

**Цель исследования:** сравнить рекомендации по специфической профилактике гриппа в России и США, оценить уровень заболеваемости и смертности от гриппа в этих странах за последние эпидемические сезоны.

**Материалы и методы:** рекомендации ВОЗ по профилактике против гриппа, санитарно-эпидемиологические правила России [1], официальные письма федеральной службы по надзору в сфере прав потребителей и благополучия человека в РФ [2], отчетные документы центра по контролю и профилактике заболеваний в США [3].

**Результаты:** в ходе проведения анализа официальных документов было выявлено, что в России используются преимущественно трехвалентные вакцины с меньшим содержанием вирусного антигена, дополненные иммуномодулятором. В США используют четырехвалентные вакцины, с большим содержанием антигена каждого штамма, без иммуномодуляторов. В России 2 дозы вакцины получают дети в возрасте от 6 месяцев до 5 лет, в США — до 8 лет. Уровень охвата вакцинацией населения против сезонного гриппа в 2017 году в России среди взрослых составил 46,6%, у детей — 57,4%. В США — 43,3% и 59,0% соответственно. Процент заболевших гриппом в России за эпидемический сезон 2017–2018 составил 9,5% населения, заболеваемость — 34,9 на 100 тыс. населения, 432 случая летальных исходов, среди них 1 ребенок. В США гриппом заболело 15% населения, заболеваемость составила в среднем 140,7 на 100 тыс. населения, зафиксировано 80000 смертей, среди них 180 детей.

**Выводы:** использование для вакцинации населения против гриппа четырехвалентных вакцин с высоким содержанием вирусных антигенов по сравнению с применением трехвалентных вакцин с меньшим содержанием вирусного антигена не приводит к снижению заболеваемости и смертности при относительно равном охвате населения вакцинацией.

#### Литература

1. Санитарно-эпидемиологические правила России (СП 3.1.2.3117–13 «Профилактика гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций»).
2. Письмо Роспотребнадзора от 09.06.2017 № 01/7567-17-27 «Об итогах эпидсезона по гриппу и ОРВИ 2016–2017 гг.».
3. Отчеты центра по контролю и профилактике заболеваний в США (от 28 сентября 2017, 8 июня 2018).

## КОКЛЮШ У ДЕТЕЙ: ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

*Пушкарева А.С., Овчинникова Ю.А.*

Научный руководитель: к. м. н., доцент Поздеева О.С.  
Кафедра детских инфекций  
Ижевская государственная медицинская академия

**Актуальность исследования:** актуальность коклюша обусловлена сохранением заболеваемости, несмотря на высокий процент охвата вакцинопрофилактикой детей первых четырех лет жизни, и ростом числа пациентов с наличием факторов риска развития тяжелых форм болезни.

**Цель исследования:** сравнительное изучение показателей заболеваемости коклюшем у детей до 14 лет в Удмуртской Республике (УР) и субъектах Приволжского Федерального Округа (ПФО) за период 2014–2018 гг.

**Материалы и методы:** проведен ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости коклюшем у детей в субъектах ПФО на основании данных «Электронный эпидемиологический атлас Приволжского федерального округа» [1].

**Результаты:** в 2014 г. заболеваемость в УР составила 7,75 на 100 тыс. дет.нас. Самые высокие показатели в 2014 г. зарегистрированы в Нижегородской области (16,09) и самые низкие в Оренбургской области (0,29). В 2015 г. в УР отмечается рост заболеваемости, которая составила 13,28. В субъектах ПФО в этом году высокие показатели отмечены в Нижегородской области (45,18), Пермском крае (30,04). Низкие показатели отмечены в Оренбургской (0,29) и Саратовской областях (2,7). В 2016 г. в УР заболеваемость коклюшем несколько уменьшилась

и составила 12,61. За 2016 год наиболее высокие показатели отмечены в Республике Татарстан (53,15), Нижегородской (52,31), Самарской (47,22) областях. Стабильно низкие показатели в Оренбургской области (3,08). Заболеваемость в УР в 2017 г. снизилась на 29% и составила 3,65. Самый высокий показатель в этом году отмечен в Нижегородской области (33,29). В остальных субъектах ПФО (за исключением Пензенской (12,18) и Самарской областей (11,2)) показатели ниже 10,0.

**Выводы:** в 2018 г. во всех субъектах ПФО (за исключением Кировской и Нижегородской областей) отмечается рост заболеваемости. В УР показатели увеличились в 4,5 раза и составили 16,6 на 100 тыс. дет.нас. Значительно выросли показатели в Пензенской области и Республике Мордовия. Заболеваемость коклюшем в УР в течение 5 лет нестабильна, при этом ежегодно цифры не превышают средние показатели заболеваемости в ПФО.

#### Литература

1. «Электронный эпидемиологический атлас Приволжского федерального округа», URL: <http://epid-atlas.nniiem.ru/>.

## ЛАКТОФИЛЬТРУМ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

*Рахимов С.М.*

Научный руководитель: ассистент Хасанова Г.А.  
Кафедра детских инфекционных болезней  
Ташкентский педиатрический медицинский институт

**Актуальность исследования:** одним из перспективных направлений в лечении острых кишечных инфекций (ОКИ) является применение эубиотиков, подавляющих в ходе конкуренции размножение патогенных и условно-патогенных микроорганизмов и при рациональном назначении оказывающих позитивное влияние на микрофлору кишечника [1, 2].

**Цель исследования:** определение эффективности лактофильтрума в лечении острыми кишечными инфекциями.

**Материалы и методы:** под наблюдением находились 30 больных, в т. ч. пищевыми токсикоинфекциями — 5, сальмонеллёзом — 15, острой дизентерией — 10. ОКИ имели типичную клиническую картину; лёгкое течение отмечено у 8, среднетяжёлое — у 13, тяжёлое — у 3 больных.

**Результаты:** лактофильтрум назначался не позже второго дня болезни, первоначально — по 1,0 г (ударная доза давалась в три приёма по два таблетки) [3]. При нормализации или существенном улучшении клинических показателей лечение на этом этапе завершалось, при недостаточном эффекте прием препарата продолжался в течение 1–5 дней (по 0,5 г доз 3 раз в день). Лечение ударными дозами лактофильтрум было эффективным и ввиду явной положительной динамики у 18 больных (70%) завершено в первый день. Назначение поддерживающих доз в течение 1–2 дней потребовалось при сальмонеллёзе средней тяжести, 5–6 дней — при тяжёлом течении ОКИ (дизентерии и сальмонеллёза). Сроки нормализации клинических показателей в основной группе были меньшими в сравнении с контролем; наиболее существенные отличия получены у больных сальмонеллёзом.

**Выводы:** положительные результаты применения лактофильтрума по предложенной схеме позволяют рекомендовать этот препарат для лечения больных ОКИ в ранние сроки заболевания. Очевидно, в начальном периоде ОКИ, в частности — сальмонеллёза, конкурентное вытеснение патогенной и условно-патогенной флоры патогенетически обосновано и реально достижимо.

#### Литература

1. Белоусова Е.А., Златкина А.Р. Синдром диареи в практике гастроэнтеролога: патофизиология и дифференцированный подход к лечению.— 2008.
2. Гастроэнтерология № 012015 — Лоперамида гидрохлорид: механизм действия и возможности использования в гастроэнтерологии (обзор литературы), Consilium Medicum, 22 мая 2015.