

знаний врачей, занимающихся лечением больных с ХСН. Это позволит сократить необходимость в стационарном лечении, в том числе в повторных госпитализациях, и перенести наибольший вес помощи на амбулаторное звено.

#### Библиографический список

1. Беленков, Ю.Н. Нейрогормоны и цитокины при сердечной недостаточности: новая теория старого заболевания / Ю.Н. Беленков, Ф. Т. Агеев, В. Ю. Мареев // Консилиум-медикум. – 2000. – Т.1, №4. – С. 10-14.
2. Беленков, Ю. Н. Принципы рационального лечения сердечной недостаточности / Ю. Н. Беленков, В. Ю. Мареев. – М.: Медицина, 2000. – 266 с.
3. Воронков, Л. Г. Сердечная недостаточность – проблема современности / Л. Г. Воронков // Здоровье Украины. – 2002. – № 9. – С. 9-10.
4. Воронков, Л. Г. Хроническая сердечная недостаточность как иммунопатологический и дисметаболический синдром / Л.Г. Воронков // Укр. терапевт, журн. – 2001. – № 1. – С. 17-20.
5. Гиляревский, С. Р. Влияние терапевтического обучения больных с хронической сердечной недостаточностью на качество их жизни и потребность в ранних повторных госпитализациях / С.Р. Гиляревский и др. // Журнал Сердечная Недостаточность. – 2001. – №2(4). – С.186-189.
6. Гиляревский, С. Р. Самоконтроль и самолечение больных с хронической сердечной недостаточностью: границы эффективности и безопасности / С.Р. Гиляревский, В.А. Орлов, Е.М. Середенина // Журнал Сердечная Недостаточность. – 2002. – №3(5). – С. 237-244.
7. Гиляревский, С. Р., Орлов, В. А., Сычева, Е. Ю. «Экономичные стратегии» лечения в кардиологии / С. Р. Гиляревский, В. А. Орлов, Е. Ю. Сычева // Российский кардиологический журнал. – 2002. – №38(6). – С.5-15.
8. Калинина, А. М. Школа здоровья для пациентов с артериальной гипертонией. Качество жизни / А. М. Калинина // Медицина. – 2003. – №2. – С. 78-82.
9. Мареев, В. Ю. Фармакоэкономические аспекты терапии хронической сердечной недостаточности / симпозиум «Сложные и нерешенные вопросы лечения сердечнососудистых заболеваний» / В. Ю. Мареев.- Электрон, изд. – М., 2004. – Режим доступа к изд.: <http://www.expo.rasmedserv.com>. – Систем, требования: IBM PC; Internet Explorer.
10. Поляков, С. В., Глезер, М. Г. Необходимость совершенствования оказания помощи больным пожилого возраста с недостаточностью кровообращения / С. В. Поляков, М. Г. Глезер // Клиническая геронтология – 1999. – Т.5, №3. – С.3-7.
11. Раков, А. А. Фармакоэпидемиология хронической сердечной недостаточности у амбулаторных больных / А. А. Раков, А. Л. Хохлов, В. Н. Федоров и др. // Качественная клиническая практика. – 2003. – №2. – С.40-43.
12. Сыркин, А. Л. К проблеме реабилитации больных сердечной недостаточностью (аспекты низкой приверженности лечению) / А. Л. Сыркин, М. Г. Полтавская, А. И. Дзантиева и др. // Сердце. – 2003. – №2. – С.72-77.
13. Якушин, С. С. Эффективность терапевтического обучения и амбулаторного наблюдения больных с ХСН III-IV ФК: клинические и инструментальные доказательства / С.С. Якушин, Н.Н. Никулина, Н.В. Зайцева и др. // Журнал Сердечная Недостаточность. – 2004. – №5(5). – С.35-38.

УДК 616.34-053.36

### ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ВИРУСНЫХ ДИАРЕЙ У ДЕТЕЙ (ПО МАТЕРИАЛАМ ГОРОДСКОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЬНИЦЫ Г. БЕЛГОРОДА)

*А.В. Болдырев, Е.А. Черных*

Кафедра медико-профилактических дисциплин БелГУ

Острые кишечные инфекции (ОКИ) устойчиво занимают одно из ведущих мест среди всех инфекционных заболеваний в педиатрической практике, что определяет их актуальность. Несмотря на значительные успехи в изучении эпидемиологии, клиники и патогенетических особенностей острых кишечных инфекций, диагностические возможности в целом таковы, что этиология 50-60% диарейных заболеваний остается нерасшифрованной. Значительная доля среди ОКИ принадлежит вирусным диареям. По данным международной ста-

тистики с вирусным поражением связывают 50-80% диарей у детей. В России этиологическое подтверждение находят в основном ротавирусный гастроэнтерит, частота которого в заболеваемости острых кишечных инфекций колеблется от 7-35%, а среди детей в возрасте до 3-х лет превышает 60%. Динамика заболеваемости ротавирусным гастроэнтеритом в Белгороде свидетельствует о выраженном росте регистрации заболевания, что обусловлено во многом улучшением диагностики ротавирусной инфекции.

Помимо ротавирусов вирусные диареи человека обусловлены такими инфекционными агентами, как аденовирусы, астровирусы, калицивирусы, коронавирусы и другие. Вирусы Norwalk, относящиеся к калицивирусам, в развитых странах вызывают около 30% вирусных диарей. Список вирусных агентов, вызывающих кишечные расстройства, постоянно растет. Недавно в результате многолетней работы группы ученых из Канады он пополнился торовирусами человека. Клиника торовирусной инфекции характеризуется, главным образом, симптомами гастроэнтерита, который развивается через 24 часа после инфицирования.

Разнообразие вирусных этиологических агентов, вызывающих диарею у детей, трудности их лабораторной диагностики определяют необходимость выявления особенностей клинического течения вирусных диарей различной этиологии, что способствует выбору рациональной тактики терапии.

**Цели и задачи:**

- выявление роли вирусных гастроэнтеритов в стадии острых кишечных инфекций детей Белгородской области;
- определение клинико-эпидемиологических особенностей течения вирусных диарей по материалам ГИБ;
- совершенствование диагностических и лечебных мероприятий в плане вирусных диарей с учетом их клинико-эпидемиологических особенностей.

**Материалы и методы**

Проведено клинико-лабораторное обследование 854 детей в возрасте от 1 месяца до 14 лет, поступивших в течение 10 месяцев 2004 г. в стационар с синдромом гастроэнтерита. Из них у 301 детей (35,3 %) была подтверждена вирусная этиология острой кишечной инфекции.

Этиологическая диагностика вирусной диареи осуществлялась с использованием комплекса вирусологических и бактериологических методов. Диагноз ротавирусного гастроэнтерита подтверждали методом иммуноферментного анализа (ИФА), где выделяли ротавирусный антиген в копрофильтратах. Исследования проводили в первые дни госпитализации.

С целью исключения бактериальной этиологии ОКМ всем детям проводилось бактериологическое исследование фекалий путем посева на питательные среды полуколичественным методом с оценкой качественного и количественного состава микрофлоры. Кроме того, использовалась реакция непрямой гемагглютинации (РНГА) с определением титра антител к различным микроорганизмам в сыворотке крови. Проводился анализ общего анализа крови, копрограмм.

Исследуемая группа детей получала антибактериальную терапию в 30% случаев, препараты нитрофуранового ряда – в 60% случаев, энтеросорбенты в качестве патогенетической терапии – в 10%.

**Результаты и их обсуждение**

Анализ этиологической структуры заболеваний с синдромом гастроэнтерита выявил 553 случая бактериальной и 301 случай вирусной инфекции. Сальмонеллез составил 87 (10%) случаев, дизентерия 91 (10,7%), стафилококковая инфекция, цитробактериальный гастроэнтерит, энтеробактериальный 189 (22%). Ротавирусы были выделены у 207 (204,3%) больных, аденовирусы у 4 (0,5%) больных, диагноз ОРВИ с кишечным синдромом выставлен у 90 (10,5%) больных детей. Невыясненной осталась природа 91 (10,7%) заболевания, сопровождающегося гастроэнтеритом.

Анализ возрастной структуры детей, больных вирусом диареи, показал, что наиболее подвержены вирусному воздействию дети первых трех лет жизни.

Больные до 1 года составили 35,5%, от 1-3 лет 31% обследованных. Дети, переносившие вирусные диареи в возврате – 4-7 лет и 8-14 лет, составили соответственно 23,5 и 10%.

Половая структура детей с вирусными диареями выглядит следующим образом: девочки – 54%, мальчики – 46%.

В результате лабораторных исследований было установлено ведущее этиологическое значение ротавирусной инфекции в структуре вирусных диарей у детей. Ротавирус выявлялся у 69% всех детей с вирусными диареями. Аденовирусная инфекция диагностирована у 1,3%, этеровирусная – у 1% больных, герпесвирусная – у 0,3%, ОРВИ – у 2%.

Ротавирусная инфекция регистрировалась в течение всего года, но чаще ротавирус выделялся зимой и весной, точнее в феврале, марте, апреле месяце, а аденовирусная инфекция отмечалась лишь в осеннее время, точнее в сентябре-октябре, ОРВИ преимущественно зимой (январь-февраль).

Анализ основных клинических симптомов гастроэнтерита у детей в зависимости от выявленного вирусного агента показал, что наиболее тяжело заболевание протекало при ротавирусной инфекции. Больные госпитализировались с выраженной интоксикацией в 80 % случаев. Повторная рвота наблюдалась у 76 % детей. Многократный жидкий стул у 68% детей.

Продолжительность острого периода составляла  $5,7 \pm 1$  дня. Максимально температура поднималась на 2-3 день до  $38,4^{\circ}\text{C}$ .

Диарейный синдром при ротавирусном поражении кишечника был самым продолжительным (3-6 дней) и выраженным. Характеризовался многократным водянистым стулом без патологических примесей. Потери жидкости со рвотой и стулом приводили к развитию эксикоза у 82 % детей.

При аденовирусной инфекции отмечались выраженные симптомы интоксикации, катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей – ринит, фарингит, конъюнктивит в течение 7-8 дней. Температура тела достигала  $39,1^{\circ}\text{C}$ , нарастая к 4-5 дню от начала заболевания. Для аденовирусной инфекции характерным симптомом можно считать боли в животе, на которые жаловались 75% детей. Многократный водянистый стул до 10-12 раз отмечался в первые 3-е суток заболевания, затем становился реже, сохраняя жидкий характер в течение 4-5 дней.

Проявление гастроэнтерита при ОРВИ продолжались 3-4 дня. Рвота до 5 раз в сутки длилась 2-3 дня, диарейный синдром до 6 раз в день 3-4 суток. Лихорадка до  $39,2^{\circ}\text{C}$  держалась 4-5 суток вместе с симптомами интоксикации.

Вирусные гастроэнтериты в ассоциации с бактериальной инфекцией протекали тяжелее и более длительно, чем моноинфекции, что указывает на возможный синергизм вирусных и бактериальных агентов. В результате вирусного воздействия происходит снижение иммунорезистентности организма, нарушаются процессы переваривания и всасывания. Кроме того, вирусные инфекции способствуют появлению на энтероцитах новых рецепторов для взаимодействия эпителиальных клеток с бактериями. Все это создает условия для нарушения микробиоциноза кишечника и активации условно-патогенной микрофлоры, развития сопутствующего бактериального процесса. Вирусно-бактериальные ассоциации при ротавирусном гастроэнтерите встречались в 16% случаев.

#### **Заключение и выводы**

1. Полученные данные свидетельствуют о многообразии циркулирующих вирусных агентов, вызывающих острую диарею у детей, среди которых доминирующее место принадлежит ротавирусам.

2. Высокий процент ОКИ невыясненной этиологии предопределяет необходимость улучшения лабораторной диагностики ОКИ, особенно вызванной вирусными агентами.

Внедрение в практику просвечивающей электронной микроскопии (ПЭМ) фекалий, позволяет по морфологическим признакам выявить широкий спектр вирусных агентов.

3. Вирусные диареи различной этиологии имеют определенную сезонность. Для ротавирусной инфекции это весенне-зимний период, для аденовирусной инфекции – осеннее время, для ОРВИ с кишечным синдромом – зима.

4. Наиболее тяжелое клиническое течение среди вирусных диарей у детей с выраженной интоксикацией, повторной рвотой, частым жидким стулом, эксикозом, длительным острым периодом характерно для ротавирусной инфекции.

5. Достаточно часто вирусные гастроэнтериты, снижая резистентность организма, создают условия для реализации бактериальной инфекции. А ассоциированные вирусно-бактериальные инфекции протекают тяжелее и длительнее моноинфекций.

6. Ввиду сложности лабораторной диагностики, ограничения технических возможностей, в работе отсутствуют данные по выделению торовирусов, вирусов группы Norw, которые дополнили бы этиологическую структуру изучаемой патологии.

#### Библиографический список

1. Васильев, Б.Я. Острые кишечные заболевания. Ротавирусы и ротавирусная инфекция / Б.Я. Васильев. – СПб.: Лань, 2000.
2. Воротынцева, Н.В. Терапия острых кишечных инфекций у детей / Н.В. Воротынцева // Педиатрия. – 1995. – №2. – С.9-11.
3. Горелов, А.В. Совершенствование диетотерапии детей первого года жизни, больных тяжелыми формами острых кишечных инфекций / Горелов А.В., Плоскирева А.А. // Инфекционные болезни – 2003. – №1. – С.4-7.
4. Запруднов, А.М. Диареи у детей / А.М. Запруднов, Л.Н. Мазанкова. – М.: Дрофа, 2001.
5. Кабаева, А.Ж. Актуальные вопросы кишечных инфекций / А.Ж. Кабаева. – Ташкент, 1990.
6. Лобзин, Ю.В. Руководство по инфекционным болезням с атласом инфекционной патологии / Ю.В. Лобзин. – СПб.: Пасомар, 1998-2000.
7. Мазанкова, Л.Н. Осмотическая диарея у детей и принципы патогенетического лечения / Л.Н. Мазанкова, Т.Э. Боровик, Е.П. Рославцева // Вопросы современной педиатрии. – 2003. – №4. – С.13-16.
8. Милютин, Л.Н. Клинические особенности современного сальмонеллеза, вызванного S. Enteritidis у детей / Л.Н. Милютин // Инфекционные болезни. – 2003. – №1. – С.3-5.
9. Милютин, Л.Н. Диагностика и комплексная терапия острых кишечных инфекций у детей / Л.Н. Милютин, А.В. Горелов, Н.В. Воротынцева. – М., 1999.
10. Тихомирова, О.В. Вирусные диареи у детей: особенности клинического лечения и тактика терапии / О.В. Тихомирова, Н.В. Сергеева, А.К. Сироткин и др. // Детские инфекции. – 2003. – №3. – С. 4-6.
11. Тихомирова, О.В. Кишечные инфекции у детей раннего возраста / О.В. Тихомирова, Н.В. Сергеева, А.К. Сироткин и др. – Астрахань, 2000. – 257 с.

УДК 612.4

## ГОРМОНАЛЬНЫЙ ДИСБАЛАНС ОРГАНИЗМА И ФУНКЦИЯ ЛЕЙКОЦИТОВ

*В.Н. Легкий*

Кафедра патологии БелГУ

### Введение

Известно, что особая роль в резистентности принадлежит функциональной активности желез внутренней секреции. Так, если деятельность нервной системы обеспечивает пусковое и корригирующее влияние, то гормональные изменения, будучи вторичными, оказывают сильное длительное воздействие на обменные процессы, деятельность самой нервной системы, на весь организм в целом, участвуя, таким образом, в формировании общей реактивности и резистентности [1].

Нарушение функции надпочечников, особенно коркового слоя, изменяет приспособительные возможности организма при действии на него патогенных раздражителей [2]. Однако, функциональное состояние коры весьма лабильно и может изменяться под влия-