

Инфекционные аспекты соматической патологии у детей

Л.Н. Мазанкова, И.Н. Захарова

Childhood somatic pathology: infectious aspects

L.N. Mazankova, I.N. Zakharova

Российская медицинская академия последипломного образования, Москва

Инфекционные болезни остаются одной из основных проблем в педиатрии. Частота инфекционной патологии растет с каждым годом, на первый план выступают оппортунистические и вирусные инфекции, склонные к затяжному и рецидивирующему течению. Имеются указания на связь с инфекционным началом ряда аутоиммунных заболеваний, хронической патологии желудочно-кишечного тракта, бронхолегочной и сердечно-сосудистой систем. Неоспорима роль внутриутробной вирусной инфекции в формировании врожденных пороков развития. Таким образом, есть основания полагать, что достижение прогресса в отношении снижения детской заболеваемости и смертности, улучшения качества жизни детей и подростков возможно лишь совместными усилиями педиатров и инфекционистов.

Ключевые слова: дети, инфекционные заболевания, соматические заболевания.

Infectious diseases have been and remain one of the major problems in pediatric practice. Their incidence increases each year; opportunistic and viral infections that are prone to a lingering and recurrent course come to the forefront. There is evidence that a number of autoimmune diseases, chronic pathology of the gastrointestinal tract and bronchopulmonary and cardiovascular systems are associated with an infectious onset. The fact that intrauterine viral infection is implicated in the development of congenital malformations is unquestionable. Thus, there is good reason to believe that progress can be made in reducing child morbidity and mortality and in improving the quality of life in children and teenagers only through the joint efforts of pediatricians and infectiologists.

Key words: children, infectious diseases, somatic diseases.

Детские инфекционные болезни представляют актуальную проблему педиатрии в связи с их широкой распространенностью, высокой контагиозностью, вспышечным характером заболеваемости, широким диапазоном клинических проявлений — от манифестных до латентных форм в зависимости от состояния иммунной защиты организма ребенка. Инфекционная патология занимает ведущее место в структуре болезней детского возраста, составляя около 70% всех случаев заболеваемости. По официальным данным, в России у детей ежегодно регистрируется 17—18 млн случаев инфекционных заболеваний, в том числе острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) и гриппа. В структуре летальности в детском возрасте инфекционные причины выявляются в 80% случаев. За последние 5 лет в 2,5 раза увеличилось число детей в возрасте до 1 года, умерших от генерализованных форм инфекций, в том числе вирусной этиологии. Более чем у 30% детей инвалидность формируется в результате тяжелого, осложненного течения инфекционных заболеваний, в первую

очередь нейроинфекций [1].

За счет реализации приоритетного Национального проекта «Здоровье» в 2009 г. достигнуто снижение заболеваемости вакциноконтролируемыми инфекциями: вирусным гепатитом В — до 3 случаев на 100 000 детей, краснухой — до 5,7 на 100 000 детей, дифтерией — до 0,01 на 100 000 детей, корью — до 0,02 на 100 000 детей. Однако в 2009 г. в РФ сохранялся высокий уровень детской инфекционной заболеваемости за счет ОРВИ (96534,3 на 100 000 детей), острых кишечных инфекций (до 2266,2 на 100 000 детей, среди них 70% острые вирусные диарей).

Отмечается возрастание роли герпесвирусных инфекций, в том числе вызванных вирусами Эпштейна—Барр, герпеса 6-го и 8-го типов. Эти инфекции часто принимают хроническое течение вследствие персистенции возбудителей и формирования необратимых изменений со стороны центральной нервной системы (ЦНС), лимфоидной ткани, печени и других органов. Велика роль герпесвирусных инфекций, особенно цитомегаловирусной, в формировании перинатальной патологии и младенческой смертности. Особое значение в последние годы приобретают урогенитальные инфекции (сифилис, хламидиоз, уреаплазмоз и др.) у подростков и женщин фертильного возраста.

В настоящее время меняются представления об этиологии и патогенезе различных соматических заболева-

© Л.Н. Мазанкова, И.Н. Захарова, 2010

Ros Vestn Perinatol Pediat 2010; 5:8–12

Адрес для корреспонденции: Мазанкова Людмила Николаевна — д.м.н.,

проф., зав. каф. детских инфекционных болезней РМАПО

Захарова Ирина Николаевна — д.м.н., проф., зав. каф. педиатрии РМАПО

123480 Москва, ул. Героев Панфиловцев, д. 28, Тушинская детская

больница

ний. В возникновении и развитии ряда из них доказана роль инфекционных агентов. Известны три механизма участия инфекционных факторов в формировании соматической патологии:

1) инфекционный возбудитель вызывает и поддерживает течение болезни (пневмония, бактериальный эндокардит, кардит, перикардит, пиелонефрит, цистит, гепатит, холецистит, менингит, энцефалит и др.);

2) инфекционный агент является триггером, запускающим развитие иммунокомплексных или аутоиммунных заболеваний (гломерулонефрит, ревматоидный артрит, реактивный артрит и др.);

3) оппортунистические инфекции способствуют развитию иммуносупрессии, что оказывает неблагоприятное влияние на течение хронической неинфекционной соматической патологии (бронхиальная астма, гематонкологические заболевания и т.д.).

В настоящее время в развитии или обострении многих заболеваний в таких областях педиатрии, как кардиология, пульмонология, гастроэнтерология, неврология, доказана роль инфекции в качестве триггерного фактора. Например, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в большинстве случаев этиологически связана с *H.pylori*, псевдомембранозный колит — с *Cl.difficile*, цирроз печени — с вирусом гепатита С. Триггерная роль бактерий (иерсиний, кампилобактера, стрептококков и др.) доказана в отношении развития аутоиммунных и иммунопатологических поражений сердца, сосудов, суставов. Многие тяжелые, прогрессирующие текущие нейроинфекции связаны с вирусами герпеса, клещевого энцефалита, энтеровирусами и другими агентами, вызывающими стойкие, необратимые изменения головного мозга, в исходе которых имеются остаточные нейропсихические и вегетативные нарушения.

В формировании хронической соматической патологии сердца, печени, желудочно-кишечного тракта, легких и других органов в настоящее время большое значение придается вирусам цитомегалии, Эпштейна—Барр, герпеса 6-го и 7-го типов, хламидиям, микоплазмам. Своевременное выявление возбудителей и целенаправленное лечение этой соматической патологии может существенно повлиять на снижение детской заболеваемости, инвалидности и смертности.

Проблема врожденной инфекционной патологии является приоритетной для России [2]. Риск развития внутриутробной инфекции зависит от характера взаимоотношений между организмом беременной женщины и микроорганизмом (первичное заражение во время беременности или реактивация ранее приобретенной инфекции). Анализ исследований, проведенных в НИИ детских инфекций, показал, что среди верифицированной врожденной инфекционной патологии на долю цитомегаловирусной инфекции и токсоплазмоза приходится 78% случаев, поэтому все усилия должны быть направлены на профилактику данных заболеваний [2].

В работах по изучению роли вирусных инфекций в формировании бронхиальной астмы и хронических заболеваний легких, в том числе врожденных, установлена особая роль респираторно-синцитиальной инфекции не только в развитии бронхоолита, но и в сенсibilизации организма и формировании бронхиальной астмы у детей младшего возраста. В.А. Булгаковой и соавт. (2009) показано, что у большинства детей с бронхиальной астмой возникновение первого приступа удушья связано с присоединением острой респираторной инфекции [3]. Персистенция респираторных вирусов (парагриппа, адено- и респираторно-синцитиального) поддерживает гиперреактивность бронхов, способствует выработке IgE-антител в ответ на вирусные антигены [4]. Снижение супрессорной функции Т-лимфоцитов на фоне вирусной инфекции благоприятствует пролиферации В-лимфоцитов и плазмочитов, ответственных за выработку иммуноглобулинов Е. Эти исследования подтверждают мнение о том, что респираторные вирусные инфекции представляют самостоятельную причину формирования атопии у лиц с наследственной предрасположенностью к бронхиальной астме.

В последние годы получены эпидемиологические и клинические доказательства патогенетической роли внутриклеточных патогенов (микоплазм, хламидий, пневмоцист) в развитии бронхиальной астмы у детей [2, 5—8]. В работе М.Д. Великорезской (2008) установлено, что микоплазмы участвуют в индуцировании обострения бронхиальной астмы. Выявлены эпидемиологические, патофизиологические и клинические доказательства высокой степени инфицированности микоплазмами детей с бронхиальной астмой [5]. На основании многолетних исследований авторами установлена высокая (59—77%) частота инфицирования данными патогенами, клинико-иммунологические особенности бронхиальной астмы в условиях инфицирования описаны как «неатопический вариант» бронхиальной астмы, т.е. инфекционный, с сенсibilизацией к бактериальным аллергенам, что требует изменения тактики лечения и применения антибиотиков.

В исследованиях, проводимых в кардиоревматологии, доказано, что у детей первого года жизни развитие таких заболеваний сердечно-сосудистой системы, как врожденные пороки сердца (дефект межпредсердной перегородки), кардиты, токсические кардиопатии, нарушения ритма, ассоциировано с активной формой цитомегаловирусной инфекции, реже — с врожденным токсоплазмозом [9]. Согласно Марбургскому регистру перикардитов 1988—2001 гг., составленному на основе анализа результатов перикардиоцентеза, перикардioskпии и биопсии эпикарда, около 30—50% всех перикардитов имеют полиэтиологичный инфекционный генез [9, 10], ассоциированный с энтеро-, адено-, парвовирусами, боррелиями, пневмо- и менингококками и др. По данным М.Г. Кантемировой и соавт. (2008), наиболее тяжелое течение перикардитов связано с герпетической (1, 2-го типов) инфекцией, которая также мо-

жет являться причиной перикардиального выпота [10].

У детей, рожденных женщинами с сифилисом, установлено увеличение частоты врожденных пороков сердца и малых аномалий развития сердца, что связано с внутриутробным течением сифилитического миокардита [11]. В исследованиях Д.М. Деметьевой (2010) доказано, что наибольшее влияние на развитие и частоту врожденных пороков сердечно-сосудистой системы оказывают герпетическая и цитомегаловирусная инфекции [12]. Это подтверждается данными Н.Н. Каблуковой (2010), свидетельствующими о том, что цитомегаловирусная инфекция сопутствует течению врожденных пороков сердца и других заболеваний сердечно-сосудистой системы у детей грудного и раннего возраста [13].

Активно обсуждается роль инфекции как важного триггерного фактора развития ювенильных артритов. По мнению Е.С. Жолобовой и Д.В. Дагбаевой (2010), реактивный артрит является уникальной моделью трансформации инфекционного процесса в иммуновоспалительный, в формировании которого имеет место сложный механизм взаимодействия инфекционных, иммунологических и наследственных факторов [14]. Установлена высокая (45%) частота выявления диагностических титров антител к возбудителям кишечной группы у больных с различными нозологическими формами ювенильного артрита. Наиболее часто (67%) диагностировался шигеллез Флекснера, реже (7–13%) — иерсиниоз. Маркеры кишечной и хламидийной инфекции выявлялись у 16% больных хроническим реактивным артритом. Авторы подтвердили, что выявление этих маркеров имеет большое значение также для больных спондилоартритом и ювенильным ревматоидным артритом [14].

В последние годы наблюдается рост числа детей с синдромом Кавасаки, клинический симптомокомплекс которого включает лихорадку, конъюнктивит, экзантему, отек, гиперемию, десквамацию периферических отделов конечностей, изменения со стороны слизистой губ, ротоглотки, тромбоцитоз. Многообразие клинической симптоматики вызывает затруднения при проведении дифференциальной диагностики с бактериальными инфекциями до обнаружения аневризм коронарных артерий, которые являются патогномичными для синдрома Кавасаки [15].

Установлено, что при системных заболеваниях соединительной ткани у детей наряду с генетическими факторами предрасположенности важная роль в их развитии принадлежит инфекционным «триггерам» — герпесвирусной, стрептококковой, стафилококковой, туберкулезной, боррелиозной, хламидиозной и микоплазменной инфекциям [16, 17]. Л.М. Беляева и соавт. (2009) выявили у половины детей с диффузными болезнями соединительной ткани хроническую носоглоточную инфекцию, ассоциированную с золотистым стафилококком (46,2%) и β-гемолитическим стрептококком (32%). У половины обследованных

детей диагностированы такие вирусные инфекции, как герпес 1-го типа, цитомегаловирус, что требует изменения тактики обследования и лечения больных [16, 17].

Роль бактерий и вирусов с учетом особенностей реагирования иммунной системы обсуждается в патогенезе гематологических заболеваний. У детей раннего возраста нередко выявляются нейтропении, ассоциированные с цитомегаловирусом, вирусом Эпштейна—Барр и вирусом герпеса 6-го типа [18]. Подтвержден факт наличия у детей с иммунной нейтропенией аутоиммунных реакций и неадекватного иммунного ответа при инфицировании герпесвирусами. Это позволило сделать заключение, что дети с гематологическими нарушениями и бессимптомным течением инфекций, вызванных лимфотропными, онкогенными вирусами, должны наблюдаться гематологом, так как латентная инфекция Эпштейна—Барр и, возможно, герпетическая 6-го типа ассоциированы с различными вариантами гематоонкологических заболеваний [19].

Доказательству роли инфекционных факторов в развитии тяжелых заболеваний ЦНС посвящены исследования Н.В. Скрипченко и соавт. (2008), позволившие установить этиологическую специфичность демиелинизирующего процесса в ЦНС у детей при лейкоэнцефалите, вызванном вирусами клещевого энцефалита, простого герпеса, варицеллы-зостер, а также боррелиями. Герпесвирусные инфекции могут протекать под масками разных демиелинизирующих заболеваний, требующих дифференциальной диагностики (в том числе с рассеянным склерозом ввиду его «омоложения») [20–23]. В работах Н.В. Скрипченко и соавт. [22–25] установлено, что в развитии синдрома рассеянного склероза при диссеминированных энцефалитах у детей ключевое значение принадлежит клещевой, боррелиозной и герпесвирусной инфекциям, что требует унифицирования тактики обследования детей и проведения адекватной и своевременной этиотропной терапии.

Хронические заболевания желудочно-кишечного тракта нередко развиваются в результате триггерного влияния перенесенных острых кишечных инфекций и паразитарных заболеваний. У детей группы риска относительно хронических воспалительных заболеваний кишечника регистрируются значительные микробиологические сдвиги с развитием функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта [26]. До настоящего времени болезнь Крона рассматривается как заболевание, к причинно-значимым триггерным факторам которого имеют отношение микобактерии (*H.avium*, *H.paratuberculosis*), сальмонеллы, шигеллы, листерии, йерсинии, хламидии, герпесвирусы, вирусы Коксаки, ротавирусы, представители условно-патогенной флоры при наличии высокой степени обсемененности ими (синегнойная палочка), эшерихии, клостридии и др. [27–29]. В свете инфекционной теории развития хронических колитов следует обратить

внимание на данные о значимости внутриутробного инфицирования вирусом кори, впоследствии приводящего к хронизации процесса [30]. Наиболее вероятно, что в патогенезе болезни Крона важную роль играют гликопротеиды — компоненты клеточной структуры бактерий, способные запускать иммунопатологический процесс с неадекватной реакцией иммунной системы и развитием гранулематозного воспаления в кишечнике [27]. Паразитарные инфекции (амебиаз, лямблиоз, балантидиаз), гельминтозы могут выступать как факторы, способствующие неспецифическому воспалению слизистой толстой кишки.

В исследованиях А.Ю. Ушаковой и соавт. (2009) у детей старшего возраста с острыми кишечными инфекциями выявлена высокая (70,4%) частота хронической гастроэнтерологической патологии, которая характеризовалась выраженным абдоминальным синдромом, высоким удельным весом гемоколита и реактивного панкреатита, вторичной лактазной недостаточностью, что подтверждается также в работах А.Н. Антоненко [31, 32].

Существуют доказательства наличия ассоциации ненаследственных форм гемофагоцитарного синдрома с различными инфекциями, в первую очередь герпесвирусной этиологии (вирусы Эпштейна—Барр, цитомегалии, иммунодефицита человека), а также с паразитарными (лейшмании, токсоплазмы), грибковыми (аспергиллы, криптококки и др.) и бактериальными (бруцеллы, боррелии, лептоспиры и др.). Это свидетельствует о возможных нарушениях регуляции иммунного ответа с аномальной активацией цитотоксических Т-лимфоцитов и макрофагов, сопровождающейся воспалением со стороны разных органов и систем [33]. К клиническим «маскам» гемофагоцитарного синдрома относят сепсис, внутриутробную инфекцию. Это приводит к трудностям дифференциальной диагностики и требует междисциплинарного взаимодействия инфекционистов и гематологов на этапе установления диагноза и разработки тактики лечения детей, тем более

что единого регламентированного подхода к терапии гемофагоцитарного синдрома, ассоциированного с инфекцией, не существует [34].

Ведущее место среди патологических изменений органов мочевой системы у детей принадлежит инфекционно-воспалительным заболеваниям. Доказано, что бактериальная инфекция является не единственным фактором формирования хронического воспаления мочевой системы, значительная роль в настоящее время придается вирусам: аденовирусам, вирусам гриппа, парагриппа и герпесвирусам, в том числе цитомегаловирусам, в этиологии геморрагических циститов у детей [35]. В этой связи возникает необходимость модификации стандартов обследования и лечения детей.

Таким образом, инфекционные болезни остаются одной из основных проблем педиатрии, играя важную роль в формировании соматической патологии. Это является предметом обсуждения на конференциях с участием ведущих специалистов в разных областях педиатрии. Очевидно, прогресс в деле снижения детской заболеваемости и инвалидности будет зависеть как от глубины научных исследований по ассоциированной с инфекциями патологии, так и от квалификации педиатров в области инфекционных болезней детского возраста, что невозможно без проведения совместных исследований. Борьба с инфекционными болезнями — не только актуальная медицинская проблема, но и важная социально-политическая задача, так как вспышки, эпидемии и возникновение новых инфекционных заболеваний представляют в современных условиях национальную угрозу здоровью детей. Стабилизация показателей инфекционной заболеваемости у детей на низком уровне — залог снижения общей детской заболеваемости и сохранения здоровья детей, что является важной социальной задачей современной педиатрии. Решение насущных актуальных проблем педиатрии и инфектологии в неразрывном единстве — приоритетное направление отечественной медицины на современном этапе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лобзин Ю.В. Проблема детских инфекций на современном этапе // Инфекционные болезни. 2009. № 2. С. 7—12.
2. Васильев В.В., Ушакова Г.М., Копылова А.В. и др. Врожденная инфекционная патология: проблемы и пути решения / Сб. докладов I Всероссийской научно-практической конференции «Инфекционные аспекты соматической патологии у детей». М., 2008. С. 12—14.
3. Булгакова В.А., Балаболкин И.И. Респираторные инфекции и бронхиальная астма у детей / Сб. докладов II Всероссийской научно-практической конференции «Инфекционные аспекты соматической патологии у детей». М., 2009. С. 9.
4. Ермакова М.К., Матвеева Л.П., Ясавиева Р.И. и др. Роль вирусной инфекции при аллергических заболеваниях у детей / Сб. докладов I Всероссийской научно-практической конференции «Инфекционные аспекты соматической патологии у детей». М., 2008. С. 21.
5. Великорецкая М.Д., Генне Н.А. Роль микоплазменной инфекции при бронхиальной астме у детей раннего возраста / Сб. докладов I Всероссийской научно-практической конференции «Инфекционные аспекты соматической патологии у детей». М., 2008. С. 15.
6. Овсянников Д.Ю. Бронхолегочная дисплазия—фактор риска тяжелой респираторно-синцитиальной вирусной

- инфекции у детей / Сб. докладов II Всероссийской научно-практической конференции «Инфекционные аспекты соматической патологии у детей». М., 2009. С. 75.
7. Петрук Н.И., Овсяников Д.Ю., Кузьменко Л.Г. и др. Внутриклеточные патогены и бронхиальная астма у детей: эпидемиология, клинико-эпидемиологические особенности, подходы к терапии / Сб. докладов II Всероссийской научно-практической конференции «Инфекционные аспекты соматической патологии у детей». М., 2009. С. 79.
 8. Королева Е.Г., Осидак Л.В., Милькинт К.К. и др. Микоплазменная инфекция у детей с бронхиальной астмой // Пульмонология. 2002. № 5. С. 63.
 9. Явелов И.С. Современные рекомендации по диагностике и лечению болезней перикарда // Consilium medicum. 2005. № 5. С. 380—391.
 10. Кантемирова М.Г., Дегтярева Е.А., Коровина О.А. и др. Особенности течения ассоциированных с внутриклеточными инфекциями перикардитов у детей / Сб. докладов II Всероссийской научно-практической конференции «Инфекционные аспекты соматической патологии у детей». М., 2009. С. 50.
 11. Дегтярева Е.А., Захарова Л.А. Новые критерии внутриутробного поражения сердечно-сосудистой системы у новорожденных детей, рожденных женщинами с сифилисом / Сб. докладов III Всероссийской научно-практической конференции «Инфекционные аспекты соматической патологии у детей». М., 2010. С. 33.
 12. Дементьева Д.М., Безроднова С.М., Макаренко И.Н. и др. О роли внутриутробных инфекций в формировании врожденных пороков развития / Сб. докладов III Всероссийской научно-практической конференции «Инфекционные аспекты соматической патологии у детей». М., 2010. С. 43.
 13. Каблуква Н.П., Скуредина Л.А., Рыбалко Н.А. и др. Цитомегаловирусная инфекция при заболеваниях сердца у детей первого года жизни / Сб. докладов III Всероссийской научно-практической конференции «Инфекционные аспекты соматической патологии у детей». М., 2010. С. 61.
 14. Жолобова Е.С., Дабаева Д.В. Кишечные инфекции и ювенильные артриты / Сб. докладов I Всероссийской научно-практической конференции «Инфекционные аспекты соматической патологии у детей». М., 2008. С. 24.
 15. Лыскина Г.А., Ширинская О.В., Есаян И.С. Синдром Кавасаки—проблема диагностики и лечения по материалам собственных наблюдений / Сб. докладов I Всероссийской научно-практической конференции «Инфекционные аспекты соматической патологии у детей». М., 2008. С. 42.
 16. Беляева Л.М., Довнар-Запольская О.Н. Роль инфекционного фактора при системных заболеваниях соединительной ткани у детей / Сб. докладов III Всероссийской научно-практической конференции «Инфекционные аспекты соматической патологии у детей». М., 2010. С. 56.
 17. Беляева Л.М., Довнар-Запольская О.Н. Инфекционный фактор у детей с системными заболеваниями соединительной ткани. Международная научно-практическая конференция «Здоровье для всех», 1-я: Материалы. Минск, 2009. С. 21—22.
 18. Мамедова Е.А., Финогенова Н.А., Половцева Т.В. и др. Герпетические инфекции при нейтропениях у детей раннего возраста / Сб. докладов I Всероссийской научно-практической конференции «Инфекционные аспекты соматической патологии у детей». М., 2008. С. 45.
 19. Мамедова Е.А., Лаврентьева И.Н., Половцева Т.В. и др. Течение герпетических инфекций, вызванных вирусами Эпштейна—Барр и герпеса человека 6-го типа при нейтропениях у детей раннего возраста / Сб. докладов II Всероссийской научно-практической конференции «Инфекционные аспекты соматической патологии у детей». М., 2009. С. 65.
 20. Скрипченко Н.В., Иванова Г.П., Трофимова Т.Н. и др. Клинико-этиологические и лучевые аспекты лейкоэнцефалитов у детей / Сб. докладов I Всероссийской научно-практической конференции «Инфекционные аспекты соматической патологии у детей». М., 2008. С. 63.
 21. Рассеянный склероз. Диагностика, лечение, специалисты / Под ред. И.Д. Столярова, А.Н. Бойко. Ст-Петербург: Элби-СПб, 2008. 320 с.
 22. Скрипченко Н.В., Иванова Г.П., Трофимова Т.Н. Клинико-лучевые аспекты лейкоэнцефалитов у детей // Нейроиммунология. 2008. № 1—2. С. 27—35.
 23. Гусев Е.И., Завалишин И.А., Бойко А.Н. Рассеянный склероз и другие демиелинизирующие заболевания. М.: Миклош, 2004. 540 с.
 24. Скрипченко Н.В., Старшинов Я.Ю., Иванова Г.П. Клинические особенности демиелинизирующих рассеянных энцефаломиелитов у детей и подростков // Педиатрия. 2004. № 1. С. 52—57.
 25. Скрипченко Н.В., Иванова Г.П., Мурина Е.А. Синдром рассеянного склероза при инфекциях у детей: причинно-следственная связь / Сб. докладов II Всероссийской научно-практической конференции «Инфекционные аспекты соматической патологии у детей». М., 2009. С. 98.
 26. Литяева Л.А., Ковалева О.В., Губачева Т.Ф. Микробиологические нарушения кишечника—основополагающий фактор развития патологии желудочно-кишечного тракта у детей / Сб. докладов I Всероссийской научно-практической конференции «Инфекционные аспекты соматической патологии у детей». М., 2008. С. 40.
 27. Cottone M., Pietrosi G., Martorana G. et al. Prevalence of cytomegalovirus infection is severe refractory ulcerative and Crohn's colitis // Am. J. Gastroenterology. 2001. Vol. 96. P. 773—775.
 28. Ногаллер А.М. Бэрил Кэрон (1884—1983) и болезнь Крона // Сибирский журнал гастроэнтерологии и гепатологии. 2004. № 18. С. 7—10.
 29. Захарова И.Н., Мазанкова Л.Н., Конейкин В.Н. и др. Хронические воспалительные заболевания толстой кишки у детей: современные представления об этиологии и патогенезе / Сб. докладов II Всероссийской научно-практической конференции «Инфекционные аспекты соматической патологии у детей». М., 2009. С. 22—31.
 30. Ecbom A., Daszak P., Kraaz W. Болезнь Крона после внутриутробного воздействия вируса кори // Gastroenterology Hepatology update. 1997. № 1. P. 10.
 31. Ушакова А.Ю., Мескина Е.Р., Феклисова Л.В. и др. Особенности течения острых кишечных инфекций у детей с хронической гастроэнтерологической патологией, методы коррекции / Сб. докладов II Всероссийской научно-практической конференции «Инфекционные аспекты соматической патологии у детей». М., 2009. С. 115.
 32. Антоненко А.Н. Лактазная недостаточность у детей раннего возраста, большие острые кишечными инфекциями, основные методы ее коррекции. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2006. 21 с.
 33. Масчан М.А., Новичкова Г.А. Гемофагоцитарный лимфоцитоз // Вопр. соврем. педиат. 2009. № 3. С. 66—77.
 34. Масчан М.А. Гемофагоцитарный синдром в клинике инфекционных болезней / Сб. докладов III Всероссийской научно-практической конференции «Инфекционные аспекты соматической патологии у детей». М., 2010. С. 88.
 35. Чузунова О.Л., Филиппов А.В., Мелехина Е.В. Роль вирусов в развитии инфекции мочевой системы у детей / Сб. докладов I Всероссийской научно-практической конференции «Инфекционные аспекты соматической патологии у детей». М., 2008. С. 82.

Поступила 13.07.10