

патентного или другого вида прав (кроме авторского) отсутствует.

Библиографический список

1. Гинсбург Е. А. Клиническое и электромиографическое изучение дифтерийной полиневропатии: дис. ... канд. мед. наук. М., 2000. 96 с.
2. Денисенко А. В. Функциональное состояние миокарда у реконвалесцентов дифтерии: дис. ... канд. мед. наук. М., 2001. 130 с.
3. Лукушкина Е. Ф., Вобко Б. П., Колбасова Е. В. Дифтерийные кардиты у детей: диагностические и прогностические аспекты // Нижегородский медицинский журнал. 2001. № 2. С. 4–8.
4. Филиппов П. Г. Поражение сердечно-сосудистой системы при некоторых инфекционных болезнях: дис. ... д-ра мед. наук. М., 2001. 485 с.
5. Зрячкин Н. И. Дифтерия: клинико-эпидемиологические особенности современного течения, патогенез и обоснование рациональной гормонотерапии: дис. ... д-ра мед. наук. Саратов, 2000. 318 с.
6. Харченко Г. А., Ибрагимова Н. Ф., Чанпалова Л. С. Токсические формы дифтерии у привитых детей // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 1995. № 6.
7. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр) // ВОЗ, Женева. 1995.
8. Шанина Л. Н. Аутоиммунитет при чумном и холерном вакцинальном и инфекционном процессах и методы их коррекции: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Саратов, 1985. 20 с.
9. Гехт Б. М. Теоретическая и клиническая электромиография. Л.: Наука, 1990. 324 с.
10. Николаев С. Г., Банникова И. Б.. Электромиографическое исследование в клинической практике: методики, анализ, применение. Иваново, 1998. 120 с.
11. Бадалян Л. О. Клиническая электронейромиография. М.: Медицина, 1986. 368 с.
12. Нефрология / под ред. Е. М. Шилова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 689 с.
13. Педиатрия / под ред. Н. П. Шабалова. СПб.: СпецЛит, 2002. 895 с.
14. Петров Д. А. Ультразвуковые признаки острого пиелонефрита. М., 1999. С. 126.

15. Панкова Е. Н., Панова И. В., Ячменников Н. Н. О чем говорят анализы? Ростов-н/Д: Феникс, 2008. 252 с.

Translit

1. Ginsburg E. A. Klinicheskoe i jelektromiograficheskoe izuchenie difterijnoj polinevropatii: dis. ... kand. med. nauk. M., 2000. 96 s.
2. Denisenko A. V. Funkcionalnoe sostojanie miokarda u rekonvalescentov differii: dis. ... kand. med. nauk. M., 2001. 130 s.
3. Lukushkina E. F. Vobko B. P., Kolbasova E. V. Diferijnyje kardity u detej: diagnosticheskie i prognosticheskie aspekty // Nizhegorodskij medicinskij zhurnal. 2001. № 2. S. 4–8.
4. Filippov P. G. Porazhenie serdechno-sosudistoj sistemy pri nekotoryh infekcionnyh boleznyah: dis. ... d-ra med. nauk. M., 2001. 485 s.
5. Zryachkin N. I. Difterija: kliniko-jepidemiologicheskie osobennosti sovremennogo techenija, patogenez i obosnovanie racionalnojj gormonoterapii: dis. ... d-ra med. nauk. Saratov, 2000. 318 s.
6. Harchenko G. A., Ibragimova N. F., Chanpalova L. S. Toksicheskie formy differii u privityh detej // Rossijskij vestnik perinatologii i pediatrii. 1995. № 6.
7. Mezhdunarodnaja statisticheskaja klassifikacija boleznej i problem, svjazannyh so zdorov'em (10-j peresmotr) // VOZ, Zheneva. 1995.
8. Shanina L. N. Autoimunitet pri chumnom i holernom vakcinalnom i infekcionnom processah i metody ih korrekcii: avtoref. dis. ... d-ra med. nauk. Saratov, 1985. 20 s.
9. Gekt B. M. Teoreticheskaja i klinicheskaja jelektromiografija. L.: Nauka, 1990. 324 s.
10. Nikolaev S. G., Bannikova I. B.. Jelektromiograficheskoe issledovanie v klinicheskoi praktike: metodiki, analiz, primenenie. Ivanovo, 1998. 120 s.
11. Badaljan L. O. Klinicheskaja jelektronejromiografija. M.: Medicina, 1986. 368 s.
12. Nefrologija / pod red. E. M. Shilova. M.: GJeOTAR-Media, 2008. 689 s.
13. Pediatrija / pod red. N. P. Shabalova. SPb.: SpecLit, 2002. 895 s.
14. Petrov D. A. Ul'trazvukovye priznaki ostrogo pielonefrita. M., 1999. S. 126.
15. Pankova E. N., Panova I. V., Jachmennikov N. N. O chem govoryat analizy? Rostov-n/D: Feniks, 2008. 252 s.

УДК 616–022–053.2–618.3–615.281.8

Оригинальная статья

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГРИППА В ПОСТПАНДЕМИЧЕСКИЙ ПЕРИОД

В. В. Малеев — Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, заместитель директора, академик РАМН, профессор, доктор медицинских наук; **Е. В. Михайлова** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, заведующая кафедрой детских инфекционных болезней, профессор, доктор медицинских наук; **Т. К. Чудакова** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, доцент кафедры детских инфекционных болезней, кандидат медицинских наук; **А. В. Романовская** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, доцент кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета, кандидат медицинских наук; **А. Н. Данилов** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, доцент кафедры эпидемиологии, кандидат медицинских наук; **Г. И. Хрипунова** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического факультета, профессор, доктор медицинских наук; **Н. А. Дубовицкая** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, аспирант кафедры детских инфекционных болезней.

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF INFLUENZA IN POST-PANDEMIC PERIOD

V. V. Maleev — Central Scientific Research Institute of Epidemiology, RAMS Academician, Professor, Doctor of Medical Science; **E. V. Mikhailova** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Head of Department of Children Infectious Diseases, Professor, Doctor of Medical Science; **T. K. Chudakova** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Children Infectious Diseases, Assistant Professor, Candidate of Medical Science; **A. V. Romanovskaya** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Obstetrics and Gynecology of Pediatric Faculty, Assistant Professor, Candidate of Medical Science; **A. N. Danilov** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Epidemiology, Assistant Professor, Candidate of Medical Science; **G. I. Khripunova** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Head of Department of Obstetrics and Gynecology of Pediatric Faculty, Professor, Doctor of Medical Science; **N. A. Dubovitskaya** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Children Infectious Diseases, Post-graduate.

Дата поступления — 20.05.2013 г.

Дата принятия в печать — 30.05.2013 г.

Малеев В.В., Михайлова Е.В., Чудакова Т.К., Романовская А.В., Данилов А.Н., Хрипунова Г.И., Дубовицкая Н.А. Клинико-эпидемиологическая характеристика гриппа в постпандемический период // Саратовский научно-медицинский журнал. 2013. Т. 9, № 2. С. 186–192.

Цель: анализ клинико-эпидемиологической характеристики гриппа в постпандемических сезонах 2010/11/12/13 г. **Материал и методы.** Осуществлен анализ заболеваемости острыми респираторными вирусными инфекциями и гриппом по Саратовской области с 2009 по 2013 г. Проведено клинико-лабораторное обследование 252 пациентов с диагнозом «Грипп»: 152 беременных женщин в разные сроки беременности в возрасте от 18 лет до 41 года и ста детей в возрасте от 5 месяцев до 14 лет. В ходе работы делалась оценка эпидемиологической картины и клинического течения гриппа, а также эффективности проведенной противовирусной терапии. **Результаты.** В постпандемический период 2010–2013 гг. одновременно циркулировали вирусы гриппа А (H1N1/09) pd, гриппа А (H3N2) и гриппа В. В большинстве случаев у взрослых и детей грипп протекал в среднетяжелой форме. Все тяжелые формы гриппа были вызваны гриппом А с развитием вирусно-бактериальных пневмоний, дыхательной недостаточности и нейротоксического синдрома. Поздняя госпитализация и отсутствие противовирусной терапии на догоспитальном этапе являлись факторами повышенного риска развития тяжелых и осложненных форм. **Заключение.** Раннее начало этиотропной противовирусной терапии является одним из главных факторов, обеспечивающих эффективность терапии гриппа и снижение риска осложнений.

Ключевые слова: острые респираторные вирусные инфекции, грипп, дети, беременные, противовирусная терапия.

Maleev V.V., Mikhailova E.V., Chudakova T.K., Romanovskaya A.V., Danilov A.N., Khripunova G.I., Dubovitskaya N.A. Clinical and epidemiological characteristics of influenza in post-pandemic period // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2013. Vol. 9, № 2. P. 186–192.

Objective: To analyze the clinical and epidemiological characteristics in the post-pandemic influenza seasons in 2010/11/12/13 years. **Material and methods:** The analysis of the incidence of acute respiratory viral infections and flu in the Saratov region from 2009 to 2013. A clinical and laboratory examination of 252 patients with a diagnosis of «flu»: 152 pregnant women at different stages of pregnancy at the age of 18 years to 41 years and 100 children aged from 5 months to 14 years. The work was carried out to assess the epidemiological pattern and clinical course of influenza, and the effective operation of antiviral therapy. **Results:** In the post-pandemic period 2010–2013 simultaneously circulating influenza A viruses (N1N1/09) pd, influenza A (H3N2) and influenza B. In most cases, influenza in adults and children is of moderate form. All serious forms of influenza have been caused by influenza A with the development of viral-bacterial pneumonia, respiratory failure and neurotoxic syndrome. Late hospitalization and absence of antiviral therapy in the prehospital are at risk of severe and complicated forms. **Conclusion:** Early initiation of antiviral therapy is one of the main factors for the effectiveness of treatment and reduce the risk of influenza complications.

Key words: acute respiratory viral infection, flu, children, pregnant women, antiviral therapy.

Введение. Заболеваемость острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ) и гриппом ежегодно составляет до 90% в общей сумме инфекционных и паразитарных заболеваний. Острые респираторные инфекции являются одной из основных причин госпитализаций детей, составляя при этом до 7% от всех причин смерти детей в стационарах. Наиболее тяжелой среди них по клиническим проявлениям, частоте осложнений и неблагоприятным исходам болезни является грипп [1–3].

Известно, что ежегодные эпидемии гриппа приводят к росту госпитализации и увеличению смертности, что происходит в основном за счет пациентов из групп риска — детей до 5 лет, беременных женщин, лиц старше 65 лет и пациентов с сопутствующими заболеваниями [2, 3]. В связи с этим совершенствование технологий лечения и профилактики гриппа становится одной из самых актуальных медицинских и социально-экономических задач.

Многочисленные источники посвящены клинико-эпидемиологическому исследованию течения пандемического гриппа А (H1N1/09) pd, и практически отсутствуют публикации, относящиеся к сезонам 2010/11/12/13 гг., последовавшим за пандемическим [1].

Цель работы: провести анализ клинико-эпидемиологической характеристики ОРВИ и гриппа в постпандемических сезонах 2010/11/12/13 г.

Материал и методы. Проведен анализ заболеваемости ОРВИ и гриппом в Саратовской области по данным Государственного доклада «О санитарно-эпидемиологической обстановке в Саратовской области» за период с 2009 по 2012 г. и историй болезней пациентов, госпитализированных с гриппом

в лечебные учреждения города Саратова с января 2010 г. по март 2013 г.

В ходе работы осуществлялась оценка клинического течения гриппа, а также эффективности противовирусной терапии, примененной к больным, госпитализированным в МУЗ «10-я городская клиническая больница» и в МУЗ «5-я детская инфекционная больница» г. Саратова. Всего обследованы 252 пациента с диагнозом «Грипп». Проведено клинико-лабораторное наблюдение 152 беременных женщин в разные сроки беременности в возрасте от 18 лет до 41 года и ста детей в возрасте от 5 месяцев до 14 лет.

Лабораторная верификация проведена всем больным методами иммунохроматографии и ПЦР мазка из носа. Изучали общеклинические лабораторные показатели и показатели эндогенной интоксикации: лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), рассчитанный по формуле Я.Я. Кальф-Калифа, и гематологический показатель интоксикации (ГПИ) [4]. Всем больным проводили пульсоксиметрию при поступлении и по показаниям в динамике.

Статистическую обработку полученных результатов проводили на персональном компьютере при использовании пакета электронных таблиц Microsoft Excel 7.0 и графического редактора Microsoft Graf 5.0. Определяли средние значения, стандартную ошибку, стандартное отклонение, максимальное и минимальное значения, доверительный интервал, двухвыборочный t-тест Стьюдента.

Результаты. В постпандемических сезонах 2010/11/12 г. на территории Саратовской области отмечено снижение заболеваемости ОРВИ на 25–30% по сравнению с 2009 г. с наибольшим показателем заболеваемости в 2011 г. За 2011 г. наблюдалось увеличение заболеваемости ОРВИ на 19,7% по сравнению с 2010 г.: выявлено 514546 случаев заболева-

Ответственный автор — Михайлова Елена Владимировна
Адрес: 410012, Саратов, ул. Б. Казачья, 112.
Тел.: 8-8452-66-97-71
E-mail: evm808@mail.ru

Таблица 1

Заболеваемость острыми респираторными вирусными инфекциями населения Саратовской области в 2009–2012 гг.

Показатели	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.
Заболеваемость ОРВИ по Саратовской области	579547	431307	514546	404369
Заболеваемость ОРВИ на 100000 населения Саратовской области	22429,9	16763,7	20063,1	16051,9
Заболеваемость ОРВИ на 100000 населения по РФ	23430,6	19892,2	21654,4	19896,3
Заболеваемость ОРВИ среди детей до 17 лет в Саратовской области	349296	295579	352151	31442
Заболеваемость ОРВИ у детей до 17 лет в Саратовской области на 100000 детского населения	99703,7	83913,4	89209,5	72534,4
Заболеваемость ОРВИ у детей до 17 лет в РФ на 100000 детского населения	96534,3	88534,9	83116,3	78658,9

Таблица 2

Заболеваемость гриппом населения Саратовской области в 2009–2012 гг.

Показатели	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.
Заболеваемость гриппом по Саратовской области	1613	153	1260	138
Заболеваемость гриппом на 100000 населения по Саратовской области	62,4	5,95	49,13	5,48
Заболеваемость гриппом на 100000 населения по РФ	416,8	19,28	217,6	17,25
Заболеваемость гриппом у детей до 17 лет по Саратовской области	554	97	668	99
Заболеваемость гриппом у детей до 17 лет по Саратовской области на 100000 детского населения	158,1	27,54	189,11	22,84
Заболеваемость гриппом у детей до 17 лет по РФ на 100000 детского населения	1144,7	41,9	509,3	49,49

ния ОРВИ с относительным показателем 20063,1 на 100000 населения (табл. 1).

За 2012 г. по Саратовской области зарегистрировано снижение показателя заболеваемости ОРВИ на 19,9% по сравнению с 2011 г. до 404369 случаев заболевания ОРВИ с относительным показателем 16051,9 на 100000 населения, что ниже на 19,3% среднероссийского показателя (см. табл. 1).

До 77,8% от всех случаев ОРВИ в Саратовской области составили дети до 17 лет (см. табл. 1).

За I квартал 2013 г. в Саратовской области отмечено увеличение заболеваемости ОРВИ в 6,7 раза среди детей до 17 лет: зарегистрировано 209845 случаев ОРВИ у детей, с относительным показателем 48388,9 на 100000 детского населения.

В постпандемический период в 2010 г. на территории Саратовской области отмечено снижение заболеваемости гриппом в 10,5 раза по сравнению с 2009 г. и повышение показателя заболеваемости в 2011 г. Наибольшее число заболевших зарегистрировано в первые три месяца эпидемического сезона 2011 г. (табл. 2)

За 2012 г. по Саратовской области зарегистрировано снижение заболеваемости гриппом в 8,9 раза по сравнению с 2011 г. (с относительным показателем 5,48 на 100000 населения), что в 3,1 раза меньше, чем в Российской Федерации (относительный показатель заболеваемости 17,25 на 100000 населения) (см. табл. 2).

В 2012 г. грипп регистрировали в 8 районах Саратовской области из 40 (в 2011 г. — в 26 районах).

Наибольшая заболеваемость гриппом в 2012 г. была выявлена среди детского населения. Среди больных гриппом удельный вес детей составил 71,7%.

В постпандемический период 2010/11/12 гг. на территории Саратовской области произошла смена циркулирующих штаммов вирусов гриппа. Так, в сентябре — декабре 2009 г. в структуре заболевших ОРВИ преобладали вирусы гриппа А (H1N1/09) pd (97,3% случаев), в единичных случаях выделяли вирусы гриппа А (H3N2) (0,7%) и гриппа В (0,4%). В январе — апреле 2009 г. преобладали вирусы гриппа А (H3N2) (60,4%) и грипп А (не субтипированный) (22,4%), значительно реже выделяли вирусы гриппа А (H1N1/09) pd (10,5%) и В (6,7%). Среди возбудителей ОРВИ также были идентифицированы вирусы парагриппа (3,4%), аденовирусы (0,7%), респираторно-синтициальные вирусы (0,9%).

В 2010 г. в структуре заболевших гриппом преобладали вирусы гриппа В (42,1%) и А (H3N2) (28,9%), грипп А (H1N1/09) pd составил 21,9% случаев, грипп А (H1N1) сезонный — 7%.

Среди возбудителей ОРВИ в 2010 г. было идентифицировано вирусов парагриппа 37,5%, аденовирусов 7,5%, респираторно-синтициальных вирусов 9,5%.

В 2011 г. в структуре больных гриппом преобладали вирусы А (H1N1/09) pd (25,2%) и В (23,1%), грипп А (H3N2) составил 4,4% случаев, грипп А (H1N1) 2,8%. Среди возбудителей ОРВИ также выделяли вирусы парагриппа (31,6%), аденовирусы (3,6%), респираторно-синтициальные вирусы (10,2%).

В 2012 г. у больных гриппом идентифицировано 138 вирусов, в структуре возбудителей вирусы гриппа А (H3N2) составили 11,6%: грипп В 6,2%, грипп А (H1N1/09) рд 6,2%, грипп А (H1N1) 0,4%. Среди возбудителей ОРВИ преобладали вирусы парагриппа (68%), аденовирусы выделены в 6,5% случаев, респираторно-синтициальные вирусы в 1,1%.

За 1 квартал 2013 г. зарегистрировано увеличение показателя заболеваемости гриппом в 4,9 раза среди детей до 17 лет. Зарегистрировано 685 случаев гриппа у детей, с относительным показателем 107,7 на 100000 детского населения. Преобладали грипп А (90% случаев): грипп А не субтипированный выделен в 66% случаев, грипп А (H1N1/09) рд в 24%, грипп В в 10%.

Госпитализацию больных ОРВИ и гриппом старше 17 лет в г. Саратове проводит МУЗ «10-я городская клиническая больница». За период с января 2010 г. по апрель 2013 г. на стационарном лечении в МУЗ «10-я городская клиническая больница» г. Саратова находились 2978 больных ОРВИ. У 570 (19,1%) пациентов вирусологически был подтвержден грипп. В большинстве случаев, у 350 (61,4%) больных, преобладал грипп В, с меньшей частотой встречались грипп А (H1N1/09) рд — у 148 (26%) больных и грипп А (H3N2) — у 72 (12,6%). В 2013 г. превалировал грипп А (H1N1/09) рд, идентифицированный в 70 (40%) случаях.

Среди взрослых больных, госпитализированных в стационар, чаще оказывались женщины, а также лица, относящиеся к группам повышенного риска заболеваемости гриппом: беременные, пациенты с избыточной массой тела (73%) и имеющие соматические хронические заболевания (47,4%). На догоспитальном этапе менее 20% больных получали противовирусную терапию, и большая часть пациентов (59,2%) была госпитализирована позднее 48 часов от начала заболевания.

Под нашим наблюдением находились 152 беременные женщины с гриппом, госпитализированные в МУЗ «10-я городская клиническая больница» г. Саратова с 2010 по 2013 г. У обследованных больных преобладал грипп А (H1N1/09) рд — в 72 (47,4%) случаях. Грипп А (H3N2) идентифицирован в 35 (23%) случаях, грипп В — в 45 (29,6%). Средний возраст беременных женщин составил 25,8±1 год.

Из обследованных женщин первобеременные составили 65 (42,8%) больных, повторобеременные — 87 (57,2%). Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез был выявлен в 81 (53,3%) случае, угроза прерывания беременности — в 41 (27%), сопутствующая патология (метаболический синдром) — в 111 (73%).

Среди беременных, перенесших грипп, 66 женщин находились на 13–24-й неделях беременности (II триместр), 59 женщин — на 25–40-й неделях беременности (III триместр), на сроке до 12 недель (I триместр) — 27 беременных.

Грипп у беременных протекал чаще в легкой форме — в 48 (31,6%) случаях, в среднетяжелой форме — в 84 (55,3%), в тяжелой форме — в 20 (13,2%). Все тяжелые формы гриппа были вызваны гриппом А (H1N1/09) рд. Симптомы интоксикации в виде вялости и слабости наблюдали в 98,5 и 88,1% случаев, бледность кожных покровов в 31,3%, снижение аппетита и головную боль в 20,9%, боль в глазных яблоках в 14,9%.

Субфебрильная температура зарегистрирована в 31,3% случаев, фебрильная в 40,3%, гектическая в 23,9%.

При гриппе у беременных поражение верхних дыхательных путей проявлялось преимущественно синдромами ринита в 44 (65,7%) случаях и фарингита — в 57 (85,1%), тонзиллит наблюдали у 1 (1,5%) беременной. Поражение нижних дыхательных путей проявлялось ларингитом у 1 (1,5%) беременной, трахеитом у 6 (9%), преобладали синдромы бронхита у 43 (64,2%) и пневмонии у 39 (58,2%) беременных.

Для пневмонии было характерно развитие дыхательной недостаточности I–II степени на 4–5-й дни болезни. Геморрагический синдром у больных не был выявлен.

При лабораторно-инструментальном обследовании у беременных женщин, больных гриппом, в общем анализе крови выявлены умеренный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ, в биохимическом анализе крови — гипопропротеинемия (снижение общего белка и альбуминов).

При тяжелых формах пневмонии было характерно развитие дыхательной недостаточности 2-й ст. и снижение сатурации кислорода по данным пульсоксиметрии 80%. При рентгенологическом обследовании органов грудной полости чаще наблюдали полисегментарную пневмонию.

За период с 2010 по 2013 г. в Саратовской области случаев летального исхода у беременных женщин с гриппом не отмечено.

На догоспитальном этапе больные с полисегментарной пневмонией не получали противовирусную терапию и были госпитализированы позднее 48 часов от начала заболевания.

В стационаре всем больным гриппом была проведена комплексная терапия: противовирусная (тамифлю, арбидол, виферон, циклоферон), муколитическая (амбробене), при осложненном течении — антибактериальная (цефтриаксон, клаксид, азитромицин), при тяжелой пневмонии — гормонотерапия (дексаметазон), оксигенотерапия — по данным пульсоксиметрии. Благоприятный исход заболевания у беременных наблюдали в 100% случаев.

В постпандемический период по сравнению с пандемическими годами процент назначения больным гриппом этиотропной противовирусной терапии стал значительно выше. Все больные со среднетяжелой формой гриппа и ОРВИ получали с 1-го дня поступления с противовирусной целью ингаверин или арбидол, а в случаях тяжелого течения — тамифлю. Всем беременным, больным гриппом, в стационаре назначали противовирусную терапию (тамифлю) и при развитии бактериальных осложнений — антибактериальную терапию (цефтриаксон, клаксид, азитромицин).

раннее начало этиотропной терапии гриппа (арбидол, тамифлю, ингаверин) сводило к минимуму риск развития осложнений и показало эффективность лечения.

Проведено клинико-лабораторное наблюдение за ста детьми в возрасте от 5 месяцев до 14 лет, больными гриппом, госпитализированными в МУЗ «5-я детская инфекционная больница» г. Саратова в постпандемический период с января по март 2013 г.

Отбор больных в исследовании осуществлялся методом случайной выборки. Мальчиков было 59 (59%), девочек 41 (41%).

Клиническая характеристика больных гриппом детей

Клинические симптомы	Среднетяжелая форма (n=85)	Тяжелая форма (n=15)
Повышение температуры: до 38,0 С	3 (3,5%)	-
38,1–39,0 С	57 (67,1%)	6 (40%)
39,1–40,0 С	25 (29,4%)	9 (60%)
Судороги	-	6 (40%)
Гемодинамические нарушения	60 (70,6%)	15 (100%)
Геморрагический синдром	2 (2,3%)	-
Головная боль	81 (95,3%)	15 (100%)
Боль в глазных яблоках	67 (78,8%)	5 (33,3%)
Миалгия	67 (78,8%)	13 (86,7%)
Рвота	9 (10,6%)	4 (26,7%)
Кашель	85 (100%)	15 (100%)

65 (65%) больных гриппом были дети в возрасте от 1 года до 6 лет: в возрасте от 5 до 12 месяцев — 5 (5%) больных, от 1 года до 3 лет — 38 (38%), от 4 до 6 лет — 27 (27%) и от 7 до 12 лет — 30 (30%). Часто болеющие дети составили 34% больных гриппом. Анемия диагностирована у 13% детей, паратрофия у 1%. Отягощенный аллергологический анамнез выявлен у 40% обследованных детей. У 52% детей преморбидный фон не был отягощен.

Этиологический диагноз был расшифрован у всех обследованных детей методами иммунохроматографии мазка из носа и ПЦР: грипп А диагностирован в 90 (90%) случаев (грипп А (H1N1/09) pd — у 24 больных, грипп А не субтипированный — у 66), грипп В — у 10 (10%).

В большинстве случаев у детей грипп протекал в среднетяжелой форме в 85 (85%) случаях, в 15 (15%) случаях была зарегистрирована тяжелая форма.

Все тяжелые формы гриппа были вызваны вирусом гриппа А: в 6 случаях при развитии нейротоксического синдрома (грипп А (H1N1/09) pd — у 1 больного, грипп А не субтипированный — у 5 больных), в 8 случаях при осложнении гриппа внебольничной вирусно-бактериальной полисегментарной пневмонией (грипп А (H1N1/09) pd — у 2 больных и грипп А не субтипированный — у 6 больных) и долевой пневмонией в 1 случае (А (H1N1/09) pd).

71% больных гриппом детей госпитализированы в стационар в первые двое суток заболевания. Катаральные симптомы поражения верхних дыхательных путей при поступлении были выявлены у всех больных: преобладали синдромы ринофарингита в 89% случаях, фарингит — в 11%, ларингит — 2%. Трахеит наблюдали у 65% пациентов.

У 54 (54%) детей выявлено поражение нижних дыхательных путей: бронхит у 43 (43%), пневмония у 11 (11%). В большинстве случаев поражение нижних дыхательных путей было диагностировано в первые трое суток заболевания и расценено как вирусное.

Тяжелые формы гриппа у детей были установлены при развитии нейротоксического синдрома (НС) в 6 (6%) случаях или осложнении вирусно-бактериальной этиологии в виде полисегментарной — в 8 (8%) случаях или долевой пневмонии — в 1 (1%).

В клинической картине у детей, больных с тяжелыми и среднетяжелыми формами гриппа, были характерны острое начало заболевания, фебрильная

лихорадка, вялость, головная боль, сухой кашель и гемодинамические нарушения.

Основными клиническими симптомами тяжелой формы гриппа у детей были: острое начало заболевания с повышения температуры тела выше 39 градусов С, появления вялости, миалгии, головной боли, сухого кашля, гемодинамических нарушений, быстрое развитие нейротоксического синдрома на 1–2-е сутки болезни (у 40% больных) или осложнений в виде полисегментарной (у 53,3% больных) или долевой пневмонии (6,7% больных) на 2–4-е сутки заболевания (табл. 3).

Основными клиническими проявлениями среднетяжелой формы гриппа у детей являлось острое начало заболевания с повышения температура до 39 градусов С, появления вялости, головной боли и сухого кашля, обусловленного трахеитом, развитие осложнений чаще в виде бронхита (в 50,1% случаев) и, в единичных случаях, в виде сегментарной пневмонии (2,3%) и отита (1,2%) (см. табл. 3).

Геморрагический синдром регистрировали в единичных случаях при среднетяжелой форме гриппа у детей в виде петехиальной сыпи на лице у 1 больного (1,2%) и носового кровотечения у 1 больного (1,2%) (см. табл. 3).

При тяжелой форме гриппа у детей симптомы интоксикации были сильнее выражены и более продолжительными: фебрильная лихорадка (в течение $4,87 \pm 0,48$ суток), вялость ($5,28 \pm 0,54$ суток), гемодинамические нарушения ($2,56 \pm 0,15$ суток), у больных с пневмонией было характерно появление сухого, затем влажного кашля (в течение $7,62 \pm 0,15$ суток), локальных симптомов поражения нижних дыхательных путей, дыхательной недостаточности I–II степени ($4,52 \pm 0,24$ суток).

НС при гриппе у детей проявлялся гипертермией, вялостью, слабостью, адинамией или возбуждением, сильной головной болью, гемодинамическими нарушениями и развитием судорожного синдрома с кратковременным нарушением сознания.

Гипертермия выше 39,0 градусов С и кратковременные генерализованные клонико-тонические судороги на фоне высокой температуры были зарегистрированы у детей, больных гриппом с НС. Судороги были отмечены впервые во время данного заболевания на фоне гипертермии, продолжительность судорог составила от 2 до 10 минут.

Гемодинамические нарушения в виде бледности кожных покровов, периорального и периорбитального цианоза диагностированы у 83,3% больных гриппом детей, мраморность кожных покровов и похолодание конечностей — у 66,7%.

Жалобы на слабость и головную боль выявлены у всех детей, больных гриппом с НС, боль в глазных яблоках — у 50%, адинамия — у 33,3%, беспокойство, возбуждение, рвота, снижение аппетита до анорексии, боли в мышцах — у 16,7%.

Наиболее продолжительными симптомами интоксикации у детей, больных гриппом с НС, были вялость ($4,7 \pm 0,22$ суток), лихорадка ($3,0 \pm 0,81$ суток) и гемодинамические нарушения ($1,80 \pm 0,95$ суток).

Учитывая острое начало заболевания, симптомы интоксикации, судорожный синдром и положительные менингеальные симптомы, с диагностической целью для исключения менингита детям, больным гриппом с НС, проводили спинномозговую пункцию и исследование ликвора.

У больных гриппом с НС ликвор вытекал под давлением (более 100 капель в минуту), бесцветный, прозрачный. При исследовании клеточного состава ликвора патологии не выявлено.

Ацетонемический синдром диагностирован у 8% детей, больных гриппом. Ацетонемический синдром характеризовался появлением запаха ацетона изо рта, нарастанием вялости, сонливости, снижением аппетита, тошнотой, повторной рвотой и появлением кетонурии и был подтвержден лабораторными данными: кетонурией (свыше 10 ммоль/л), изменением показателей КОС в виде декомпенсированного метаболического ацидоза (снижение рН до $7,28 \pm 0,02$ и ВЕ до $-8,26 \pm 2,12$ ммоль/л) ($p < 0,01$).

При тяжелых формах пневмонии было характерно развитие дыхательной недостаточности 2 ст. со снижением сатурации кислорода по данным пульсоксиметрии до 80–85%. В общем анализе крови у больных гриппом детей выявлены умеренный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево (16% случаев), лейкопения (14%), ускорение СОЭ (21%), тромбоцитопения (16%), тромбоцитоз (8%), анемия (13%).

При тяжелых формах гриппа с пневмонией в ранние сроки заболевания (в течение первых трех суток) у больных наблюдали снижение лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) в 2 раза для 78% больных и снижение гематологического показателя интоксикации (ГПИ) в 1,6 раза для всех больных, что свидетельствовало о вирусной этиологии пневмонии.

При тяжелых формах гриппа с НС у детей отмечено либо снижение показателей ЛИИ и ГПИ при развитии судорожного синдрома на 1–2-е сутки заболевания, либо повышение показателей ЛИИ и ГПИ при появлении судорожного синдрома на 4-е сутки болезни на фоне лейкоцитоза.

Для тяжелых форм гриппа у детей было характерно сохранение измененных гематологических показателей интоксикации более 5–6 дней: ЛИИ — для 45% больных, ГПИ — для 68%.

Всем детям, больным гриппом, была проведена комплексная терапия: противовирусная (тамифлю, арбидол, генферон лайт, орвирем), муколитическая (амбробене), при длительности высокой лихорадки более трех дней — антибактериальная (цефтриаксон, амикацин), при тяжелой пневмонии с дыхательной недостаточностью и снижением сатурации кислорода по данным пульсоксиметрии — оксигенотерапия, инфузионная терапия в режиме дезинтоксикации, при нейротоксическом синдроме — инфузи-

онная терапия в режиме дегидратации с введением солуретиков и противосудорожная терапия.

Благоприятный исход заболевания на фоне проведенной терапии наблюдали у всех больных гриппом детей.

Обсуждение. В 2010/11/12/13 гг. на территории Саратовской области произошла смена циркулирующих штаммов вирусов гриппа, одновременно циркулировали вирусы гриппа А (H1N1/09) pd, гриппа А (H3N2), гриппа В. За I квартал 2013 г. зарегистрировано увеличение общего показателя заболеваемости гриппом в 4,9 раза среди детей до 17 лет в сравнении с годовым показателем в 2012 г. В 2013 г. у 47% взрослых и 24% детей, больных гриппом, идентифицирован грипп А (H1N1/09) pd.

Среди госпитализированных чаще оказывались лица, относящиеся к группам повышенного риска заболеваемости гриппом: дети младшего и дошкольного возраста с отягощенным преморбидным фоном, беременные, лица с избыточной массой тела и имеющие хронические соматические заболевания.

В большинстве случаев у взрослых и детей грипп протекал в среднетяжелой форме. Все тяжелые формы гриппа были вызваны гриппом А.

Тяжелые формы гриппа у взрослых больных были обусловлены развитием вирусно-бактериальных пневмоний с дыхательной недостаточностью и значительным снижением сатурации кислорода. Поздняя госпитализация и отсутствие противовирусной терапии на догоспитальном этапе были факторами повышенного риска развития тяжелых и осложненных форм.

Тяжелые формы гриппа у детей характеризовались развитием нейротоксического синдрома и вирусно-бактериальной полисегментарной или доле-вой пневмонии на 4–5-е сутки заболевания.

Заключение. Таким образом, в постпандемический период гриппа 2010/11/12/13 гг. на территории Саратовской области произошло снижение показателя заболеваемости гриппом и смена циркулирующих штаммов вирусов. Чаще регистрируются легкие и среднетяжелые формы заболевания и отсутствует летальность.

В постпандемический период процент назначения больным гриппом этиотропной противовирусной терапии в ранние сроки заболевания стал значительно выше. Раннее начало противовирусной терапии является одним из главных факторов, обеспечивающих эффективность терапии гриппа и снижение риска осложнений.

Конфликт интересов. Коммерческой заинтересованности отдельных физических или юридических лиц в результатах работы нет. Описание объектов патентного или другого вида прав (кроме авторского) отсутствует.

Библиографический список

1. Клиника и гемореологические нарушения у детей при гриппе и острых респираторных вирусных инфекциях / А.Н. Данилов, Е.В. Михайлова, Т.К. Чудакова [и др.] // Инфекционные болезни. 2012. № 4. С. 23–27.
2. Проблема ОРВИ и гриппа А (H1, N1) в современном акушерстве / Е.В. Михайлова, И.А. Салов, А.В. Романовская, Н.А. Дубовицкая // Саратовский научно-медицинский журнал. 2012. Т. 8, № 2. С. 218–224.
3. Романцов М.Г., Сологуб Т.В. Экстренная неспецифическая профилактика и лечение гриппа и ОРВИ. СПб., 2008. 40 с.
4. Васильев В.С., Комар В.И. Критерии оценки тяжести болезни и выздоровления при скарлатине // Здоровоохранение Белоруссии. 1983. № 2. С. 38–40.

Translit

1. Klinika i gemoreologicheskie narusheniya u detej pri grippe i ostryh respiratornyh virusnyh infekcijah / A. N. Danilov, E. V. Mihajlova, T. K. Chudakova [i dr.] // Infekcionnye bolezni. 2012. № 4. S. 23–27.

2. Problema ORVI i gripa A (N1, N1) v sovremennom akusherstve / E. V. Mihajlova, I. A. Salov, A. V. Romanovskaja, N. A. Du-

bovickaja // Saratovskij nauchno-medicinskij zhurnal. 2012. T. 8, № 2. S. 218–224.

3. Romancov M. G., Sologub T. V. Jekstrennaja nespecifichekajaja profilaktika i lechenie gripa i ORVI. SPb., 2008. 40 s.

4. Vasiljev V. S., Komar V. I. Kriterii ocenki tjazhesti bolezni i vyzdorovenija pri skarlatine // Zdravoohranenie Belorussii. 1983. № 2. S. 38–40.

УДК 614.47

Обзор

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КАЛЕНДАРЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК РОССИИ: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ, РЕЗУЛЬТАТЫ РЕАЛИЗАЦИИ В САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ (ОБЗОР)

В. Ф. Учайкин — ГБОУ ВПО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова Минздрава России, заведующий кафедрой детских инфекций, член-корр. РАМН, президент Ассоциации педиатров-инфекционистов, профессор, доктор медицинских наук; **О. В. Шамшева** — ГБОУ ВПО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова Минздрава России, заведующая кафедрой инфекционных болезней у детей № 2 педиатрического факультета, профессор, доктор медицинских наук; **Е. В. Михайлова** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, заведующая кафедрой детских инфекционных болезней, профессор, доктор медицинских наук; **Н. М. Шведова** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, ассистент кафедры детских инфекционных болезней, кандидат медицинских наук.

NATIONAL CALENDAR OF PREVENTIVE VACCINATION: PROBLEMS, SOLUTIONS AND RESULTS IN SARATOV REGION (REVIEW)

V. F. Uchaikin — Russian National Medical Research University n.a. N. I. Pirogov, Head of Department of Children Infectious Diseases, RAMS Corresponding Member, Professor, Doctor of Medical Science; **O. V. Shamsheva** — Russian National Medical Research University n.a. N. I. Pirogov, Head of Department of Children Infectious Diseases № 2 of Pediatric Faculty, Professor, Doctor of Medical Science; **E. V. Mikhailova** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Head of Department of Children Infectious Diseases, Professor, Doctor of Medical Science; **N. M. Shvedova** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Children Infectious Diseases, Assistant, Candidate of Medical Science.

Дата поступления — 20.05.2013 г.

Дата принятия в печать — 30.05.2013 г.

Учайкин В. Ф., Шамшева О. В., Михайлова Е. В., Шведова Н. М. Национальный календарь профилактических прививок России: проблемы и пути их решения, результаты реализации в Саратовской области (Обзор) // Саратовский научно-медицинский журнал. 2013. Т. 9, № 2. С. 192–196.

Национальный календарь профилактических прививок России включает 11 нозологических форм, против которых проводится массовая вакцинация детей. И тем не менее в настоящее время сохраняется высокая заболеваемость туберкулезом, коклюшем, растет заболеваемость корью. В статье анализируются причины, по которым возникла данная ситуация, приводятся возможные пути решения.

Ключевые слова: вакцинация, туберкулез, полиомиелит, дифтерия, столбняк, корь, краснуха, эпидемический паротит, гепатит В, грипп, гемофильная инфекция, пневмококковая инфекция, ротавирусная инфекция.

Uchaikin V. F., Shamsheva O. V., Mikhailova E. V., Shvedova N. M. National calendar of preventive vaccination: problems, solutions and results in Saratov region (Review) // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2013. Vol. 9, № 2. P. 192–196.

National immunization calendar of Russia includes 11 entities that are carried out against the mass vaccination of children. And at the present time there is a high incidence of tuberculosis, whooping cough, measles incidence is increasing. In the article the causes have been analyzed, some possible solutions have been drawn.

Key words: immunization, tuberculosis, poliomyelitis, diphtheria, tetanus, whooping cough, measles, rubella, mumps, hepatitis B, influenza, Haemophilus influenzae, pneumococcal disease, rotavirus diarrhea.

Инфекционные болезни широко распространены на земном шаре. Еще недавно эпидемии натуральной оспы, холеры, чумы, полиомиелита и многих других инфекций уносили миллионы человеческих жизней и наносили непоправимый урон здоровью и экономическому процветанию человечества. Сегодня жизни многих людей угрожают эпидемии гриппа, менингококковой инфекции, кори, ВИЧ-инфекции и многих других.

Первый успех в борьбе с инфекционными заболеваниями был одержан в 1738 г., когда английский врач Э. Дженнер привил человеку коровью оспу, тем

самым предупредив заражение натуральной оспой. Вслед за ним Луи Пастер показал в 1891 г., что «если понизить ядовитость микроба, то он превращается в средство защиты от болезни, им вызванной».

В настоящее время уже 46 заболеваний контролируются вакцинами и известно более 500 заболеваний, против которых вакцины находятся на различных стадиях разработок.

Налицо результаты проведения ежегодных массовых вакцинаций против многих инфекционных болезней. Вслед за ликвидацией натуральной оспы в 1980 г., с 1991 по 2001 г. ВОЗ сертифицировала как территории, свободные от дикого полиомиелита, страны Западного полушария, Тихоокеанский регион, Европу, Россию и Китай. На очереди ликвидация дифтерии, кори, эпидемического паротита, столбня-

Ответственный автор — Шамшева Ольга Вячеславовна
Адрес: 117648, г. Москва, мкрн. Северное Чертаново, 1а, корп. 2, кв. 480
Тел.: 89165162257
E-mail: ch-infection@mail.ru