 10,1% детей имел место односторонний гнойный отит.

В общем анализе крови лейкоцитоза не отмечалось, у 35,9% детей имел место отосительный нейтрофиллез, у 30,3% было повышение скорости оседания эритроцитов.

Выводы. Таким образом, у каждого пятого ребенка при развитии пневмонии не отмечается физических изменений, только у трети больных имели место изменения в общем анализе крови. Ведущим диагностическим критерием является наличие ДН, особенно без бронхообструктивного синдрома, а так же наличие волнообразной температурной кривой.

81 Ацетонемический синдром на фоне течения острых кишечных инфекций

Родионова Н.В., Петренко Н. М., Петров В.А.

ИАТЭ НИЯУ МИФИ, г. Обнинск, Россия

В практической деятельности педиатру-инфекционисту часто приходится встречаться с нарушением обмена веществ у детей, которые сопровождаются развитием ацетонемического синдрома (АС). Согласно литературным данным, выделяют первичный и вторичный АС. Вторичный АС у детей возникает при инфекционных, хирургических, эндокринных и соматических заболеваниях, сопровождающихся, в первую очередь, нарушениями энергетического метаболизма. Кроме того, на фоне интоксикации, которая сопровождает инфекционные заболевания, дети часто отказываются от еды. Алиментарное голодание, в том числе и углеводное, запускает механизмы кетоза.

Цель: проанализировать течение ацетонемического синдрома на фоне острой кишечной инфекции у детей.

Материалы и методы: проведен анализ данных 318 историй болезней с ОКИ у детей в возрасте от 1 месяца до 18 лет за 2018 год с января по октябрь. В 113 случаях ОКИ протекали с вторичным ацетонемическим синдромом.

Результаты и их обсуждение. Ротавирусная инфекция (РВИ) чаще прочих ОКИ приводила к ацетонемии (69,7%). Наибольшее число детей с АС было зарегистрировано в возрасте от 2 до 6 лет — 72,5% (82/113). РВИ на фоне АС достоверно чаще других ОКИ имела тяжелое течение с явлениями эксикоза и токсикоза. Ведущим клиническим синдромом являлась рвота и вялость, которые отмечались у 94,6% пациентов, лихорадка — у 63%. Также отмечалась диарея, спастический абдоминальный синдром, проявляющийся схваткообразными болями в животе, бледностью кожи с характерным румянцем, гиподинамией, мышечной гипотонией. В первые дни поступления в стационар уровень ацетона в моче был высокий («+++» или «++++»). К третьему дню у 34,8% детей высокий уровень ацетона в моче сохранялся наряду с основными симптомами. Явления кетоацидоза полностью купировались к $5 \pm 2,3$ дню. Лечение ацетонемического синдрома заключалось в адекватной оральной и инфузионной регидратации.

Выводы: Вирусные диареи и кетоацидоз — это коморбидные процессы, их ассоциация в педиатрической практике является тесной и диагностически значимой. Наиболее частой причиной развития АС является ротавирусная инфекция.

82 Особенности клинической симптоматики сальмонеллезов у детей раннего возраста

Родионова Н.В., Петров В.А., Холодняк А.Ю., Петренко Н. М.,

ИАТЭ НИЯУ МИФИ, г. Обнинск, Россия

Современной особенностью острых инфекционных диарей является снижение роли бактериальных возбудителей, в том числе сальмонелл, шигелл, диареегенных эшерихий. Однако в последние несколько лет вновь наметилась тенденция к росту числа сальмонеллезов.

Цель: изучить особенности клинической картины сальмонеллезов у детей раннего возраста.

Материалы и методы. На базе инфекционного отделения Клинической больницы с января 2017 по октябрь 2018 года изучили клинико-эпидемиологические особенности сальмонеллезов у детей в возрасте от 1 месяца до 3 лет. Всего было обследовано 204 пациента с клиникой острой инфекционной диареи, сальмонеллез был диагностирован у 21 ребенка. Обследование и лечение проводилось согласно стандартам специализированной помощи.

Результаты. В 36,5% случаев сальмонеллы были изолированы из кишечника детей первого года жизни. Госпитализация детей осуществлялась как правило на 3–4-й день болезни ($3,3 \pm 2,9$). У 2-х больных в возрастной группе до 1 года (9,52%) сальмонеллез протекал в тяжелой форме. Чаще всего сальмонеллез протекал по гемоколитическому варианту 42,82% (9/21), поражение ЖКТ на всем его протяжении по типу гастроэнтероколита было диагностировано у 33,33% (7/21) больных. Заболевание началось остро с подъема температуры до фебрильных цифр ($38,6^\circ\text{C} \pm 0,84$), длительность лихорадочного периода составила в среднем ($5,19 \pm 3$) от начала заболевания. Продолжительность диарейного синдрома — ($8,98 \pm 3,2$) дня, частота стула — ($8,2 \pm 3,4$) раза в сутки, рвоту регистрировали у 10 больных сальмонеллезом, ее частота в среднем составила ($3,3 \pm 1,2$) эпизодов в сутки, продолжительность — ($2,1 \pm 1,1$) дня. Синдром гепатомегалии отмечен у 11 больных. Длительность пребывания больного сальмонеллезом ребенка в стационаре составила в среднем ($9,9 \pm 3,2$) дня. Возбудителями сальмонеллезов в подавляющем большинстве случаев были *S. enteritidis*, *S. typhimurium* — 89,34%. *S. infantis*, *S. v. irchow*, *S. heidelberg* выделяли из кишечника обследованных в единичных случаях.

Выводы: Сальмонеллезная инфекция остается одной из наиболее актуальных проблем педиатрии в связи с значительной распространенностью, тяжелым и длительным течением заболевания, особенно у детей раннего возраста.

83

Сальмонеллез у детей в Кировской области

Савиных Н.А.¹, Калужских Т.И.¹, Савиных М.В.¹,
Егорова С.В.², Ашихмина Т.В.², Шалагинова И.А.²

¹ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России,

²КОГБУЗ «Инфекционная клиническая больница», Киров, Россия

В структуре острых кишечных инфекций с инвазивным механизмом диареи сальмонеллезы занимают ведущее место.

Цель исследования: изучение клинико-эпидемиологических особенностей, характера течения и исходов гастроинтестинальных форм сальмонеллезов у детей.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 50 детей в возрасте от 0 до 14 лет, госпитализированных в детское кишечное отделение Кировской инфекционной клинической больницы в 2017 году. Диагноз верифицирован бактериологическим и/или молекулярно-генетическим методом.

Результаты. Среди больных дети в возрасте до года составили 8%, от 1 до 3 лет — 46%, от 3–7 лет — 22%, старше 7 лет — 24%; из них мальчиков — 52%, девочек — 48%.

Неорганизованных детей было 30%. Большинство детей (64%) поступили в стационар в первые трое суток от начала заболевания, 32% — после 3 дня болезни, 4% — после 7 дня. Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила $4,9 \pm 1,9$ суток. У 30% выявлен контакт с больными ОКИ в семье, у 10% — в организованных коллективах.

Большинство пациентов (92%) заболело остро с выраженным интоксикационным и гастроинтестинальным синдромом. Преобладала (94%) средняя степень тяжести заболевания, тяжелая — у 6%. В 90% случаев заболевание сопровождалось подъемом температуры тела до фебрильных цифр в течение $3,8 \pm 1,6$ суток. У 78% пациентов отмечалась рвота в течение $2,0 \pm 1,6$ дней. 46% детей жаловались на боли в животе, сохранявшиеся $3,2 \pm 1,6$ суток. Частота стула за сутки составила $8,5 \pm 4,3$ раз, средняя продолжительность диареи — $5,6 \pm 2,2$ суток. У большинства пациентов (72%) имел место гастроэнтероколитический вариант заболевания. У 88% детей развилась дегидратация I степени, у 8% — дегидратация II степени. В 30% случаев наблюдался кетоацидоз. У 10% больных диагноз подтвержден бактериологическим и молекулярно-генетическим методом (ПЦР). Высев из кала возбудителя — у 70%, только ПЦР — у 20% пациентов. В 98% заболевания было вызвано *S. enteritidis* группы D, в 2% — *S. virchow*.

Таким образом, сальмонеллез чаще регистрировался среди детей в возрасте от 1 до 3 лет, был вызван *S. enteritidis* группы D и протекал по гастроэнтероколитическому варианту с развитием дегидратации I и II степени и кетоацидоза.

84 Prevalence of HBV and HCV infection in Mongolian children and adolescents (Efficacy of HBV vaccination in Mongolian children)

Khishigtogtoch Sereenendorj^{1,2}, Maralma Enkhbat², Zulkhuu Genden², Purevjargal Bat-ulzii², Myagmarjav Budeebazar², Naranjargal Dashdorj^{2,3}, Naranbaatar Dashdorj³, Dahgwahdorj Yagaanbuyant^{1,2}

¹Mongolian National University,

²Medical Sciences of Liver center,

³Onom Foundation, Ulaanbaatar, Mongolia

Mongolia is country with highest prevalence of viral hepatitis infection. In the end of last century there was estimated prevalence HBV infection around 15% and HCV infection more 10% in Mongolian population. Therefore, Mongolian government was taken lot of measures, including introduce HBV vaccine in expanded vaccination program, since 1991.

Aim of study: To study the prevalence of HBV and HCV infection and efficacy of HBV vaccination in Mongolian children and adolescent.

Material and method study. The design of study is cross sectional. As cluster, randomly selected one county (sum) and one family doctor's unit from provincial center from each 17 provinces of Mongolia (34 cluster). From each cluster, matching by age group and sex, randomly selected 100 subjects (ages 0–24) and enrolled totally 3438 children and adolescent. There was tested HBsAg and anti-HCV by rapid test (CTK biotech, San Diego) on site to all subjects. From all subjects collected 3–5 ml serum, and stored it at -70 degree C, for future necessary analyzes.

Results. There was 64 subjects tested positive for HBsAg and 44 — tested positive for anti-HCV. But, shows difference depending on age (table):

Age group	0—4	5—9	10—14	15—19	20—24	total
HBsAg (n)	5	7	12	4	36	64
%	0.73	1.03	1.76	0.59	5.29	1.19
Anti-HCV (n)	7	3	8	10	16	44
%	1.03	0.44	1.18	1.47	2.35	1.28

Between 0—19 age groups, the prevalence of HBV infection is not statistically significant difference. As regarding to 20—24 age group, the high prevalence of HBV, associated with technique and quality of vaccination before 20 years in Mongolia. Incidence of HCV infection begins in early childhood age and their tendencies continually increase by years. But, relatively high prevalence in 0—4 age-old groups, we are thinking, from maternal antibody. By ages, the titer of antibody will decline.

Conclusion: The prevalence of HBV infection in Mongolia dramatically decreasing. Efficacy of HBV vaccination is fully acceptable as world standard. HCV infection is happened even at early childhood age and prevalence of this infection increases with age.

85 Клинико-этиологические особенности энцефалитов у детей раннего и старшего возраста

Скрипченко Н.В., Иванова Г.П., Скрипченко Е.Ю., Мурина Е.А., Карев В.Е.

Детский научно-клинический центр инфекционных болезней ФМБА России, г. Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: определить возрастные клинико-этиологические особенности течения и исходов энцефалитов (ЭФ) у детей.

Материалы и методы. Обследованы 364 ребенка с ЭФ в возрасте от 1 мес. до 17 лет. Этиологическая диагностика включала исследование ЦСЖ, крови и др. биологических жидкостей методами ПЦР и/или ПЦР real time, иммуноцитохимии, ИФА, иммуноблота на герпесвирусы (1, 2, 3, 4, 5, 6 типов), парвовирус В19, энтеровирусы, вирус краснухи, гриппа, аденовирусы, клещевого энцефалита и боррелии бургдорфери, хламидии и микоплазмы.

Результаты. Установлено, что частота ЭФ у детей в возрасте до 3-х лет составила 34% ($n = 124$), а среди детей от 4-х до 17 лет наибольшее число случаев приходилось на возраст 4—6 лет (21,2%). До 3-х лет ЭФ чаще вызывались цитомегаловирусами (21,8%) и энтеровирусами (13,2%); вирус простого герпеса (ВПГ) 2 типа встречался — в 2,6 раз чаще, чем ВПГ-1. В этой группе врожденная инфекция была причиной ЭФ в 47,5%, а в 43,2% их развитие наблюдалось при эпидемических сезонных подъемах заболеваемости. В этиологии ЭФ у детей 4—17 лет доминировал вирус варицелла-зостер (16,7%), клещевые инфекции (21,2%), вирус Эпштейна-Барр (11,7%) и энтеровирусы (11,7%). У детей старшего возраста в 73,3% ЭФ развивались спорадически и в 94,2% при приобретенных инфекциях.

У детей раннего возраста достоверно чаще встречались экстрапирамидные, речевые расстройства, эпилептические приступы, а пирамидные нарушения имели большую тяжесть. В возрасте до 3-х лет в 84,7% наблюдалось изолированное поражение структур головного мозга, чаще на фоне лихорадки, генерализованных экзантем, воспаления верхних дыхательных путей, а в 22,5% и др. органов. У детей от 4 до 17 лет в 41,2 % одновременно с головным вовлекался спинной мозг и/или краниальные и/или спинальные нервы, а симптомы ЭФ в 68,7% развивались при субфебрильной или нормальной температуре с меньшей частотой внецеребральных симптомов.

Острое и острейшее течение ЭФ у детей до 3-х лет составило 72,6%, сопровождалось осложнениями в 69,4%, основным из которых был отек головного мозга. В возрасте старше 4-х лет затяжное и хроническое течение встречалось более чем в 1/2 случаев (52,1%), а осложнения — у 1/3 детей. Дети раннего возраста имели — в 2,5 раза большую летальность (3,2% и 1,3% соответственно), а также частоту формирования двигательных и когнитивных дефицитов и симптоматической эпилепсии. При развитии ЭФ в старшей группе с поражением белого вещества и синдромом оптикоэнцефаломиелита в 6% случаев обострения болезни приводили к развитию рассеянного склероза.

Таким образом, с возрастом ребенка взаимосвязаны как этиология, так и характер течения, а также частота осложнений и исходы энцефалитов у детей, что необходимо учитывать при планировании мониторинга и терапии.

86 Редкие формы инфекционных сыпей на педиатрическом приеме

Соболенкова В.С., Холодняк Г.Е., Федоров С.Ю., Руднева Н.С.

Медицинский институт ФГБОУ ВПО «Тульский государственный университет», Детская поликлиника МЦ «Консультант», ГУЗ «Тульский областной клинический кожно-венерологический диспансер», Тула, Россия

Актуальность. К редко встречающимся видам инфекционной сыпи в практике педиатра можно отнести детскую розеола, вирусную пузырчатку, синдром папулезно-геморрагической сыпи в виде перчаток и носков, одностороннюю латероторакальную экзантему. Эти заболевания, несмотря на определенные, свойственные каждому, признаки, достаточно часто не регистрируются при первичном приеме у педиатра. Данные нозологии обладают рядом общих признаков и в большинстве случаев не требуют лабораторной диагностики. Однако стадийность кожных процессов в литературных источниках разнится, что затрудняет выявление заболевания на начальном этапе и приводит к назначению необоснованного лечения.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 39 детей в возрасте от 6 месяцев до 15 лет с диагнозами: детская розеола ($n = 13$), вирусная пузырчатка ($n = 8$), синдром папулезно-геморрагической сыпи в виде перчаток и носков ($n = 16$), односторонняя латероторакальная экзантема ($n = 2$).

Результаты. В дебюте заболевания детской розеола у всех детей отмечалась лихорадка ($39-40^{\circ}\text{C}$) с выраженной интоксикацией длительностью $3,1 \pm 0,4$ дня. Оконча-

ние лихорадочного периода характеризовалось появлением высыпаний в виде розовых пятен и папул на лице и конечностях. Высыпания исчезали бесследно через 2 дня.

Синдром папулезно-геморрагической сыпи начинался с фебрильной лихорадки длительностью 1—2 дня. Затем появлялась папулезная и петехиально-геморрагическая сыпь в области кистей, стоп, нередко с болезненностью в их области. У трети детей единичные эрозии в зеве появились еще в лихорадочном периоде, в остальных случаях — вместе с сыпью. Длительность высыпаний составила 4—5 дней, после чего наступал их регресс с крупнопластинчатым шелушением области угасающих элементов, протекающий в течение недели.

В дебюте заболевания вирусной пузырчаткой у всех детей отмечалось недомогание и субфебрильная лихорадка, у 50% — до 2 дней, после чего появлялись высыпания на коже овальной и округлой формы, единичные, в виде везикул с ободком гиперемии, вскрывающиеся через 2—3 дня, оставляя эрозии с корочкой. Отмечалось поражение сначала слизистой рта, затем кожи кистей и стоп. Высыпания на коже, болезненные при пальпации, регрессировали в течение $8,3 \pm 1,5$ дней. Период высыпаний сопровождался умеренными болями в горле и влажным кашлем в 62% случаев, а у остальных — болями в животе и неустойчивостью стула в течение 3 дней.

У 2 пациентов с односторонней латероторакальной экзантемой в первые сутки заболевания отмечался подъем температуры до 38°C , сопровождавшийся болями в животе. На 2 сутки на фоне субфебрильной лихорадки возникла мелкоточечная сыпь в правой подмышечной области, правой паховой области, которая затем распространилась на правую боковую поверхность груди, живота за 2 суток. Сыпь сохранялась до 15 дней с постепенным угасанием.

Заключение. Таким образом, описание редких инфекционных сыпей позволит успешно и в ранние сроки диагностировать данные заболевания на педиатрическом приеме.

87

Вакцинация детского населения Смоленской области

**Соколовская В.В., Грекова А.И., Телеш М.А.,
Сусенкова А.А., Шевченко С.С., Жилина Е.А.,
Газаль О.В., Кобракова Г.А., Шумилов А.П.**

ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России, г. Смоленск, Россия

Актуальность: вакцинопрофилактика доказала свою эффективность и безопасность, но в настоящее время участились случаи отказов от вакцинации не по медицинским противопоказаниям, а в результате искаженного восприятия ее сути.

Цель работы — изучение общественного мнения родителей по вопросам вакцинации.

Методы: проведение анкетирования среди родителей, находящихся по уходу за детьми в детских инфекционных отделениях ОГБУЗ КБ №1 г. Смоленска в период с октября 2017 г. по апрель 2018 г. Обсуждение: в опросе приняло участие 232 человека в возрасте от 21 до 58 лет.

Результаты. Около 70% опрошенных положительно относятся к иммунопрофилактике, 25% — отрицательно, и около 5% затруднились ответить на вопрос. 8% респондентов уверены, что прививки преследуют сугубо экономическую выгоду для их производителей.

Среди возможных осложнений чаще называют повышение температуры (92%), аллергические реакции (84%), местные проявления (68%). 22% обеспокоены развитием инфекции, вызванной вакцинным штаммом. 9% уверены, что вакцинация является причиной аутизма. 8% считают возможным отравление ртутью, входящей в состав некоторых вакцин.

39% анкетлируемых основным источником получения информации о вакцинации называли Интернет и СМИ, и только 77% консультируются с врачом. По мнению 44% родителей, участковые врачи педиатры в недостаточной мере информируют их о необходимости вакцинации, возможных осложнениях. При подготовке ребенка к вакцинации в 11% случаев не осуществляется осмотр его педиатром, только у 32% детей была проведена термометрия.

Выводы: выяснено, что, несмотря на положительное отношение к вакцинации большинства родителей, довольно распространены страхи, связанные с побочными явлениями при ее проведении. Неграмотность в данных вопросах порождает стремление получить информацию в различных источниках, в которых представлена не всегда правдивая информация, что формирует негативное отношение к вакцинации. Предотвратить подобные тенденции могла бы более внимательная и грамотная просветительская работа участковой службы.

88

Причины отказа родителей от профилактических прививок

Соловьева Н.А., Курмаева Е.А., Кулакова Г.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ МЗ РФ, г. Казань, Россия

В последние годы во всем мире наблюдается рост заболеваемости корью. Вспышка кори затронула каждую четвертую страну в Европейском регионе. Эксперты ВОЗ подчеркивают, что в целом в Европе сохраняются очаги распространения кори из-за низкого охвата населения прививками (в ряде стран этот показатель ниже 70%). По мнению Европейского отдела ВОЗ, наблюдаемый рост заболеваемости корью обусловлен антипрививочной кампанией. В России в 2017 году было зафиксировано 700 случаев инфекции. За первые 6 месяцев 2018 года — 1 717 случаев заболевания. По данным Роспотребнадзора, в Татарстане оказались не привиты из-за отказа родителей с начала 2018 года свыше 50 тысяч детей, в том числе от кори — 8400.

Целью наших исследований явилось изучение причин отказов родителей от вакцинации детей против кори за период 2015—2017 гг.

Результаты. При анкетировании родителей (107) выявлены причины отказов: боязнь осложнений (62%), недоверие к отечественной вакцине (10%), низкий образовательный уровень родителей (32%). Выявлен недостаточный уровень информированности родителей о тяжести течения кори, отсутствии специфического лечения, возможных осложнениях, высокой вероятности неблагоприятных исходов (47%). Каждого второго родителя ин-

тересуют данные о современных вакцинах и возможных реакциях на них. Необходимую информацию об инфекции и специфической профилактики получают от медицинских работников 75 % родителей, на долю СМИ приходится — 25%. При этом 13% родителей отказались от вакцинации в ответ на негативные отзывы в соцсетях.

Таким образом, для повышения охвата вакцинацией детей необходимо повысить уровень знаний родителей за счет качественной информации об управляемых инфекциях, о современных вакцинах и течении поствакцинального периода. Это будет способствовать принятию правильного решения родителями.

89 Опыт применения шкалы Уэстли для оценки тяжести крупа (ООЛ) у детей в условиях приемного покоя инфекционного стационара

Стекольников И.А., Гамзалиева Ш.Я., Максимова А.Н., Андреева Л.В., Питрукова А.П.

ФГБОУ ВО «ЧГУ им. И.Н. Ульянова», Чебоксары, Россия

Известно, что острые обструктивные состояния органов дыхания часто встречаются в работе педиатра и при поздней диагностике и неадекватной терапии протекают тяжело. В связи с этим обстоятельством необходимо продолжать искать оптимальные алгоритмы диагностики и лечения острого обструктивного ларингита (ООЛ (круп)). В отечественной и международной практике широко используется шкала Уэстли, которая позволяет дать унифицированную объективную оценку клинических симптомов ООЛ.

Цель работы: показать практическую значимость шкалы Уэстли в условиях приемного отделения инфекционного стационара.

Материалы и методы исследования. На базе БУ «ГДБН^{№2}» (приемного отделения) г. Чебоксары нами было обследовано 60 детей в возрасте от 6 месяцев до 6 лет с клиническим диагнозом: ООЛ (круп). Выборка пациентов осуществлялась методом сплошного скрининга среди пациентов, направленных в стационар с клиникой острого обструктивного ларингита на фоне острой респираторно-вирусной инфекции.

Результаты. Диагноз основывался на характерных клинических признаках ООЛ, выявленных у обследуемых больных: лающий кашель (98%), дисфония (100%), одышка инспираторного характера (91%), участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания (91%). Гипоксемия оценивалась по результатам пульсоксиметрии. Повозрастная структура пациентов: в возрасте 6 мес.—1 г. — 20%; 1—3 г. — 63%; 3—6 л. — 17%. Часто болеющие дети составили 65%.

При использовании шкалы Уэстли тяжесть крупа была распределена следующим образом: легкая степень (≤ 2 баллов) — 60%, средней тяжести (от 3 до 7 баллов) — 28%, тяжелая (≥ 8 баллов) — 12%.

Врачами стационара, без использования шкалы Уэстли, была завышена тяжесть стеноза гортани и составила: 60% — средняя, 40% — тяжелая степени.

Таким образом, использование шкалы Уэстли у больных с ООЛ позволяет более объективно оценить степени стеноза гортани (круп) и снизить неоправданную госпитализацию с последующей излишней лекарственной терапией.

90

Особенности эпидемиологии и клиники ротавирусного гастроэнтерита у детей

**Тхакушинова Н.Х., Леденко Л.А., Бевзенко О.В.,
Шатурина Т.Т., Бериашвили Р.Т.**

ГБУЗ «Специализированная клиническая детская инфекционная больница», г. Краснодар, Россия

Острые кишечные инфекции остаются актуальной проблемой педиатрии из-за распространенности, тяжести течения и наносимого экономического ущерба. В последние годы в их этиологической структуре стали преобладать вирусные диареи, а среди них — ротавирусная инфекция.

Материалы и методы. Нами проведен ретроспективный анализ клиники ротавирусного гастроэнтерита у 163 детей в возрасте от 0 месяцев до 17 лет, получавших стационарное лечение. Диагноз был подтвержден методом полимеразной цепной реакции, реакцией непрямой гемагглютинации.

Результаты. Установлено сохранение типичной клинической картины болезни — преобладание гастроэнтеритов, протекающих с типичной триадой симптомов (лихорадка, рвота, диарея). Реже заболевание сопровождалось абдоминальным синдромом, гепатомегалией, гиперемией зева и развитием токсикоза с эксикозом. Чаще болели дети в возрасте от 1 года до 7 лет, а среди них — дети в возрасте 1—3 лет. В 76,7% случаев заболевание наблюдали у детей, не организованных в дошкольные детские коллективы. Преимущественно дети инфицировались в семейных очагах (40,5%). Увеличилась доля детей, заболевших летом, что обусловлено частотой их инфицирования на южных морских курортах и не соблюдением правил личной гигиены. Выявлено утяжеление ротавирусного гастроэнтерита у детей, госпитализированных в стационар, независимо от их возраста, за счет большей выраженности фебрильной температуры и многократного жидкого стула на фоне выраженной интоксикации (вялость, снижение аппетита) и диспептического синдрома (метеоризм, урчание при пальпации живота).

Таким образом, в связи с ростом заболеваемости и утяжеления ротавирусного гастроэнтерита у детей, целесообразно рекомендовать введение обязательной вакцинации против этой инфекции в Национальный календарь прививок РФ.

91

Современные аспекты лечения гриппа у детей

**Тхакушинова Н.Х., Леденко Л.А., Бевзенко О.В.,
Шатурина Т.Т., Перчун И.М.**

ГБУЗ «Специализированная клиническая детская инфекционная больница», г. Краснодар, Россия

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) относятся к болезням, которые на протяжении многих лет по числу случаев превосходят все другие инфекционные заболевания вместе взятые. Ведущая роль в структуре ОРВИ принадлежит гриппу, т.к. только вирусы гриппа вызывают эпидемии и пандемии, поражая людей всех возрастов, и приносят большой экономический ущерб государству.

Материалы и методы. Нами была проведена оценка эффективности противовирусного препарата, производного адамантана («Орвирем» в жидкой форме) у 200 детей в возрасте от 1 мес до 17 лет, госпитализированных в эпидемический сезон 2017–2018 годов с клиническими проявлениями гриппа в первые 3 дня заболевания и лабораторно подтвержденными формами гриппа A/H1N1/pdm09. Основная группа (100 человек) — получали препарат Орвирем по лечебной схеме в течение 4 дней согласно инструкции. В состав базисной терапии обычно включали отхаркивающие, жаропонижающие (в случаях повышения температуры тела выше 38,5°C) препараты, капли в нос, ингаляции. Контрольная группа (100 человек) — получали ту же терапию, что и основная группа, но вместо орвирема использовали арбидол, анаферон детский. Диагностика гриппа проводилась методом ПЦР.

Результаты. На современном этапе грипп A/H1N1/pdm09 у детей характеризовался типичными клиническими симптомами. У ряда больных дебютом заболевания была лихорадка, а катаральные явления появлялись на 2–3 день. Чаше регистрируются осложнения в виде пневмонии, бронхитов. Осложненные формы заболевания чаще наблюдаются у детей грудного и раннего возраста.

Использование противовирусного препарата Орвирем в составе комбинированной терапии в ранние сроки заболевания у детей в возрасте от 1 г до 17 лет способствовало более быстрой ликвидации основных симптомов острого инфекционного поражения респираторного тракта, обусловленного возбудителями гриппа A/H1N1/pdm09 (повышенной температуры тела, других проявлений интоксикации и некоторых катаральных симптомов в носоглотке) и более гладкому течению заболевания.

Препарат Орвирем может быть рекомендован для детей с 1 года жизни, для лечения и профилактики гриппа A/H1N1/pdm09 в период массового подъема заболеваемости.

92

Токсокароз у детей, госпитализированных в многопрофильный стационар федерального подчинения

Чуелов С.Б., Россия А.А., Лебедева Т.М., Волкова Г.И., Иванова Ю.Н., Игнатова Д.А., Иерусалимская Д.В., Мустафьева С.А., Шамшева О.В.

Российский национальный исследовательский медицинский университет, Москва,

Республиканская детская клиническая больница, Москва, Россия

Токсокароз человека — личиночный, хронически протекающий, тканевой геогельминтоз, характеризующийся преимущественным поражением внутренних органов и глаз, вызываемый личинками круглых червей *Toxocara canis* и *Toxocara cati*; значительно реже — другими видами токсокар. Половозрелые паразиты обитают у представителей семейства псовых и кошачьих; человек является биологическим тупиком.

Нами наблюдалось за 10 лет (с 2000 по 2009 гг.) в инфекционно-боксированном отделении Российской детской клинической больницы (г. Москва) 11 больных токсокарозом. Среди них 8 детей было в возрасте 1–3 лет, 1 — в возрасте 5 лет, 2 — в возрасте 8–10 лет. Больные были из различных субъектов федерации (Алтайский край, Брянская область, Калужская область, Орловская область, Смоленская область, Тамбовская об-

ласть, Тульская область, Тюменская область, республика Карачаево-Черкесия, Чеченская республика). Городские жители — 8 пациентов, из сельской местности — 3. У одного ребенка имелось указание на тесный контакт с домашней собакой, в испражнениях которой обнаруживались гельминты, у другого больного — контакты с дворовыми собаками.

Токсокароз у всех больных протекал в висцеральной форме. Это связано с тем, что пациенты с глазной формой токсокароза попадают непосредственно в офтальмологические отделения. Начало заболевания имело острый характер у 8 детей и включало симптомы интоксикации, подъем температуры до фебрильных цифр, увеличение периферических лимфоузлов — у 7-х, бронхообструктивный синдром — у 5-х, боли в животе — у 2. У 3-х больных дебют заболевания носил подострый характер и проявлялся слабостью, вялостью, субфебрилитетом. У детей с висцеральным токсокарозом независимо от характера начала заболевания выявлялась гепоспленомегалия (печень увеличивалась максимально до 4 см, селезенка — до 2-х см ниже реберного края). В гемограмме отмечался лейкоцитоз от 10 до 20 х 10⁹/л, эозинофилия — от 11 до 65 %. Диагноз подтверждался обнаружением высокого титра антител к токсокарам. В дальнейшем токсокароз приобретал хроническое течение. Лечение проводилось албендазолом в возрастной дозировке курсами по 10 дней с клинико-гематологическим эффектом.

Таким образом, висцеральный токсокароз у детей, встречаясь в различных географических регионах России, требует включения в дифференциально-диагностический перечень заболеваний, сопровождающихся симптомами интоксикации, гепатоспленомегалией, бронхообструкцией, лейкоцитозом с эозинофилией.

93

Результаты охвата вакцинацией против основных инфекций Национального календаря прививок в г. Алматы (Казахстан)

Укбаева Г.С.¹, Даумбаева К.Б.¹, Идрисова Ж.Р.²

¹Шымкентская городская детская больница № 1, г. Шымкент, Казахстан

²Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиарова, г. Алматы, Республика Казахстан

Вакцинация против пневмококка снижает частоту инвазивных форм инфекции, в т.ч. пневмонии и менингита. В РК пневмококковая вакцина вводится в 2 и 4 месяца жизни вместе с комбинированной вакциной от коклюша, дифтерии, столбняка, гемофильной инфекции, гепатита В, полиомиелита, ревакцинация проводится в 1 год жизни.

Целью исследования было изучение охвата вакцинацией детей раннего возраста.

Материалы и методы: были проанализированы амбулаторные карты 846 детей в возрасте 4 мес. — 16 мес. жизни; средний возраст 9,1 ± 3,2 мес., методом сплошной выборки в 4 поликлиниках с низкими показателями охвата.

Результаты: 186 из 846 детей не получили никаких вакцин, кроме вакцины против ВГВ в родильном доме, что составляет 18%. Девочек было — 406 (48%); Мальчиков — 440 (52%). Подавляющее большинство из 846 обследованных были доношенными — 843 (99,5%). Отягощенный перинатальный анамнез: анемия у матери — у 124 детей

(14,2%), преэклампсия у матери — у 12 (1,4%), гипоксическое поражение ЦНС у плода, внутриутробные инфекции (ВУИ) — у 9 (1%, включая ЦМВ — 5, ВГВ — 1), угроза прерывания беременности — у 10 (1,2%) детей. Врожденные пороки развития (ВПР) выявлены у 2 (0,24%): сердца — у 1, ЖКТ — 1. Из 846 детей у 39 (4,0%) — зафиксированы относительные временные медицинские отводы. Из 183 детей, не получивших ни одной дозы вакцины (исключая ВГВ в роддоме), только у 7 детей (4%) были относительные противопоказания. Только 50,5% детей получили вакцину против пневмококка (13-валентная вакцина) в первый год жизни и 63 % детей получили 2 и 3 дозы гексавакцины, последнее может считаться лишь относительно достаточным для первого года при наличии ревакцинации в 1,5 года.

Причиной неполного охвата может быть недостаточное разъяснение безопасности вакцин врачами и медицинскими сестрами родителям.

94

Корь — проблемы и пути решения

**Улуханова Л.У., Карнаева Н.С., Агаева С.Г.,
Гаджимирзаева А.Г., Омариева Р.М.**

Дагестанский государственный медицинский университет, г. Махачкала
Республиканский центр инфекционных болезней,
г. Махачкала, Россия

Успехи иммунизации позволили отнести корь к «уходящим» инфекциям, включенным в Национальную программу, возможность ликвидации ее в нашей стране к 2010 г. (показатель заболеваемости на тот период составил 0,2 на 100 тыс. населения). Однако в 2011 году ситуация резко изменилась: в связи с отказами от прививок заболеваемость корью в России возросла до 4,2 на 100 тыс. населения, и в республике Дагестан на этапе элиминации и сертификации территории, осложнилась с 2011 года. С этого времени в республике идет эпидемический подъем заболеваемости корью: в 2011 г. — 79 случаев; в 2012 г. — 76; в 2013 — 323; в 2014 г. — 620; в 2015 г. — 2; в 2016 г. — 4; в 2017 г. — 99 случаев.

В связи с осложнением эпидемической ситуации по кори, в 2013 году было привито 15 560 чел.; в том числе вакцинировано взрослых 9980 чел., ревакцинировано — 5680, из них детей — 1564. По эпидемическим показаниям у 832 лиц взрослого населения проводилась реиммунизация. В 2014 году оставалась неблагоприятной эпидемиологическая обстановка, за отчетный год зарегистрировано 620 лабораторно подтвержденных случаев кори на 39 административных территориях республики; в том числе у детей до 17 лет — 306 сл. (49,4 %). Показатель заболеваемости на 100 тыс. населения составил 34,72 против 13,52 в 2013 г. Среди заболевших корью в 2014 г. 41,6% (258 чел.) оказались не привитыми, по эпидемическим показаниям было привито 230 343 чел., из них вакцинировано взрослых 18 684 чел., ревакцинировано — 211 659; в том числе детей — 57 647 чел.

В 2015 году обстановка по кори стабилизировалась, зарегистрировано только 2 случая, но иммунизация населения продолжалась, привито 153 204 чел., в том числе 100 246 детей и 52 958 взрослых. В 2017 г. 99 случаев кори зарегистрированы на

12-ти административных территориях (9,25 на 100 тыс. населения), привито 3554; из них по эпид. показаниям — 931 чел.; в том числе детей — 424.

Таким образом, учитывая широкий охват вакцинацией и ревакцинацией, особенно контактным в очагах по кори (ранее не привитым, либо утратившим иммунитет взрослым), удалось снизить заболеваемость корью в республике Дагестан.

95

Клиническое течение эпидемического паротита во время вспышки в республике Дагестан

**Улуханова Л.У., Карнаева Н.С., Хазамова Т.А.,
Хазарова А.О., Яралиев М.М.**

Дагестанский государственный медицинский университет,
г. Махачкала
Республиканский центр инфекционных болезней,
г. Махачкала, Россия

В Республиканский центр инфекционных болезней за 4 месяца 2017 г., с января по апрель, было госпитализировано 449 больных с эпидемическим паротитом.

Дети в возрасте старше 12 лет составили 60%, а взрослые до 35 лет — 40%. У всех больных отмечалось острое начало: повышение температуры до 38–40°C, появление отека в проекции околоушных желез, выраженная болезненность при надавливании позади мочки уха. Отмечалось также поражение подчелюстных и подъязычных слюнных желез. Лихорадка чаще достигала максимальной выраженности на 1–3 сутки заболевания и продолжалась 4–8 дней с последующим снижением. Длительность лихорадки до трех дней наблюдалась у 80%, до 5–6 дней — у 16%, до 7–8 дней — у 4% больных, при этом продолжительность лихорадки было связано с вовлечением в процесс других железистых органов и ЦНС. С осложненным орхитом наблюдалось 32%, менингитом — 16%, панкреатитом — 51,2%, с комбинированными формами — 0,8% больных.

Признаки менингита на фоне паротита отмечались на 4–5 сутки, при этом больные жаловались на головную боль, тошноту, рвоту, чаще повторную. Одновременно наблюдались и менингеальные знаки: ригидность затылочных мышц, симптом Кернига, которые продолжались до 4–5 дней, с последующим исчезновением на фоне лечения. При изучении показателей ЦСЖ отмечался лимфоцитарный плеоцитоз (до 1000 клеток) с незначительным повышением белка до 0,4 г/л. Течение заболевания было гладким, ликвор санировался на 14–16 сутки от начала заболевания. Полное выздоровление отмечалась в 100% случаев.

Орхит на фоне паротита развивался чаще односторонний (в 95% случаев), средний возраст больных составил от 15 до 42 лет. Течение панкреатита при данной инфекции имело доброкачественный характер, полное выздоровление наблюдалось через 7–10 дней. Назначался постельный режим на 10–15 дней, сухая теплая повязка на околоушную железу, обильное питье, при панкреатите — щадящая диета, спазмолитики, ингибиторы протеаз, ферментные препараты. При орхите яичко фиксировали суспензорием или специальной повязкой, назначался в/м преднизолон по 60–80 мг/сут в течение 7–10 дней. При менингите с диагностической и лечебной целью проводилась люмбальная пункция, дегидратационная терапия, в тяжелых случаях — дексаметазон (3–5 дней), анальгетики.

96

Эпидемический паротит: охват вакцинацией при вспышке в республике Дагестан

Улуханова Л.У., Омарова Р.М.

Дагестанский государственный медицинский университет,
г. Махачкала
Республиканский центр инфекционных болезней,
г. Махачкала, Россия

В результате проведения массовой, а затем и плановой вакцинопрофилактики значительно снизилась заболеваемость такими инфекциями, как корь, дифтерия, коклюш. Однако в результате массовых отказов от проведения вакцинации в республике Дагестан оказалась чрезвычайно актуальной проблема эпидемического паротита (ЭП) (за 2017 зарегистрировано 2632 случая паротитной инфекции, за 2016 год — 148, а в 2015 только 1 больной).

При анализе заболеваемости ЭП в 2017 г. из 2632 случаев не привитыми оказались 1492 заболевших (56,6%), из них детей 460 (30,8%) и взрослых 1032 (69,1%). Из 1492 не привитых — 483 отказа родителей (32,3%), 55 случаев — по медицинским показаниям (3,6%), прививочный статус не известен у 954 (63,9%). Лица, получившие плановую вакцинацию в соответствии с национальным календарем, составили всего 43,4%.

Для исполнения постановления главного Государственного санитарного врача РД №10 от 28.02.17 г. «О проведении дополнительной иммунизации против эпидемического паротита в Республике Дагестан» была запланирована дополнительная подчищающая иммунизация 47 745 человек (т.е. лиц из числа не привитых и привитых однократно). В 2017 году в связи с эпидемией в РД поступило 66 тыс. доз паротитной вакцины, в том числе 30 тыс. в рамках национального календаря и 36 тыс. в виде госпрограммы. Привито на декабрь 2017 г. 45 265 человек, из них по подчищающей схеме 33 021 (72,9%). Так же в очагах инфекции привито 7910 контактных.

При проведении эпидемиологического анализа выявились недостатки в организации противоэпидемических и профилактических мероприятий ввиду несвоевременной иммунизации контактных лиц. Также имеются недостатки в планировании прививок и своевременной постановки на учет вновь прибывших граждан на территорию медицинской организации.

Таким образом, в результате дополнительной иммунизации в 2018 году снизилась заболеваемость эпидемическим паротитом в 2,5% раза по сравнению с 2017 г. (1037 случаев против 2632).

97

Современные особенности течения гнойных менингитов у детей

Урикбаева З.Д.¹, Сапарбекова А.А.¹, Идрисова Л.Р.²,
Оразалиева Б.К.², Идрисова Р.С.²

¹Детская городская клиническая инфекционная больница, г. Алматы,

²Казахский медицинский университет непрерывного образования,
г. Алматы, Казахстан

В клинической практике имеются сложности с ранним выявлением признаков менингококцемии, сопровождающиеся нарушениями гемодинамики и пери-

ферического кровообращения, которые предшествуют развитию геморрагической сыпи. В то время как признаки менингита и отека головного мозга диагностируются врачами более четко.

Целью пилотного исследования было определить структуру и клинические особенности течения гнойных менингитов у детей в период эпидемического подъема.

Результаты. С мая по октябрь 2018 г. в г. Алматы отмечался эпидемический подъем заболеваемости менингитами. Всего за этот период в ДГИКБ г. Алматы поступило 45 детей, при этом гнойный менингит был диагностирован у 25 детей (55,5%). Среди заболевших наблюдались дети в возрасте до 1 года — 8/25 человек, дети от 1 года до 3 лет — 3/25 больных, дети 3 — 12 лет — 14/25 детей. У всех 25 детей отмечалась лихорадка и менингеальные знаки (у 24 детей), а в анализе крови отмечался нейтрофильный лейкоцитоз разной степени выраженности, сопровождавшийся присутствием нейтрофильного цитоза в цереброспинальной жидкости.

Выявлены клинические симптомы менингита и отека головного мозга: головная боль — у 14 детей, рвота — у 16 детей, нарушения сознания — у 14, судороги — у 4 детей. Среди детей с признаками менингококцемии 3-е было младше 1 года, 2 детей — от 1—3 лет, 5 детей — в возрасте 3—12 лет.

Симптомы менингококцемии в виде геморрагической сыпи и ДВС синдрома наблюдались у 8 больных, а у 10 больных были признаки нарушения гемодинамики в виде выраженной бледности кожных покровов, похолодания конечностей, тахикардии с тенденцией к снижению артериального давления. Особенно тяжело менингококцемия протекала у 3 детей в возрасте младше 6 месяцев, чей анамнез был отягощен признаками внутриутробной инфекции (ВУИ). Трудность диагноза затруднялось в отсутствии рутинного исследования ЦСЖ на пневмококк и менингококк, в т.ч. выявления антигена методом латекс агглютинации.

Таким образом, среди наблюдаемых детей преобладали больные с признаками менингита, в то же время признаки менингококцемии и инфекционно-токсического шока менее четко диагностируются врачами, не описываются признаки нарушения гемодинамики и периферического кровообращения.

98

Современное течение коклюша у детей

Хохлова Е.Н., Проняева Т.В., Гришакowa Т.В., Кониченко Е.А.

ГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет МЗ РФ, г. Курск, Россия

Несмотря на использование специфической профилактики, коклюш остается актуальной проблемой инфектологии.

Целью исследования явилось изучение современного течения коклюша у детей.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 50 больных, получивших стационарное лечение по поводу коклюша в Областной клинической инфекционной больнице им Н.А. Семашко г. Курска в 2015—2017 годах.

Результаты. По возрасту наблюдавшиеся больные распределились следующим образом: от 1 месяца до 1 года — 30 (60%) детей, от 1 года до 3 лет — 4 (8%) детей, от 3 до 7 лет — 6 (12%) детей, от 7 лет до 11 лет — 8 (16%) детей, а также болели две мате-

ри в возрасте 28 и 30 лет (4%). Больные женского пола составили 29 (58%) человек, мужского пола — 21 (42%) человек. Среди заболевших преобладали сельские жители — 32 (64%) больных, городских жителей было 18 (36%).

42% детей не были привиты от коклюша вследствие возраста или из-за медицинских противопоказаний, 16% детей имели лишь однократную вакцинацию. В 89% случаях отмечалась связь с длительно кашляющими членами семьи (старшими детьми или родителями, утратившими поствакцинальный иммунитет).

У 42% больных диагноз был подтвержден обнаружением методом ПЦР ДНК *B. pertussis* в мазках из зева, у 58% больных — с помощью РА, с диагностическим титром 1:80 и выше. Бактериологическое исследование у всех больных имело отрицательный результат.

В среднем пациенты поступали на 11 день болезни. Заболевание протекало преимущественно в средне-тяжелой форме (92% больных), тяжелая форма диагностирована у 8% не привитых детей первых месяцев жизни. Заболевание протекало типично с приступообразным кашлем до рвоты, репризы отмечались у 82% больных, апноэ — у 8%. Изменения в гемограмме в виде лейкоцитоза и лимфоцитоза отмечены у 72% человек.

В лечении использовались макролиды (азитромицин) — у 31 (62%) больных, цефалоспорины 3 и 4 поколений (цефтриаксон, цефепим) — у 17 (34%) больных, аминогликозиды (гентамицин) — у 2 (4%) больных, симптоматическая и патогенетическая терапия. Летальных исходов не было.

Таким образом, в современных условиях коклюшем болеют преимущественно не привитые дети первого года жизни из семейных очагов, заболевание протекает типично с благоприятным исходом, в лечении высокоэффективны макролиды и цефалоспорины 3 и 4 поколений. Бактериологическая диагностика коклюша не эффективна. Диагностическую ценность имеет метод ПЦР.

99

Анализ эффективности вакцинации против гриппа в эпидсезон 2017—2018 гг. (по данным ФГБУ ДМЦ УДП РФ)

Кабишева Е.В., Волкова Т.А., Еремина С.С.

ФГБУ «Детский медицинский центр» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия

Согласно статистическим данным, средняя заболеваемость гриппом в учреждении на протяжении ряда лет не превышала 18‰ (125—130). Удельный вес случаев гриппа не превысил в структуре ОРВИ 2%. Необходимо отметить высокий удельный вес лабораторно подтвержденных диагнозов (80—82%).

В возрастной структуре заболевших гриппом преобладали дети раннего возраста от 1 до 3-х лет — 34% и дети школьного возраста, удельный вес которых составил 43—44%.

Анализ клинической эффективности вакцинации проведен среди привитых в сезоне 2017—2018 гг. Общее число вакцинированных на протяжении ряда лет в учреждении составляет 900—1150 человек. В работе в 2017—2018 гг. использовались вакцины «Гриппол-плюс», «Инфлювак», «Ваксигрипп».

Удельный вес заболевших среди привитых против гриппа составил 14,0% (17 человек). Преобладали дети дошкольного возраста — 14 детей (80%). У всех детей заболевание зарегистрировано через 2—6 мес. после проведенной вакцинации и у каждого второго отмечалось осложненное течение (как у школьников, так и у детей дошкольного возраста).

В структуре осложненных форм у детей дошкольного возраста преобладала патология бронхо-легочной системы.

Особенностей течения осложненных форм гриппа в этой возрастной группе не установлено. Необходимо отметить, что заболевание гриппом у привитых детей в каждом случае возникло на осложненном преморбидном фоне. В том числе в 3-х случаях на фоне сопутствующей аллергопатологии, в 5 случаях — на фоне персистирующей герпесвирусной инфекции, в 9 случаях — на фоне сопутствующих аденоидных вегетаций.

Таким образом, противоэпидемическая эффективность вакцинации против гриппа в эпидсезоне 2017—2018 гг. составила 98,3%.

Выводы:

Своевременное начало сезонной вакцинации против гриппа позволяет достичь высоких показателей иммунизации.

С целью профилактики развития бактериальных осложнений у привитых необходима сочетанная иммунизация вакциной против пневмококковой инфекции, особенно для детей, посещающих ДДУ.

Целесообразно проведение курсов реабилитационных мероприятий (2—3 этап) детей с персистирующими вирусно-бактериальными инфекциями до начала вакцинации.

100

Энтеровирусные менингиты у детей: современные подходы к диагностике и лечению

Мартынова Г.П., Страшникова Н.С., Кутищева И.А.

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» МЗ РФ, г. Красноярск, Россия

Красноярский край является эпидемиологически значимым регионом по заболеваемости энтеровирусными менингитами (ЭВМ). В 2017 году в Красноярском крае заболеваемость ЭВМ снизилась в 2 раза по сравнению с 2016 годом (с 15,18 на 100 тыс. населения в 2016 году до 7,64 на 100 тыс. населения в 2017 г.).

Основная часть детей с ЭВМ (97,9%) была госпитализирована в стационар в период с июня по октябрь, что свидетельствует в пользу сохраняющейся летне-осенней сезонности. Развитие менингита наблюдалось в основном у детей от 4—6 лет (32,9%) и 7—10 лет (30,0%), дети до 3-х летнего возраста болели реже (17,1%), пациенты старше 11 летнего возраста составили 20% (28 чел.). Клиническая картина ЭВМ была представлена тремя ведущими синдромами: общеперитоникационным, общемозговым и менингеальным. Манифестация заболевания, как правило, начиналась с повышения температуры, двухволновый характер лихорадки имел место только в 7,1 % (10 чел.) случаев. У всех 100% наблюдаемых больных с ЭВМ отмечалась стойкая головная боль, 1—2 кратная рвота. В то же время полный симптомокомплекс менингеального синдрома в первые дни болез-

ни имел место только у 50% больных, у 20% детей — определялись лишь отдельные менингеальные знаки, а у 30% — они были сомнительными. Верификация диагноза ЭВИ основывалась на использовании молекулярно-биологических методов, а также вирусологических способов диагностики. При вирусологическом исследовании ЦСЖ преобладающими являлись следующие серотипы ЭВ: Коксаки В, Коксаки В1, Коксаки В2 и Коксаки В4.

Всем больным с ЭВМ проводилось лечение с соблюдением основных принципов: охранительный режим, применение противовирусных препаратов, патогенетическая терапия, направленная на уменьшение внутричерепного давления, улучшение трофики и кровоснабжения головного мозга. Несмотря на сравнительно благоприятное течение ЭВМ, у некоторых детей обнаруживаются резидуальные нарушения. К моменту выписки из стационара у 90% больных имело место клиническое выздоровление, но у 10% реконвалесцентов выявлены резидуальные нарушения в виде гипертензионного (4%) и церебрастенического синдромов (6%).

101 Серологический мониторинг состояния коллективного иммунитета к кори

**Поздеева О.С., Царенко О.Е., Данилова Е.А.,
Попова Н.В., Кирпичева Н.С., Канкасова М.Н.**

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия»
МЗ РФ, БУЗ УР «УРЦ СПИД И ИЗ», БУЗ УР «Республиканская
клиническая инфекционная больница МЗ УР», г. Ижевск, Россия

Актуальность: Иммунизация является наиболее эффективной мерой профилактики вакциноуправляемых инфекций. Одной из основных причин неблагополучия эпид. ситуации по кори является снижение охватов плановой иммунизации детей и взрослых, рост числа отказов от вакцинации. В Российской Федерации наибольшая доля заболевших корью приходится на лиц, не привитых против кори или не имевших сведений о прививках (свыше 90%). В Удмуртской республике в динамике за 10 лет с 2009—2018 гг. зарегистрированы случаи заболеваемости корью у детей в 2012 г. (показатель 3,75 на 100 тыс. дет. нас., в РФ — 4,59), в 2013 г. (1,08 на 100 тыс. дет. нас., в РФ — 4,27) и в 2018 г. (за 9 мес. 2,03 на 100 тыс. дет. нас.)

Цель исследования: Оценить уровень инфекционной защищенности от кори детского населения в Удмуртской республике (УР) за 2014—2017 гг., определить группы повышенного риска. **Материалы и методы:** проведен анализ результатов серологического исследования за состоянием коллективного иммунитета к инфекции — корь, управляемой средствами специфической профилактики среди детского населения УР — 1510 детей в возрасте от 3 до 17 лет. Уровень защищенности определялся по формуле, и при кори должен быть не ниже 93%.

Результаты: Всего обследовано 1510 детей, из них в 2014 г. — 615, 2015 г. — 496, 2016 г. — 301, 2017 г. — 98 детей. Дети в возрасте от 3—5 лет составили 26,6%, 6—8 лет — 1,5%, 9—11 лет — 34,3%, 16—17 лет — 37,6%. Суммарный анализ серонегативных лиц за 4 года в возрастном аспекте показал, что самый высокий показатель выявлен у лиц 16—17 лет (58,4%), у детей 9—11 лет он составил 23,4%, 3—5 лет — 13,6%, 6—8 лет — 4,5%. В динамике число серонегативных лиц к 2017 г. уменьшилось в 5,2 раза и соста-

вило 2,04% у лиц 16–17 лет, серонегативных лиц в других группах в 2017 году не выявлено. Динамика уровня защищенности по годам составила: 91,8 % в 2014 г., 90,0% в 2015 г., 93,6% в 2016 г., 97,7% в 2017г.

Выводы: В УР выявлен высокий уровень защищенности детского населения против кори. В 2017 году отсутствуют серонегативные лица среди обследованных детей в возрасте от 3 до 11 лет и значительно снизилось их количество в возрасте 16–17 лет.

102

Структура клинических форм энтеровирусной инфекции у детей в г. Хабаровске в 2015—2018 гг.

Протасеня И.И., Сизов Д.А.

ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава России, Хабаровск, Россия

Активизация энтеровирусной инфекции (ЭВИ) в последнее десятилетие отмечается во многих регионах Российской Федерации, в том числе и в Хабаровске, о чем свидетельствует большое количество детей (1212), госпитализированных в инфекционное отделение «Детской краевой клинической больницы» имени А.К. Пиотровича г. Хабаровска в период с 2015 по 2018 год.

Как оказалось, в эпидемический процесс при ЭВИ вовлекались дети всех возрастных групп, в том числе и дети первого года жизни. Удельный вес детей грудного возраста был достоверно меньшим ($P < 0,001$) по сравнению с показателями во всех остальных группах больных (4,9%). Дети раннего возраста вовлекались в эпидемический процесс в 3 раза чаще, чем дети первого года жизни и в среднем составляли 14,6% в возрастной структуре больных. На долю детей дошкольного и младшего школьного возраста пришлось 27,0% и 27,3% соответственно. Удельный вес детей старшего школьного возраста в среднем составлял 26,2%.

Для ЭВИ свойственен полиморфизм клинических проявлений. Наиболее частыми клиническими формами ЭВИ являлись неврологические формы, которые в среднем за 4 года составили 54,5% случаев. Серозный менингит (СВМ) встречался в 98,6% случаев форм, протекающих с поражением нервной системы, чаще в изолированной форме (89,7%). У 1,4% больных зарегистрирован энцефалит. Формы ЭВИ, протекающие без поражения нервной системы, составили 45,5% случаев заболевания. Из числа этих форм примерно одинаково регистрировались экзантема (33,5%), герпангина (33,2%), недифференцированная форма, так называемая «малая болезнь» (33,3%). Следует отметить, что СВМ чаще встречался у мальчиков (62,9%), а формы, протекающие без поражения ЦНС, регистрировались среди мальчиков и девочек примерно одинаково (48,2% и 51,8% соответственно). 74,1% заболевших были из организованных детских коллективов.

Таким образом, в г. Хабаровске сохраняется высокая заболеваемость детского населения ЭВИ, протекающие чаще в форме СВМ, экзантемы, герпангины, «малой болезни».

103 Трудный диагноз — вирусный гепатит у ребенка первого года жизни

Романова Ю.В., Гусева Л.Н., Гусева Н.А.

Морозовская детская городская клиническая больница ДЗ г. Москвы, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова МЗ РФ, Москва, Россия

У девочки 3,5 месяцев, родившейся от матери с HBs-антигемиемией, на фоне перенесенного ОРВИ появилась желтушность кожи и склер, срыгивания коричневого цвета. При заборе крови из пальца — длительное кровотечение. Госпитализирована с диагнозом: геморрагическая болезнь. В показателях коагулограммы выявлялись изменения, соответствующие витамин К-зависимому дефициту факторов свертывания (протромбиновый индекс по Квику — нет коагуляции, АЧТВ — нет коагуляции, международное нормализованное отношение — нет коагуляции, тромбиновое время — 33,9 сек). Введен протромплекс. При контрольном исследовании восстановилась нормальная коагуляция (протромбиновый индекс по Квику 96%, АЧТВ — 32,5 сек, международное нормализованное отношение 1,03, тромбиновое время — 33,4 сек). Однако, обращала на себя внимание вялость ребенка, выраженная желтушность кожи и склер, гепатоспленомегалия. В биохимическом анализе крови АЛТ была повышена до 674 ед, АСТ — до 1177 ед, общий билирубин максимально повышался до 134 мкмоль/л, прямой — 73 мкмоль/л, непрямой — 61 мкмоль/л). При вирусологическом исследовании обнаружено ДНК HBV и антитела к цитомегаловирусу класса IgG, в низких титрах. HBsAg не обнаруживался. Диагностирован гепатит В, тяжелая форма. При ультразвуковом исследовании паренхима печени была однородной эхогенности. На фоне проводимой терапии состояние ребенка нормализовалось, стала активнее, исчезла желтушность кожи, улучшились биохимические показатели крови — АЛТ — 113 ед, АСТ — 185 ед, общий билирубин 25 мкмоль/л, прямой — 12 мкмоль/л, непрямой — 13 мкмоль/л.

Катамнестическое наблюдение в течении года показало, что девочка с геморрагической болезнью, дефицитом витамин К-зависимых факторов свертывания, перенесла герпесвирусный (цитомегаловирусный) гепатит. О чем свидетельствует выявление ДНК CMV и нарастание титров антител класса IgG к цитомегаловирусу. Маркеры гепатита В отсутствовали: HBsAg не выявлялся и антитела к HBsAg не появились.

104 Сравнительная клиническая и рентгенологическая характеристика микоплазменной и микоплазменно-хламидийной пневмонии у детей

Романовская О.Ф., Романова О.Н., Ластовка И.Н.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь

Mycoplasma и *Chlamydophila pneumoniae* — наиболее частые инфекционные причины, вызывающие атипичную пневмонию у лиц различного возраста и имеющие повсеместное распространение. В последние годы во всем мире отмечается

увеличение как удельного веса атипичных инфекционных агентов в этиологической структуре внебольничной пневмонии, так и рост ее заболеваемости.

Цель исследования: сравнить клинические и рентгенологические особенности микоплазменной и микоплазменно-хламидийной пневмонии у детей.

Материалы и методы. Проведен анализ 48 клинических случаев внебольничной пневмонии, вызванной *Mycoplasma pneumoniae* и *Chlamydophila pneumoniae* у детей, в возрасте от 2 до 17 лет, находившихся на стационарном лечении в 2015–2018 году в УЗ «Городская детская инфекционная клиническая больница» г. Минска. В первую группу были включены дети с микоплазменной пневмонией ($n = 24$), во вторую микоплазменно-хламидийной ($n = 24$). С целью этиологической расшифровки пневмонии использовались методы: иммуноферментный анализ и полимеразная цепная реакция. Определение антител проводили стандартизированными сертифицированными тест-системами «Вектор-Бест», Россия, детекцию ДНК *Mycoplasma pneumoniae* и *Chlamydophila pneumoniae* в мазках из полости носа и ротоглотки наборами реагентов «АмплиСенс», Россия в формате FRT.

Результаты. Подавляющее число заболевших атипичной пневмонией были дети в возрасте от 9 до 17 лет (83,3%). В обеих группах преобладали девочки (70,8% и 58,3% соответственно). Заболевание в обеих группах в большинстве случаев начиналось остро (79,2%) с появления лихорадки и непродуктивного кашля, усиливающегося в течение заболевания. Длительность лихорадки на догоспитальном этапе составила в среднем 4 дня независимо от этиологии. Средняя длительность заболевания к моменту госпитализации — 8,8 и 9,6 дня соответственно. На амбулаторном этапе 8 детей (16,7%) получали только симптоматическое лечение. Средняя продолжительность антибактериальной терапии составила 4,5 дня в обеих группах, преимущественно назначались β -лактамы (75% случаев).

Преобладали пневмонии средней степени тяжести (91,7%). Четыре пациента (8,3%) поступили на стационарный этап оказания помощи в тяжелом состоянии (по 2 пациента в каждой группе), обусловленном развитием токсикоза, бронхообструктивного синдрома, дыхательной недостаточности и плеврита. Средняя продолжительность хрипов в легких за период госпитализации составила 6 дней в обеих группах. Более длительная лихорадка сохранялась у детей с пневмонией смешанной этиологии: 2,5 дня по сравнению с 1 сутками у пациентов с микоплазменной пневмонией. У 2 детей (4,2%) отмечалась бронхиальная обструкция, у 6 (12,5%) развился синпневмонический плеврит, причем подавляющее большинство составили пациенты с микоплазменно-хламидийной инфекцией ($n = 5$). Более трети детей имели внелегочные проявления (31%): острый тонзиллит 3 пациента (6,3%), острый средний отит 6 (12,5%), экзантему 7 (14,6%), причем сыпь наблюдалась чаще в первой группе, а тонзиллит и отит во второй.

По данным рентгенологического исследования атипичные пневмонии имели следующие морфологические формы: при микоплазменной инфекции у 66,7% пациентов ($n = 16$) наблюдалась очагово-сливная форма, у четверти ($n = 6$) очаговая, у 4,2% ($n = 1$) интерстициальная, при микоплазменно-хламидийной пневмонии — очагово-сливная и очаговая формы наблюдались практически с одинаковой частотой (у 41,6% и 45,8% соответственно), интерстициальная у 8,4% детей ($n = 2$), у одного пациента полисегментарная, однако двусторонний характер чаще наблюдался при смешанной этиологии (12,5% по сравнению с 4,2% при моноинфекции). Чаще отмечалось поражение нижней доли, особенно правого легкого в обеих группах.

Выводы. Внебольничная пневмония микоплазменной и микоплазменно-хламидийной этиологии чаще наблюдается у детей школьного возраста и имеет среднюю степень тяжести. Клинически микоплазменная и микоплазменно-хламидийная пневмония трудно отличимы и имеют преимущественно острое начало заболевания с развития лихорадки и сухого кашля, более продолжительных при смешанной этиологии. Микоплазменно-хламидийная пневмония чаще, чем микоплазменной этиологии носит двусторонний характер поражения с вовлечением плевры.

105

Структура возбудителей сепсиса у детей

Сергиенко Е.Н.

Белорусский государственный медицинский университет,
Минск, Беларусь

Цель нашей работы изучить этиологическую структуру сепсиса (в том числе с неблагоприятным исходом) у детей по данным инфекционного стационара.

Материалы и методы. Проведен анализ 200 медицинских карт стационарных пациентов (103 мальчика и 97 девочек) в возрасте от 1 месяца до 18 лет. Все пациенты находились на лечении в УЗ «Городская детская инфекционная клиническая больница» г. Минска с 2009 по 2017 гг. с диагнозом «Сепсис». По возрастному составу пациенты распределились следующим образом: до 1 года — 87 пациентов (43,5%), 1—3 года — 69 детей (34,5%), 4—7 лет — 19 детей (9,5%), 8—12 лет — 4 ребенка (3,5%) и старше 12 лет — 18 пациентов (9%). В стационаре всем пациентом проводилось исследование крови на стерильность (до назначения антибактериальной терапии) и/или на менингококк и по показаниям согласно протоколу обследования пациентов при подозрении на менингококковую инфекцию — исследование нозофарингеального мазка на менингококк, толстой капли крови на менингококк, ликвора на менингококк.

Результаты и их обсуждение. Этиологию сепсиса удалось установить в 68,5% случаев ($n = 137$). Преобладающими этиологическими агентами среди верифицированных случаев сепсиса были Грамм отрицательные микроорганизмы у 85 пациентов (62%): *N. meningitidis* — 64 случая, *Ps. aeruginosa*, *H. influenzae* и *Ac. baumannii* — по 3 случая, *Kl. pneumoniae* и *E. coli* — по 2 случая, *Achromobacter xylosoxidans*, *Enterococcus*, *Stenotrophomonas*, *E. meningoseptica* — по 1 случаю, *Yersinia enterocolitica* и *pseudotuberculosis* — 4 случая. В 26,5% случаев этиологическим агентом сепсиса был Грамм положительный микроорганизм: стафилококк (у 10 пациентов) или стрептококк (26 детей), в 9,5% — смешанная флора и у 3 пациентов (2%) возбудителем сепсиса явились грибы рода *Candida*. Учитывая, что менингококк является наиболее частым возбудителем сепсиса, проведен анализ всех лабораторно подтвержденных случаев менингококкового сепсиса у детей. В 56% случаев менингококк был обнаружен в крови, в 17% — в спинно-мозговой жидкости, в 6% — в мазке из носоглотки и в 21% — в нескольких биологических материалах. К сожалению, из 64 пациентов только у трети (36,5%) было проведено типирование возбудителя: менингококк типа В был выявлен в 17 случаях (74%), типа С — в 17% и типа Y/W — у 2 пациентов (9%).

У 69 (из 200) пациентов с сепсисом (34,5%) заболевание осложнилось развитием септического шока, а у 37 (18,5%) — имело неблагоприятный (летальный) исход. Прове-

денный анализ возбудителей сепсиса у детей с неблагоприятным исходом показал, что в 30% случаев этиологическим агентом тяжелого патологического процесса были Грамм отрицательные микроорганизмы, в 22% — смешанная флора (в том числе 50% — бактериально-грибковая), в 11% — Грамм положительные микроорганизмы и у 38% пациентов, к сожалению, возбудитель не был установлен.

Таким образом, среди верифицированных случаев сепсиса (в том числе с неблагоприятным исходом) у детей преобладают Грамм отрицательные микроорганизмы (62%), среди которых преобладает менингококк (75%).

106

Клинические особенности течения цитомегаловирусной инфекции у детей первого года жизни

Симаченко О.В., Артемчик Т.А.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Проблема цитомегаловирусной инфекции (ЦМВИ) обусловлена высоким удельным весом инвалидности у пациентов, перенесших заболевание на первом году жизни. Это одна из ведущих негенетических причин задержки физического развития и умственной отсталости, нейро-сенсорной тугоухости (цитомегаловирусный кохлеит) у детей.

Цель работы — изучить клинические критерии диагностики цитомегаловирусной инфекции у детей первого года жизни.

Нами было проанализировано 19 историй болезней детей первого года жизни с цитомегаловирусной инфекцией, находившихся на лечении в ГУ «РНПЦ «Мать и дитя» и УЗ «ГДИКБ» г. Минска в 2017—2018 гг. Из них 16 (84%) детей имели диагноз врожденной ЦМВИ и (16%) 3 ребенка приобретенной. Среди детей с врожденной ЦМВИ 87% (14) родились доношенными в сроке 38—40 недель, однако большинство 81% имели признаки незрелости и недостаточную массу тела. Наиболее часто встречаемым клиническим признаком было поражение ЦНС в виде судорожного синдрома, задержки психомоторного развития, энцефалопатии новорожденных, кистозно-атрофических изменений и кальцинатов в головном мозге, врожденных пороков развития головного мозга — 95% (18) детей. У трети пациентов 37% (7) наблюдалась врожденная пневмония и у 31% (6) хориоретинит. Такие клинические признаки ЦМВИ как поражение печени, нарушение слуха и гематологические проявления в виде тромбоцитопении и анемии встречались не так часто. У 63% (12) детей наблюдалась сопутствующая патология в виде врожденных пороков развития сердца, почек, желудочно-кишечного тракта, а также сепсис и сочетанная инфекция.

Таким образом, проявления ЦМВИ у детей первого года жизни разнообразны, не характеризуются специфичностью и могут наблюдаться при других внутриутробных инфекциях, что затрудняет своевременную постановку диагноза. Кроме того, сопутствующая патология зачастую «маскирует» и усугубляет течение заболевания.

Совершенствование диагностики и лечения менингококкового менингита, ассоциированного с герпесвирусными инфекциями, у детей

Симованьян Э.Н., Бовтало А.Ф., Денисенко В.Б.

Ростовский государственный медицинский университет,
Ростов-на-Дону, Россия

Цель — охарактеризовать влияние активной формы герпесвирусных инфекций (ГВИ) на течение менингококковых менингитов (ММ) у детей и на основании полученных данных усовершенствовать диагностику и лечение ассоциированной инфекции.

Проведено обследование 40 детей в возрасте от 1-го месяца до 14 лет с ММ, в том числе с активной формой ГВИ — 28 чел. (70%), без ГВИ — 12 чел. (30%). Активная форма ЦМВИ диагностирована у 39,3% пациентов I группы, ИПГ — у 28,6%, ЭБВИ — у 25%, ВГЧ-6-инфекции — у 3,6%, смешанной ГВИ — у 57,1%. У детей обеих групп ММ развился на отягощенном преморбидном фоне (100%), характеризовался острым началом (100%), появлением фебрильной лихорадки (100%), общемозгового (100%), менингеального (100%), энцефалитического синдромов (35%), изменениями в ликворограмме. ММ, ассоциированный с активной формой ГВИ, чаще диагностирован у детей младше трех лет (75% и 41,7%). У этих пациентов с более высокой частотой выявляли анамнестические группы риска (отягощенный акушерский анамнез — у 100% и 50%, внутриутробные инфекции — у 67,9% и 0%, частые ОРИ — у 75% и 16,7%), симптоматику менингоэнцефалита (у 46,4% и 8,3%), полиорганную патологию — лимфопролиферативный (у 67,9% и 16,7%), кардиальный (у 42,9% и 8,3%), гастроинтестинальный синдромы (у 42,9% и 8,3%), а также осложнения (ОГМ, СШ, их сочетание — у 92,9% и 41,7%). При иммунологическом обследовании у детей этой группы обнаружены существенные изменения показателей врожденного и адаптивного иммунитета.

При сочетанном назначении детям с ММ, ассоциированным с активной формой ГВИ, рекомбинантного ИФН- $\alpha 2b$ (рИФН- $\alpha 2b$, Виферона) и аномального нуклеозида (ацикловира) по сравнению с монотерапией рИФН- $\alpha 2b$ (Вифероном) имело место сокращение продолжительности лихорадки (Ме 4,5 дн., ИКИ 4—5 дн. и Ме 6 дн., ИКИ 5,5—6,5 дн.), менингеального синдрома (Ме 5 дн., ИКИ 4,5—5,5 дн. и Ме 6,5 дн., ИКИ 6—7 дн.), сроков санации ликвора (Ме 9,5 дн., ИКИ 9—10 дн. и Ме 12,5 дн., ИКИ 12—13 дн.), длительности госпитализации (Ме 15 дн., ИКИ 13—16 дн. и Ме 19 дн., ИКИ 18—20 дн.).

Таким образом, критериями диагностики ММ, ассоциированного с активной формой ГВИ (у 70% больных), служат ранний возраст ребенка, отягощенный преморбидный фон, развитие симптоматики менингоэнцефалита, полиорганной патологии, результаты лабораторного обследования (ИФА, ПЦР). Включение в комплекс терапии рИФН- $\alpha 2b$ (Виферона) в сочетании с аномальным нуклеозидом (ацикловиром) способствует сокращению продолжительности заболевания и сроков госпитализации пациентов.

108

Влияние *Ch. pneumoniae* на показатели фагоцитарного звена иммунитета у детей

Соловьёва И.Л., Шалунова Л.А., Соловьёва А.А.

Ульяновский Государственный университет, Ульяновск, Россия

Введение. Инфицированность *Ch. pneumoniae* у детей, страдающих хроническими заболеваниями носоглотки и придаточных пазух носа достигает 25%. В связи с тем есть необходимость в изучении влияния данного микроорганизма на показатели иммунитета у детей.

Цель. Установить влияние *Ch. pneumoniae* на показатели фагоцитарного звена иммунитета у детей.

Материалы и методы. Нами было обследовано 174 ребёнка в возрасте от 1 до 17 лет.

1 группа — дети в возрасте от 1 до 6 лет, неинфицированные *Ch. pneumoniae* ($n = 55$; средний возраст — $3,84 \pm 2,46$);

2 группа — дети от 1 до 6 лет, инфицированные *Ch. pneumoniae* ($n = 41$, средний возраст — $3,7 \pm 2,51$);

3 группа — дети в возрасте от 7 до 17 лет, неинфицированные *Ch. pneumoniae* ($n = 48$; средний возраст — $13,71 \pm 1,97$);

4 группа — дети от 7 до 17 лет, инфицированные *Ch. pneumoniae* ($n = 30$, средний возраст — $12,56 \pm 2,38$).

Результаты. Фагоцитарное число у детей, как младшего, так и старшего возраста оказалось достоверно выше у инфицированных групп соответствующего возраста 1 группа — ($1,68 \pm 0,06$, $n = 55$), 2 группа — ($1,74 \pm 0,07$, $n = 41$), $p = 0,0002$, 3 группа — ($1,63 \pm 0,04$, $n = 48$), 4 группа — ($1,76 \pm 0,29$, $n = 30$), $p = 0,002$. Однако при исследовании фагоцитарного индекса (%) достоверно значимых различий выявлено не было.

Вывод: Фагоцитарное число среди детей, как младшего, так и старшего возраста оказалось достоверно выше у инфицированных детей.

109

Особенности течения и терапии пневмонии у детей в сезоне 2017—2018 гг. в Рязанской области

Смирнова В.В., Белых Н.А., Стежкина Е.В., Крыгина Т.В.,
Амелина В.В., Сони́на И.Н., Романова И.В.

Рязанский государственный медицинский университет
имени ак. И.П. Павлова

Рязанская областная детская клиническая больница
имени Н.В. Дмитриевой Рязань, Российская Федерация

Проанализированы клинические случаи детей в возрасте 6 месяцев — 17 лет с направительным диагнозом «пневмония», проходившие лечение в стационарах Рязанской области в 2017—2018 гг.

В возрастной группе 6 месяцев — 2 года (35 человек) 42% случаев составила бронхопневмония пневмококковой этиологии, 17% — деструктивная пневмония с высевом *Staphylococcus aureus*, 31% — РС вирусный бронхиолит.

Среди детей 3—6 лет (112 пациентов) 56% пациентов имели пневмококковую пневмонию средней тяжести и тяжелого течения и в 32% диагностировано осложненное течение, среди которых преобладали деструкция и плеврит.; 44% детей имели смешанную этиологию заболевания — сочетание *Str. pneumoniae* и *Mycoplasma pneumoniae*.

В группе детей младшего школьного возраста 7—10 лет (52 ребенка) сочетание *Str. pneumoniae* и *Mycoplasma pneumoniae* выявлено в 86% случаев, и отмечен сезонный пик заболеваемости с марта — апреле 2018 г.

Среди пролеченных подростков 11—17 лет (67 человек) пневмококковая этиология пневмонии выявлена в 59% случаев, микоплазмоз — 20%, микстовая этиология — 21%.

Спектр антибактериальной терапии пневмонии у детей в амбулаторных условиях составил амоксициллин солютаб — 25%, макролиды — 17%, в/в амоксициллина клавуланат — 42%, цефтриаксон — 12%, меропенем, ванкомицин — 3%.

Выводы: Наибольшая заболеваемость детей внебольничной пневмонией зарегистрирована в возрасте 3—6 лет, что коррелирует с литературными данными.

Str. pneumoniae остается доминирующим возбудителем во всех возрастных группах, однако часто выявляется смешанная этиология пневмонии.

Назначение антибиотиков амоксициллиновой группы в большинстве случаев пневмонии у детей коррелирует с высевом *Str. pneumoniae*, что обеспечивало успех терапии.

110

Клинические особенности острого стенозирующего ларинготрахеита при гриппе у детей

**Тимченко В.Н., Суховецкая В.Ф., Каплина Т.А.,
Баннова С.А., Субботина М.Д.**

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность исследования: проблема острых стенозирующих ларинготрахеитов (ОСЛТ) — угрожающих жизни состояний — остается актуальной, особенно в период подъема заболеваемости гриппом и другими ОРВИ.

Цель: изучить клинические особенности ОСЛТ при гриппозной моноинфекции у детей.

Материалы и методы: проанализированы результаты клинического и лабораторного обследования 164 чел. с гриппозной моноинфекцией в возрасте от 1 г. до 3 лет. Вирусные антигены обнаруживали в носоглоточных смывах, взятых у пациентов в первые три дня от начала заболевания методом ПЦР. Синдром ОСЛТ развивался внезапно в сочетании с проявлениями выраженной интоксикации (62,2%), реже — на фоне полного здоровья (10,4%) или в 1-й (15,2%) — 2-й (12,2%) день заболевания при уже имеющихся клинических признаках гриппа. Выраженная осиплость голоса наблюдалась у 80,0% детей, умеренная осиплость — у 20,0%. Начало развития ОСЛТ характеризовалось у 77,1% детей появлением сухого грубого «лающего» кашля, а у 22,9% — осиплостью голоса. Стеноз гортани у 87,8% детей сочетался с синдромом интоксикации, который достигал максимальной выраженности в первые два дня заболевания с лихорадкой до 39,5— 40°C. Носовые кровотечения выявлены у 3,6% детей, петехиальная сыпь на лице и шее — у 3,0%, инъекция сосудов склер — у 5,5%. У 12,2 % детей ОСЛТ разви-

вался на фоне не выраженной интоксикации. У 91,5% детей скудные катаральные явления присоединялись обычно на 2 — 3 день болезни. Выраженный катаральный синдром наблюдался у 8,5% детей. Длительность интоксикации и катарального синдрома была $4,67 \pm 0,28$ дней и $7,19 \pm 0,41$ дней, соответственно. Средняя продолжительность осиплости голоса — $2,93 \pm 0,19$ дней, грубого «лающего» кашля — $3,21 \pm 0,19$ дней, шумного стенотического дыхания — $1,80 \pm 0,13$ дней, продолжительность синдрома ОСЛТ — $1,68 \pm 0,13$ дней, длительность заболевания — $10,48 \pm 0,60$ дней.

Выводы: у больных гриппом ОСЛТ чаще развивается внезапно на фоне выраженной интоксикации с последующим присоединением катаральных явлений. Тяжелые формы болезни (21,3%) обусловлены выраженностью синдрома интоксикации и проявлениями синдрома крупа.

111

Характеристика течения коклюша у ребенка в возрасте трех месяцев жизни на фоне врожденной цитомегаловирусной инфекции

Тимченко В.Н., Каплина Т.А., Суховецкая В.Ф., Субботина М.Д., Чернышова Ю.Ю., Тихонова М.В., Попова И.А.

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность исследования: Показатели заболеваемости детского населения по коклюшу в СПб в 2017 г. составили 65,9 на 100 тыс. населения. Врожденная ЦМВИ у детей раннего возраста способствует негладкому течению основного заболевания.

Цель исследования: оценить течение коклюша на фоне врожденной ЦМВИ у ребенка 3-х мес. жизни.

Материалы и методы: клинико-лабораторный анализ медицинской карты стационарного больного ребенка в возрасте 3-х мес. жизни с сочетанной бактериально-вирусной инфекцией (коклюш + ВЦМВИ), находившегося на лечении в ДГКБ №5 им. Н.Ф. Филатова (СПб) в сентябре 2018 г.

Результаты: Ребенок от I-ой нормально протекавшей беременности, масса тела при рождении — 3500 г, рост — 53 см, Апгар — 8/9 баллов. На грудном вскармливании; с затяжной желтухой. При выписке из роддома общий билирубин — 336 мкмоль/л за счет не прямой фракции. В 2 мес. 27 дней общий билирубин — 116 мкмоль/л; прямой билирубин — 17,6 мкмоль/л; ГГТП — 156 ЕД/л. ППЦНС (синдром пирамидной недостаточности). Из тесного семейного контакта с братом 10 лет длительно кашляющим. С 24.08.18 г. — подкашливает, с 31.08.18 г. — кашель приступообразный, с гиперемией лица, цианозом носогубного треугольника, репризами (1–3 за приступ). На 2-ой нед. болезни периода госпитализирован в тяжелом состоянии. На I нед. периода судорожного кашля частота приступов до 33 за сутки, на II нед. — 26, на III нед. — 24, на IV нед. — 22, на V нед. — 20. Сохранялись иктеричность кожи и склер, отечность лица и век, печень +2 см. В гемограмме: анемия (Hb — 107 г/л , $\text{Er } 3,6 \times 10^{12}/\text{л}$); тромбоцитоз — $502 \times 10^9/\text{л}$; лейкоцитоз — $12 \times 10^9/\text{л}$; лимфоцитоз — 88%; моноциты — 3%; СОЭ — N; АЛТ — 55,9 ЕД/л, АСТ — 86,5 ЕД/л. ПЦР крови на ДНК ЦМВ (+). ИФА крови на антитела IgM

и IgG ЦМВ (+); IgM, IgG к *S. pneumoniae* и *M. pneumoniae* — отрицательно. УЗИ органов брюшной полости — гепатомегалия. Коклюш подтвержден 2-хкратно (ПЦР *B. pertussis* (+)). Получал комплексную терапию, включая антибиотики, неоцитотект № 4, с положительным эффектом, отмечалось снижение частоты и тяжести приступов.

Вывод: у детей первых месяцев жизни ВЦМВИ способствует более тяжелому течению коклюша, приводя к увеличению количества и тяжести приступов, удлинению периода судорожного кашля.

112 Функциональное состояние гипоталамико-гипофизарно-тиреоидной системы у детей при остром ВЭБ-моноклеозе

**Тимченко В.Н., Васильев А.Г., Федорова А.В.,
Баннова С.А., Чернова Т.М.**

ФГБОУ ВО Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет МЗ РФ, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. В настоящее время ВЭБ-моноклеоз является одной из актуальных вирусных инфекций среди детского населения, что связано с повсеместным распространением вируса, многообразием клинических проявлений, специфической тропностью возбудителя к иммунокомпетентным клеткам, а также отсутствием специфической профилактики. Роль желез внутренней секреции — один из наименее изученных разделов патогенеза ВЭБ-моноклеоза, исследование которого может иметь существенную значимость как в дифференциальной диагностике, так и при разработке тактики лечения, прогнозирования течения и исходов заболевания.

Цель исследования. Изучить функциональное состояние гипоталамико-гипофизарно-тиреоидной системы у детей при остром ВЭБ-моноклеозе в периоде разгара.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 94 ребенка в возрасте от 1 до 17 лет, с диагнозом острый ВЭБ-моноклеоз среднетяжелая степень тяжести. Дети в возрасте от 1 до 5 лет — 22% (20 чел.), от 5 до 10 лет — 39% (36 чел.), от 10 до 15 лет — 27% (26 чел.), от 15 до 17 лет — 12% (12 чел.). Диагноз подтверждался методом ПЦР (выявление генома ЭВБ в крови), также определялся титр неспецифических антител IgM и IgG к вирусу Эпштейна-Барр. Функциональное состояние гипоталамико-гипофизарно-тиреоидной системы оценивали по содержанию ТТГ, Т3, Т4 в сыворотке крови методом твердофазного иммуноферментного анализа.

Результаты. При исследовании показателей функционального состояния гипоталамико-гипофизарно-тиреоидной системы при остром ВЭБ-моноклеозе в периоде разгара установлено, что нормальные значения Т4 наблюдались в 100% случаев, ТТГ — в 95%, Т3 — в 98%.

Вывод: проведенный нами анализ показал, что у большинства обследованных детей, больных острым ВЭБ-моноклеозом, функциональная активность гипоталамико-гипофизарно-тиреоидной системы оставалась в пределах возрастной нормы.

113

Подходы к терапии инфекционного мононуклеоза у детей

Фоменкова У.Р., Артёмчик Т. А., Ластовка И.Н.

Белорусский государственный медицинский университет,
Минск, Беларусь

В Республике Беларусь за последние 5 лет заболеваемость инфекционным мононуклеозом возросла в 1,5 раза (2010 г. — 74,4 на 100 000, а за 2017 — 111 на 100 000 детского населения). Вирус Эпштейн-Барр относится к наиболее распространенным инфекционным агентам инфекционного мононуклеоза у детей.

Цель исследования. Оценить лечение инфекционного мононуклеоза у детей.

Материалы и методы. В исследование было включено 59 пациентов с инфекционным мононуклеозом. Всем пациентам было проведено комплексное обследование. Из них 43 пациента были с ВЭБ-ассоциированной инфекцией и имели в крови положительные иммуноглобулины класса М (IgM), 16 детей имели положительные IgM к цитомегаловирусу.

Результаты исследования. Терапия ГКС с иммунодепрессивной целью была назначена 33 (56%) пациентам (преднизолон в дозе 0,5—1 мг/кг в сутки или дексаметазон 0,5 мг/сутки) и составила 5 (3,5—5) дней. В результате нормализовалась температура тела, исчез налет на миндалинах, подчелюстные и шейные лимфоузлы уменьшились в размере до 1 см. Антибактериальная терапия (цефалоспорины 2—3 поколения и макролиды) применялась у 47 (79,7%) детей с признаками системного воспалительного ответа. Урсодезоксихолевая кислота назначена 13 (22%) пациентам с синдромом цитолиза. Все пациенты использовали полоскание и орошение зева антисептиком.

Таким образом, в терапии инфекционного мононуклеоза у детей применяется комплексный подход, включающий в себя как местное, так и общее патогенетическое лечение.

114

Особенности течения инфекции мочевых путей у новорожденных детей

Хохлова Е.Н., Ходерян К.С., Лисеенко О.Г.

ГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет МЗ РФ,
г. Курск, Россия

Под наблюдением находилось 28 новорожденных детей в возрасте от 9 до 28 дней, получивших лечение по поводу инфекции мочевых путей в Областной клинической инфекционной больнице им. Н.А. Семашко г. Курска в 2015—2017 годах. Двое из 28 детей были недоношенными. Мальчиков и девочек было поровну по 14 человек. Жителями города был 21 (75%) ребенок, жителями села 7 (25%) детей. Все дети поступали с жалобой на повышение температуры тела, которая составила $37,8 \pm 0,15^{\circ}\text{C}$. У 10 (35,7%) детей отмечались проявления ОРВИ, у 2 (7,1%) — ОКИ, у 1 (3,6%) ребенка была ветряная оспа. Лейкоцитоз в общем анализе крови при поступлении в стационар у наблюдавшихся детей составил $14,2 \pm 1,54 \cdot 10^9/\text{л}$, при выписке $9,8 \pm 0,47 \cdot 10^9/\text{л}$. В общем анализе мочи при поступлении белок составил $0,08 \pm 0,02 \text{ мг/л}$, эпителиаль-

ные клетки — $5 \pm 0,7$, лейкоциты — $20 \pm 3,3$ в поле зрения. При выписке из стационара в общем анализе мочи белок составил $0,014 \pm 0,01$ мг/л, эпителиальные клетки — $3 \pm 0,54$, лейкоциты — $7 \pm 1,64$ в поле зрения. В анализе мочи по Нечипоренко у наблюдавшихся больных лейкоцитов было $8 \pm 1,69 \cdot 10^3$ /л, эритроцитов — $1 \pm 0,26 \cdot 10^3$ /л, цилиндров — 0. С-реактивный белок в крови был повышен у 8 (28%) детей, уровень мочевины и креатинина в крови у 1 (3,6%) ребенка. При ультразвуковом исследовании почек у 22 (79 %) детей была выявлена пиелозктазия, у 10 (36%) детей — диффузные изменения паренхимы почек, у 3 (10,7 %) новорожденных — гидронефроз, у 4 (14%) детей — неомогенное содержимое мочевого пузыря. Всем детям проведена антибактериальная терапия в течение $6 \pm 0,3$ дней. Цефепим получили 15 (54 %) детей, сульзонцеф 5 (18 %) детей, цефобактам 5 (18 %) детей, цефтазидим 3 (10 %) детей. 27 (96 %) детей были выписаны для амбулаторного лечения в удовлетворительном состоянии под наблюдение нефролога, 1 ребенок переведен в соматический стационар.

Таким образом, инфекция мочевых путей у новорожденных встречается с одинаковой частотой у мальчиков и девочек, основным клиническим симптомом является повышение температуры тела, характеризуется умеренными воспалительными изменениями в крови и моче и ультразвуковыми изменениями в виде пиелозктазии, диффузных изменений паренхимы почек и формированием гидронефроза у 10,7% детей. В терапии эффективны цефалоспорины 3—4 поколения.

115

Корь — как нозокомияльная инфекция

**Цвиркун О.В., Тихонова Н.Т., Герасимова А.Г., Тураева Н.В.,
Ежлова Е.Б., Мельникова А.А., Баркинхоева Л.А., Кушкинбаева А.Р.**
ФБУН МНИИЭМ им. Г.Н. Габричевского Роспотребнадзора, Москва,
Россия

Особенностью эпидемического процесса кори в период элиминации является формирование локальных вспышек преимущественно среди непривитого контингента населения.

Особой проблемой является увеличивающееся число очагов кори внутрибольничного заражения, куда вовлекаются пациенты, как правило, не привитые по возрасту или из-за отказов родителей, а также персонал медицинской организации. Так, в 2011 году было зарегистрировано 7 внутрибольничных очагов; в 2012 году — 23 очага, в 2014 году, в период роста заболеваемости зарегистрировано 44 очага. В последующие годы, несмотря на снижение заболеваемости, число очагов оставалось на уровне 30.

Схожесть клинических проявлений ОРВИ и кори в продромальном периоде создают трудности дифференциальной диагностики и, на первый взгляд, делают проблему формирования внутрибольничных очагов не разрешимой. Однако анализ внутрибольничных вспышек кори, позволил выявить основные причины, способствующие формированию и вторичному распространению инфекции в больницах, на которые мы можем воздействовать. Это: диагностические ошибки на стадии появления сыпи, отсутствие преемственности информации у госпитализированных лиц о контакте с больным корью, наличие в медицинских организациях (МО) непривитых сотрудников, а также нарушения санэпидрежима в стационарах, в том числе инфекционных, отсутствие в ряде инфекционных от-

делений и диагностических боксах детских больниц приточно-вытяжной вентиляции с механическим побудителем и с устройствами обеззараживания воздуха или фильтрами тонкой очистки.

Полагаем, что обязательная вакцинация против кори всех сотрудников медицинских организаций; повышение внимания врачей к коревой инфекции; обеспечение преемственности информации о контакте с больным корью; устранение выявленных нарушений санэпидрежима предупредят формирование внутрибольничных вспышек и вторичного распространения инфекции.

116 Особенности врожденной патологии сердца у детей с активными формами цитомегаловирусной инфекции

**Чехова Ю.С., Кашуба Э.А., Горбатилов К.В.,
Дроздова Т.Г., Огошкова Н.В.**

Тюменский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Тюмень

Актуальность проблемы врожденной патологии сердца у детей обусловлена не только большой их распространенностью, но и тенденцией к увеличению удельного веса более тяжелых, комбинированных форм. На современном этапе, на одно из ведущих мест среди тератогенной группы факторов, претендует цитомегаловирусная инфекция (ЦМВИ).

Исходя из результатов обследования на ЦМВИ, были сформированы 3 группы сравнения. Первая — 35 детей (14,6%) с ВПС на фоне активной ЦМВИ. Вторую группу составили 155 детей (64,6%) с ВПС, инфицированных цитомегаловирусом, без клинических и лабораторных признаков активной инфекции. Третья группа — 50 детей до 1 года с ВПС, имеющих отрицательные результаты обследования на ЦМВИ. При сравнении структуры ВПС, выявлены статистически значимые различия в частоте встречаемости дефекта межжелудочковой перегородки со значительным преобладанием в группе детей с активной ЦМВИ (I группа — $51,4 \pm 8,4\%$; $p_{1-2} = 0,000$, $p_{1-3} = 0,000$). Дефект межпредсердной перегородки зарегистрирован более чем у половины пациентов, с самыми высокими значениями в третьей группе ($92,0 \pm 4,1\%$, $p_{1-3} = 0,002$, $p_{2-3} = 0,000$). Среди обнаруженных ВПС во всех группах преобладали пороки бледного типа с артерио-венозным шунтом. Критические ВПС достоверно чаще встречались в группе детей с активной ЦМВИ (в 22,9% случаев). Крайние формы тетрады Фалло, единый желудочек, синдром гипоплазии левых отделов сердца, регистрировались только у детей с активной ЦМВИ. У 40% детей I группы диагностирован внутриутробный миокардит цитомегаловирусной этиологии. У пациентов II и III групп миокардитов не выявлено. Тяжесть течения ВПС на фоне активной ЦМВИ была обусловлена более частым развитием сердечной недостаточности (СН). СН III стадии преобладала у детей I-й группы и составила — $14,4\% \pm 5,9$ (II группа — $5,2\% \pm 1,8$, III группа — $4,0\% \pm 2,8$; $p > 0,05$). У всех детей с цитомегаловирусным миокардитом (14 пациентов из I группы) наблюдалась сердечная недостаточность IIB стадии.

Таким образом, способность вируса оказывать кардиотропное и иммуноопосредованное воздействие на миокард утяжеляло течение заболевания.

Для ВПС на фоне активных форм ЦМВИ, характерна более высокая частота комбинированных пороков и развитие критических состояний.

117

Висцеральный лейшманиоз 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., Мустафьева С.А., Шамшева О.В.

Российский национальный исследовательский медицинский университет, г. Москва, Россия

Висцеральный лейшманиоз — системное протозойное заболевание, вызываемое простейшими рода *Leishmania*. Висцеральный лейшманиоз Старого Света вызывают *L. donovani* (индийский висцеральный лейшманиоз — кала-азар) и *L. infantum* (средиземноморско-среднеазиатский лейшманиоз); американский висцеральный лейшманиоз — *L. chagasi*, которая признана идентичной *L. infantum*. Еще одним недавно идентифицированным возбудителем висцерального и кожного лейшманиоза в Старом и Новом Свете является *L. martiniquensis*. Заболевание встречается в поясе обитания москитов; в России единичные случаи аутохтонного висцерального лейшманиоза описаны в Крыму и на Северном Кавказе.

Нами наблюдалось за 15 лет (с 2000 по 2014 гг.) в инфекционно-боксированном отделении Российской детской клинической больницы (г. Москва) пять детей с висцеральным лейшманиозом. Из них 1 был в возрасте 8 месяцев; 1—1,5 лет; 1—2,5 лет; 1—4 лет, 1—6 лет. Мальчиков было трое, девочек — две. Одна девочка инфицировалась на территории РФ (республика Дагестан), остальные пациенты заразились за пределами России (Азербайджан, Боливия, Грузия, Южная Осетия). Заболевание имело очерченное начало с повышения температуры тела до фебрильных и субфебрильных цифр; в одном случае — до 40°C. Отмечались бледность кожных покровов, в дальнейшем присоединялись увеличение живота, спленомегалия (от 6 до 15 см из-под реберного края), гепатомегалия (от 2 до 8 см из-под реберного края). В клиническом анализе крови отмечалась анемия (гемоглобин от 64 до 91 г/л), ускорение СОЭ (до 60—80 мм/ч). Диагноз подтверждался обнаружением лейшманий в пунктате костного мозга и иммуноглобулинов класса G при ИФА. Клинико-эпидемиологические и лабораторные данные позволили идентифицировать возбудителя как *L. infantum* и *L. chagasi* (у ребенка, заразившегося в Боливии). Лечение проводилось глюкантимом (препаратом 5-валентной сурьмы) с положительным эффектом (улучшение самочувствия, снижение температуры тела, уменьшение размеров печени и селезенки, в одном случае выполнялась повторная костномозговая пункция — лейшмании не обнаруживались).

Таким образом, в своей практической работе российским педиатрам необходимо учитывать возможность встречи с больными с нетипичным для их региона системным заболеванием, носящим, в основном, завозной характер — висцеральным лейшманиозом.

118

Опыт массовой вакцинации против ротавирусной инфекции детей первого года жизни на территории города Подольска Московской области

Шаповалова Р.Ф., Феклисова Л.В., Воробьева Л.Б.,
Корчагина Н.Н., Каримова Р.А.

ГБУЗ «Центр медицинской профилактики ДЗМ», ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского». Управление Роспотребнадзора по Московской области. Г. Москва, г. Подольск, Россия

В течение последних десятилетий в Московской области отмечается превалирование ротавирусного энтерита в структуре ОКИ установленной этиологии с преобладанием в ней детей раннего возраста. В г. Подольске Московской области, с показателями заболеваемости ротавирусной инфекции превышающей среднеобластные, проводилась массовая иммунизация против ротавирусной инфекции детей первого года жизни.

Цель. Оценить результаты полетного исследования по вакцинопрофилактике Ротатек детей первого года жизни в течение нескольких лет в г.Подольске.

Материалы. Выполнен анализ официальных учетных эпидданных, карт экстренного извещения, наблюдений детей в поликлиниках и стационаре за период 2014—2017 г.

Массовая вакцинопрофилактика Ротатек в городе Подольске начата с 2014 г. с последовательным нарастанием охвата от 5% до 73%, проведено 6828 прививок. При трехкратной вакцинации нежелательные реакции не регистрировались. Показатели заболеваемости ротавирусной инфекцией (на 100 тыс. нас.) всех жителей за наблюдаемый период (2014—2017 гг.) снизились на 58,5%. По — видимому за счет снижения больных ротавирусной инфекцией возрастной группы 0—6лет, в которой последовательно отмечены показатели: 1967,1; 1553; 1065,3 и в 2017г. — 823,3 (на 100 тыс. нас.). В числе детей госпитализированных с ОКИ соответственно уменьшилась доля пациентов с ротавирусной инфекцией среди больных первого года жизни — на 57,9%, второго-третьего года — на 53,9%. По данным прививочного анамнеза заболевших ротавирусной инфекцией вакцинация отсутствовала во всех случаях кроме одного пациента с легкой формой, получившего только первую прививку.

Таким образом, массовая иммунизация против ротавирусной инфекции Ротатеком детей первого года жизни оказалась безопасной и эффективной, способствуя снижению показателей заболеваемости этой инфекцией в целом на территории за счет уменьшения числа больных детей в возрасте до 6 лет. Экономический эффект связан с сокращением числа пациентов, нуждающихся в госпитализации и амбулаторном лечении.

119

Клинико-эпидемиологические особенности течения скарлатины у детей

Шевченко С.С., Грекова А.И., Соколовская В.В., Соломатина Н.Н.,
Жодик О.В., Комиссарова А.В., Конобрицкая М.Д., Щипа Е.С.

ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России, г. Смоленск, Россия

Скарлатина — это острое инфекционное заболевание, вызываемое стрептококком группы А. Заболеваемость скарлатиной детей в возрасте до 14 лет в РФ в последние годы составляет 250 на 100 тыс. детского населения.

Цель: изучить клинико-эпидемиологические особенности течения скарлатины у детей разных возрастных групп.

Материалы и методы: нами проведен анализ 18 историй болезни детей со скарлатиной, проходивших лечение в инфекционном отделении № 4 ОГБУЗ КБ №1 г. Смоленска в 2017 году.

Обсуждение: анализ показал, что дети от 3 до 7 лет составили 82%, от 7 до 10 лет — 12%, старше 10 лет — 6%. Преобладали мальчики — 67%, девочки составили 33%. Скарлатина средней степени тяжести отмечалась у 100% детей. У всех детей заболевание протекало типично и сопровождалось повышением температуры тела, снижением аппетита, снижением эмоционального тонуса, синдромом ангины и кожным синдромом (геморрагическая сыпь на гиперемизованном фоне кожи с преимущественной локализацией на сгибательной поверхности конечностей, боковой поверхности туловища, естественных складках). Язык малинового цвета (очищен с кончиков и боков, гипертрофированы сосочки) — у 45% детей. Длительность лихорадки, в среднем, составила от 2 до 5 дней. Осложнений не отмечалось.

При лабораторном исследовании в общеклиническом анализе крови были выявлены: лейкоцитоз с нейтрофилезом у 55% детей, лейкоцитоз с нейтрофилезом и ускоренное СОЭ у 45% во всех возрастных группах. Диагноз скарлатины у 93% детей подтвержден положительным результатом АСЛЮ, а у 7% детей — выделением стрептококка из носоглотки.

Выводы: проведенный анализ показал, что заболевание протекало типично, преимущественно в среднетяжелой форме, преобладали мальчики и чаще болели дети в возрасте от 3 до 7 лет.

120

Особенности течения ветряной оспы у детей разных возрастных групп

Шевченко С.С., Грекова А.И., Капустина В.А., Кленов В.А., Шевченко Р.В., Соломатина Н.Н., Сосновская Т.Н., Алдохина Е.О.
ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России, г. Смоленск, Россия

Ветряная оспа по распространенности и заболеваемости занимает третье место после гриппа и других ОРЗ и является чрезвычайно контагиозным заболеванием со 100% восприимчивостью. Вакцинация против ветряной оспы пока не входит в национальный календарь профилактических прививок. В последние годы отмечается рост заболеваемости данного заболевания: в 2017 году она составила 535,7 на 100 тысяч населения по сравнению с 2016 годом — 496,6.

Цель: изучить особенности течения ветряной оспы у детей разных возрастных групп на современном этапе.

Материалы и методы: нами проведен анализ 42 историй болезни детей с ветряной оспой, проходивших лечение в инфекционном отделении № 4 ОГБУЗ КБ №1 г. Смоленска в 2017 году.

Обсуждение: анализ показал, что дети до 1 года составили 5%, от 1 года до 3 лет — 18%, от 3 до 7 лет — 32%, от 7 до 14 лет — 45%. Преобладали мальчики — 55%, девочки составили 45%. Ветряная оспа средней степени тяжести отмечалась у 100% детей.

У всех детей имела место типичная сыпь (наблюдался ложный полиморфизм). Сыпь сопровождалась зудом у 96% детей. Продолжительность высыпаний у детей до года в среднем была 3,3 дня, от 1 года до 3 лет — 3,4 дней, от 3 до 7 лет — 2,9 дня, от 7 до 14 лет — 2,7 дня. У 24% больных поражались слизистые: ротовой полости — 10 детей (дети с 3 месяцев до 5 лет), половых органов — 7 детей (от 1 года до 7 лет). Подавляющее большинство детей поступало с лихорадкой на фебрильных цифрах (87%), преимущественно дети раннего возраста. Осложнений не отмечалось.

При лабораторном исследовании в общеклиническом анализе крови были выявлены: лейкопения у 44% детей, лимфоцитоз у 77%, моноцитоз у 7%, плазматические клетки у 13% и ускоренное СОЭ у 64% во всех возрастных группах.

В стационаре проводилась этиотропная (ацикловир, виферон, генферон, циклоферон) и симптоматическая терапия.

Выводы: проведенный анализ показал, что заболевание протекало типично, преимущественно в среднетяжелой форме, преобладали мальчики и чаще болели дети в возрасте от 7 до 14 лет.

121 Особенности течения острой респираторной инфекции у детей первого полугодия жизни на современном этапе

Щербакова Т.В., Федянина В.А., Чехий В.Е.

ГБУЗ «Специализированная клиническая детская инфекционная больница», г. Краснодар, Россия

Острая респираторная инфекция (ОРИ) занимает ведущее место среди инфекционной патологии у детей.

Целью нашей работы было изучить особенности течения острой респираторной инфекции (ОРИ) у детей первого полугодия жизни.

Проведен анализ 568 стационарных карт пациентов первого полугодия жизни, получавших лечение в 2018 г. в ГБУЗ «Специализированная клиническая детская инфекционная больница». Было пролечено 2553 пациента грудного возраста, из них дети первого полугодия жизни составили 1368 человек. В этиологической расшифровке ОРИ использовали метод полимеразно-цепной реакции (ПЦР). Исследовали слизь из носа у всех госпитализированных детей с ОРИ. У детей первых 6 месяцев жизни были выделены следующие вирусы: риновирус — 35,6%, аденовирус — 25,6%, РС-вирус — 37,9%, парагрипп — 0,5%, метапневмовирус, бокавирус — по 0,2%. У 82 детей (14,4%) первого полугодия жизни при рентгенологическом обследовании органов грудной клетки была выявлена пневмония.

У 428 пациентов первых шести месяцев отмечались явления обструкции дыхательных путей (бронхиолиты и обструктивные бронхиты). Преморбидный фон былотягощен в 22,9% случаев. В 94% случаев дети госпитализировались на 1—2 день болезни. При поступлении были выявлены следующие жалобы и симптомы: повышение температуры тела (50%), катаральные явления (96,8%), одышка (50%), снижение аппетита (95,95%), нарушение сна и поведения ребенка (97,7%). В 14,1% случаев дети из-за выраженных явлений интоксикации, дыхательных расстройств госпитализировались в отделение реани-

мации. Всем пациентам проводилось противовирусное, антибактериальное (по показаниям), симптоматическое и ингаляционное лечение. В 98% случаев дети выписывались с выздоровлением, а в 2% — с улучшением. Летальные исходы не зарегистрированы.

Таким образом, у детей первого полугодия жизни в 30% случаев заболевание протекает в тяжелой, осложненной форме. Своевременная постановка диагноза, адекватная терапия способствуют быстрому выздоровлению детей.

122 Эпидемический паротит. Современная лабораторная диагностика в клинической практике Российской Федерации

Юминова Н.В., Контаров Н.А., Погарская И. В., Зверев В.В.

Федеральное Государственное Бюджетное Научное Учреждение
Научно-исследовательский институт имени И.И. Мечникова,
г. Москва, Российская Федерация

Эпидемический паротит (ЭП) относят к истинным антропонозным инфекциям. Источником инфекции являются больные с выраженной клинической симптоматикой, со стертыми и атипичными формами заболевания и инapparантным течением инфекции. ЭП относят к управляемым инфекциям. Вакцинация признана во всем мире наиболее мощным, безопасным, эффективным и экономичным методом борьбы с данной инфекцией. В последние годы наблюдается заметный рост заболеваемости ЭП среди взрослых, у которых эти заболевания протекают особенно тяжело. Вспышки ЭП регистрируют в популяции с высоким охватом (привиты 76—94%) и низким (15—45% привиты и 33—85% не привиты; данные по Европе, РФ и странам СНГ). Это связано с тем, что со временем происходит снижение постпрививочного иммунитета, высокой плотностью населения, иммунологическими различиями между вакцинальным штаммом и «диким» штаммом, и тем, что порог коллективного иммунитета (88—92%) снижается, даже к использованию вакцин на основе штамма Rubini. Этиологическая диагностика ЭП включает выделение вируса, выявление РНК — вируса, обнаружение антител (АТ) к вирусу ЭП. Материалом исследования являются для выявления АТ сыворотка крови вируса ЭП, носоглоточные смывы, слюна, моча, СМЖ (при серозном менингите), лейкоциты периферической крови. Вирус ЭП проникает в слюнные железы гематогенным путем. Вирусемия является важнейшим звеном патогенеза ЭП и обеспечивает возможность выделения вируса из крови на ранних этапах болезни. АТ к вирусу ЭП обнаруживаются в течение первой недели после проявления клинических симптомов. Вначале появляются АТ IgM, которые исчезают к концу первого месяца. Почти одновременно с IgM, появляются низкоавидные IgG3, позднее — IgG1 и IgG2. Отсутствие АТ является индикатором того, что человек не болел ЭП ранее, не болеет и не был привит. Обязательно должны обследоваться больные с клиническим диагнозом ЭП, контактные по очагам (включая атипичные и стертые формы), люди с диагнозом орхит, серозный менингит, панкреатит, привитые против ЭП (от 10 до 42 дней), больные, у которых заболевание протекало со сходной клинической симптоматикой (н-р, инфекционный мононуклеоз, дифтерия зева, токсические паротиты, саркоидоз и др.)