

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ

О.С. Тиркашев

Самаркандский государственный медицинский институт

Острые кишечные инфекции (ОКИ) занимают одно из ведущих мест в инфекционной патологии детского возраста. По данным ВОЗ в мире ежегодно болеют острыми желудочно-кишечными заболеваниями (диареями) более 1 млрд человек, из которых 65-70% составляют дети в возрасте до 5 лет. Острые кишечные инфекции (ОКИ) остаются одной из важных проблем патологии детского возраста.

Цель: изучение этиологической структуры острых кишечных инфекций (ОКИ) у детей по материалам областной инфекционной больницы за 2012-2013 год.

Методы: идентификация возбудителей ОКИ проводилась в соответствии с методическими указаниями МЗ РУз по микробиологической диагностике заболеваний, вызываемых энтеробактериями.

Результаты и обсуждение: По данным областной инфекционной больницы за последние годы (2012-2013гг.) отмечена отчетливая тенденция к увеличению числа заболевших ОКИ. Если в 2012 году было госпитализировано 5406 больных, то в 2013г.- 5387. Этиологию ОКИ удалось расшифровать в 2012г.- в 164 (3%) случаев, а в 2013г.- 306(6%). Среди пациентов с ОКИ значительное место продолжают занимать дети дошкольного возраста, они составили-458(97%)-всех заболевших. В этой возрастной группе наиболее распространенными являлись шигеллез (3%),

сальмонеллез (12 %), заболевания, вызванные условно-патогенной флорой (85%). Случаев вспышек ОКИ в детских коллективах не зарегистрировано, отмечались семейные очаги шигеллеза и сальмонеллеза. Нужно отметить, что изменилась этиологическая структура ОКИ у детей до 1 года, на первое место вышли инфекции вызванные УПФ - 57.4%, шигеллез (15.3%), сальмонеллез- 27.3%. Наиболее распространенными возбудителями являются; *Klinsiella pneumonia*., *proteus mirabilis*, *pseudomonas aeruginosa*, *citrobacter* и *enterobactericea*, при шигеллезе чаще выделялись шигеллы Зонне и Флекснера; при сальмонеллезе - *Salmonella typhi murium* и редких групп. Условно-патогенная микрофлора в этиологической структуре острой кишечной инфекции в 2013 году встречалась спорадически и больше приходилась на *Klinsiella pneumonia*, *proteus mirabilis* и *citrobacter*. Общей закономерностью отмеченной для патогенных и условно-патогенных возбудителей ОКИ у детей является рост их устойчивости к антибиоткам, поэтому в антибиотикограмму включены цефалоспорины и нитрофураны.

Выводы: показатели этиологической расшифровки диагноза ОКИ остаются на достаточно высоком уровне. В этиологии ОКИ у детей различных возрастных групп преобладает условно-патогенные энтеробактерии, а также шигеллы и сальмонеллы.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВОБЭНЗИМА В ЛЕЧЕНИИ РЕАКТИВНЫХ АРТРИТОВ
ОБУСЛОВЛЕННЫЕ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Э.С. Тоиров, Д.Р. Тоиров

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы. Изучить эффективность комбинированного препарата ферментов растительного и животного происхождения Вобэнзим в лечении больных реактивным артритом (РеА) ассоциированный желудочно-кишечной инфекцией.

Материалы и методы. Были обследованы 25 больных (18 мужчин, 7-женщин) реактивным артритом в возрасте от 18 до 32 лет. Средний возраст больных составил $26,0 \pm 1,3$ лет, продолжительность заболевания - $4,1 \pm 0,07$ месяцев. При установлении диагноза РеА были использованы методические рекомендации С.М.Сидельниковой (1998). Были характерны диарея (у 20 больных, 80,0%), воспалительные

изменения в суставах (у 22 больных, 88,0%), поражение глаз: конъюнктивит, передний увеит обнаружено (у 14 больных, 56,0%), изменения кожи и слизистых оболочек, изъязвления слизистой оболочки ротовой полости (у 12 больных, 48,0%). В лечении больных РеА были применены антибактериальные препараты (тетрациклины, макролиды, фторхинолоны), НПВП (ингибиторы ЦОГ-1, ЦОГ-2), базисные средства (сульфасалазин). Вобэнзим был применен на протяжении всего курса антибиотикотерапии в дозе по 2 таб. 3 раза/сут, после прекращения курса антибиотикотерапии в течение 2 недель в дозе по 1 таб. 3 раза/сут. Эффект лечения оценивался в конце первого

месяца.

Результаты и обсуждение. Было обнаружено, что Вобэнзим оказывает положительное воздействие на ход воспалительного процесса как в суставах, так и в кишечнике, ограничивает патологические проявления аутоиммунных и иммунокомплексных процессов, положительно влияет на показатели иммунологической реактивности организма. Проведенный курс лечения, в первую очередь, сопровождался уменьшением признаков суставного синдрома: повседневным снижением интенсивности боли и утренней скованности в суставах, уменьшением отечности суставов и увеличением объема движений. Положительная динамика суставных показателей сопровождалась улучшением общего состояния больных, повышением их настроения, аппетита и снижением признаков невротической напряженности. После курса лечения во всех группах больных отмечалось достоверное снижение отечности и боли в суставах, увеличение объема активных и пассивных движений. Наряду с клиническим эффектом, проведенный курс лечения способствовал улучшению ряда лабораторных показателей активности воспаления: СОЭ (до $20,4 \pm 2,1$ мм/ч, $P < 0,05$), фибриногена (до $2,5 \pm 0,2$

ммоль/л, $P < 0,05$), сиаловых кислот (до $0,24 \pm 0,02$ ммоль/л, $P < 0,05$) и ДФА-реакции (до $0,21 \pm 0,02$ ед., $P < 0,05$). После окончания курса у больных РеА было зарегистрировано понижение содержания циркулирующих иммунных комплексов и достоверное снижение содержания основных классов иммуноглобулинов.

Выводы: Полученные клинические данные дают основание считать противовоспалительную терапию в сочетании комплексным ферментативным препаратом Вобэнзим у больных РеА эффективным методом, позволяющим быстро купировать боль, ускоряющим ликвидацию отека суставов и улучшающим клиническое течение заболевания. Такая комплексная терапия больных способствует улучшению лабораторной картины заболевания, свидетельствующую об улучшении иммунологической резистентности организма. Применение препарата не вызывает никаких побочных явлений и позволяет сократить сроки пребывания больных в стационаре. Положительные результаты комплексной терапии способствует уменьшению продолжительности приема нестероидных противовоспалительных препаратов, тем самым обеспечивая высокий эффект при низкой стоимости лечения.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РЕАКТИВНЫХ АРТРИТОВ ОБУСЛОВЛЕННЫЕ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Э.С. Тоиров, З.К. Таирова

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы. Изучить клинические признаки реактивных артритов (РеА) ассоциированные желудочно-кишечной инфекцией.

Материалы и методы. Были обследованы 25 больных (18 мужчин, 7-женщин) реактивным артритом в возрасте от 18 до 32 лет. Средний возраст больных составил $26,0 \pm 1,3$ лет, продолжительность заболевания - $4,1 \pm 0,07$ месяцев. Диагноз РеА был выявлен когда суставной синдром возникал в тесной хронологической связи с инфекцией. У всех больных с РеА в развитии суставного синдрома предшествовала кишечная инфекция: острый гастроэнтерит, энтерит, энтероколит или обострение хронического энтероколита. При установлении диагноза РеА были использованы методические рекомендации С.М. Сидельниковой (1998).

Результаты и обсуждение. Наиболее часто в дебюте РеА обусловленной желудочно-кишечной инфекцией обнаруживались диарея (у 20 больных, 80,0%), воспалительные явления в

суставах (у 22 больных, 88,0%): асимметричный полиартрит с преимущественным поражением суставов нижних конечностей, реже локтевых, лучезапястных и тазобедренных суставов; были характерны боли в различных отделах позвоночника, клинические проявления вовлечения крестцово-подвздошных суставов (сacroилеит); поражение околосуставных тканей: тендиниты, бурситы (ахиллобурситы, подпяточные бурситы), периостит пяточных бугров. Поражение глаз: конъюнктивит, передний увеит обнаружено у 14 больных (56,0%). У 12 больных (48,0%) обнаружены изменения кожи и слизистых оболочек, болезненные изъязвления слизистой оболочки ротовой полости (язвенный стоматит, глоссит). У 10 (40,0%) больных при рентгенологическом исследовании патологические изменения не наблюдались. У 8 больных (32,0%) был характерен сacroилеит, обычно двусторонний; локальные изменения в позвоночнике, характерные для анкилозирующего спондилита,