

пациентами отделений хирургического профиля (абдоминальное, гинекологическое, урологическое). Следовательно, ситуации, когда хирургические болезни протекают под маской острой кишечной инфекции, возникают в клинической практике довольно часто.

**Литература:**

1. Беляева А.Н. Руководство к практическим занятиям по общей хирургии: учеб. пособие // Саранск: Изд-во Мордов. ун-та, 2005. – 292 с.
2. Берман Р.Е. Педиатрия / Р.Е. Берман, В.К. Воган // Т.3. – М.: Медицина, 1992. – 638 с.
3. Васильев В.С. Практика инфекциониста / В.С. Васильев, В.И. Комар, В.М. Циркунов // Мн.: Выш шк., 1994. – 495 с.
4. Гостищев В.К. Общая хирургия // Учебник. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 608 с.
5. Зубарева П.Н. Общая хирургия: Учебник для медицинских вузов / П.Н. Зубарева, М.И. Лыткина, М.В. Епифанова // СПб.: СпецЛит, 1999. – 472 с.

УДК 616-03

**Ю.А. Надеева, А.Т. Мухаммад, В.В. Белоусов, В.С. Удилов  
К ПРОБЛЕМАМ ЛЕЧЕНИЯ АМЕБНОЙ ДИЗНТЕРИИ.  
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.**

Кафедра инфекционных болезней и клинической иммунологии  
Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская Федерация

**Yu.A. Nadeeva, A.T. Muhammad, V.V. Belousov, V.S. Udilov  
TO THE PROBLEM OF TREATMENT OF AMOEBIC DYSENTERY.  
CASE REPORT.**

Department of Infectious Diseases and Clinical Immunology  
Ural state medical university  
Yekaterinburg, Russian Federation

**Контактный E-mail:** nadeyulya@yandex.ru

**Аннотация.** Статья посвящена проблемам выбора релевантной терапии амебиаза на примере клинического случая.

**Annotation.** The article is devoted to the problems of selecting the relevant therapy amebiasis by the example of the casereport.

**Ключевые слова:** Амебиаз, клинический случай, метронидазол, преднизолон.

**Keywords:** Amebias, case report, metronidazole, prednisolone.

Дизентерийная амёба может существовать в трёх формах: тканевой, просветной и цисты. Тканевая форма амёбы обнаруживается у больных амёбиазом, выделение цист и просветных форм является признаком носительства. С целью лечения неинвазивного амёбиаза (санации бессимптомных носителей амёб и хронического кишечного амёбиаза в стадии ремиссии) применяют просветные амёбоциды. Более эффективными препаратами этой группы являются: этофамид – китнос и дилоксанидфураат – фураамид, однако в РФ ни один из них не зарегистрирован [1].

Ведущее место в комплексном лечении тканевого амёбиаза занимает этиотропная терапия системными амёбоцидами. Препаратами выбора из этой группы являются 5-нитроимидазолы (метронидазол, тинидазол, орнидазол)[4]. Учитывая их фармакодинамические показатели, лечение начинают с перорального приема. Парентеральное введение применяют у больных с тяжелым клиническим течением инфекции, с целью увеличить биодоступность препарата и как следствие обеспечить значительное противопротозойное действие.

Помимо препаратов из группы 5-нитроимидазолов, выраженное противопротозойное действие оказывает хлорохин (делагил). За счет ингибирования синтеза нуклеиновых кислот он обеспечивает неспецифическое противовоспалительное и иммунодепрессивное действие, что при развитии тяжелых форм амёбной дизентерии оказывает необходимое влияние на управление инфекционным процессом[1].

Неоднородность течения заболевания, его патоморфологических и клинических проявлений в разных географических регионах, а также наличие штаммов, резистентных к стандартным схемам химиотерапии, обуславливают необходимость варьировать схемы лечения с учетом конкретного случая амёбной дизентерии, учитывая ответ инфекции на проводимую эмпирическую терапию[2].

**Цель исследования** – изучение тактики подбора релевантной терапии амёбиаза на примере анализа клинического случая острой амёбной дизентерии с тяжелым течением, рецидивирующей, осложненной.

#### **Материалы и методы исследования**

Женщина, 33 года, 01.10.2015 поступила в инфекционное отделение с жалобами на жидкий стул с прожилками крови до 10 раз в сутки, не приносящий облегчение, высокие цифры температуры тела (38-39°C), озноб, однократную рвоту съеденной пищей, умеренные схваткообразные боли в животе, общую слабость. Начало болезни отмечает с 20.09, на вторые сутки после перелета в г. Кемер (Турция). Начало острое, появился трехкратный жидкий стул, диффузная боль в животе постоянного характера, снизился аппетит, принимала лопедиум, положительного эффекта не отмечала. Позднее появилась лихорадка (38,5°C), боли в животе приобрели спастический характер. Стул жидкий, с большим количеством слизи, кратностью 7-10 раз в сутки, не приносящий облегчения. Обратилась за медицинской помощью к местным

врачам, были назначены антибактериальные препараты без эффекта: все вышеперечисленные симптомы сохранялись. С 28.09 стала отмечать изменение характера стула: появление крови в виде прожилок на фоне слизи; сохранялись фебрильные цифры лихорадки, отметила уменьшение объема мочи. По возвращению из Турции (на 11 день болезни) сразу же обратилась за госпитализацией.

Из эпидемиологического анамнеза: случай заболевания первый, с инфекционными больными не контактировала. Половой партнер постоянный.

В Турции проживала в отеле, употребляла бутилированную воду, воду из кулера (не кипяченую), везде находилась с мужем, муж здоров. Купалась в бассейне и Средиземном море.

Объективно на момент поступления: общее состояние средней степени тяжести, за счет обезвоживания 2 стадии, выраженности интоксикационного синдрома. Живот не увеличен, не вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень не увеличена, безболезненна. Селезенка не пальпируется. Ректальный осмотр «перчатка чистая». В приемном отделении стул с прожилками крови на фоне слизи. Анализ кала на наличие дизентерийной амебы: обнаружена вегетативная форма амебы. Установлен диагноз: острая амебная дизентерия. Назначена этиотропная терапия (метронидазол 750мгх3р/сут), симптоматическая, патогенетическая терапия.

На фоне терапии положительная динамика за счет регресса диарейного синдрома, нормализации температуры тела, ослабление синдрома интоксикации. Стул кашицеобразный, кратностью 4-5 раз в сутки, без примеси крови, слизи. Живот не увеличен, не вздут, при пальпации безболезненный. В посевах фекалий амебы не визуализируются. Отмена курса антибактериальной терапии (курс 14 дней), больная оставлена под динамическое наблюдение. В течение нескольких дней возобновляются жалобы на жидкий стул до 5-6 раз в день, кашицеобразной консистенции с прожилками крови, повышение t до 37,5°C, общую слабость, снижение аппетита. Учитывая длительность течения заболевания (30 день болезни), сохраняющийся диарейный синдром, наличие в стуле патологических примесей, субфебрилитета, принято решение о проведении: RRS, ирригоскопии, ФКС. Заключение RRS: язвенный проктосигмоидит. Заключение ирригоскопии: рентгенологические признаки язвенного колита, тотальное поражение; возможно терминальные илеит. Заключение колоноскопии: тотальное поражение язвенным процессом толстой кишки, диф. диагноз ЯК и амебиаза. На консилиуме с колопроктологом было принято решение, что пациентка демонстрирует клинику тяжелого течения амебиаза, осложненного тотальным эрозивно-язвенным поражением толстого кишечника. Был назначен метронидазол 750,0 мг x 3р в/в., проципро 400x2р в/в. 24 сутки пребывания в стационаре: общее состояние без изменений, сохраняется диарейный синдром: стул жидкий, с примесью крови и слизи 4-5 раз в сутки, боли в животе спастического характера, фебрильные цифры

лихорадки, выраженная слабость, появляется рвота на вводимые лекарственные препараты. В ОАК воспалительные изменения лейкоцитоз, повышение СОЭ, снижение гемоглобина. При повторной консультации колопроктолога, на основании клинической картины, результатов лабораторного исследования, ирригоскопии, RRS и ФКС, больше данных за амебиаз, кишечную форму, тяжелой степени, затяжное течение. С целью коррекции выраженности синдрома системного воспалительного ответа, отягчающего общее состояние пациентки, было принято решение о проведении терапии Преднизолоном 90мг в первый день, 120 мг. в/в в течение последующих двух дней.

На фоне терапии отмечается положительная динамика в развитии заболевания: появился аппетит, отсутствуют боли в животе, уменьшение кратности стула до двух раз в день (густой, кашицеобразный, без патологических примесей), температура тела нормализовалась. На 30 сутки пребывания в стационаре отмена антипаразитарной и гормональной терапии, назначены препараты из группы аminosалицилатов (Салофальк). Через 10 дней вновь появились жалобы на повышение t тела до 39-38\*С. Стул кратностью до 4, жидкой консистенции, с примесью крови. В анализе кала обнаружена вегетативная форма амебы. По решению консилиума было рекомендовано добавить к лечению гастро (орнидазол) 500 мг х 2р/сут. регос, снизить дозировку салофалька с 3,0 г. до 1,5 г/сут. На фоне терапии сохраняется субфебрилитет, стул кратностью 2-3 раза с небольшим количеством крови в конце дефекации, небольшие боли в животе. Стала отмечать боли в области голеностопных и коленных суставов, появление сыпи. На консультации ревматолога: реактивный артрит, узловатая эритема на фоне амебиаза АП, ФН II. 50 сутки пребывания в стационаре, поставлен диагноз: амебиаз кишечника, рецидивирующее течение, тяжелое, осложненное тотальным эрозивно-язвенным поражением толстого кишечника, осложненное реактивным артритом, узловатая эритема АП, ФН II. Сопутствующий: Хроническая железодефицитная анемия, средней тяжести, эндометриоз, ремиссия. Рекомендовано лечение сульфасалазин 3г/сут(1,5 г утр + 1,5 г вечером), нимесулид 100 мг 1-2 р/сут., омез 2,0 г. 2 р/сут, в/в капельно физ. Р-р 0,9% 200мл + преднизолон 480 мг N3 через день, орнидазол 500 мг х 2р/сут, внутрь, далагил 250 мг х 2р/сут, внутрь, проципро 400,0 х 2р/сут в/венно.

На фоне терапии самочувствие больной сразу улучшилось: жалоб не предъявляла, стул кашицеобразной консистенции (ближе к оформленному), примесей слизи, крови нет. Температура тела нормальная. Спустя 60 дней пребывания в стационаре была выписана.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

При детальном рассмотрении клинического случая обращает на себя внимание тяжелое течение и устойчивый характер инфекции к нескольким курсам этиотропной терапии. Это можно объяснить многими факторами, так например, на снижение эффективности терапии может влиять нарушение предписанной схемы приема препарата, недостаточная продолжительность

курса лечения, индивидуальная устойчивость амебы к действию тканевых амебоцидов, во-первых, в силу локализации трофозоитов амеб в глубине некротических масс язв кишечника, что затрудняет доставку к ним действующего вещества препарата, а во-вторых, в вероятном параллельном носительстве просветных форм амебы, что обуславливает тяжесть и рецидивирующий характер инфекции.

Назначение такого препарата как делагил, который в основном используется для лечения амебных абсцессов печени, оправдано его мощным амебоцидным действием, в сочетании с неспецифическими противовоспалительными и иммунодепрессивными свойствами. Как компонент комплексного лечения с метронидазолом и преднизолоном он показал себя эффективным по отношению к инфекционному процессу, возможно, подавляя активность просветных форм амеб.

Также необходимо отметить эпизод назначения терапии преднизолоном. Несмотря на мгновенный ответ организма в качестве улучшения общего состояния пациентки, нормализации температуры тела, регресса диарейного синдрома, по данным литературы, назначение глюкокортикостероидов на фоне прогрессирующего инфекционного процесса может привести к развитию осложнений, так как они обладают противовоспалительным и иммунодепрессивным действием, в то время не подавляя активность самого инфекционного агента. В данном случае терапия была проведена, но с учетом прикрытия ее системными тканевыми амебоцидами (метронидазол и делагил), что позволило миновать осложнения и привести пациентку к выздоровлению.

#### **Выводы:**

1. Данный клинический случай демонстрирует тяжелое рецидивирующее течение амебной дизентерии и наглядно иллюстрирует сложность выбора тактики лечения инфекционного поражения кишечника при данном заболевании.

2. Выбор релевантной терапии при амебеазе зависит от тяжести состояния пациента и ответа его на проводимую терапию, а также от понимания и опыта врача в клинической фармакологии.

3. Рассматриваемый случай заболевания требует дальнейшего наблюдения за течением реабилитационного периода пациентки, вероятности возникновения возможных осложнений и рецидива заболевания.

#### **Литература:**

1. Малый В.П. Амебиаз: клинические проявления, диагностика, терапия. Международный медицинский журнал // В.П. Малый, О.В. Волобуева, Т.И. Лядова // № 2'2008

2. Choudhuri G. Amebic infection in humans. Indian J Gastroenterol. // Choudhuri G, Rangan M. // 2012.

3. Kou Nagasako Дифференциальная диагностика заболеваний прямой и ободочной кишки (электронный вариант) <http://www.colonoscopy.ru/projects/nagasako/index.htm>.

4.Vinod K. Amebiasis Medication. Medscape // Vinod K,Dhawan,Kerry O Cleveland. //Jul 28, 2015.

УДК 615-035.3

**Г.Ш. Насибуллина, Е.И.Краснова, Е.В. Сабадаш  
АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ У ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ  
РЕСПИРАТОРНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В УСЛОВИЯХ  
ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ**

Кафедра инфекционных болезней  
Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская Федерация

**G.S. Nasibullina, E.I.Krasnova, E.V. Sabadash  
ANTIBIOTIC TREATMENT IN CHILDREN WITH ACUTE  
RESPIRATORY VIRAL INFECTION IN CHILDREN'S CLINIC**

Department of infectious diseases  
Ural State Medical University  
Yekaterinburg, Russian Federation

**Контактный E-mail:** [nasibullina.gulshat@list.ru](mailto:nasibullina.gulshat@list.ru)

**Аннотация.** В статье дана оценка рациональности использования антибиотиков у детей с острой респираторной инфекцией, установлены показания и сроки назначения антибиотиков.

**Annotation.** The article assesses the rational use of antibiotics in children with acute respiratory viral infection, established indications and timing of antibiotics.

**Ключевые слова:** антибиотикотерапия, часто болеющие дети, острая респираторная вирусная инфекция

**Keywords:** antibiotics, sickly children, acute respiratory viral infection

Инфекционные заболевания респираторного тракта являются самой распространенной инфекционной патологией у детей. У ребенка, находящегося в организованном коллективе, острые респираторные заболевания возникают в среднем 8 раз на первом году посещения, 5-6 раз на втором, 3-4 раза на третьем году. [1]

Ежегодная заболеваемость острой респираторной вирусной инфекцией (ОРВИ) составляет более 65% от всей инфекционной патологии и до 95% заболеваний респираторного тракта. Наиболее подвержены ОРВИ дети и люди старше 60 лет. В последние годы особую озабоченность в мире вызывает возможность появления новых пандемических штаммов вируса гриппа. Ежегодно в России регистрируется 27,3-41,2 млн случаев респираторных