

ТЕРАПИЯ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В РОССИИ: РАЦИОНАЛЬНАЯ ИЛИ ЭМПИРИЧЕСКАЯ?

С.М. Захаренко

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Therapy of intestinal infections in Russia: rational or empirical?

S.M. Zakharenko

Military Medical Academy by S.M. Kirov, Saint-Petersburg

Резюме. В настоящее время отмечается отчетливое расхождение между теоретическими представлениями врачей о лечении острых кишечных инфекций с практическими действиями при лечении наиболее тяжелых пациентов, поступающих в стационары. Представления врачей и их реальные действия во многом расходятся с официальными рекомендациями Всемирной организации здравоохранения по терапии этой группы больных. Для России по-прежнему характерно доминирование этиотропной терапии над патогенетической. Сохраняется высокая частота проведения комбинированной этиотропной терапии, не все больные получают пероральные регидратирующие растворы, а инфузионная терапия проводится в большинстве случаев более 3 суток при введении нерациональных объемов растворов. Детальный анализ реальной практики лечения больных острыми кишечными инфекциями показал, что современная терапия далека от принципов рациональности и не всегда соответствует принципу эмпиричности.

Ключевые слова: кишечные инфекции, этиотропная терапия, пероральная регидратация, патогенетическая терапия.

Актуальность острых кишечных диарейных инфекций (ОКИ) не снижается ни с точки зрения их доли в структуре инфекционных больных, ни с точки зрения объема нерешенных проблем в области их диагностики и лечения. Так, например, доля больных ОКИ, находившихся на лечении в Центральной клинической многопрофильной больнице Управления делами Президента РФ, в 2009 г. составила 32% [1]. ОКИ занимают второе место в структуре госпитализированных в инфекционный стационар больных и в Санкт-Петербурге [2].

В отечественной научной литературе традиционно противопоставляются два подхода к терапии различных заболеваний: эмпирический и рациональный. Термин «рациональный» (от лат. *rationalis* — разумный) трактуется как постижимый с помощью разума; разумно обоснованный, целесообразный. Рациональным считается выбор (решение), если он дает лучшую из имеющихся альтернатив [3]. В противоположность рационально-

Abstract. Currently, there is a clear divergence between theoretical expectations of doctors about the treatment of acute intestinal infections with practical action in treating the most severe patients admitted to hospitals. Representation of physicians and their real actions in many ways at odds with the official World Health Organization recommendations for therapy in this group of patients. For Russia, still characterized by the dominance of causal treatment of the pathogenesis. There is a high frequency of combined causal treatment, not all patients receive oral Hydration solutions, and infusion therapy is conducted in most cases more than 3 days with the introduction of unsustainable volumes of solutions. Detailed analysis of the actual practice of treating patients with acute intestinal infections showed that the current therapy is far from the principles of rationality and not always consistent with the principle of empiricity.

Key words: intestinal infection, etiological treatment, oral rehydration, pathogenetic therapy.

му, используется термин «эмпирический» (*empirical*) — основанный на опыте и наблюдениях. При этом подразумевается, что эмпирический подход не обязательно должен быть доказан/обоснован научно [4]. Основано ли лечение острых кишечных инфекций в нашей стране на рациональном подходе или же оно проводится эмпирически?

Научно обоснованные направления терапии острых кишечных инфекций (ОКИ) находят отражение в основных документах, публикуемых Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) и другими общественными профессиональными врачебными сообществами разных стран. Именно эти документы объединяют максимальный объем доступной информации по проблеме, наиболее критически рассматривают каждое опубликованное положение.

Анализ рекомендаций по лечению ОКИ, опубликованных за период с 2001 по 2009 г. ВОЗ, Детским фондом ООН (ЮНИСЕФ), Американским

обществом инфекционных болезней и Всемирной гастроэнтерологической организацией (ВГО), показал, что в 10 документах из 11 обсуждаются преимущества применения солей цинка у детей; в 8 — регидратационная терапия; в 6 — проблемы питания больных; в 5 — вопросы этиотропной терапии; в 4 — применение антидиарейных средств; в 3 — применение энтеросорбентов; в 2 — применение антипиретиков, инфузионной терапии и лечение осложнений; только в 1 документе — целесообразность применения пробиотиков. Ни в одном из доступных руководств, рекомендаций и т.п. не обсуждается тактика использования спазмолитиков, ферментных препаратов, поливитаминных комплексов, иммуностропных препаратов [5–15].

К сожалению, на сегодняшний день достаточный объем достоверной информации для разработки рациональной терапии ОКИ накоплен лишь в двух направлениях — этиотропной и регидратационной терапии. По остальным видам лечения остаются нерешенные вопросы как в оценке роли конкретного метода лечебного воздействия в достижении целевого результата, так и с точки зрения выбора конкретных препаратов, обладающих доказанной эффективностью и преимуществом. Обсуждать тактику рациональной терапии ОКИ желательно при наличии достоверных сведений об этиологии конкретного эпизода диарейной инфекции. Знание этиологии крайне важно для определения тактики этиотропной терапии, несколько менее принципиально — при выборе регидратационной терапии.

Для изучения современных представлений врачей о диагностике и терапии ОКИ, а также реальной практики лечения ОКИ в стационарах в течение 7 лет на кафедре инфекционных болезней (с курсом медицинской паразитологии и тропических заболеваний) Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова был проведен ряд исследований: опросы врачей («Диагностика и лечение ОКИ», «Применение современных пребиотиков», «Применение современных пробиотиков») и проанализированы истории болезни в военных и гражданских инфекционных центрах в период 2003–2005 гг. и 2010 г.

Какова же структура ОКИ в нашей стране по мнению инфекционистов стационаров и поликлиник? Три микроорганизма двумя группами экспертов и врачами других специальностей названы наиболее частыми возбудителями ОКИ у взрослых: сальмонеллы отмечены 337 респондентами (78,93%), шигеллы — 320 (74,94%) и ротавирусы — 149 (34,89%). Наибольшее значение сальмонеллам как основным возбудителям ОКИ у взрослых предают инфекционисты стационаров (81,20% респондентов этой группы), несколько меньшее — инфекционисты поликлиник (78,21%) и еще мень-

шее — прочие специалисты (72,29%). Однако различия не носят достоверный характер. Значение шигелл как возбудителей ОКИ у взрослых максимально оценили инфекционисты стационаров — 80,83%, в то время как инфекционисты поликлиник лишь в 76,92% карт отметили этот микроорганизм. Роль ротавирусов как возбудителей ОКИ у взрослых оценивалась с сопоставимой частотой всеми специалистами, достоверных различий между группами не выявлено. На четвертое место по значимости инфекционисты стационаров и прочие специалисты поставили энтеровирусы (17,29% и 25,30% соответственно), а на пятое — атипичных эшерихий (15,41% и 21,69% соответственно). В то же время инфекционисты поликлиник считают, что четвертым по значимости является золотистый стафилококк (25,64%), а пятыми атипичные эшерихии (20,51%). Доля других микроорганизмов (гемофильная палочка, протей, иерсинии, арбовирусы) была существенно меньше.

Таким образом, инфекционисты стационаров и поликлиник вне зависимости от давности окончания вуза считают, что основными возбудителями ОКИ у взрослых являются бактериальные агенты (78,3% случаев), и придают наибольшее значение шигеллам и сальмонеллам. Существенно реже, по мнению респондентов, встречаются вирусные диареи, основным возбудителем которых являются ротавирусы и энтеровирусы. Такое единодушие в оценках может быть следствием как единой системы обучения, так и использования единых источников информации по этой проблеме.

Официальными источниками получения информации о наиболее распространенных заболеваниях, в том числе инфекционных, в нашей стране являются Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации (официальный сайт <http://www.minzdravsoc.ru/>) и Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (<http://rospotrebnadzor.ru/>). К сожалению, по состоянию на 1 мая 2011 г. так и не опубликованы полные сведения о заболеваемости ОКИ в России за 2010 г. По словам академика РАМН В.И. Покровского (2000), к началу XXI в. официальная статистика в России регистрировала лишь 47 инфекционных заболеваний, хотя только в последние 2–3 десятилетия описано более 20 ранее не известных «emerging» инфекционных болезней, многие из которых представляют высокую эпидемиологическую опасность и характеризуются высокой летальностью [16]. В России в соответствии с официальными сообщениями ежегодно отмечается снижение числа традиционно знакомых врачам ОКИ (острой дизентерии, брюшного тифа и других сальмонеллезозов), и в то же время заболеваемость острыми кишечными инфекциями неустановлен-

ной этиологии в 2010 г. составила 215,6 на 100 тыс. населения против 176,5 за тот же период 2009 г., острыми кишечными инфекциями установленной этиологии — 95,47 и 83,49 соответственно. Однако практикующим специалистам не представляются сводные данные о структуре ОКИ установленной этиологии, а из вирусных возбудителей ведется учет только заболеваний ротавирусной природы.

Рекомендации ВОЗ по этиотропной терапии ОКИ достаточно четко сформировались после появления в арсенале врачей группы препаратов фторхинолонового ряда и цефалоспоринов III поколения. Сегодня препараты именно этих групп считаются средствами первой линии при лечении шигеллеза, сальмонеллез, в том числе брюшно-го тифа, эшерихиозов и др. С определенными оговорками в качестве препаратов преимущественно второй линии рекомендуются макролиды. Ограниченно рекомендованы невсасывающие препараты (рифаксимин — при диареях путешественников).

Согласно проведенным опросам, наиболее важным критерием выбора АМП для лечения ОКИ у взрослых 90,16% респондентов считают «действие на основных возбудителей» инфекции. Достоверных различий в значении этого критерия для инфекционистов стационаров и поликлиник не выявлено — 91,35% и 89,74% соответственно ($p > 0,05$). На второе место по значимости инфекционисты стационаров поставили «проникновение в кишечник» — 59,40% респондентов, а инфекционисты поликлиник — «хорошую переносимость» препарата — 73,08%. Третьим по значимости для инфекционистов стационаров явилась «хорошая переносимость» препарата — 53,76%, а для инфекционистов поликлиник — «проникновение в кишечник» — 47,44%. Существенно меньшее значение, по мнению специалистов обеих категорий, имеет «личный опыт» и «стоимость препарата». Менее чем в 4% случаев врачи учитывают «рекомендации коллег». И лишь для одного инфекциониста стационара оказалось важным «наименьшее воздействие на нормофлору» и «наличие препарата в стационаре». Как на практике реализуется эта точка зрения?

Препаратами выбора для лечения острой дизентерии, по мнению опрошенных специалистов, являются ципрофлоксацин (30,6% ответов) и фуразолидон (25,3%). Существенно реже назывались гентамицин (11,6%), нифуроксазид (8,9%), ко-тримоксазол (6,1%), левомицетин (6,0%), амоксициллин (5,8%) и цефтриаксон (4,3%). Еще 8 препаратов назывались в единичных случаях. Всего же в ответах на этот вопрос названы 16 АМП. Основными группами препаратов для лечения острой дизентерии инфекционисты поликлиник и стационаров считают нитрофураны (37,9% и 34,8% соответственно) и фторхинолоны (29,6% и 31,4%).

Инфекционисты стационаров чаще предпочитают использовать аминогликозиды — гентамицин (12,6% против 9,2%) и реже аминопенициллины — амоксициллин (4,9% против 7,3%) по сравнению с инфекционистами поликлиник.

Препаратами выбора для лечения сальмонеллеза респонденты считают ципрофлоксацин — 31,3%, гентамицин — 14,4%, фуразолидон — 12,0% и хлорамфеникол — 10,9%. Всего названо 17 различных антимикробных средств. В каждой 10-й карте указан левомицетин (10,9%), в 7 случаях эритромицин (0,7%). Шесть препаратов упоминаются один раз (амикацин, клафоран, полимиксин, нолицин, офлоксацин, пefлоксацин). Фторхинолоны предпочитают назначать 31,6% врачей, существенно реже выбирают нитрофураны (18,3%) и аминогликозиды (14,5%). Предпочтение препаратам фторхинолонового ряда чаще отдают инфекционисты стационаров (31,8% против 21,6%), а нитрофурановым АМП — инфекционисты поликлиник (22,7% против 18,7%).

Препаратами выбора для лечения ОКИ неустановленной этиологии, по мнению опрошенных специалистов, являются нитрофураны (32,2%). Второе место по частоте упоминания в ИРК занимают фторхинолоны (29,2%) и существенно реже назывались аминогликозиды (10,3%). У этой категории больных существенно реже предполагается использование левомицетина (4,8%) по сравнению с аминопенициллинами (8,3%) и ко-тримоксазолом (7,1%). Доля цефалоспоринов, по мнению респондентов, не превышает 5,8%. Вместе с тем, именно для этой группы пациентов в 7,8% случаев предложено использовать сульфаниламидные препараты.

Анализ выбора конкретных препаратов показал, что чаще всего в качестве препарата выбора рассматривается ципрофлоксацин — 28,9%, по-прежнему предпочитают использовать «старые» нитрофураны — фуразолидон (22,0%), а не более новые препараты из этой группы, например, нифуроксазид (10,2%). Гентамицин выбрали 10,2% респондентов. Эти четыре препарата составили 71,3% от всех ответов респондентов. В 8,4% респонденты считают возможным использование амоксициллина, в 7,9% — ко-тримоксазола и в 5,6% — цефтриаксона. Для лечения пациентов этой группы некоторые специалисты считают возможным использовать эритромицин (0,9%).

Таким образом, несмотря на заявленный принцип выбора лучшего антибиотика — «действие на основных возбудителей» — предлагаемые практикующими специалистами схемы терапии не могут рассматриваться как рациональные и вызывают сомнения как эффективные эмпирически. Скорее всего, данный выбор отражает существующую практику применения этиотропных средств. Это

предположение получило подтверждение при анализе историй болезни гражданских и военных стационаров.

На практике при лечении больных ОКИ препараты фторхинолонового ряда получали 81,38% пациентов, в том числе 87,02% больных в ЛПУ № 1 и 73,09% больных — в ЛПУ № 2 ($p < 0,001$). В большинстве случаев назначался только один препарат из этой группы — 90,14%, достоверных различий между ЛПУ не выявлено ($p > 0,05$). Вместе с тем, два разных препарата применялись в 7,67% случаев в ЛПУ № 1 и 10,20% — в ЛПУ № 2. В ЛПУ № 1 была больше доля пациентов, которые за время пребывания в стационаре получили 3 лекарственных средства из этой группы — 1,24% против 0,25% в ЛПУ № 2 ($p > 0,05$), а в 3 случаях больной получил 4 препарата. Несмотря на высокую частоту назначения препаратов фторхинолонового ряда, назвать проводимую терапию абсолютно рациональной сложно. Так, только фторхинолоны пациентам ЛПУ № 1 назначались практически в два раза реже, чем в ЛПУ № 2 — 39,31% против 66,0% ($p < 0,001$), в среднем 50,11%. Комбинация «фторхинолон + нефторхинолон» использовалась практически у каждого второго больного в ЛПУ № 1 (47,71%), в то время как доля таких пациентов в ЛПУ № 2 составила всего 7,09% ($p < 0,001$). Монотерапия препаратом нефторхинолонового ряда проводилась 15,31% больных, также достоверно чаще проводилась в ЛПУ № 2 — 23,09% по сравнению с 10,01% в ЛПУ № 1 ($p < 0,001$). Два нефторхинолоновых препарата применялись редко (3,31%). Таким образом, врачи знают, что препаратами выбора являются фторхинолоны, но, вероятно, степень недоверия рекомендациям проводить лечение коротким курсом так высока, что дополнительно к фторхинолонам назначается как минимум еще один препарат. Об этом свидетельствует высокая частота использования комбинации «фторхинолон + нефторхинолон» — 31,27%.

Особенности назначения этиотропной терапии в стационаре рассмотрим на примере острой дизентерии. При острой дизентерии только фторхинолоны назначались 51,44% больных, вместе с тем, в разных центрах частота их назначения существенно различалась: 36,41% — в ЛПУ № 1 и 74,69% — в ЛПУ № 2. Обращает на себя внимание тот факт, что с увеличением степени тяжести кишечной инфекции частота монотерапии препаратами фторхинолонового ряда снижалась. Так, если при легкой степени тяжести заболевания такая терапия проводилась 64,38% больных, то при средней степени тяжести — 48,5%, а при тяжелом течении — 25,81%. Эта тенденция была несколько менее выражена в ЛПУ № 1 из-за достоверно более низкой частоты назначения препаратов фторхинолонового ряда больных острой дизентерией —

22,22%, 37,79% и 23,08% при легкой, средней и тяжелой степени тяжести соответственно ($p < 0,05$). В то же время в ЛПУ № 2 эти показатели составили 66,89%, 89,89% ($p < 0,01$ к легкой) и 40,00% соответственно ($p < 0,05$ к средней степени тяжести).

Монотерапия при острой дизентерии проводилась только у 54,81% больных, в том числе в ЛПУ № 1 в 40,37% случаев и в ЛПУ № 2 — в 77,14% ($p < 0,001$). Тенденция к уменьшению частоты такого вида терапии с увеличением тяжести заболевания сохранялась. Режим монотерапии достоверно чаще выбирался при легкой степени тяжести — 80,00% ($p < 0,001$), чем при средней (46,88%) и тяжелой (35,48%). Если при легком течении кишечной инфекции частота применения только одного препарата в ЛПУ № 1 и ЛПУ № 2 была сопоставима — 77,78% и 80,13% случаев соответственно, то при средней степени тяжести в ЛПУ № 2 такой режим сохранялся почти в два раза чаще — 71,91% против 40,41% ($p < 0,001$), при тяжелой — более чем в три раза чаще — 80,0% против 26,92% ($p < 0,05$).

Основным направлением патогенетической терапии ОКИ является регидратация. При этом абсолютному большинству пациентов ее рекомендуется проводить в режиме пероральной регидратации, а при необходимости в первые 1–2 суток дополнять адекватным объемом инфузионных средств. Анализ назначений в военных и гражданских стационарах показал, что регидратационная терапия проводилась в 83,77% случаев у пациентов, получавших этиотропные препараты в гражданских ЛПУ (ЛПУ № 1), и 46,36% ($p < 0,001$) — в военных ЛПУ (ЛПУ № 2). Существенные различия связаны со значительно меньшим числом пациентов со среднетяжелым и тяжелым течением болезни в военных стационарах. Вместе с тем, с учетом нозологического диагноза данный вид терапии рекомендован каждому пациенту с диарейным синдромом. Продолжительность пероральной регидратации в гражданских и военных стационарах имела существенные различия. Большинству пациентов в ЛПУ № 1 регидратационная терапия проводилась 4–6 суток (44,58%), и почти в два раза реже — 1–3 суток (26,75%) или 6–10 суток (19,17%). В ЛПУ № 2, напротив, в большинстве случаев длительность регидратационной терапии составляла 1–3 суток (59,09%, $p < 0,001$) и существенно реже более длительный срок — в 26,86% случаев она проводилась 4–6 суток ($p < 0,001$) и в 9,92% — 6–10 суток ($p < 0,01$). Достоверно различались и суточные объемы назначавших средств. Так, в ЛПУ № 1 абсолютное большинство пациентов (86,9%) получали от 500 до 1000 мл жидкости, до 1500 мл получали 3,67% пациентов, от 2000 до 3000 мл — 3,19% и более 3000 мл — 5,4% больных. В ЛПУ № 2 менее 500 мл назначалось лишь 1 пациенту (0,43%), почти в два раза меньше пациен-

тов получали от 500 до 1000 мл регидратационных средств — 46,55% ($p < 0,001$), в то же время достоверно чаще назначали большие объемы жидкости для питья — до 1500 мл получали 20,26% пациентов ($p < 0,001$) и 2000–3000 мл — 32,7% ($p < 0,001$). Более 3000 мл не назначали ни одному пациенту.

Достоверные различия в частоте назначения инфузионной терапии были связаны с большей долей пациентов со среднетяжелым и тяжелым течением кишечной инфекции в ЛПУ № 1. Внутривенные инфузии назначались 82,94% пациентов в ЛПУ № 1 и лишь 37,45% ($p < 0,001$) — в ЛПУ № 2. Практически всем пациентам одновременно с антимикробными препаратами назначались и другие лекарственные средства — 89,12% пациентов в ЛПУ № 1 и 91,09% — в ЛПУ № 2. Практически каждый больной, помимо этиотропной и регидратационной терапии, получает патогенетические и симптоматические средства.

В остром периоде острой кишечной диарейной инфекции назначение только антимикробных препаратов считают достаточным 1,7% опрошенных специалистов, в том числе 1,1% инфекционистов поликлиник и 2,0% инфекционистов стационаров. В остальных случаях инфекционисты считают необходимым проведение комплексной терапии. Чаще всего в ее состав включают: энтеросорбенты (29,2%), эубиотики (18,5%), витамины (17,8%) и пребиотики (15,9%), существенно реже — иммуномодуляторы (7,2%), бактериофаги (0,1%). Препараты, содержащие пищеварительные ферменты, считают целесообразным назначать всего 0,1% респондентов. Чаще всего на необходимость использования ферментов указывали инфекционисты, закончившие вуз менее 5 лет назад (2,1%), среди закончивших вуз 5–10 лет назад ферментные препараты не упоминались ни разу. Бактериофаги и ферментные препараты ни разу не указаны инфекционистами поликлиник. В то же время одновременно с АМП 9,2% опрошенных считают необходимым с профилактической целью назначение противогрибковых препаратов. При этом чаще всего на эту группу препаратов указывали инфекционисты стационаров, закончившие вуз 5–10 лет назад (11,1%), и инфекционисты поликлиник, закончившие вуз менее 5 лет назад (9,7%). Всего предложено 55 различных вариантов комплексной терапии ОКИ.

После завершения курса этиотропной терапии только 0,4% респондентов не считают необходимым назначение каких-либо других препаратов. В остальных случаях лечение должно быть продолжено с назначением эубиотиков (39,7% ответов), витаминов (22,2%), пребиотиков (16,5%) или иммуномодуляторов (12,7%). Остальные группы препаратов указывались существенно реже — антимикотики (4,9%), энтеросорбенты (3,4%), ферментные

препараты и фитопрепараты (по 0,1%). Инфекционисты стационаров чаще, по сравнению с коллегами, работающими в поликлиниках, считают необходимым применять такие группы препаратов как энтеросорбенты (31,6% и 25,7% соответственно) и эубиотики (19,0% и 14,9%). Инфекционисты поликлиник, напротив, чаще назначают витамины (18,3% против 17,9%), иммуномодуляторы (10,3% и 6,9%) и пребиотики (20,6% и 13,9%). Предложено 40 различных схем терапии.

При анализе историй болезни установлено, что при острой дизентерии каждый пациент в среднем получал 4,2 препарата; сальмонеллезе — 4,8; острым энтерите — 1,8; острым энтероколите — 2,7, острым гастроэнтероколите — 2,3. Во всех случаях, кроме острого энтероколита, чем тяжелее протекало заболевание, тем большее число препаратов назначалось каждому пациенту. Вместе с тем, достоверные различия между тремя степенями тяжести были выявлены только при острой дизентерии и сальмонеллезе. Наибольшее число препаратов получали больные с тяжелым течением заболевания — острой дизентерией (7,1), острым гастроэнтероколитом (7,8), острым энтероколитом (7,9), сальмонеллезом (8,8) и острым энтеритом (10,00).

В структуре медикаментозных средств, назначаемых больным ОКИ в стационарах, наибольшую долю составляют витамины (25,5%), на втором месте находятся ферментные препараты (16,9%), на третьем — спазмолитики (15,5%). Существенно меньше доля энтеросорбентов (7,7%), макро- и микроэлементов (6,8%), антигистаминных средств (6,2%) и антипиретиков с анальгетиками (5,1%).

В 2010 г. проведено ограниченное контрольное исследование для сопоставления результатов, полученных в предыдущие годы. Случайным образом выбраны 100 историй болезни пациентов, находившихся в городской инфекционной больнице по поводу ОКИ. Антимикробные препараты получали все 100 больных. При этом монотерапия проводилась только в 50% случаев. Пероральная регидратационная терапия была назначена 73 больным, а внутривенные инфузии — 98. Спазмолитики получал 81 больной (т.е. 75% больным назначался папаверин), ферментные препараты — 77 больных (т.е. 50% больных получали мезим-форте), энтеросорбенты — 15 больных (основной препарат — активированный уголь).

Таким образом, в настоящее время отмечается отчетливое расхождение между теоретическими представлениями врачей о лечении острых кишечных инфекций с практическими действиями при лечении наиболее тяжелых пациентов, поступающих в стационары. При этом и представления врачей, и их реальные действия во многом расходятся с официальными рекомендациями Всемирной организации здравоохранения по терапии этой

группы больных. Для России по-прежнему характерно доминирование этиотропной терапии над патогенетической. Сохраняется высокая частота проведения комбинированной этиотропной терапии, не все больные получают пероральные регидратирующие растворы, а инфузионная терапия проводится в большинстве случаев более 3 суток при введении нерациональных объемов растворов. Врачами редко используются оправданные с точки зрения патогенеза современные селективные спазмолитики и микрокапсулированные ферментные препараты. Высока доля препаратов витаминов и микроэлементов при отсутствии полигипо- или полиавитаминозов у этой категории пациентов. Детальный анализ реальной практики лечения больных острыми кишечными инфекциями показал, что современная терапия далека от принципов рациональности и не всегда соответствует принципу эмпиричности.

Литература

1. Девяткин, А.В. Особенности работы инфекционной службы многопрофильной клинической больницы в 2009 году / А.В. Девяткин, Б.П. Богомолов // Материалы II Ежегодного всероссийского конгресса по инфекционным болезням. — 29–31 марта 2010 г. — М., 2010. — С. 88.
2. Яковлев, А.А. Многопрофильный инфекционный стационар мегаполиса как одно из важнейших звеньев инфекционной службы на современном этапе / А.А. Яковлев [и др.] // Сборник тезисов VII Российского съезда инфекционистов «Новые технологии в диагностике и лечении инфекционных болезней». — 25–27 октября 2006 г. — Нижний Новгород, 2006. — С. 16.
3. <http://www.onlinedics.ru/slovar/fil/r/ratsionalnyj.html>.
4. <http://www.onlinedics.ru/slovar/fil/e/empiricheskij.html>.
5. Guerrant, R.L. Practice guidelines for the management of infectious diarrhea / R.L. Guerrant [et al] // Clin. Infect. Dis. — 2001. — № 32. — P. 331–350.
6. Clinical management of acute diarrhoea. — WHO, UNICEF. — 2004. — 7 p.
7. Guidelines for the control of shigellosis, including epidemics due to Shigella dysenteriae 1. — World Health Organization, 2005. — 64 p.
8. Diarrhoea Treatment Guidelines Including new recommendations for the use of ORS and zinc supplementation For Clinic-Based Healthcare Workers. — USAID, 2005. — 47 p.
9. Реализация новых рекомендаций по клиническому ведению диарей : руководство для лиц, ответственных за принятие решений, и программных менеджеров. — ВОЗ, 2006. — 36 с.
10. Лечение диареи : учебное пособие для врачей и других категорий медработников старшего звена. — ВОЗ, 2006. — 51 с.
11. Oral rehydration salts. Production of the new ORS. — WHO, 2006. — 88 p.
12. Производство таблеток и пероральных растворов с солями цинка : руководство для программных менеджеров и производителей фармацевтической продукции. — ВОЗ, 2007. — 34 с.
13. Introducing Zinc in a Diarrhoeal Disease Control Programme. Guide to conducting formative research. — WHO, 2008. — 64 p.
14. Острая диарея : практические рекомендации Всемирной гастроэнтерологической организации. — ВГО, 2008. — 42 с.
15. Diarrhoea: Why children are still dying and what can be done. — The United Nations Children's Fund (UNICEF)/World Health Organization (WHO), 2009. — 60 p.
16. Покровский, В.И. Инфекционные болезни в России: оценка ситуации / В.И. Покровский // РМЖ. — 2000. — Т. 8, № 17. — С. 666–667.

Автор:

Захаренко Сергей Михайлович — заместитель начальника кафедры инфекционных болезней Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, к.м.н., доцент, тел. 8(812)292-34-33, e-mail: zsm1@mail.ru.