

© Коллектив авторов, 2014
УДК 616.34-022.3 – 053.2

ОСТРЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ. НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА СТАРУЮ ПРОБЛЕМУ

Ю.В. Лобзин¹, В.А. Анохин², С.В. Халиуллина²

ФГУ «Научно-исследовательский институт детских инфекций федерального
медико-биологического агентства», г. Санкт-Петербург (1)
Казанский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения
Российской Федерации, г. Казань (2)

В статье представлен обзор современных представлений об этиологической структуре, диагностике и принципах терапии острых кишечных инфекций у детей. Авторы комментируют особенности ведения этих пациентов, существующие на сегодня в отечественной и зарубежной практике. В рамках доказательной медицины определено отношение к различным препаратам, традиционно включаемым в комплекс лечения детей с инфекционными диареями. Авторами используются результаты собственных исследований, обосновывающих их позицию в обсуждении ряда вопросов совершенствования диагностических и терапевтических подходов в работе с больными острыми кишечными инфекциями.

Ключевые слова: острые кишечные инфекции, этиология, терапия, профилактика, дети.

Проблему острых кишечных инфекций (ОКИ) не без основания можно считать одной из самых острых и широко обсуждаемых медицинской общественностью. Действительно, смерть от ОКИ входит в десятку основных причин смертности в мире, составляя по данным ВОЗ на 2012 год порядка 1,5 млн. случаев (примерно столько же людей погибают от рака легкого, трахеи и бронхов, сахарного диабета, ВИЧ/СПИД) [26]. Ежедневно от диарейных заболеваний в мире умирает более 5000 детей [11]. Эти инфекции занимают 4 место в «рейтинге значимости» глобального бремени болезней (*GBD*, данные 2010 года). [3]. Справедливости ради следует отметить, что столь серьезные цифры характеризуют ситуацию, в первую очередь, в развивающихся странах. В России она не столь катастрофична, но социально-экономический ущерб от острых инфекционных диарей без преувеличения огромный.

Этиологическая структура острых инфекционных диарей у детей меняется с течением времени. Причем эта динамика сегодня становится все более очевидной. Тому есть ряд причин: глобализация производства пищевых продуктов, ужесточение требований к их безопасности, консервация и пастеризация большинства продуктов детского питания, естественные экологические причины, определенные успехи в лечении и профилактике ОКИ (введение вакцинации против ротавирусной инфекции в ряде развитых стран) и т.п.

Этиологический диагноз, как показывают многочисленные наблюдения, зависит от места и времени развития заболевания, возраста больных. Так, в развивающихся странах, у детей до 5 лет наряду с вирусными агентами значительную долю в структуре возбудителей острых диарей занимают бактериальные и паразитарные инфекции [11]. В экономически развитых странах

лидирующие позиции в этиологии ОКИ занимают вирусы [13]. Безусловный лидер среди них – ротавирус. Он является причиной более 70% госпитализаций, связанных с ОКИ [11] и его чаще всего выделяют из фекалий больных детей (у 10-35%). Кроме того, достаточно часто, причинами развития острых водянистых диарей у детей первых 5 лет становятся норо- (2-10%), адено- (2-10%) и астровирусы (2-3%) [11, 13].

Самой частой причиной бактериальных ОКИ у детей экономически развитых стран являются сальмонеллы (5-8%) и кампилобактеры (4-13%) [11, 13]. Шигеллы вызывают клинику ОКИ нечасто: 0,3-1,4% всех заболевших детей до 5 лет [4, 25]. Менее чем у 5% больных ОКИ детей из фекалий выделяют *Giardia lamblia*, *Cryptosporidium parvum*, *Entamoeba histolytica* и др. [4, 13].

Показатель заболеваемости ОКИ у детей до 17 лет в Российской Федерации в 2013 году составил 671,1 на 100 тыс. (2012 г. – 670,9, а в 2011 г. – 649,3), при этом наиболее пораженными группами были дети первого (2654,3 на 100 тыс.) и второго годов жизни (2175,9 на 100 тыс.) [6]. Этиологическая структура, в целом, совпадает с европейской: преобладают вирусные диареи, из бактериальных – на первом месте стоят сальмонеллезы [10, 13]. По данным собственных исследований [10], среди этиологически расшифрованных ОКИ преобладают ротавирусные гастроэнтериты (59,4%). Сальмонеллы из фекалий детей, госпитализированных по поводу ОКИ, выделяли в 49,4% всех бактериальных диарей, шигеллы *Флекснера* и *Зонне* – в 10,3% и *E.coli O143* – в 0,3% случаев.

Описывая этиологическую структуру ОКИ нельзя не вспомнить ряд хорошо известных любому инфекционисту **сложностей лабораторной диагностики** этой группы заболеваний. Как показывают многолетние и многочисленные наблюдения, рутинное, «поголовное» обследование всех детей с дисфункцией кишечника сравнительно малоинформативно. Более того, оно очень дорого. Известно, что частота положительных результатов бактериологического исследования фека-

лий больных ОКИ детей, колеблется в пределах 1,5-5,6% [24]. Стоимость полной лабораторной идентификации одного изолята в таких условиях составляет в среднем \$952-\$1200 [24]. По данным собственных исследований частота выделения возбудителей бактериальных диарей в отечественном стационаре еще ниже: для *Salmonella spp.* она составила всего 3-4,7%, для *Shigella spp.* 0,07-1,5% (результаты исследования более 35000 фекальных образцов от детей, госпитализированных с клиникой ОКИ, данные ранее не публиковались). *Voetsch A.* с соавт. показали, что на каждый документально подтвержденный случай сальмонеллеза приходится около 39 случаев не подтвержденного [14]. Неудачам бактериологической диагностики есть много объяснений. В первую очередь, это, конечно же, быстрое сокращение доли этих инфекций в современной структуре острых детских диарей (о чем уже указывалось выше). Невысокой чувствительности бактериологической диагностики способствует широкая доступность кишечных антисептиков и антибиотиков, используемых в практике т.н. «самолечения» амбулаторных пациентов. Не секрет, что получение положительного результата исследования в немалой мере зависит и от техники забора материала. Все так. Кроме того, до сегодняшнего дня бытует прежнее представление о проблемах качества сред баклабораторий. Оно, это представление настолько устоялось, что уже стало «общим местом» в обсуждениях проблем диагностики бактериальных инфекций. Но сегодня ситуация в этом вопросе существенно изменилась. Современные производственные технологии обеспечивают должное качество селективных питательных сред и высокий уровень положительного результата в работе врача-бактериолога. В этом, как нам кажется, не раз убеждался любой практикующий врач инфекционного стационара. Повидимому, пришло время попробовать найти иное объяснение большому проценту т.н. «кишечных инфекций неустановленной этиологии», а не пытаться

наращивать объемы рутинных лабораторных исследований.

Эффективность лабораторной диагностики инфекционных диарей можно достаточно успешно изменить. Так, она значительно возрастает при целенаправленном сборе эпиданамнеза и корректном клиническом обследовании пациента. К примеру, вероятность выделения возбудителя при гемоколите инфекционной природы возрастает с 1,5% до 87%, а среди причин этого патологического состояния, по данным американских исследователей, чаще всего выявляют шигеллы (49% изолятов), кампилобактеры (20%), сальмонеллы (19%) и энтерогеморрагические кишечные палочки (ЭГКП) O157:H7 (8%) [12]. В РФ причиной этого клинического варианта ОКИ в 17,1% являются сальмонеллы, реже кампилобактеры и клебсиеллы (по 8,6%) [8]. Если же клиника гемоколита не сопровождается лихорадочной реакцией, то в подавляющем большинстве случаев это связано с ЭГКП O157:H7 [12].

Тем не менее, сегодня **основной причиной острых диарей у детей являются кишечные вирусы**. И в нашей стране доминирующим возбудителем на протяжении уже нескольких лет остается ротавирус [6, 10]. Наблюдения за детьми, госпитализированными по поводу вирусных диарей, показали, что именно ротавирусные гастроэнтериты формируют тяжелые варианты детских ОКИ с высокой лихорадкой, интоксикацией, частой рвотой и обезвоживанием [20]. Респираторная симптоматика регистрируется примерно у 30-50% больных детей.

Норовирусы ответственны, преимущественно, за вспышечный характер заболеваемости среди взрослых и детей старшего возраста [6, 17]. Норовирусные гастроэнтериты занимают лидирующие позиции в этиологической структуре водянистых диарей на территориях, где вакцинация против ротавирусной инфекции включена в обязательный календарь прививок.

К сожалению, развернутая лабораторная диагностика вирусных диарей (определение РНК и ДНК методом *PCR*, антигенов вирусов экспресс-тестами)

ограниченно доступна. Да, собственно говоря, в практической работе педиатра этого и не требуется. Грамотно организованного и проведенного комплекса клинико-эпидемиологической диагностики в совокупности с параклиническими методами исследования вполне достаточно для проведения адекватной терапии.

Параклинические методы исследования могут помочь в решении вопросов дифференциальной диагностики вирусных и бактериальных диарей: лейкоцитоз в общем анализе крови – классический признак бактериальной инфекции; обнаружение лейкоцитов при копроцитоскопии также косвенно подтверждает диагноз бактериальной/инвазивной диареи (чувствительность этого метода 0,73, специфичность 0,84) [21]. Однако, в ранние сроки обследования регистрация умеренного лейкоцитоза, относительного нейтрофилеза возможна и при вирусной природе диареи, что нередко является основной причиной необоснованного назначения антибактериальной терапии. В развитых странах достаточно широко используется метод определения фекального лактоферрина (чувствительность метода 0,92, специфичность 0,79) [11, 13, 21]. Сдвиг *pH* кала в кислую сторону ($pH < 5,5$) обычно свидетельствует о дисахаридазной недостаточности, а значит, в большинстве случаев, о вирусной природе заболевания [2].

Развитие дополнительных синдромов, «утяжеляющих» ОКИ может косвенно помочь в выяснении природы заболевания. Так, наличие выраженного синдрома рвоты и, соответственно, умеренного и тяжелого обезвоживания чаще всего сопровождается течением ротавирусной инфекции [1]. Как показали собственные наблюдения, причиной повторной рвоты, как правило, является вторичный ацетонемический синдром. Гемолитико-уремический синдром, в первую очередь ассоциирован с Шигатоксин-продуцирующими штаммами диареогенных *E.coli* (в подавляющем большинстве случаев это ЭГКП O157:H7) [15].

Непростую в дифференциально-диагностическом плане проблему представляют собой неинфекционные заболе-

вания ЖКТ у детей, особенно, среди пациентов раннего возраста. Известно, что поражения кишечника занимают второе место в структуре патологии, вызываемой пищевыми аллергенами [7, 19]. Это и эозинофильный эзофагит, эозинофильный гастроэнтерит, и энтеропатия-, энтероколит (*FPIES*)-, проктит/проктоколит, индуцированные пищевыми белками, целиакия, и пр. [7, 19]. Разграничить инфекционную и неинфекционную патологию ЖКТ порой бывает достаточно сложно. При постановке диагноза следует обращать внимание на связь активности клинических проявлений с приемами определенной пищи. В первую очередь это касается коровьего молока и продуктов его содержащих. Отсутствие лихорадочной реакции, продолжительность болезни, сочетание симптомов поражения ЖКТ с атопическими заболеваниями другой локализации и, конечно, эффект от элиминационной диеты должны ориентировать врача на неинфекционный генез диареи [7, 19].

Современное лечение ОКИ у детей проводится с соблюдением диеты и адекватной регидратации. «Осмотическая составляющая» самой частой в педиатрии вирусной диареи, формируемая за счет вторичной лактазной недостаточности, позволяет рекомендовать перевод пациентов первого года жизни с выраженными проявлениями мальабсорбции на низко- или безлактозные смеси. Во всех остальных случаях сохранение грудного вскармливания у детей этого возраста – неотъемлемое условие эффективности лечения.

Многолетний опыт показал, что введение в педиатрическую практику оральной регидратационной терапии позволило снизить детскую смертность с 4,6 до 1,5 млн. в год [4, 13]. Пероральная регидратация при острых диарейных заболеваниях рекомендована экспертами в качестве основной, базовой терапии (уровень доказательности 1А). Оральная регидратация при легком и умеренном обезвоживании – наиболее физиологичный и патогенетически оправданный способ коррекции состояния. Для этого необходимо частое, дробное питье регидратирующего раство-

ра чайными ложками (по 5 мл каждые 1-2-5 минут), позволяющее избежать рвоты и ввести за час до 150-300 мл жидкости [11, 13]. В качестве регидратирующего средства желательна (а у детей раннего возраста обязательно!) использование готовых форм регидратационных солей для получения раствора с низкой осмолярностью (<245 мосмол/кг) [4].

Необходимость назначения этиотропной терапии достаточно активно обсуждается. Учитывая высокий процент вирусных диарей, назначение антибактериальной терапии ОКИ в качестве стартовой всем пациентам лишено смысла. Согласно рекомендациям ВОЗ, препараты этой группы целесообразно использовать только детям с тяжелыми формами инвазивных диарей (шигеллез, амебиаз), пациентам с подозрением на холеру, при наличии выраженного обезвоживания, тяжелыми внекишечными проявлениями инфекции (например, при развитии пневмонии) и пациентам с иммунодефицитными состояниями [4, 11, 13]. В остальных случаях антибактериальная терапия может быть не только неэффективной, но даже нанести вред ребенку. Ряд исследований показал, что применение антибиотиков в качестве этиотропной терапии гастроинтестинальных форм сальмонеллезов может стать непосредственной причиной развития постинфекционного носительства сальмонелл достаточно длительное время (около 7 недель) у 40% пациентов [16]. Известно, что использование антибактериальных препаратов при энтерогеморрагическом эшерихиозе может спровоцировать развитие гемолитико-уремического синдрома [4, 11].

Если необходимость назначения этой группы препаратов все же возникает, эксперты *WHO* и *WGO* рекомендуют ориентироваться на антибиотикочувствительность штаммов, циркулирующих на данной территории [4, 11, 13, 21].

По результатам наших исследований (данные не опубликованы) сальмонеллы по-прежнему доминируют в структуре бактериальных диарей у детей. С учетом их (сальмонелл) антибиотикочувствитель-

ности мы можем рекомендовать в качестве средств стартовой/эмпирической терапии внебольничного (зоонозного) сальмонеллеза препараты групп аминопенициллинов, цефалоспоринов III и аминогликозидов также III поколения. Антибиотиками резерва у детей следует числить фторхинолоны. Широко используемые нитрофурановые препараты, к сожалению, оказались неэффективными в отношении выделенных штаммов сальмонелл. В качестве кишечного антисептика можно применять ко-тримоксазол. В случаях шигеллеза, протекающего с явлениями классического дистального колита, аминопенициллины, ко-тримоксазол и хлорамфеникол не показали своей эффективности и, исходя из этого, не должны включаться в схему этиотропной терапии до определения чувствительности штамма. В последнее время появились рекомендации по использованию азитромицина в качестве перорального препарата первой линии в лечении бактериальной дизентерии у детей младше 18 лет, особенно на территориях с высокой устойчивостью шигелл к ко-тримоксазолу и ампициллину [25].

Говоря о симптоматическом лечении необходимо заметить, что распространенная в России практика широкого использования ферментных препаратов в комплексе лечения самых разных заболеваний не имеет аналогов в мире. Исследования отечественных ученых показали, что внешнесекреторная функция поджелудочной железы существенно не страдает [5]. По всей видимости, корректировать ферментативную недостаточность имеет смысл только при очевидной мальабсорбции (выявление стеатореи, амилореи, креатореи), но не как с профилактической целью.

Один из самых востребованных на сегодняшний день антидиарейных препаратов – лоперамида гидрохлорид. Его эффективность доказана при острых диареях у взрослых, особенно при нетяжелых формах диареи-путешественников [4, 11, 13, 21]. К сожалению, лоперамид противопоказан детям при инвазивных диареях, выраженном абдоминальном синдроме, фебрильной лихорадке [4, 11]. Возмож-

ный вред от побочных явлений препарата превышает его пользу у детей, поэтому практически во всех руководящих принципах лечения острых диарей у детей (*ESPGHAN, WHO, AAP* и др.) назначение препаратов, тормозящих перистальтику кишечника не рекомендуется [4, 11, 13, 21].

Достаточно новое направление в отечественной инфектологии – применение антисекреторных препаратов в качестве патогенетической терапии водянистых (секреторных) диарей. На мировом фармацевтическом рынке представлен доказано эффективный антисекреторный препарат рацекадотрил – ингибитор энкефалиназы с антисекреторной активностью, который, не действуя на моторику кишки, активно подавляет кишечную секрецию [11, 13].

Сегодня за рубежом в качестве противорвотной терапии у детей рекомендован к использованию сравнительно новый препарат, селективный антагонист *5HT3* серотонинергических рецепторов – ондансетрона гидрохлорид, имеющий достаточно благоприятный профиль безопасности [4, 11, 13, 21]. В России в качестве противорвотных средств при лечении ОКИ у детей используют домперидон и метоклопрамид. К сожалению, эффективность этих препаратов уступает ондансетрону, а частота побочных эффектов достаточно высока [13]. В любом случае, эксперты рекомендуют назначать антиэметики только в тех случаях, когда рвота препятствует проведению оральной регидратационной терапии [11, 13, 21].

Адсорбенты входят в протоколы лечения острых диарей большинства стран Европы [13] и польза их назначения кажется очевидной. Тем не менее, в США они не рекомендованы для широкого применения в лечении ОКИ, поскольку доказательная база их использования недостаточно убедительна [11].

Эффективность препаратов цинка в комплексном лечении ОКИ показана на территориях с распространенными цинкдефицитными состояниями, преимущественно в развивающихся странах [4]. Результаты исследований, проведенных в Европе, где дефицит цинка встречается

сравнительно редко, показали, что необходимости включения препаратов, содержащих этот микроэлемент в базовую терапию ОКИ пока нет [22].

Собственные наблюдения также показали отсутствие необходимости в назначении препаратов цинка детям г.Казани при лечении ОКИ [9]. Выводы сделаны на основании результатов пилотного исследования, продемонстрировали отсутствие статистически значимых клинических, эпидемиологических, лабораторных различий ОКИ в группах детей с нормальными и сниженным показателями *Zn* сыворотки крови.

На сегодняшний день показана эффективность пробиотиков в комплексе лечения гастроэнтеритов ротавирусной этиологии [11, 13, 23]. При этом необходимо помнить, что клинически значимые эффекты этих препаратов штаммовзависимы и определяются целым рядом дополнительных условий: возрастом пациента (в первую очередь), наличием сопутствующей патологии ЖКТ ребенка, предшествующих оперативных вмешательств и проч. Экстраполяция результатов на штаммы микробов, даже близкие тем, что подтвердили ранее свою эффективность, некорректна. Имеются сообщения о различных эффектах их применения [23]. На сегодняшний день не подвергается сомнению эффективность только штаммов *Lactobacillus GG Rhamnosus (LGG)* и *Saccharomyces boulardii* при лечении острых диарейных заболеваний [23]. Во всех остальных случаях необходимы дальнейшие наблюдения и обобщение результатов.

По-видимому, даже в этой статье нет необходимости доказывать целесообразность проведения активной профилактики инфекционных диарей. Те социально-экономические факторы, которые определяли спектр кишечных инфекций и заболеваемость среди детей еще в конце XX века, сегодня в значительной мере нивелировались. Потому дальнейший сдвиг в сложившейся ситуации возможен лишь при активном влиянии на экологию актуальных возбудителей ОКИ. Эффективность массовой, универсальной вакци-

нации против ротавирусной инфекции в ряде стран мира подтверждают правоту выбранной стратегии [18]. Очевидно, что введение вакцинации против ротавирусной инфекции в Национальный календарь в ближайшие годы поставит Россию в этом контексте в один ряд с современными развитыми странами мира и внесет свой вклад в улучшение здоровья наших детей.

Литература

1. Анохин В.А. Ацетонемический синдром при острых кишечных инфекциях у детей / В.А. Анохин, С.В. Халиуллина, И.А. Гутор // Детские инфекции. – 2012. – Т. 11, № 1. – С. 6-12.
2. Вторичная лактазная недостаточность в клинике ротавирусных кишечных инфекций у детей / С.В. Халиуллина [и др.] // Практическая медицина. – 2010. – № 45. – С. 110-112.
3. Глобальное бремя болезней (Global Burden of Disease): порождение доказательств направление политики – региональное издание для Европы и Центральной Азии [Электронный ресурс]. – Seattle, WA: IHME. – 2013 – Режим доступа: http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2013/09/03/000456288_20130903105621/Rendered/PDF/808480PUB0RUSS0Box0379820B00PUBLIC0.pdf.
4. Лечение диареи: учебное пособие для врачей и других категорий медработников старшего звена [Электронный ресурс]. – Женева: ВОЗ, 2006. – Режим доступа: www.euro.who.int/document/9244593181R.pdf.
5. Никулина Е.В. Состояние поджелудочной железы при острых кишечных инфекциях (по данным УЗИ) / Е.В. Никулина, М.И. Пыков, В.П. Тимина // Актуальные вопросы инфекционной патологии у детей: материалы I конгресса педиатров-инфекционистов России. – М., 2002 – С. 136-137.
6. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2013 году: Государственный доклад [Электронный ресурс]. – М.: Федеральная служ-

- ба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2014. – 191 с. – Режим доступа: http://www.rosпотребнадзор.ru/upload/iblock/3b8/gd_2013_dlya-sayta.pdf.
7. Пампура А.М. Классификация и клинические проявления пищевой аллергии [Электронный ресурс] / А.М. Пампура, А.И. Хавкин // РМЖ. – 2003. – №20. – Режим доступа: http://www.rmj.ru/articles_769.htm.
 8. Хаертынов Х.С. Клинико-эпидемиологические особенности кишечных инфекций, протекающих с синдромом гемоколита, у детей / Х.С. Хаертынов, Д.Р. Семенова, К.В. Сушников // Казан. мед. журн. – 2013. – Т. 94, № 2. – С. 208-211.
 9. Халиуллина С.В. Острые инфекционные диареи и дефицит цинка в организме ребенка / С.В. Халиуллина, В.А. Анохин, В.С. Валиев // Вопр. детской диетологии. – 2014. – № 1. – С. 14-22.
 10. Этиологическая структура острых инфекционных диарей у детей и взрослых / С.В. Халиуллина [и др.] // Практическая медицина. – 2012. – № 56. – С. 13-15.
 11. Acute diarrhea in adults and children: a global perspective / World Gastroenterology Organisation Global Guidelines [Электронный ресурс]. – 2012. – URL: http://www.worldgastroenterology.org/assets/export/userfiles/AcuteDiarrhea_long_FINAL_120604.pdf.
 12. Etiology of bloody diarrhea among patients presenting to United States emergency departments: prevalence of Escherichia coli O157:H7 and other enteropathogens / D. Talan [et al.] // Clin Infect Dis. – 2001. – Vol. 32, № 4. – P. 573-580.
 13. European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition / European Society for Pediatric Infectious Diseases evidence-based guidelines for the management of acute gastroenteritis in children in Europe / A. Guarino [et al.] // J Pediatr Gastroenterol Nutr. – 2008. – Vol. 46, № 2. – P. 81-122.
 14. FoodNet estimate of the burden of illness caused by nontyphoidal Salmonella infections in the United States / A.C. Voetsch [et al.] // Clin Infect Dis. – 2004. – Vol. 38 (Suppl 3). – P. 127-134.
 15. Grisar S. Management of hemolytic-uremic syndrome in children / S. Grisar // Int J Nephrol Renovasc Dis. – 2014. – Vol. 12, № 7. – P. 231-239.
 16. Hohmann E. Approach to the patient with nontyphoidal Salmonella in a stool culture [Электронный ресурс] / E. Hohmann // UpToDate. – 2014. – URL: <http://www.uptodate.com/>.
 17. Matson D.O. Clinical manifestations and diagnosis of noroviruses and related viruses [Электронный ресурс] / D.O. Matson, M.G. O’Ryan // UpToDate. – 2014. – URL: <http://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-noroviruses-and-related-viruses>.
 18. Matson D.O. Rotavirus vaccines for infants [Электронный ресурс] / D.O. Matson // UpToDate. – 2014. – URL: <http://www.uptodate.com/contents/rotavirus-vaccines-for-infants>.
 19. Nowak-Węgrzyn A. Food protein-induced enterocolitis syndrome (FPIES) [Электронный ресурс] / A. Nowak-Węgrzyn // UpToDate. – 2014. – URL: <http://www.uptodate.com/contents/food-protein-induced-enterocolitis-syndrome-fpies>.
 20. O’Ryan M.G. Clinical manifestations and diagnosis of rotavirus infection [Электронный ресурс] / M.G. O’Ryan, D.O. Matson // UpToDate. – 2014. – URL: <http://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-rotavirus-infection>.
 21. Practice Guidelines for the Management of Infectious Diarrhea / R.L. Guerrant [et al.] // Clin Infect Dis. – 2001. – Vol. 32, № 3. – P. 331-351.
 22. Review Article: The Management of Acute Gastroenteritis in Children / M. Pieścik-Lech [et al.] // Aliment Pharmacol Ther. – 2013. – Vol. 37, № 3. – P. 289-303.
 23. Szajewska H. Advances and limitations of evidence-based medicine – impact for probiotics / H. Szajewska // Ann Nutr

- Metab. – 2010. – № 57 (Suppl.). – P. 6-9.
24. Thielman N.M. Clinical practice. Acute infectious diarrhea / N.M. Thielman, R.L. Guerrant // N Engl J Med. – 2004. – Vol. 350, № 1. – P. 38-47.
25. Treatment and prevention of Shigella infections in children [Электронный ресурс] / R. Agha [et al.] // UpToDate. – 2014.- URL: <http://www.uptodate.com/contents/shigella-infection-treatment-and-prevention-in-children>.
26. WHO: The top 10 causes of death [Электронный ресурс] / Fact sheet № 310. – Updated May 2014. – URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>.

**ACUTE INTESTINAL INFECTIONS IN CHILDREN.
A NEW LOOK AT AN OLD PROBLEM**

Yu.V. Lobzin, V.A. Anokhin, S.V. Khaliullina

The article presents an overview of modern ideas about the etiological structure, principles of diagnosis and therapy of acute intestinal infections in children. The authors comment on the features of the diagnosis and treatment of these patients, existing today in the domestic and foreign practice. As part of evidence-based medicine shows the efficacy of various drugs for the treatment of children with infectious diarrhea. The authors used the results of their research to substantiate their position in discussions on several issues of improving diagnostic and therapeutic approaches in working with patients with acute intestinal infections.

Keywords: acute intestinal infections, etiology, therapy, prevention, children.

Лобзин Ю.В. – д.м.н., проф., академик РАМН, директор ФГУ НИИ детских инфекций ФМБА, г. Санкт-Петербург.
E-mail: niidi@niidi.ru.

Анохин В.А. – д.м.н., проф., зав. кафедрой детских инфекций ГБОУ ВПО «Казанский ГМУ» МЗ РФ.
420012, г. Казань, ул. Бутлерова, 49.
E-mail: anokhin56@mail.ru.

Халиуллина С.В. – к.м.н., докторант кафедры детских инфекций ГБОУ ВПО «Казанский ГМУ» МЗ РФ.
420012, г. Казань, ул. Бутлерова, 49.
E-mail: svekhal@mail.ru.