

ности возбудителя ИКБ не только к синовию, но и к сухожильным структурам (Ананьева Л.П., Насонова В.А., 2002).

Развитие безжелтушного гепатита выявлено на раннем этапе заболевания у 23 (5,1%) пациентов, о чем неоднократно сообщалось не только отечественными, но и зарубежными клиницистами. Известно, что по Уральскому региону его частота варьирует в пределах 15-16,3% (Воробьева Н.Н., 1998; Лесняк О.М., 1999).

Поражение ЦНС в виде серозного менингита встречается ежегодно по 1-2 случая, независимо от формы боррелиоза, но более высокая частота развития серозного менингита отмечена при безэритемных формах заболевания.

Таким образом, боррелиоз характеризуется разнообразием клинических проявлений, что требует привлечения к обследованию больных боррелиозом широко круга узких специалистов. Эритемой формы боррелиоза присущи поражение лиц старше 45 лет и преимущественно легкое течение с нормальной, реже субфебрильной лихорадкой. Диагностически важными признаками безэритемной формы боррелиоза могут служить указание в анамнезе на укус клеща с последующим появлением заболевания в средней или тяжелой степени тяжести у лиц моложе 45 лет, проявляющемся выраженным инфекционно-токсическим синдромом с температурой выше 38°C. Диагностическая значимость органических поражений при безэритемной форме боррелиоза мала из-за невысокой частоты их регистрации (4-7%).

Опыт организации и принципы оказания помощи детям с дисбактериозами желудочно-кишечного тракта

В.А. Анохин, И.В. Николаева, Л.М. Малышева, С.В. Халиуллина, А.М. Сабитова, Е.Е. Хасанова, В.А. Саматов.

Кафедра детских инфекций Казанского государственного медицинского университета, Городская инфекционная клиническая больница (г. Казань).

В настоящее время наблюдается рост дисбиотических состояний, обусловленных нарушением нормальной микрофлоры (НМФ) человека. Дисбактериоз кишечника (ДК), по данным различных исследователей, регистрируется у 80-90% новорожденных, 50-60% детей старше 1 года. ДК в основном рассматривают как сопутствующий синдром различных заболеваний, однако в настоящее время доказано, что нарушения микробиоценоза кишечника м.б. не только следствием, но и причиной развития целого комплекса заболеваний человека: оппортунистических инфекций ЖКТ, бактериемии, септических процессов, аллергической патологии и т.д.

В связи с актуальностью проблемы в 1992 г. в г. Казани на базе Городской инфекционной больницы и кафедры детских инфекций медицинского университета организован Кабинет микроэкологии ребенка (КМР). Кабинет работает по принципу амбулаторно-стационарного объединения с использованием коечного фонда больницы. Врачебный штат укомплектован специалистами первой и высшей категории (инфекционисты, гастроэнтеролог, аллерголог, микробиолог, врач-лаборант). Пациенты направляются в кабинет специалистами различного профиля (в основном участковыми педиатрами). Обследование проводится на базе микробиологической, клинической, биохимической лабораторий и рентгеновского кабинета. На базе КМР работает аллергологический процедурный кабинет. Стационарное обследование проводится на базе 3-й клиники ГИКБ и кафедре аллергологии и иммунологии КГМУ. Необходимые дополнительные методы исследования (УЗИ, эндоскопическое, паразитологическое и серологическое обследование и т.д. проводится на базе других медицинских учреждений города).

Основные направления деятельности кабинета микроэкологии:

- комплексное обследование детей с дисбиотическими расстройствами функции желудочно-кишечного тракта для выяснения причин их возникновения;
- диагностика интеркуррентной патологии и специализированное лечение;
- дифференцированный современный подход к лечению детей с нарушениями микроэкологии и сопутствующей патологией;

ЛИТЕРАТУРА:

1. Альпова И.И., Коренберг Э.И., Воробьева Н.Н. // Инфекционные болезни: диагностика, лечение, профилактика. - С-Пб, 2000, с. 9-10.
2. Ананьева Л.П. «Особенности поздних и хронических проявлений ИКБ в России» // Материалы научно-практической конференции - Ижевск, 2002, с.43
3. Васильева Ю.П. «Клинико-иммунологические критерии хронизации ИКБ у детей» // Автореф.дисс... канд.мед.наук - С-Пб., 2003, с.4-10
4. Воробьева Н.Н. // Клиника, лечение и профилактика ИКБ. - Пермь, 1998, с.46-59
5. Воробьева Н.Н., Григорян Е.В., Коренберг Э.И. // Проблемы клещевых и паразитарных заболеваний. - С-Пб., 2000, с. 21-25.
6. Коренберг Э.И. // Мед. паразитол. - 1999, с. 10-16.
7. Коренберг Э.И. // Проблемы клещевых боррелиозов. - М., 1993, с.ПЗ-21
8. Коренберг Э.И. «ИКБ: основные итоги изучения и профилактики в России» // Материалы научно-практической конференции - Ижевск, 2002, с. 167
9. Лесняк О.М., Амосов М.П. // Лайм-боррелиоз. - Екатеринбург, 1999, с. 122-130
10. Лобзин Ю.В., Усков А.Н., Козлов С.С. // Лайм-боррелиоз (иксодовые клещевые боррелиозы). - С-Пб., 2000, с. 156
11. Николенько В.В., Воробьева Н.Н., Коренберг Э.И. // ИФА в диагностике ИКБ. - тезисы науч. доклада- С-Пб, 2000, с. 180-181
12. Рябов В.И. и соавт. // Актуальные проблемы природно - очаговых инфекций Ижевск, 1998, с.275-277

• разработка и внедрение современных схем обследования, комплекса терапии и перспективных лекарственных препаратов для широкого использования в амбулаторной и клинической сети города и республики.

Объем работы КМР может быть представлен следующими среднегодовыми показателями:

• Ежегодно в Кабинет микроэкологии ребенка обращается более 800 детей и проводится более 4000 консультаций.

Возраст	Число детей
1-6 месяцев	30,7%
6-12 месяцев	19,2%
1-3 года	22,7%
> 3 лет	27,4%

• В настоящее время на учете состоит 1781 пациент, среди которых явно преобладают дети раннего возраста, что свидетельствует об актуальности ДК именно для данной возрастной группы, особенно для детей 1-го года жизни.

• Ежегодно в лабораториях проводится более 14000 бактериологических исследований, в т.ч.: исследование фекалий на микрофлору, исследование грудного молока и крови на стерильность, бактериологическое исследование смывов носоглотки, мочи на флору.

• В большом объеме проводятся параклинические исследования.

На базе КМР в тесном сотрудничестве с НИИЭМ им. Гамалеи РАМН и Казанским НИИЭМ проводятся научные исследования.

Основные направления научных исследований:

• Изучение особенностей микроэкологических нарушений, клинических проявлений, течения и исходов ДК у детей разных возрастных групп.

• Изучение клинико-бактериологических особенностей ДК, протекающего с синдромом бактериурии.

• Изучение клинико-бактериологических особенностей ДК, протекающего с персистенцией УПМ в кишечнике у детей.

• Оценка роли бактериолактации в инфицировании детей различными видами бактерий.

• Изучение диагностического значения микробиологических характеристик (факторы патогенности, антибиотико- и фаго-

резистентность) условно-патогенных бактерий (УПБ) при ДК и острых кишечных инфекциях.

• Характеристика дисбиотических нарушений у больных с паразитозами.

По материалам проводимых исследований выполнены 3 диссертационные работы и монография «Бактриурия: этиология, механизмы формирования, прогноз» в 2004 г. Изданы методические рекомендации для врачей «Дисбактериоз кишечника у детей».

Многолетний опыт работы позволил нам выявить определенные закономерности в характере микробиологических нарушений, клинических проявлений и течения ДК у детей разных возрастных групп.

Наиболее частыми причинами нарушения микрофлоры у детей являются антибактериальная терапия (30,1%), транзиторные иммунодефицитные состояния (10,5%), хроническая патология гастроудоденальной и гепатобилиарной систем ДК (12,7%), ОКИ (8,4%), синдром мальабсорбции (6,0%). Практически у каждого 5-го обратившегося ребенка дисфункция кишечника и контаминация УПБ отмечается с рождения, что при отсутствии четких причинных факторов развития дисбиоза в данной группе детей обосновывает введение понятия «неонатальный дисбактериоз кишечника». Актуальность «неонатального» ДК связана с тем, что он характеризуется наиболее выраженными клиническими и микробиологическими нарушениями, серьезно отражается на физическом развитии ребенка и плохо поддается коррекции. С нашей точки зрения, основной причиной нарушения процессов становления микробиологической системы ЖКТ у этих детей является патология антенатального и перинатального периода (осложненная беременность, воспалительные заболевания урогенитального тракта, дисбактериоз кишечника у матери, патологические роды, кесарево сечение, нарушения периода адаптации, позднее прикладывание к груди), что обосновывает проведение профилактических мероприятий (обследование и коррекция ДК и вагиноза у матери и пробиотическая терапия детей из группы риска сразу после рождения).

Изучение клинко-бактериологических особенностей течения ДК у детей разных возрастных групп показало, что наиболее актуальной проблема ДК является для детей грудного возраста. В данной возрастной группе ДК часто протекает с выраженными микробиологическими нарушениями и характеризуется преимущественно 2–3-й степенью (53,8–36,2%) нарушения биоценоза кишечника (НБК), высокой частотой дефицита нескольких видов облигатных бактерий (42%), преимущественно ассоциированным характером нарушения факультативной микрофлоры.

У 60% детей обнаруживаются ассоциации УПБ (причем у каждого 5-го — сложные ассоциации, состоящие из 3–4 видов бактерий). Часто в этом возрасте развивается персистенция УПБ, особенно у детей первых месяцев жизни. Наиболее характерен феномен персистенции для *S.aureus* (63%), длительность выделения которого в некоторых случаях достигает 1–2 лет. Реже персистируют протей, клебсиеллы, гемолизующие эшерихии.

У детей грудного возраста ДК в основном протекает в клинически манифестных формах, преимущественно в субкомпенсированной форме (76–85%). ДК в данной возрастной группе часто протекает с выраженной дисфункцией кишечника (для которой характерно длительное, волнообразное течение), часто развиваются симптомы интоксикации (вялость, снижение аппетита), выраженный болевой синдром, гастроэзофагеальный рефлюкс, что требует в некоторых случаях проведения дифференциального диагноза с хирургической патологией.

Наиболее частым вариантом дисфункции ЖКТ является синдром энтероколита, у детей первых месяцев жизни нередко развивается спастический колит. Практически все случаи декомпенсированного ДК с развитием бактериемии, внекишечных очагов инфекции зарегистрированы нами именно в этой группе детей. Частым явлением у грудных детей, страдающих ДК, является асимптоматическая бактриурия (АБУ), которая выявлена нами в 62,1% случаев. Известно, что АБУ при благоприятных для неё условиях может трансформироваться в инфекцию мочевыводящих путей (3,5%). ДК у грудных детей часто становится причиной развития хронических энтероколитов (42%), пупочной грыжи, гипотрофии (19%), анемии (18%), транзиторных ИДС (основным клиническим проявлением которого являются повторные инфекции респираторного тракта (16%) со склонностью к бактериальным осложнениям). У 35% детей 1-го года жизни на фоне ДК манифестируют различные формы аллергодерматозов.

Наиболее тяжело, по нашим данным, протекает ДК с персистенцией *S.aureus*, для которого характерна более высокая частота вышеуказанных патологических состояний, особенно аллерги-

дерматозов (42%) и формирование внекишечных очагов стафилококковой инфекции (21,4%). В случаях длительной дисфункции ЖКТ, низкой эффективности проводимого лечения всегда следует исключать синдромы мальабсорбции (дисахаридная недостаточность, целиакия), муковисцидоз, при хронических запорах — болезнь Гиршпрунга, врожденные аномалии аноректальной области.

С нашей точки зрения, клинически выраженный ДК у детей 1 года жизни в связи с высокой частотой развития различных патологических состояний следует трактовать не как сопутствующий клинко-бактериологический синдром, а как заболевание. Данный подход позволит изменить подходы к тактике лечения и наблюдения данной категории больных.

Известно, что одним из факторов контаминации кишечника грудных детей различными условно-патогенными микроорганизмами может быть инфицированное грудное молоко. Нами установлено, что стафилококковая бактриолактация редко является причиной инфицирования ЖКТ детей (совпадение видов стафилококков, выделенных из грудного молока и кишечной микрофлоры составил всего 5,2%, во всех случаях обнаружен *S.aureus*). Массивная контаминация грудного молока *S.epidermidis* в единичных случаях приводит к диагностически значимой колонизации кишечника ребёнка данным микроорганизмом и актуальна только для новорожденных детей. Полученные данные позволили резко сократить показания к отмене грудного вскармливания в случаях инфицирования грудного молока *S. epidermidis*. В случаях грамотной бактриолаксии частота совпадения видов УПБ, выделенных из грудного молока и фекалий ребенка достигает 70%, однако Гр-бактриолаксия, как правило, носит транзиторный характер и редко требует проведения лечебных мероприятий.

У детей старше 1 года ДК диагностируется в основном уже на фоне имеющейся патологии и является сопутствующим бактериологическим или клинко-бактериологическим синдромом аллергодерматозов (25,5%), гастроэнтерологической патологии (26,6%), ИДС, хронической патологии респираторного тракта (8,8%) (бронхиальная астма, рецидивирующий бронхит, полиноз), лямблиоза кишечника, глистной инвазии. Каждый пятый ребенок старше 1-го года, страдающий ДК, относится к категории часто болеющих детей, имеет дефицит массы тела, страдает ЖДА. Несмотря на значительный спектр заболеваний, ДК у детей старше 1 года в 45% случаев протекает бессимптомно, а субкомпенсированные формы характеризуются умеренно выраженной клинической симптоматикой. Дисфункция кишечника в основном проявляется легкими формами энтероколитов и запорами (10%). Стойкая дисфункция кишечника, болевой синдром и рвота в этой возрастной группе обычно свидетельствуют о наличии хронической гастроэнтерологической патологии, паразитозов кишечника, синдрома мальабсорбции, врожденных аномалий кишечного тракта (болезнь Гиршпрунга, долихосигма) и требует более детального обследования и совместного ведения этой группы больных гастроэнтерологом и инфекционистом.

Характеризуя состояние микробиоценоза кишечника у детей старше 1 года, следует отметить, что в этой возрастной группе в основном регистрируются НБК 1–2-й степени, изолированный дефицит индигенных бактерий (чаще бифидофлоры), редко выделяются ассоциации УПБ, и редко развивается персистенция условных патогенов в кишечнике. «Наилучшие» показатели микробиологического статуса кишечника среди обследованных пациентов зарегистрированы у детей старше 3 лет. Несмотря на умеренные клинические проявления и микробиологические нарушения имеется четкое соответствие между состоянием кишечного микробиоценоза и степенью тяжести основного заболевания (выраженностью кожного процесса, обострением хронических гастроэнтерологических заболеваний), частотой инфекционных заболеваний, длительным течением паразитозов. Полученные данные обосновывают необходимость исследования кишечной микрофлоры у этой группы пациентов и включение препаратов, корригирующих микробиологические нарушения, в комплекс терапии основного заболевания.

Изучение дисбиозной микрофлоры показало, что УПБ, выделенные у детей с ДК, обладают множественными факторами патогенности, способны к деградации защитных факторов макроорганизма (SIgA, лизоцима), характеризуются множественной антибиотикорезистентностью и частой устойчивостью к лечебным фактам. С учётом полученных данных следует отказаться от эмпирического назначения антибактериальных препаратов и бактериофагов у детей с ДК. Фаготерапию, как и антибиотикоте-

рапию при ДК следует проводить целенаправленно, после предварительного определения чувствительности выделенных УПБ в каждом конкретном случае.

В коррекции ДК важным вопросом является рациональное питание. Определяющим моментом в выборе диеты является основное заболевание и ведущий синдром. Детям, страдающим ДК, мы рекомендуем употреблять продукты, стимулирующие рост НМФ кишечника: свежие фрукты, мясо и рыбу нежирных сортов, злаковые, просо, бобовые, соки, орехи, растительные жиры, кисломолочные продукты. Для детей грудного возраста наилучшим питанием является грудное молоко. При отсутствии у матери молока рекомендуем адаптированные кисломолочные смеси и продукты лечебного питания. При непереносимости белка коровьего молока, лактазной недостаточности, затяжной диарее, — низко-лактозные и безлактозные смеси и гидролизированные смеси, а также соевые смеси.

Большое значение в коррекции ДК отводим «функциональному питанию». Систематический прием пациентами кисломолочных продуктов (бифидокефир, Наринэ, ацидофилин, бифидок и др.), содержащих бифидобактерии, лактобактерии и полезные продукты их метаболизма, оказывает нормализующее влияние на кишечную микрофлору и функции ЖКТ в целом, а также уменьшает аллергические проявления.

В коррекции ДК у детей применяются следующие препараты:

- Антибактериальные и противогрибковые препараты (нитрофураны, производные 8-оксихинолина, аминогликозиды, цефалоспорины, полусинтетические пенициллины, полиеновые АБ, метронидазол) применяются с целью деконтаминации кишечника по следующим показаниям: выраженная дисфункция кишечника, инфекционно-токсический синдром, наличие внекишечных очагов инфекции, выраженный аллергический процесс на фоне контаминации ЖКТ условно-патогенными бактериями. АБ назначаются только после определения антибиотикорезистентности выделенных штаммов УПБ. Считаем нецелесообразным проведение деконтаминации кишечника при компенсированных вариантах нарушения кишечной микрофлоры, даже в случаях массивного роста УПБ.

- Антигельминтные и противопаразитарные средства применяются по показаниям.

- Бактериофаги (стафилококковый, клебсиеллезный, интестибактериофаг и др.) применяются только после определения чувствительности выделенных УПБ.

- Самоэлиминирующиеся антагонисты типа бактисубтил, пребиотики: хилак-форте, лактулоза.

- Пробиотики: бифидумбактерин-форте, бифидорм, бифистим, примадофилус, линекс, бифидумбактерин, лактобактерин,

бификол и др. назначаются в соответствии с показателями бактериограмм. Не рекомендуется назначать препараты, содержащие *E. Coli*, детям 1 года жизни.

- Средства иммунотерапии: рибомунил, бронхомунал, IRS-19, стафилококковая вакцина, ликолипид, имудон, антистафилококковый иммуноглобулин, оральные иммуноглобулины (КИП), кипферон, арбидол, виферон применяются в случаях резистентных форм ДК, протекающих с персистенцией УПБ, при затяжных и хронических энтероколитах и у часто болеющих детей

- Энтеросорбенты: полифепан, полисорб, энтеросгель, фильтрум.

- Антидиарейные препараты: таннокомп, смекта, неоинтестопан, фосфалугель.

- Спазмолитики и препараты, уменьшающие газообразование в кишечнике: эспумизан, риабал, но-шпа.

- Ферменты: панцитрат, креон, юниэнзим, мезим-форте и др. назначаются в соответствии с показателями копрограммы.

- Витамины: мультитабс, винибис, витамины гр. В, аевит и др.

Коррекция ДК проводится в несколько этапов и включает:

- **Энтеросорбция** (сорбенты, симптоматические средства)

- **Сокращение условно-патогенной кишечной микрофлоры и пребиотическая подготовка ЖКТ** (антибактериальные препараты, бактериофаги, самоэлиминирующиеся антагонисты, оральные иммуноглобулины, пребиотики, симптоматические средства).

- **Пробиотическая терапия** (бифидо- и лакто- содержащие препараты, ферменты, витаминотерапия). Средняя продолжительность одного курса лечения пробиотиками составляет 4 недели. В год проводится 2-3-4 курса в зависимости от клинического эффекта и сопутствующих заболеваний.

Наши схемы позволяют перевести ДК в стадию компенсации не менее чем у 30% детей уже после первого курса терапии. Контрольные исследования микрофлоры кишечника проводятся не ранее, чем через месяц после окончания пробиотической терапии. Кратность исследований определяется состоянием пациента (в среднем 3-4 раза в год). В случаях декомпенсированного и субкомпенсированного ДК, протекающего с массивной колонизацией УПБ, проводятся контрольные исследования кала на условно-патогенные бактерии через 1-2 недели после деконтаминации. Дети с неотяженным преморбидным фоном снимаются с учета после стойкой клинической компенсации процесса. Дети с хронической патологией (инфекции МВП, атопический дерматит, бронхиальная астма, хронический гастродуоденит, ДЖВП и др.), а также часто болеющие дети находятся на диспансерном наблюдении до полной нормализации состава кишечной микрофлоры.

Диагностическое значение ферментативного дисбаланса в крови при вирусных гепатитах

Н. И. Николаева, И.М. Хаертынова, Д.К. Баширова.

Кафедра инфекционных болезней КГМА.

В последние годы интерес большинства исследователей направлен в отношении специфической диагностики вирусных гепатитов. Несмотря на это стандартные биохимические тесты в настоящее время не утратили своего значения и включены в программы и протоколы диагностики вирусных гепатитов. Несмотря на определенное количество работ, посвященных характеру изменений активности гепатоцеллюлярных ферментов при вирусных гепатитах, у специалистов не сформировалось однозначного представления по ряду нестандартных и трудновоспроизводимых лабораторных показателей. По данным некоторых исследователей (Kuntz E., Kuntz H-D., 2002), чувствительность комплексного ферментативного теста (АЛТ+ГГТП+ХЭ) при гепатитах вирусной этиологии составляет до 95-97%. В связи с этим целесообразно провести комплексное изучение роли гепатоцеллюлярных ферментов (АЛТ, ГГТП, ХЭ) сыворотки крови в патогенезе вирусных гепатитов различной этиологии.

Целью исследования явилось определение диагностического значения ферментативного дисбаланса в крови при вирусных гепатитах А, В и С.

Материал и методы исследования

В работе представлены результаты комплексного клинико-

биохимического обследования 151 больного вирусными гепатитами; у 27 из них был диагностирован острый вирусный гепатит А (ОВГА), у 102 человек - острый вирусный гепатит В (ОВГВ), у 22 - первичная манифестация вирусного гепатита С (ВГС). Для сравнения было обследовано 20 здоровых человек.

Легкое течение наблюдалось у 12 пациентов ОВГА, у 16 - ОВГВ, у 7 - ВГС; среднетяжелое течение гепатита - у 15 больных ВГА, у 34 - ВГВ, у 15 - ВГС; тяжелое - у 10 больных ОВГВ. Все больные мужского пола. Средний возраст составлял от 20 до 29 лет. Диагноз вирусных гепатитов устанавливали на основе клинико-эпидемиологических и лабораторных (ПАК, ФПП) данных. У всех наблюдаемых больных вирусными гепатитами А, В и С наблюдалось циклическое течение заболевания с четко выраженными периодами. Под наблюдением находились больные желтушными формами ОВГ.

Этиологически диагноз ОВГА установлен с учетом обнаружения у всех пациентов в крови методом ИФА антител класса IgM к вирусу гепатита А; ОВГВ - обнаружением HbsAg, anti Hbscг класса IgM в 100% случаев, не более чем у 20% больных HbeAg, anti HbeAg класса IgG - у 85% больных. Острая манифестация ВГС подтверждалась выявлением антител к вирусу гепатита С класса