

**МИНИСТРЕСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН  
ГБОУ ВПО БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ФГБОУ ВПО БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ФГБУ НИИ ГРИППА МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ**

# **ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ И ПРИКЛАДНЫЕ АСПЕКТЫ СОВРЕМЕННОЙ ИНФЕКТОЛОГИИ**

**Всероссийская научно-практическая конференция  
с международным участием**

**12-14 апреля 2016 года  
г. Уфа**

**Том 1**

Уфа  
РИО ИЦИПТ  
2016

УДК 616.9  
ББК 55.1  
Ф94

**ПРОВЕДЕНИЕ КОНФЕРЕНЦИИ И ИЗДАНИЕ МАТЕРИАЛОВ  
ОСУЩЕСТВЛЕНО ПРИ ФИНАНСОВОЙ ПОДДЕРЖКЕ ФГБУ  
«РОССИЙСКИЙ ФОНД ФУНДАМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ»,  
проект №16-04-20105**

*Редакционная коллегия:*

доктор медицинских наук, проф. Г.М. Хасанова (отв. редактор)  
доктор медицинских наук, проф. Д.А. Валишин (отв. за выпуск)  
доктор философских наук, проф. У.С. Вильданов (отв. за выпуск)  
доктор медицинских наук, проф. А.В. Тутельян (отв. за выпуск)  
доктор биологических наук, проф. З.А. Янгуразова (отв. за выпуск)

**Фундаментальные и прикладные аспекты современной инфектологии:**

Ф94 сборник научных статей участников Всероссийской научно-практической конференции с международным участием (г. Уфа, 12-14 апреля 2016 г.). В 2-х томах / Отв. ред. Г.М. Хасанова – Уфа: РИО ИЦИПТ, 2016. Том 1. - 373 с.

ISBN 978-5-906735-50-8 (т. 1)

ISBN 978-5-906735-49-2

В сборнике представлены научные статьи ведущих российских и зарубежных ученых в области фундаментальных основ биологии и медицины, специалистов практиков, врачей инфекционистов, иммунологов, эпидемиологов, исследователей широкого круга проблем, связанных с инфектологией.

УДК 616.9  
ББК 55.1

ISBN 978-5-906735-50-8 (т. 1)

ISBN 978-5-906735-49-2

© БГМУ, 2016

© БашГУ, 2016

© НИИ гриппа, 2016

© ИЦИПТ, 2016

«Актуальные проблемы медицины в России и за рубежом» - Уфа: Аэтерна, - 2014. - С. 38-40.

8. Хасанова Г.М., Хасанова А.Н. Новые возможности в профилактике эпидемий гриппа и ОРВИ: Материалы Международной научно-практической конференции «Безопасность жизнедеятельности в современных условиях: проблемы и пути решения» - Уфа, - 2015. - С. 142-144.

© Жданович Л.Г., Агеева К.А., Мартынов В.А., 2016

УДК 616.34-008.314.4-08-053.3

## **СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СЕКРЕТОРНЫХ ДИАРЕЙ У ДЕТЕЙ**

*Иванова Л.А., Гарас Н.Н.*

ВГОУ Буковинский государственный медицинский университет,  
г. Черновцы, Украина

Угрожающим жизни и требующим неотложных лечебных мероприятий синдромом в патогенезе острых кишечных инфекций (ОКИ) у детей является обезвоживание. По данным детского фонда ООН, ежегодно около 1500000 детей в возрасте до 5 лет умирают от обезвоживания, связанного с острой инфекционной диареей. По данным ВОЗ, в мире ежегодно регистрируется около 2 млрд. больных ОКИ. Также отмечается, что это только 10% от реального количества случаев, что связано с наличием легких и субклинических форм заболевания, которые, как правило, остаются вне внимания врачей [8].

Тяжесть ОКИ у детей, в основном, определяется объемом потери жидкости, поэтому, основным принципом ведения таких больных является быстрое восстановление потерь жидкости и солей, а также увеличение буферной емкости крови [2]. При проведении регидратационной терапии предпочтение необходимо отдавать оральной регидратации. Оральная регидратация является высокоэффективным, простым, доступным в домашних условиях и недорогим методом. Следует отметить, что оральная регидратация наиболее эффективна при ее применении с первых часов от начала заболевания [3]. Международная практика применения оральной регидратации, широко внедряемая с 1970-х гг., позволила уменьшить количество случаев госпитализации и снизить летальность в педиатрической практике [2].

Сейчас одним из направлений оптимизации состава и свойств растворов для оральной регидратации, по рекомендациям ВОЗ, является снижение их осмолярности до 245 ммоль/л, концентрации натрия до 75 ммоль/л и глюкозы до 75 ммоль/л (растворы III поколения). Применение растворов с пониженной осмолярностью для оральной регидратации оптимизирует всасывание воды и электролитов в кишечнике по сравнению с использованием гиперосмолярных растворов. Кроме того, эти пациенты реже нуждались в инфузионной терапии, выраженность диарейного синдрома и рвоты у них была меньше, не было зарегистрировано случаев клинически значимой гипонатриемии [4]. Максимально быстрое восстановление потерь жидкости и электролитов в 20% случаев полностью нормализует состояние пациентов, а оральный метод заместительной терапии является более физиологическим без побочных явлений, присущих инфузионной терапии, и способствует частичному восстановлению запасов энергетических веществ, заменяя отдельные продукты питания [5, 6].

Цель работы - исследовать клиническую эффективность оральной регидратационной терапии с использованием комбинированного медицинского препарата для пероральной регидратации III поколения в лечении секреторных диарей у детей грудного возраста.

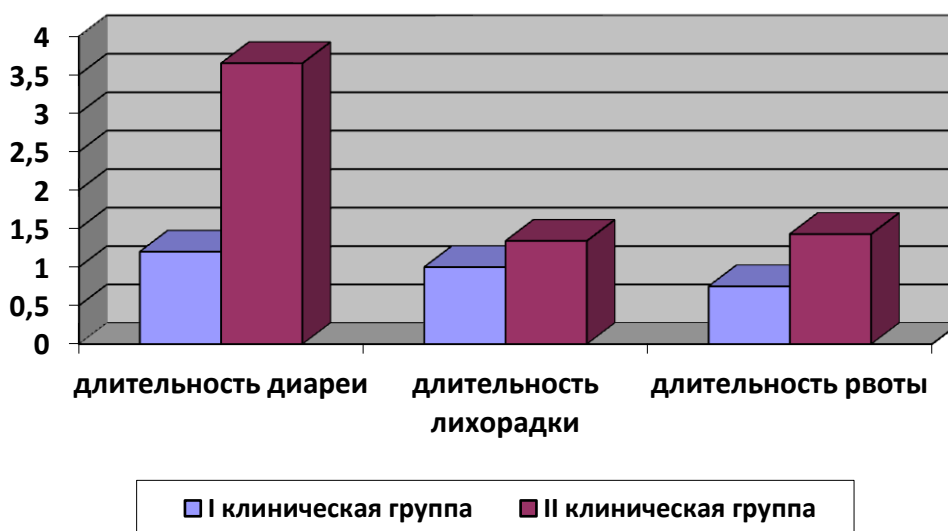
Материал и методы исследования. На базе инфекционного боксированного отделения кишечных инфекций Черновицкой областной детской клинической больницы обследовано 116 детей грудного возраста, отобранных случайным образом, страдающих острым гастроэнтеритом и поступивших в стационар с признаками эксикоза, вследствие развития секреторной диареи. Средний возраст пациентов составил  $9,2 \pm 0,8$  мес. Большинство больных детей оказались жителями сельской местности (58,7%), в городе проживало 41,3% больных. У большинства обследованных детей (55,0%) частота стула превышала 6 раз в сутки, в 1/5 (21,1%) пациентов – 3-5 раз, в остальных - диарейный синдром был менее выраженным. У трети пациентов (39,5%) наблюдался гастральный синдром в виде рвоты, в 27,5% больных детей рвота была многократной.

Признаки эксикоза I степени тяжести наблюдались у 51,9% детей, II – у 48,1% больных. У 57,8% пациентов верифицированы вирусный характер этиологического фактора (доля рота- и аденовирусов в соотношении 2: 1), в 31,2% наблюдались функциональные расстройства пищеварения, а в 5,5% случаев острый гастроэнтерит имел вирусно-бактериальной природу.

Среди обследованных пациентов 73 (67,5%) детей (I клиническая группа) с целью оральной регидратационной терапии получали комбинированный медицинский препарат для пероральной регидратации III поколения, а 35 (32,4%) больных (II клиническая группа) получали гиперосмолярные регидратационные растворы. По основным клиническим характеристикам группы сравнения были сопоставимыми.

Всем детям проведено комплексное обследование, результаты которого анализировались с использованием методов вариационной статистики [7] и с позиций клинической эпидемиологии [1]. Эффективность проводимого лечения оценивали по клиническим показаниям (нормализацией общего состояния, характера и частоты стула, восстановлением массы тела, остановкой рвоты).

Результаты исследования и их обсуждение. Проведенный мониторинг за динамикой состояния пациентов клинических групп позволил утверждать, что при использовании в качестве основного компонента оральной регидратации комбинированного медицинского препарата III поколения положительная динамика со стороны клинического состояния пациентов наблюдалась достоверно более быстрыми темпами (рисунок).



**Рис. Темпы клинического улучшения состояния детей клинических групп сравнения (дни).**

Таким образом, достоверно раньше у пациентов, получавших комбинированный медицинский препарат III поколения, нормализовались температура тела, частота и характер стула, исчезала рвота.

Анализ динамики восстановления утраченной массы тела в течение 7-и суток лечения в стационаре детей клинических групп сравнения позволил выявить достоверные отличия, свидетельствующие, что при использовании комбинированного медицинского препарата для пероральной регидратации III поколения у детей грудного возраста средняя прибавка в массе тела составляла  $103,5 \pm 10,2$  гр. против  $78,5 \pm 8,7$  гр. ( $P=0,05$ ).

Важным и необходимым моментом является тщательный мониторинг состояния больного в течение первого этапа оральной

регидратационной терапии и оценка ее эффективности через 4-6 ч. с определением дальнейшей тактики проведения II этапа регидратации. При обнаружении признаков эффективности оральной регидратации в виде уменьшения и/или исчезновения признаков обезвоживания, следует продолжать данную терапию в поддерживающем режиме. В то же время, при нарастании проявлений эксикоза следует начинать регидратацию путем инфузии. Исходя из этого, необходимость проведения инфузионной терапии у детей, получавших оральную регидратацию на первом этапе, видимо, можно рассматривать как отражение эффективности последней. Нами установлено, что в I клинической группе пациентов, то есть в тех детей, которые получали комбинированный медицинский препарат для пероральной регидратации III поколения по сравнению с представителями II клинической группы соотношение шансов ограничиться исключительно оральной регидратацией составил 3,7 (95% ДИ 0,4-38,9) при абсолютном риске избежать необходимости в инфузионной терапии – 11%.

#### Выводы.

1. Использование для оральной регидратационной терапии медицинского препарата для пероральной регидратации III поколения характеризуется сравнительно положительной клинической динамикой в виде достоверно коротким сроком диареи, более ранней нормализацией температуры тела, прекращением рвоты и лучшими темпами восстановления потерянной массы тела.

2. Эффективность оральной регидратации с использованием медицинского препарата для пероральной регидратации III поколения повышает шансы избежать необходимости инфузионной терапии в 3,7 раза.

#### Список литературы

1. Биостатистика / под ред. проф. В.Ф. Москаленка – К.: Книга плюс, - 2009. – 184 с.

2. Горелов А.В. Современные подходы к патогенетической терапии острых кишечных инфекций у детей / А.В. Горелов, А.А. Плоскирева, Д.В. Усенко // Инфекционные болезни – 2013. – Т.11, №1. – С. 87–92.

3. Приказ МЗ Украины №803 от 10.12.2007 года «О внесении изменений в приказ МЗ от 09.07.04 №354. Протокол лечения острых кишечных инфекций у детей». – [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20071210\\_803.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20071210_803.html).

4. Hahn S., Kim Y., Garner P. Reduced osmolarity oral rehydration solution for treating dehydration due to diarrhoea in children: systematic review // BMJ. - 2001. - Vol.323. №7304. - P. 81–85.

5. Managing acute gastroenteritis among children: Oral rehydration, maintenance, and nutritional therapy // MMWR. - 2003. - Vol.52 (R).

6. Nur H. Alarm et a symptomatic hyponatremia during treatment of dehydrating diarrhoeal diseases with reduced osmolarity oral rehydration solution / H. Nur // JAMA. - 2006. - №296. - P. 567-573.

7. Rosner B. Fundamentals of biostatistics / B. Rosner // Belmont: Duxbury Press, - 2003. – 682 p.

8. UNICEF: New formulation of Oral Rehydration Salts (ORS) with reduced osmolarity // Retrieved - 2009.

© Иванова Л.А., Гарас Н.Н., 2016

УДК 616-097:616.321-053-07

## **ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ ПАРАКЛИНИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В ВЕРИФИКАЦИИ НЕСТРЕПТОКОККОВЫХ ТОНЗИЛЛИТОВ У ДЕТЕЙ**

*Иванова Л.А., Марусык У.И., Горбатюк И.Б.*

ВГНЗУ Буковинский государственный медицинский университет,  
г. Черновцы, Украина

Тонзиллофарингиты занимают ведущее место среди лор-патологии детского возраста. Распространенность острых тонзиллофарингитов (ОТФ) среди детского населения колеблется от 12 до 17% [1, 2]. Опасность ОТФ заключается в риске развития осложнений как местного (паратонзиллиты, парафарингиты), так и системного характера (ревматическая лихорадка, тонзиллогенный сепсис, хронические заболевания сердечно-сосудистой, мочевыделительной системы, суставов и других органов). Развитие осложнений часто приводит к инвалидизации больных, а иногда к летальным исходам [3, 4].

У детей в возрасте до 3 лет острые тонзиллиты преимущественно обусловлены вирусной инфекцией: адено-, рино-, коронавирусами, вирусами гриппа, парагриппа, Эпштейна - Барр, Коксаки А и др., а после 5 лет особую актуальность приобретают бактериальные формы поражения. Среди возбудителей бактериальной природы большое значение имеет  $\beta$ -гемолитический стрептококк группы А (БГСА) (*S.pyogenes*), который обуславливает, по данным отдельных ученых, до 75% случаев острого и обострений хронического тонзиллофарингита [5, 6].

Необоснованное назначение антибактериальной терапии при ОТФ у детей, обусловлено затруднениями, которые возникают у клиницистов при