

инфицирования ВИЧ на фоне значительного снижения числа CD4⁺-лимфоцитов (Me 9—10%) происходило присоединение криптоспориоза кишечника, пневмоцистоза легких и развитие генерализованных форм ОИ, что являлось причиной формирования тяжелой полиорганной недостаточности и летального исхода.

Указанные закономерности этиологической структуры, характера течения ОИ с учетом степени иммуносупрессии и стадии ВИЧ-инфекции необходимо учитывать при планировании клинико-лабораторного обследования, определении показаний для назначения высокоактивной антиретровирусной терапии, проведении профилактических мероприятий у детей с ВИЧ-инфекцией.

Выводы

1. В течение первых лет после инфицирования ВИЧ в результате развития умеренной иммуносупрессии (Me CD4⁺-лимфоцитов 19—20%) ВИЧ-инфекция переходит в стадию вторичных заболеваний 4А — присоединяются локализованные формы бактериальных инфекций, ИПГ и кандидоза.

2. В последующем в условиях постепенного перехода от умеренной к глубокой иммуносупрессии (Me CD4⁺-лимфоцитов 11—13%) у более половины пациентов развиваются характерные для стадии вторичных заболеваний 4Б локализованные ОИ — туберкулез, ВЭБ-инфекция и опоясывающий герпес.

3. У менее половины пациентов с быстрым формированием глубокой иммуносупрессии (Me CD4⁺-лимфоцитов 9—10%) в эти же сроки ВИЧ-инфекция переходит в стадию вторичных заболеваний 4В (СПИД), которая характеризуется развитием криптоспориоза, пневмоцистоза и генерализованных ОИ.

4. Выявленные клинико-иммунологические особенности ОИ необходимо учитывать при планировании лечеб-

но-диагностических и профилактических мероприятий у детей с ВИЧ-инфекцией.

Литература:

1. Садовникова В.Н. Особенности заболеваемости ВИЧ-инфекцией у детей и меры по профилактике перинатальной трансмиссии ВИЧ-инфекции // Педиатрия. — 2010. — № 1. — С. 14—20.
2. Течение ВИЧ-инфекции у детей и подростков / В.Ф. Балакин и др. // Мат. V Российского конгресса детских инфекционистов «Актуальные вопросы инфекционной патологии и вакцинопрофилактики у детей». — М., 2006. — С. 28.
3. Рахманова А.Г. ВИЧ-инфекция у детей / А.Г. Рахманова, Е.Е. Воронин, Ю.А. Фомин. — СПб.: Питер, 2003. — 448 с.
4. Textbook of pediatric HIV care / S. Zeichner et al. — Cambridge, 2005. — 784 p.
5. Афонина Л.Ю. Антиретровирусная терапия у детей с ВИЧ-инфекцией / Л.Ю. Афонина, Ю.А. Фомин, Е.Е. Воронин. — М., 2009. — 57 с.
6. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение / В.В. Покровский и др. — М.: Геотар-Медицина, 2004. — 496 с.
7. Бартлетт Дж. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции. 2009—2010 / Дж. Бартлетт, Дж. Галлант, П. Фам. — М.: Р. Валент, 2010. — 490 с.
8. Вирус иммунодефицита человека — медицина / Под ред. Н.А. Белякова и А.Г. Рахмановой. — СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр, 2010. — 752 с.
9. Влияние случаев ВИЧ-инфекции, связанных с нозокомиальными очагами, на дальнейшее развитие эпидемического процесса / С.Р. Саухат и др. // Эпидемиология и инфекционные болезни. — 2004. — № 4. — С. 16—20.
10. Симованьян Э.Н. Эффективность применения комбинированной терапии у детей с ВИЧ-инфекцией / Э.Н. Симованьян, В.Б. Денисенко // Педиатрическая фармакология. — 2010. — № 2. — С. 41—45.
11. Покровский В.И. Клиническая классификация ВИЧ-инфекции / В.И. Покровский, В.В. Покровский, О.Г. Юрин // Эпидемиология и инфекционные болезни. — 2001. — № 1. — С. 7—10.
12. Center of disease control and prevention. 1994 revised classification system for HIV infection in children less than 13 years of age // MMWR. — 1994. — № 43. — P. 1—10.

Особенности течения пневмококковых пневмоний у детей

Т. А. ДАМИНОВ, Л. Н. ТУЙЧИЕВ, Н. У. ТАДЖИЕВА, Д. Ф. РАИМКУЛОВА

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Проведен анализ анамнестических, клинических и лабораторных данных, характеризующих основные клинические симптомы заболевания, гемограммы, рентгенограммы органов грудной клетки у 147 детей с внебольничной пневмонией пневмококковой этиологии в возрасте от 6 мес. до 14 лет, госпитализированных в детское пульмонологическое отделение клиники Ташкентской медицинской академии и городской клинической детской больницы № 1 г. Ташкента. Анализ показал, что характерным является преобладание долевой (или лобарной) пневмонии, с частым правосторонним поражением легких и в редких случаях присоединением бактериальной деструкции легких и гнойного плеврита, который протекал с особой тяжестью. Иммунохроматографический тест BinaxNOW и реакция латекс-агглютинации позволяет идентифицировать пневмококковую этиологию пневмонии на ранних этапах болезни. Антибактериальная терапия на догоспитальном этапе значительно снижает результативность различных методов исследования у госпитализированных пациентов, что делает целесообразным более широкое использование методов диагностики на догоспитальном этапе.

Ключевые слова: пневмококковая инфекция, пневмония, реакция латекс-агглютинации, иммунохроматографический тест, дети

Peculiarities of the pneumococcal pneumoniae in children

T. A. Daminov, L. N. Tuychiev, N. U. Tadjieva, D. F. Raimkulova

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

147 children with community-acquired pneumococcal pneumonia aged from 6 months to 14 years old were hospitalized in Children's Lung Disease Department of the Clinic of Tashkent Medical Academy and in City Clinical Children's Hospital of Tashkent. The analysis of their anamnesis, clinical and laboratory data, which characterized the main clinical symptoms of the disease, blood picture, chest X-ray at has been performed. The analysis showed the prevalence of lobar pneumonia with frequent right-hand lesion of lungs and in rare cases it was accompanied by bacterial destruction of lungs and purulent pleurisy which proceeded with complications. The Immunochromatography BinaxNOW test and latex agglutination test allow to identify a pneumococcal etiology of pneumonia at early stages of the illness. Antibacterial therapy at a pre-hospital stage reduces efficiency of various diagnostic methods in the hospitalized patients, which makes it more rational to use of the method at a pre-hospital stage at a wider scale.

Key words: pneumococcal infection, pneumonia, latex agglutination test, immunochromatographic test, children

Контактная информация: Туйчиев Лазиз Нодирович — д. м. н., проф. каф. инфекционных болезней и педиатрии Ташкентской медицинской академии; (99898)300-99-32; l_tuychiev@mail.ru

УДК 616.24

Внебольничная пневмония является одним из распространенных заболеваний органов дыхания и остается в числе лидирующих причин смертности от инфекционных заболеваний во всем мире. Так, по данным ВОЗ, летальность детей первых 5 лет жизни, обусловленная пневмонией составляет до 25% [1, 2]. В последние 20 лет в зарубежных публикациях прослеживаются данные о преобладании пневмококковой этиологии при внебольничных пневмониях, изучен характерный для умеренного пояса его серотипный пейзаж, а также связь с различными клиническими формами заболевания. Так, Кузнецова Т. А. (1992 г.) в своей работе отмечает, что в условиях жаркого климата Средней Азии преобладающим остается мнение о распространенности стафилококка как основного этиологического фактора пневмонии, что осложняет разработку адекватных лечебных комплексов, тогда как в 60% случаях этиологическим фактором наиболее тяжелых форм острой пневмонии у детей в Узбекистане является пневмококк [4]. К сожалению, в ежедневной практике этиология пневмонии часто остается не установленной, что затрудняет проведение этиотропной терапии и обуславливает неблагоприятные исходы заболевания. По литературным данным [2, 3], более 60% случаев назначение стартовой терапии при острых пневмониях бывает неэффективным, что приводит к развитию затяжного течения пневмоний и частым осложнениям, таким как ателектаз и плеврит. Гиподиагностика острой пневмококковой пневмонии связана с низким уровнем бактериологических и серологических исследований или с их проведением на фоне начавшейся антибиоткотерапии, при этом пневмококк из доступных для исследования секретов исчезает, а возможность высева условно-патогенной флоры существенно возрастает [4]. В последние годы применяются различные методы идентификации *S. pneumoniae* у больных с внебольничной пневмонией. «Золотым стандартом» в постановке диагноза остается выделение *S. pneumoniae* из крови или плевральной жидкости бактериологическим методом, однако положительный результат при этом достигается лишь в 15–30% случаях. Исследование мокроты является низко специфичным с учетом того, что не всегда микрофлора ротовой полости соответствует микрофлоре нижних дыхательных путей. Низкая чувствительность этих методов объясняется тем, что около 30% больных с внебольничной пневмонией начинают антибактериальную терапию до постановки диагноза. Инвазивные пробы, такие как бронхоальвеолярный лаваж, бронхоскопия позволяют получить пробы для точной постановки диагноза. Однако, инвазивные методы не могут быть использо-

ваны рутинно, в силу высокого риска присоединения различных осложнений [5, 6]. В связи с этим на сегодняшний день знание о выраженности специфических клинических проявлений пневмонии и изучение этиологии пневмоний с помощью современных методов диагностики представляется весьма актуальным.

Целью нашего исследования явилось изучение клинических аспектов внебольничных пневмоний, пневмококковой этиологии у детей на современном этапе.

Материалы и методы исследования

С января 2012 г. по март 2013 г. обследовано 265 больных с внебольничной пневмонией в возрасте от 6 мес. до 14 лет, госпитализированных в детское пульмонологическое отделение клиники Ташкентской медицинской академии и городской клинической детской больницы № 1 г. Ташкента по поводу внебольничной острой пневмонии. Анализировались анамнестические данные, клинические и лабораторные показатели, характеризующие основные клинические симптомы заболевания, гемограммы, рентгенограммы органов грудной клетки. С целью определения пневмококковой этиологии пневмонии проводили иммунохроматографический тест на наличие пневмококкового растворимого антигена в моче (BinaxNOW — Streptococcus pneumoniae Test), чувствительность теста 70–90% и специфичность 80–100%. BinaxNOW тест определяет полисахарид С на стенке клетки-антигена, 4-х наиболее распространенных серогрупп (6, 14, 19 и 23) [7]. Тест проводили больным в первый день госпитализации, которые не принимали антибактериальные препараты или получали антибиотики не более 2-х доз. Для реакции латекс-агглютинации (РЛА) (Pastorex meningitis, Bio-Rad, Франция) использовали сыворотку больных с целью идентификации растворимого антигена *S. pneumoniae* (чувствительность 90–100%, специфичность 100%) [6].

Также всем больным проводили бактериологический посев носоглоточной слизи на наличие *S. pneumoniae*. После забора материала проводился посев площадкой на чашки Петри с 5% кровяным колумбийским и шоколадным агаром. Идентификацию микробов проводили на основании морфологии колоний, результатов окраски по Грамму, чувствительности к оптохину и пробирочного теста лизиса в присутствии 10% дезоксихолата натрия. Определение чувствительности выделенных возбудителей методом микроразведений в бульоне Мюллера-Хинтона проводилось к следующим препаратам: пенициллину, амоксициллину, ампициллину, амоксициллину/клавуланату, цефотаксиму,

Таблица 1. Возрастная характеристика детей с пневмококковой пневмонией

Возраст									
до 1 года		1—3 года		3—7 лет		7—14 лет		Всего	
абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
34	23,2	63	42,8	35	23,8	15	10,2	147	100

цефтриаксону, цефоперазону, цефипиму, цефазолину, азитромицину, хлорамфениколу, ванкомицину, эритромицину, сульфаметаксозолу, ципрофлоксацину. Статистическая обработка результатов проводилась при помощи методов описательной статистики с использованием программ «Microsoft Excel», выполненных на персональном компьютере.

Результаты и их обсуждение

Из 265 больных с внебольничной пневмонией пневмококковая этиология идентифицирована у 147 детей, что составило 55,4% случаев. Количество больных мальчиков (78/53%) превышало количество девочек (69/47%), но достоверной разницы ($p > 0,05$) между больными по половой принадлежности мы не обнаружили.

Возрастная характеристика детей с пневмококковой пневмонией показала, что чаще заболеваемость отмечалась в возрасте от 1 года до 3 лет (42,8%), что совпадает с началом посещения ребенком детского дошкольного учреждения (табл. 1).

Количество детей, посещающих детские сады и школы составило 72 (63,7%).

Особое значение в развитии пневмококковой пневмонии имел преморбидный фон больных, так 92 (62,6%) больных относились к группе часто болеющих детей и за год переносили 4 и более 4 заболеваний верхних и нижних дыхательных путей. Анализ сопутствующей патологии показал: перинатальное поражение ЦНС имели 2 детей (5,8%) в возрасте до года, атопические заболевания (атопический дерматит, аллергический ринит, бронхиальную астму) — 23 ребенка (15,6%), анемия у 96 (65,3%), хронический тонзиллит у 12 (8,2%), гиперплазия вилочковой железы у 11 (7,4%) детей младшего возраста, рахит зарегистрирован у 14 детей в возрасте до года (9,5%), белково-энергетическую недостаточность имели 7 (4,7%) детей в возрасте до года.

Средний срок обращения пациентов к педиатру от момента появления первых признаков заболевания респираторного тракта составил $5,6 \pm 4,8$ дней, средний срок госпитализации в стационар — $6,3 \pm 5,6$ дней от начала заболевания респираторной инфекцией.

Диагноз пневмонии основывался на общепринятых критериях: синдром токсикоза, дыхательная недостаточность, локальные физикальные данные, инфильтративные изменения на рентгенограмме. Признаки инфекционного токсикоза имелись у 124 (84,3%) детей и характеризовались повышением температуры тела до высоких цифр (более $40,0^{\circ}\text{C}$) у 16 детей (12,9%), до фебрильных ($38,0$ — $39,9^{\circ}\text{C}$) — 82 (66,2%), до субфебрильных ($37,1$ — $37,9^{\circ}\text{C}$) — у 36 (29,1%), у 13 (15,8%) лихорадка в момент госпитализации не отмечалась. Средняя длительность лихорадочного периода составила $5,6 \pm 3,7$ дней.

У всех детей с пневмококковой пневмонией отмечены жалобы на вялость, слабость, сонливость, адинамию, нарушение аппетита, капризность.

Токсико-гипоксические проявления со стороны центральной нервной системы зарегистрированы у 5 детей (3,4%) в возрасте до 3 лет, при этом все пациенты данной группы имели признаки перинатального поражения ЦНС в форме различных неврологических синдромов.

Признаки дыхательной недостаточности зарегистрированы у 76 детей (51,7%). Сочетание одышки с периоральным цианозом отмечено у 47 (31,9%) пациентов в возрасте до 3 лет, то есть у 61,8% всех больных с проявлениями синдрома ДН. Продолжительность симптома одышки была от 1 до 10 дней, средний срок ее продолжительности составил $1,3 \pm 2,8$ дней.

Симптом кашля отмечался у 142 (96,6%) детей, средняя продолжительность периода кашля колебалась в пределах $17,2 \pm 2,5$ дней. В начале болезни малопродуктивный кашель был у 63 детей (44,3%), а у 79 детей (55,7%) отмечался сухой кашель. В период разрешения процесса характер кашля стал влажным продуктивным, порой с отделением гнойной мокроты.

Локальные физикальные изменения зарегистрированы у 128 детей (87,0%). При этом притупление перкуторного звука над очагом поражения отмечено у 92 детей (62,5%). Изменение характера дыхания над очагом поражения в виде ослабления имели 36 ребенка (58,5%), жесткое дыхание зарегистрировано у 36 детей (24,4%). Локальные влажные хрипы и крепитация выявлены у 93 детей (63,2%).

У 126 детей (85,7%) пневмония развилась на фоне (или как осложнение) острой респираторной вирусной инфекции. Сочетание пневмонии и бронхообструктивного синдрома отмечено у 18 детей (12,2%).

По объему поражения легочной ткани, превалировали пациенты с долевым (лобарным) процессом (68/46,2%), очаговые процессы отмечены в 27 случаях наблюдений (18,3%), в данной группе находились преимущественно пациенты до трех лет; сегментарные процессы — 52 случая наблюдений (35,3%).

По локализации долевого поражения верхняя доля справа была вовлечена в воспалительный процесс у 11 детей (16,1% всех случаев долевого процесса), верхняя доля слева у 6 детей (8,8%), средняя доля — в 13 случаях наблюдений (19,1%), нижняя доля справа у 22 (32,4%), нижняя доля слева у 16 детей (23,6%).

Среди обследованных детей среднетяжелая форма отмечалась у 69 больных (46,9%), тяжелая у 78 детей (53,1%). Тяжесть была обусловлена различными токсическими проявлениями (кардиореспираторный, гипертермический, абдоминальный синдромы). У 42-х (28,6%) детей отмечалась неосложненная форма острой пневмонии и у 105 (71,4%) больных осложненная форма острой пневмо-

нии. Осложнения характеризовались проявлениями дыхательной недостаточности I или II степени, токсикозом I или II степени и у одной больной диагностирована бактериальная деструкция легких, плеврит.

В разгар болезни гипохромную анемию имели 96 детей (65,3%), в том числе тяжелая степень зарегистрирована у одного больного, среднетяжелая у 32 (33,4% всех детей с анемией), легкая степень у 63 детей (65,6% всех детей с анемией). Лейкоцитоз отмечен у 52 детей (35,3%), гиперлейкоцитоз зарегистрирован у одного больного с плевритом, при этом отмечено наличие токсической зернистости. Лейкопения зарегистрирована у 24 детей (16,3%), среднее количество лейкоцитов у них составило $3,10 \times 10^9/\text{л}$. Нейтрофилез зарегистрирован у 48 детей (32,6%), нейтропения — у 8 (5,4%). Сдвиг формулы влево выявлен у 51 (34,7%). Относительный лимфоцитоз имел место у 24 детей (16,3%), относительная лимфопения была установлена у 39 детей (26,5%). Эозинофилия (более 5%) наблюдалась у 9 детей (6,1%) с отягощенным аллергическим анамнезом.

Повышение СОЭ (более 12 мм/ч) в первые дни госпитализации отмечались у 24 детей (16,3%).

Структура микрофлоры носоглотки у детей с пневмококковой пневмонией представлена на рисунке 1.

Бактериологическое исследование носоглоточной слизи позволило идентифицировать у 96 детей (65,3%) следующую микробную флору: у 32 (33,36%) больных выделены *S. pneumoniae*, у 12 (12,5%) *Staph. aureus*, у 18 (18,7%) *S. aeruginosa*, у 21 (21,8%) *Klebsiella pneumoniae*, у 6 (6,2%) *Candida albicans*, у 7 (7,3%) *Staph. haemolyticus*.

Как видно на рисунке, чаще всего (33,3%) у детей с пневмококковой пневмонией из носоглоточной слизи был выделен *S. pneumoniae*, причем большинство из этих детей были из организованных групп и многодетных семей.

Средняя длительность госпитализации составила $10 \pm 5,9$ суток, из них 2 ± 1 в отделении интенсивной терапии. За период лечения пациентам назначалось от 1 до 3-х антибактериальных препаратов, средняя длительность антибактериальной терапии составила $7,3 \pm 4$ дней.

Ниже приводим наше клиническое наблюдение больной 13 лет, с диагнозом: Пневмония, внебольничная, тяжелая форма, пневмококковой этиологии. Осложнения: Бактериальная деструкция легких справа, легочно-плевральная форма. Гидроторакс. ДН II ст. ССН II ст.

Больная была госпитализирована в детское хирургическое отделение, где сделана пункция и дренирование правой плевральной полости. При пункции под давлением в объеме 1000 мл выделено гнойное отделяемое. При микроскопии гнойного отделяемого выявлены диплококки в виде ланцетов. При бактериологическом исследовании гнойного материала выделен *Streptococcus pneumoniae*, высокочувствительный к цефепиму, цефтриаксону, ванкомицину.

При осмотре больной состояние было тяжелое. Гипертермия до 39°C , вялая, адинамичная, выраженные проявления интоксикации. Кашель сухой, малопродуктивный, при кашле отмечается боль справа. В легких дыхание проводится с обеих сторон, справа в нижнем отделе ослаблено. Одышка до 40 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 130 в мин. При объективном осмотре выявлен землистый оттенок кожи, отставание поврежденной половины грудной клетки в акте дыхания. На рентгенограмме

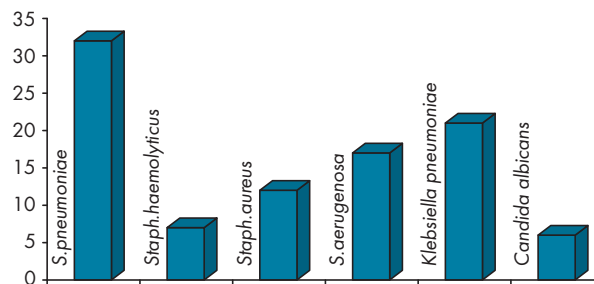


Рисунок 1. Структура микрофлоры носоглотки у детей с пневмококковой пневмонией (n = 96)



Рисунок 2. Рентгенограмма органов грудной клетки пациента с пневмококковой плевропневмонией справа (справа легкое понижено в прозрачности за счет гомогенной инфильтрации нижней доли, синусы затемнены, корень инфильтрирован)

органов грудной клетки при поступлении отмечалось затемнение в пределах нижней доли правого легкого (рис. 2).

Больной проводилась интенсивная антибактериальная (цефтриаксон, амикацин), инфузионная, посиндромная терапия.

В течение последующих 5 дней сохранялась высокая лихорадка. Повторная рентгенограмма и компьютерная томография органов грудной клетки показали: Правосторонний лобит. Гидроторакс справа. В показателях гемограммы отмечались выраженные воспалительные изменения: лейкоцитоз до $22,1 \times 10^9/\text{л}$ сегментоядерный сдвиг лейкоформулы (сегментоядерные нейтрофилы 87%), СОЭ 32 мм/час, значительное повышение уровня С-реактивного белка. Антибактериальная терапия была заменена на цефалоспорины IV поколения (цефепим/тазобактам).

На 14-й день госпитализации состояние больной улучшилось, нормализовалась температура тела. Контрольная рентгенограмма органов грудной клетки показала: пневмония в стадии разрешения, незначительные плевральные наложения справа. Лабораторные показатели начали улучшаться: лейкоцитоз снизился до $13,2 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ до 20 мм/ч.

Больной проведен курс массажа, физиотерапевтических процедур. В удовлетворительном состоянии, на 24-й день госпитализации, больная выписана домой под наблюдением врача поликлиники.

Таким образом, несмотря на наличие достаточного выбора современных антибактериальных средств против пневмококковой инфекции, и в наши дни приходится сталкиваться с такими осложнениями острой пневмонии, как

бактериальная деструкция легких, этиологическим фактором которого явился пневмококк.

Выводы

1. Внебольничная пневмония пневмококковой этиологии идентифицирована у 55,4% детей на момент обследования. Чаще пневмококковая пневмония встречалась у детей в дошкольном и школьном возрасте, из организованных коллективов (детские сады, школы) и многодетных семей.

2. Клиническая диагностика пневмококковой пневмонии, также как и при пневмониях иной этиологии, складывается из синдромов токсикоза, дыхательной недостаточности, локальных физикальных данных и инфильтративных изменений на рентгенограмме. Характерным является преобладание долевой (или лobarной) пневмонии, с частым правосторонним поражением легких и в редких случаях присоединением бактериальной деструкции легких и гнойного плеврита, который протекает с особой тяжестью.

3. Иммунохроматографический тест BinaxNOW позволяет идентифицировать пневмококковую этиологию пневмонии на ранних этапах болезни. Высокая частота назначения антибактериальной терапии на догоспитальном этапе значительно снижает результативность различ-

ных методов исследования, в том числе и высокочувствительного иммунохроматографического теста у госпитализированных пациентов, что делает целесообразным более широкое использование этого метода диагностики на догоспитальном этапе.

Литература:

1. Геппе А.Н. Пневмококковая инфекция респираторной системы в детском возрасте: Практическое руководство для врачей / Н.А. Геппе, А.Б. Малахов. — Москва, 2005.
2. Козлов Р.С. Пневмококки: прошлое, настоящее и будущее. — Смоленская мед академия, 2005. — 128 с.
3. Таточенко В.К. Антибактериальная терапия пневмоний у детей // Фарматека. — 2002. — № 11. — С. 24—26.
4. Современные подходы к диагностике и лечебной тактике при лobarной пневмонии и ее осложнениях у детей и подростков / О.В. Зайцева и др. // Педиатрия. — 2012. — Т. 91, № 4. — С. 49—54.
5. Community acquired pneumonia — a prospective UK study / P. Drummond et al. // Arch. Dis. Child. — 2000. — V. 83. — P. 408—412.
6. McIntosh K. Community-acquired pneumonia in children // New Engl J Med. — 2002; 346: 429—37.
7. Clinical characteristics of children with complicated pneumonia caused by *Streptococcus pneumoniae* / T. Q. Tan et al. // Pediatrics. — 2002; 110(1): 1—6.

Острые кишечные инфекции у детей Иркутской области

Е. В. АНГАНОВА^{1,2}, Л. А. СТЕПАНЕНКО², Н. Н. ЧЕМЕЗОВА²

ГБОУ ДПО Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования¹,
ФГБУ Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека СО РАМН², Иркутск

Проведен анализ заболеваемости острыми кишечными инфекциями (ОКИ) детей Иркутской области. Выявлен значимый рост уровня заболеваемости на исследуемой территории и превышение общероссийских показателей. Установлено доминирование бактериальных кишечных инфекций. Среди бактериальных возбудителей ОКИ преобладали условно-патогенные бактерии семейства *Enterobacteriaceae*. Выявлено изменение их количественного состава в многолетнем аспекте и значимое увеличение доли бактерий рода *Klebsiella*. Показано изменение этиологической структуры ОКИ у детей в последние годы: увеличение доли вирусов, более высокие темпы прироста ОКИ вирусной этиологии по сравнению с бактериальными.

Ключевые слова: дети, острые кишечные инфекции, этиологическая структура, вирусы, условно-патогенные бактерии семейства *Enterobacteriaceae*

Acute Enteric Infections in Children in Irkutsk Region

E. V. Anganova^{1,2}, L. A. Stepanenko², N. N. Chemezova²

Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education¹,
Scientific Center of Family Health Problems and Human Reproduction, Siberian Branch of Russian Academy of Medical Sciences, Irkutsk²

The analysis of the incidence of acute intestinal infections in children was carried out in Irkutsk region. The study demonstrated significant increase of the incidence of acute intestinal infections in Irkutsk region and revealed exceedance of all-Russia indicators. It is established that bacterial intestinal infections dominate. Among the bacterial pathogens of acute intestinal infections dominated opportunistic bacteria of the family *Enterobacteriaceae*. The Analysis also revealed the change of quantitative composition in the long-term aspect, and a significant increase in the proportion of bacteria of the genus *Klebsiella*. Etiological structure of acute enteric infections in children in recent years has changed. The proportion of viruses has increased. The viral infection has had higher growth rate in comparison with bacterial infections.

Key words: children, acute enteric infections, etiological structure, virus, opportunistic *Enterobacteriaceae*

Контактная информация: Анганова Елена Витальевна - д.б.н., доц. каф. эпидемиологии и микробиологии, с.н.с. НЦ ПЗСРЧ; 664079, Иркутск, м/р Юбилейный, 100; (3952) 33-34-25

УДК 616.34-002

Острые кишечные инфекции (ОКИ) относятся к числу наиболее распространенных инфекционных заболеваний. У детей ОКИ были и остаются одной из актуальных проблем педиатрии [1—4]. В России в последние годы ОКИ

у детей по заболеваемости на 100 тыс. населения занимают 4-е место среди всех инфекционных болезней.

В структуре заболеваемости продолжает оставаться значительной доля ОКИ неустановленной этиологии