

Рисунок 3 — Уровни заболеваемости парентеральными вирусными гепатитами военнослужащих срочной службы ВС РБ в 2007–2013 годах

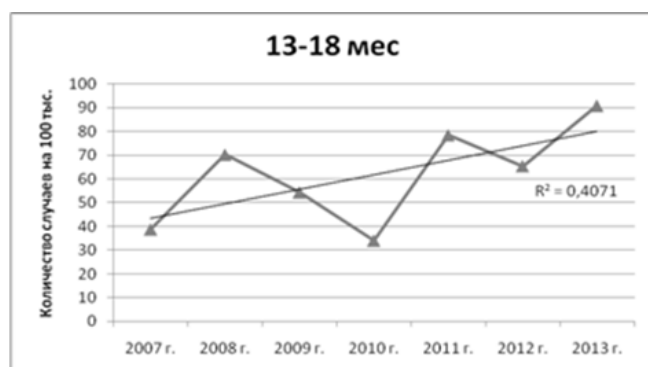


Рисунок 4 — Уровни заболеваемости парентеральными вирусными гепатитами военнослужащих срочной службы последнего периода службы (13–18 месяцев) в ВС РБ в 2007–2013 годах

емости парентеральными вирусными гепатитами в отдельном соединении Вооруженных Сил.

2. Изучение факторов, способствующих распространению парентеральных вирусных гепатитов в воинском коллективе, позволит разработать систему профилактики парентеральных вирусных гепатитов в закрытых воинских коллективах.

#### Литература

1. Официальный статистический сборник за 2011 г. Министерство здравоохранения Республики Беларусь [Electronic resource]. — Mode of access: [http://med.by/content/stat/stat2012/2011\\_1.pdf](http://med.by/content/stat/stat2012/2011_1.pdf) — Date of access: 17.02.2014.
2. Об организации оказания медицинской помощи подросткам в возрасте 15–17: Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь 11.08.2004 №32.
3. О порядке организации и проведения военно-врачебной экспертизы в вооруженных силах Республики Беларусь и транспортных войсках Республики: Постановление Министерства обороны Республики Беларусь 2.11.2010 г. №44.
4. Об определении требований к состоянию здоровья граждан при приписке к призывным участкам, призыве на срочную военную службу, службу в резерве, военную службу офицеров запаса, военные и специальные сборы, поступления на военную службу по контракту, в учреждение образования «Минское суворовское военное училище» и военные учебные заведения, военнослужащих, граждан, состоящих в запасе Вооруженных

Сил Республики Беларусь: Постановление Министерства обороны Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь 20.12.2010 г. №51/170.

5. О порядке организации и проведения диспансеризации военнослужащих Вооруженных Сил Республики Беларусь: Приказ Министерства обороны Республики Беларусь 19.12.2003 №48.

#### СРАВНИТЕЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВИРУСНЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ

Ляховская Н.В.<sup>1</sup>, Дмитраченко Т.И.<sup>1</sup>, Крылова Е.В.<sup>1</sup>, Стычевская Е.В.<sup>2</sup>, Головина Т.Н.<sup>2</sup>

1. УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», г. Витебск, Беларусь

2. УЗ Витебская областная клиническая инфекционная больница, г. Витебск, Беларусь

Острые кишечные инфекции (ОКИ) являются одной из важных проблем здравоохранения как в развивающихся, так и в развитых странах, уступая среди массовых инфекционных заболеваний только респираторным инфекциям. В последние годы отмечается отчетливая тенденция в изменении этиологической значимости патогенов, вызывающих ОКИ у детей. Не вызывает сомнений тот факт, что ведущая роль среди них в мире теперь принадлежит вирусам, которые обуславливают 50–80% ОКИ у детей [1, 2]. Несмотря на то, что основными возбудителями вирусных диарей у детей несомненно являются ротавирусы [2], в последнее время появляется все больше сообщений о том, что причиной госпитализации все чаще становятся гастроэнтериты норовирусной этиологии [3, 4]. Как показал проведенный нами анализ, в структуре водянистых диарей норовирусная инфекции составила  $22,73 \pm 3,66\%$ , в том числе в  $6,83 \pm 2,2\%$  в сочетании с другими вирусами. В этиологической структуре вирусных диарей на ее долю пришлось  $34,88 \pm 5,17\%$ .

Сравнительный анализ клинических проявлений вирусных гастроэнтеритов был проведен у 218 детей, госпитализированных в Витебскую областную инфекционную клиническую больницу в период 2010–2012 гг.: 174 пациента с моноротавирусной инфекцией (МРВИ), 32 пациента с норовирусной инфекцией (НВИ), 12 — со смешанной ротавирусно-норовирусной инфекцией (РВ/НВИ). У всех пациентов вирусная природа заболевания была подтверждена лабораторно в ПЦР, ИФА или ИХТ.

Проведенный анализ показал, что тяжелые формы заболевания регистрировались только при ротавирусной инфекции ( $5,17 \pm 1,68\%$ ). В то же время во всех сравниваемых группах преобладали среднетяжелые формы вирусных кишечных инфекций.

Пациенты поступали в стационар в разные сроки от начала заболевания. Подавляющее большинство детей с МРВИ поступали на 2–3 сутки болезни Ме (25%; 75%): 2 (2; 3), в то время как при НВИ — в 1–2 день Ме (25%; 75%): 2 (1; 2), что может сви-

детельствовать о более бурном начале заболевания при норовирусной инфекции.

Средний возраст пациентов с НВИ составил 3,36 лет (95% ДИ 2,354,37), что было достоверно больше в сравнении с МРВИ (1,85 года (95% ДИ 1,622,08),  $p < 0,01$ ) и в сравнении со смешанной ротавирусно-норовирусной инфекцией (1,15 года (95% ДИ 0,252,05),  $p < 0,01$ ), в то время как, средний возраст пациентов с МРВИ и РВ/НВИ достоверно не отличались.

Наиболее характерными для вирусных ОКИ были гастроэнтеритическая и энтеритическая формы заболевания, которые регистрировались у подавляющего большинства пациентов: 71,26±3,44% случаев при МРВИ, 78,13±7,42% при НВИ. В то же время, достоверно чаще, чем при МРВИ, при НВИ наблюдалась гастритическая форма (21,88±7,42%,  $p < 0,0001$ ). Появление в стуле патологических примесей в виде непереваренных остатков пищи, хлопьев, зелени и менее обильный стул явились поводом для клинической диагностики колитических форм. Вовлечение в процесс толстого кишечника наблюдалось в 25,86±3,33% случаев при МРВИ и не было зарегистрировано ни у одного пациента при НВИ. Интересен тот факт, что при РВ/НВИ патологические примеси в стуле имели место в 58,33±14,86% случаев.

Катаральный синдром достоверно реже наблюдался при НВИ (12,5±5,94%), в то время как при МРВИ регистрировался в 46,55±3,79% и у пациентов с РВ/НВИ в 41,67±14,86% случаев соответственно.

Рвота была одним из основных клинических симптомов при НВИ и наблюдалась у 100% детей, при этом у 93,75±4,32% пациентов рвота была многократной (более 3-х раз в сутки), что было достоверно чаще ( $p < 0,05$ ), чем при МРВИ. Однако, у большинства пациентов с НВИ (90,63±5,24%) рвота сохранялась не более двух дней, что достоверно отличалось от МРВИ ( $p < 0,01$ ), при которой у 35,98±3,76% пациентов рвота сохранялась в течение 3 дней и более. При этом при смешанной РВ/ВИ частота и длительность рвоты достоверно не отличались от МРВИ. Диарея регистрировалась у подавляющего большинства пациентов с ОКИ вирусной этиологии, при этом у пациентов со смешанной инфекцией наблюдалась в 100% случаев. У пациентов с НВИ регистрировалась только в 78,13±7,42%, что было достоверно реже в сравнении с МРВИ ( $p < 0,0001$ ). Ни в одном случае у пациентов с НВИ кратность стула не превышала 5 раз в сутки и в подавляющем большинстве случаев (68,0±9,52%) диарея сохранялась не более двух дней, что достоверно отличалось от ротавирусной инфекции ( $p < 0,0001$ ). Обращает на себя внимание и тот факт, что стул при норовирусной инфекции был, как правило, не обильным, кашицеобразным.

Лихорадка была более характерна для ротавирусной и смешанной инфекции, при которых она регистрировалась в 97,13±1,27% и 100% случаев соответственно. При НВИ повышение температуры наблюдалось только у 75,0±7,78% пациентов и в 91,67±5,76% случаев сохранялась не более двух дней, в то время как у 48,52±3,86% детей с МРВИ и у 50,00±15,08% пациентов с РВ/ВИ повышенная температура тела сохранялась в течение 3–5 дней

и более. Повышение температуры тела выше 39°C наблюдалось у 21,84±3,14% пациентов при МРВИ, 33,33±14,21% при РВ/ВИ и не регистрировалось вообще при НВИ. Но в то же время, обращает на себя внимание, что достоверно чаще ( $p < 0,0001$ ) у детей с НВИ в сравнении с МРВИ при поступлении в общий анализ крови регистрировался лейкоцитоз нейтрофильного характера (37,50±8,70%) с превышением нормальных показателей лейкоцитов в среднем в 1,3 раза (Ме (25%; 75%): 132,9% (100,0%; 144,2%). Причем, нормализация гемограммы у большинства пациентов происходила уже на вторые-третьи сутки заболевания.

Таким образом, проведенный анализ показал, что НВИ имеет существенные отличия от МРВИ и характеризуется бурным началом с вовлечением в процесс верхних отделов ЖКТ и более напоминает клиническую картину пищевой токсикоинфекции. Сочетанная РВ/НВИ по клиническому течению имеет сходство с МРВИ, однако характеризуется более частым вовлечением в процесс толстого кишечника и более выраженной температурной реакцией.

#### Литература

1. Изучение этиологии ОКИ у детей, госпитализированных в инфекционные отделения стационаров Москвы / А.Т. Подколотин [и др.] // Инфекционные болезни. — 2004. — № 4. — С. 85–91.
2. Rotavirus and severe childhood diarrhea / U.D. Parashar [et al.] // Emerg. Infect. Dis. — 2006. — Vol. 12, № 2. — P. 304–306.
3. Горелов, А.В. Клинико-эпидемиологические особенности течения норовирусной инфекции у детей / А.В. Горелов, Е.А. Дорошина, А.Т. Подколотин // Вестник Российской военно — медицинской академии. — 2008. — ч. II, № 2. — С. 554.
4. Koopmans, M. Progress in understanding norovirus epidemiology / M. Koopmans // Curr Opin Infect Dis. — 2008. — Vol. 21 № 5. — P. 544–552.

#### ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКА СТРЕПТОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ

Малявко О.А.<sup>1</sup>, Шелест М.В.<sup>1</sup>, Самаль Т.Н.<sup>2</sup>

1. УЗ «Городская детская инфекционная клиническая больница», г. Минск, Беларусь
2. УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Беларусь

Острые фаринготонзиллиты являются актуальной проблемой здравоохранения в связи с их широкой распространенностью и угрозой развития осложнений инфекционного и иммуноопосредованного характера. Причинами острого фаринготонзиллита могут являться как вирусы (адено-, коронавирусы, парагриппа, Эпштейн-Барра, герпеса 6-го типа и др.), так и бактериальные возбудители (стрептококки группы А, С и G, гемофильная палочка, анаэробы, атипичные патогены, спирохеты и др.) [1, 2]. На долю β-гемолитического стрептококка группы А (БГСА) у детей приходится 5–10% всех случаев заболеваний фаринготонзиллитом. Актуальной про-