

МОЗ України
Міністерство освіти і науки
Харківська медична академія післядипломної освіти
Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна
Український центр інтенсивної терапії сепсису
Асоціація інфекціоністів України
Українська асоціація за доцільне використання антибіотиків

**ІНФЕКЦІЇ В ПРАКТИЦІ КЛІНІЦИСТА.
АНТИБАКТЕРІАЛЬНА ТА АНТИВІРУСНА
ТЕРАПІЯ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ТА
ГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПАХ**

*Матеріали
Науково-практичної конференції з міжнародною участю
27-28 березня 2008 року*

Під загальною редакцією
проф. Малого В.П., проф. Кратенко І.С.

Харків - 2008

кишки, а именно: ее проницаемость для жиров, углеводов, сахаров и витаминов (С.В. Бельмер, 2004). Документально доказано, что мальабсорбция является причиной резкой потери веса и развития дистрофии у детей. При интенсивном инфицировании клиническая картина может напоминать целиакию (А.Я. Лысенко с соавт., 2002; Т.И. Авдюхина с соавт., 2003). Механизм мальабсорбции при лямблиозе объясняется снижением всасывательной функции кишечника, а также изменением ферментативной активности тонкой кишки и поджелудочной железы. Этиологическая роль лямблий в развитии этих нарушений подтверждается эффектом противопаразитарного лечения.

Болевой синдром проявляется периодическими болями в животе (преимущественно в околопупочной области или правом подреберье), иногда они бывают приступообразными, возникают и усиливаются после еды (Т.И. Авдюхина с соавт., 2003).

Изучение клинической картины лямблиоза на сегодня все еще остается актуальной проблемой ввиду чрезвычайного многообразия его симптомов, определяющего многообразие клинических форм заболевания.

ПОРІВНЯННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ АНТИБАКТЕРІАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ ТА ПРОБІОТИКІВ ПРИ ЛІКУВАННІ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ

Полов'ян К.С.

Сумська обласна клінічна інфекційна лікарня ім. З.Й. Красовицького

В наш час гострі кишкові інфекції (ГКІ) є однією з актуальних медичних проблем, обумовлених сукупністю екологічних та соціально-економічних факторів, які вплинули на загальне здоров'я населення України. Питання раціональної етіотропної терапії ГКІ є провідним у практиці клініциста. Зростання частоти захворювань, спричинених антибіотикорезистентними штамами збудників, порушення частоти захворювань, спричинених антибіотикорезистентними штамами збудників, порушення мікробіоценозу кишечника, пригнічення локальної ланки імунітету вказує на потребу перегляду традиційного підходу до лікування ГКІ – пріоритет етіотропного лікування, в даному випадку – застосування антибактеріальних препаратів.

Метою роботи стало вивчення закономірностей зв'язку між динамікою стану мікробіоценозу кишечника, клінічної картини захворювання, і різновидом застосування терапії за анамnestичними, бактеріологічними даними, показниками об'єктивного та лабораторного обстежень.

Проаналізовано 116 карт стаціонарних хворих на ГКІ, госпіталізованих в Сумську обласну клінічну інфекційну лікарню ім. З.Й. Красовицького за період з 2004 до 2006 рр. частину з них обстежено.

При госпіталізації усім хворим призначали базисну терапію, яка включала промивання шлунку і/або кишечника, дієту, оральну (регідрон) і/або парентеральну регідрацію (трисіль, ацесіль, хлосіль, глюкоза 5%, фізрозчин); ферменти (мезим, панкреатин), ентеросорбенти (поліфепан, карболонг). В залежності від призначення лікування середників усі пацієнти були розділені на чотири групи. Перша група пацієнтів у складі 10 осіб отримувала синбіотик "Біфі-форм" з першого дня з моменту госпіталізації по 1 капсулі двічі на добу на фоні базисної терапії 5-6 днів. Друга група – 18 хворих, отримували норфлоксацин по 0,4 г двічі на добу протягом 3-5 днів разом з "Біфі-формом" за вищевказаною схемою. Третя група пацієнтів отримувала лише базисну терапію – 37 осіб курсом – 21 хворий. Групи пацієнтів були зіставлені за етіологією, клінічною картиною захворювання, відсутністю супровідної патології шлунково-кишкового тракту.

У всіх пацієнтів ГКІ діагностована на підставі типових клінічних, етіологічних та об'єктивних даних. Бактеріологічне підтвердження діагнозу було здійснено в 80 випадках, серологічне – у 24 (20,1 %).

Усі обстежені пацієнти мали середньотяжкий перебіг захворювання. Проведений аналіз частоти виявлення клінічної симптоматики показав, що такі симптоми, як біль у животі, діарея, загальна слабкість, гарячка, ознаки зневоднення зустрічались приблизно з однаковою частотою в усіх групах. До початку лікування частота випорожнень у хворих усіх груп коливалася від $(5,17 \pm 0,75)$ до $(7,05 \pm 1,05)$ разів на добу. Значення підвищеної температури тіла на початку захворювання було майже однаковим в усіх групах, становило $37,7 \pm 0,03$. Проведений аналіз вказує на те, що швидкість зникнення блювання, спазму сигмоподібної кишки була майже однаковою в усіх групах. Застосування різних схем лікування в більшій мірі клінічно вплинуло на тривалість гарячки, болювого, діарейного синдромів у пацієнтів досліджуваних груп, що виявилось статистично достовірним ($p < 0,05$). Так, у пацієнтів, при лікуванні яких використовувалась базисна терапія та її комбінація з "Біфі-формом" (1-а та 3-я групи), порівняно з тими, до складу лікування яких входив норфлоксацин (2-а та 4-а групи), швидше зникали біль у животі – відповідно $(4,10 \pm 0,13)$, $(4,06 \pm 0,19)$ і $(5,11 \pm 0,26)$, $(5,00 \pm 0,25)$, діарея – відповідно $(4,85 \pm 0,23)$, $(4,00 \pm 0,20)$ і $(6,11 \pm 0,48)$, $(5,81 \pm 0,25)$, гарячка – відповідно $(2,68 \pm 0,19)$, $(2,97 \pm 0,20)$ і $(4,11 \pm 0,37)$, $(4,62 \pm 0,35)$.

У пацієнтів вивчали кількісний та якісний склад мікрофлори кишечника в динаміці на 1-2 та 5-6 добу від моменту госпіталізації. При бактеріологічному дослідженні випорожнень у хворих 1-ї групи до початку лікування виявлений нормобіоценоз у 2 (10 %), дисбактеріоз 1 ступеня у 6 (30 %), 2 ступеня у 10 (50 %), 3 – у 2 (10 %) хворих. У другій групі до початку лікування нормобіоценоз був у 1 хворого (10 %), дисбактеріоз 1 ступеня у 2 (20 %), 2 ступеня у 4 або (40 %), 3 – у 3 хворих (30 %). У першій групі після лікування нормобіоценоз виявлений у 3 (15 %), дисбактеріоз 1 ступеня у 8 (40 %), 2 ступеня у 7 (35 %), 3 – у 2 (10 %) хворих. У другій групі нормобіоценоз був у 1 хворого (10 %), дисбактеріоз 1 ступеня у 4 (40 %), 2 ступеня у 3 або (30 %), 3 – у 2 хворих (20 %).

Таким чином, можна зробити висновки про те, що використання антибактеріальних препаратів у лікуванні гострих кишкових інфекцій негативно впливає на перебіг хвороби: продовжує тривалість гарячки ($p < 0,05$), пролонгує діарейний ($p < 0,05$) та болювий ($p < 0,05$) синдроми, гальмує нормалізацію облігатної мікрофлори товстої кишки порівняно з базисною терапією та в комбінації з пробіотиком. Необхідно максимально звузити вказання до призначення антибактеріальних препаратів при ГКІ. За необхідності антибактеріальну терапію слід поєднувати з ентеросорбентами та комбінованими пробіотиками.

ДИНАМІКА ПАРАЗИТЕМІЙ НА ФОНЕ ЛЕЧЕННЯ АРТЕМЕТРОМ БОЛЬНЫХ СО СРЕДНЕТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ТРОПИЧЕСКОЙ МАЛЯРИИ

Получки А.К.¹, Кондратюк В.В.²

Харьковская медицинская академия последипломного образования¹, Харьковский военно-медицинский клинический центр Северного региона²

Борьба с малярией была и остаётся глобальной проблемой человечества из-за ежегодно ушерба здоровью населения и экономике разных стран. В мире ежегодно болеют от 300 до 500 млн. человек, а число смертельных исходов тропической малярии составляет 1 млн. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) осуществляет борьбу с малярией в мире в рамках Программы «Обратить малярию вспять», принятой в 1998 году. В настоящее время для Европейского региона ВОЗ поставлена новая цель: ликвидировать тропическую малярию к 2015 г. Однако за последние 10 лет в целом ситуация по малярии в мире не улучшается, а в ряде мест ухудшилась. Огромные трудности представляет тропическая малярия в странах Африки расположенных между экватором и Сахарой, так называемый «пояс малярии». Следует отметить, что указанный регион является зоной