

616.926(063)
Г 42

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
УОЗ СУМСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАДМІНІСТРАЦІЇ
СУМСЬКА ОБЛАСНА КЛІНІЧНА ІНФЕКЦІЙНА
ЛІКАРНЯ**

**ГОСТРІ КИШКОВІ ІНФЕКЦІЙНІ
ЗАХВОРЮВАННЯ:
СУЧАСНІ АСПЕКТИ І ПРОБЛЕМИ**
**Матеріали обласної науково-практичної
конференції
(21 червня 2001 року, м.Суми)**

Суми Видавництво СумДУ 2001

Редакційна колегія:

доцент М.Д.Чемич, доцент Н.І.Ільїна

**ГОСТРИ КИШКОВІ ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ:
СУЧАСНІ АСПЕКТИ І ПРОБЛЕМИ // Матеріали науково-
практичної конференції, 21 червня 2001 р., м.Суми. - Суми:
Вид-во СумДУ, 2001.- 66 с.**

У матеріалах конференції відображені епідеміологічні, клінічні особливості перебігу гострих кишкових інфекційних захворювань у сучасних умовах як у дорослих, так і дітей. Розглянуті проблеми сучасної лабораторної діагностики, нові підходи до лікувальної тактики, особливості диференціальної діагностики. Поставлено низку проблемних питань, які необхідно вирішувати.

Матеріали конференції будуть корисні для інфекціоністів, педіатрів, терапевтів, епідеміологів та лікарів інших спеціальностей.

О.О.Бобильова, С.П.Бережнов, Л.М.Мухарська,

А.Г.Падченко, Л.С.Некрасова

**ПРОБЛЕМА ІНФЕКЦІЙНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ -
АКТУАЛЬНА ПРОБЛЕМА СИСТЕМИ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я ТА ДЕРЖАВИ**

МОЗ України, Центральна санепідстанція

МОЗ України, Київ

Серед інфекційних хвороб найбільше впливають на стан здоров'я населення грип та гострі інфекції верхніх дихальних шляхів, вірусні гепатити, гострі кишкові захворювання, інфекції, керовані засобами специфічної профілактики.

Незважаючи на зменшення кількості хворих на гострі кишкові інфекції, рівень її залишався високим - 278 на 100000 населення, а серед дітей - 809.

Збільшилась кількість хворих на черевний тиф з 55 у 1999 році до 96 у 2000 році. Внаслідок 6 спалахів, що виникли у Донецькій, Дніпропетровській, Закарпатській та Одеській областях, постраждало від цієї інфекції 39 осіб.

При зниженні захворюваності на дизентерію в країні на 20% відмічено її зростання в Чернігівській області у 3 рази, Сумській області на 74%, м.Севастополі на 70%.

Понад 7000 осіб звернулося за медичною допомогою з приводу сальмонельозів. Хоча у цілому в країні захворюваність знизилась на 26,9%, у м.Севастополі вона зросла на 27,3%, Хмельницькій та Сумській областях на 23,8% і 17,2% відповідно. Серед усіх хворих майже половина - діти до 14 років, з яких майже 55% - діти до 2 років життя. Показник захворюваності у цій віковій групі (157,0 на 100 тисяч дітей) у 4 рази перевищує захворюваність дітей до 14 років та більше ніж у 10 разів - показник захворюваності всього населення.

На 22 адміністративних територіях, за винятком Тернопільської, Херсонської, Черкаської, Чернігівської областей та м.Севастополя, зареєстровано 46 спалахів гострих кишкових інфекцій, під час яких постраждало 1047 осіб, з них 571 (54,5%) дитина.

По 5 спалахів відмічено у Дніпропетровській (106 хворих) та Донецькій (94) областях. Під час 3 спалахів у Вінницькій та 2 у Львівській областях постраждало 100 та 94 особи відповідно. Кількість хворих у вказаних 4 регіонах становила 37,6% від загальної кількості постраждалих під час спалахів. По 4 спалахи відмічено у Київській та Одеській областях (168 хворих), по 3 спалахи (125 хворих) - у Луганській та Полтавській, по 2 спалахи (143 хворих) - у Миколаївській, Рівненській, Сумській областях. На решті території зареєстровано по 1 спалаху.

За етіологічним фактором спалахи розподілялись таким чином: черевний тиф - 6 спалахів, постраждало 39 осіб, з них 13 дітей; сальмонельози - 13 спалахів, постраждало 321 особа, з них 94 дитини; шигельози - 16 спалахів, постраждало 400 осіб, з них 318 дітей; харчові токсикоінфекції - 8 спалахів, постраждало 155 осіб, з них 112 дітей; вірусний гепатит А - постраждало 132 особи, з них 34 дитини.

Факторами передачі в 21 випадку послужили готові страви, виготовлені з порушеннями технології приготування та умов зберігання, в 3 - молочні продукти, в 1 - кондитерські вироби, у 8 - питна вода, у 13 - інші фактори.

За минулий рік внаслідок порушень санітарно-протиепідемічного режиму трапилося 4 спалахи у лікувально-профілактичних закладах, де постраждало 23 особи, в тому числі 14 дітей. Спалахи відмічені у пологових будинках м.Боярка Києво-Святошинського району Київської області, м.Дніпропетровська та Чернівецькій області, у Київській міській клінічній лікарні № 17 (відділення інтенсивної терапії).

О.М.Черняк, Г.І.Христенко, Т.С.Габелюк, Л.Г.Штафінська
**РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ ЗБУДНИКІВ КИШКОВИХ
ІНФЕКЦІЙ СЕРЕД ЛЮДЕЙ ТА В ОБ'ЄКТАХ ДОВКІЛЛЯ
В СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ**

Обласна санітарно-епідеміологічна станція, м.Суми

В останні роки в області намітилась тенденція стійкого

зростання захворюваності на сальмонельоз в 1,2 разу щорічно та дизентерію. У 1999 р. захворюваність на дизентерію зростає в 2,3 разу, в 2000 р. - в 1,7 разу. Захворюваність на гастроентероколіти також збільшилась, але темпи її зростання значно нижчі, ніж захворюваність на дизентерію і сальмонельоз - 13% в 1999р. і 3% в 2000р.

Продовжує реєструватися спорадична захворюваність на черевний тиф по 3-5 випадків на рік. За останні 3 роки бактеріологічними лабораторіями санепідслужби та лікувально-профілактичних закладів з метою діагностики кишкових інфекцій було проведено 192369 досліджень, під час яких від хворих були виділені сальмонели 12 сероварів (*S.typhimurium*, *S.enteritidis*, *S.virchow*, *S.iava*, *S.stanley*, *S.derby*, *S.newport*, *S.typhi*, *S.anatum*, *S.infantis*, *S.westhampton*, *S.london*). Домінуючими були *S. enteritidis*, *S.typhimurium*, тобто збудники, які викликають так звані зоонозні сальмонельози. Питома вага зазначених збудників в етіології сальмонельозів в області складає 61,1% з переважанням *S.enteritidis* - 48,9 %. Від носіїв виділення сальмонел не реєструвалось тільки в нашій області, в той самий час в Україні від даної категорії тільки в 1999 р. було виділено 2221 штамп сальмонел 62 сероварів, 85,6% серед яких займають 2 вищезазначених серовари. Найбільш розповсюдженою серогрупою сальмонел серед хворих була О-група Д - 48,7%.

З об'єктів довкілля протягом 1998-2000 р. виділено 47 штамів сальмонел 5 сероварів, серед яких також переважають *S.enteritidis* і *S.typhimurium*. Серед зазначених двох сероварів в об'єктах довкілля, як і серед хворих, домінує *S.enteritidis*. Із загальної кількості *S.enteritidis*, що були виділені з об'єктів довкілля, 42,5% складають харчові продукти, 57,5% змиви. Найбільш забруднені серед харчових продуктів яйця - 58,8%, птиця - 23,5%.

Із загальної кількості об'єктів довкілля *S.typhimurium* була виділена з харчових продуктів (50%) і змивів (50%).

Найбільш вузький спектр сероварів сальмонел, виділених від хворих і з об'єктів довкілля в нашій області,

зумовлений тим, що в Сумській області значно менше, ніж в інші регіони України, завозяться м'ясопродукти та яйця з інших регіонів.

Відсутність реєстрації сальмонельозної інфекції у вигляді носійства потребує ретельного комплексного аналізу з боку клініцистів, епідеміологів і бактеріологів.

Згідно з стандартами, запропонованими ВООЗ, у здійсненні епідеміологічного нагляду за сальмонельозами провідне місце належить лабораторіям, тому що тільки виділення збудника з матеріалу від хворого або серологічне дослідження парних сироваток дає змогу встановити діагноз сальмонельозу. Але недоліком серологічного методу є неефективність його на початку захворювання, пізні терміни виявлення антитіл у дітей раннього віку, багатоетапність постановлення (спочатку РПГА з комплексним діагностиком, потім з усіма груповими О-діагностиком і РПГА з цистеїновою пробєю).

На початку 90-х років в Сумській області домінуючим збудником дизентерії реєструвалась *Sh.flexneri*. Починаючи з 1994р., на перше місце вийшов збудник *Sh.sonnei* (за винятком 1997 та 1998 років), що, в свою чергу, викликало різкий підйом захворюваності, тому що *Sh.sonnei* має виражений тропізм до харчових продуктів і часто зумовлює виникнення спалахів захворюваності, що підтверджують дані, наведені в таблиці 1.

Таблиця 1

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Усього виділ. шигел	1192	863	1059	259	316	753	1313
у т.ч. <i>Sh.flexneri</i>	555	410	384	195	215	336	246
<i>Sh.sonnei</i>	637	445	685	64	101	417	1067

Серед виділених від хворих *Sh.flexneri* переважає серовар 2а, серед *Sh.sonnei* - біовари 1а і 2к. Відмічається, що в останні роки в області переважно циркулюють штами *S.sonnei*, стійкі до дії всіх антибіотиків, за винятком поліміксину, гентаміцину і цефалексину.

При визначенні чутливості до антибіотиків інших збудників кишкових інфекцій, виділених від хворих в області,

певної закономірності не встановлено, вона має широкий діапазон і суттєві розбіжності від різних осіб як в районах, так і за сезонами.

З об'єктів довкілля за 3 роки виділено всього 5 типів шигел, з них 4 - *Sh.flexneri*, 1-*Sh.sonnei* (70% харчових продуктів).

За останні три роки в області зареєстровано 6717 захворювань гастроентероколітами, проведено бактеріологічне розшифрування з них у 1998р. - 45,7%, у 1999р. - 46,5% у 2000р. - 41,1%. Питома вага розшифрувань гастроентероколітів в Україні коливається від 39 до 51 %.

У цілому в області за останні три роки етіологічне розшифрування ГЕК виглядає таким чином:

Таблиця 2 - Етіологічне розшифрування гастроентероколітів в області за 1998 - 2000 рр.

Назва збудника	1998	1999	2000
Стафілокок	25,1	22,7	26,7
Протей	14,3	17,3	13,4
Клебсієла	21,7	22,1	25,1
Ентеробактер	12,9	13,2	8,0
ЕПКП	15,3	16,5	15,0
Цитробактер	8,9	6,2	8,5
Гафній	0,3	0,6	0,4
Псевдомонада	0,1	-	1,3
Серація	0,7	0,9	0,4
Інші	0,5	0,6	1,1

Слід зазначити, що найбільшим недоліком в етіологічному розшифруванні гастроентероколітів в області є повна відсутність вірусологічних досліджень, у той самий час у всіх регіонах України відбувається зростання гастроентероколітів вірусної етіології.

Крім вищеперелічених збудників, серед людей і на об'єктах довкілля має місце широка циркуляція ентеропатогенних ешерихій (ЕПКП). Так, за останні три роки від хворих виділено 196 ЕПКП, більшість яких є сероварами O₂₆,

O₁₁₃, O₁₄₄, O₁₂₄, O₂₀, O₁₈, O₂₅. При обстеженні здорових осіб, в основному декретованих контингентів, виділено 278 ЕПКП, з них 50% - це ешерихія O₁, яка рідко спричиняє гострі захворювання, 25% - ЕПКП O₁₄₄ і поодинокі випадки виділення O₂₅, O₁₂₄, O₁₁₃.

Але, враховуючи епідеміологічну важливість обстеження декретованих контингентів, усі працівники молокозаводів, які виділяють ЕПКП O₁, були обстежені вдруге і в 30% випадків у них спостерігалось повторне виділення даного мікроорганізму. На підставі клінічних даних і результатів дослідження в РПГА з виділеним аутоштамом (відсутність підвищення титру антитіл) діагноз ешерихіозу їм не був поставлений.

Проте дані групи осіб віднесені епідеміологами до групи підвищеного епідеміологічного ризику, за ними здійснюється ретельний епідеміологічний і бактеріологічний нагляд.

Перспективними для бактеріологічної служби області є дослідження на кампілобактерії, бо діагностика кампілобактеріозу залишається незадовільною. У той самий час в окремих регіонах України реєструються гострі кишкові інфекції, викликані кампілобактеріями.

В.О.Гейко, Т.С.Габелюк, О.М.Черняк, Г.І.Христенко
**ПРО ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА ГОСТРІ КИШКОВІ
ІНФЕКЦІЇ В СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ**

Обласна санітарно-епідеміологічна станція, м.Суми

Незважаючи на певні досягнення у боротьбі з гострими кишковими інфекціями, останні продовжують залишатись однією з найактуальніших проблем інфектології. У роки періодичних епідемічних підйомів, що відбуваються найчастіше через кожні два роки, їх питома вага серед інфекцій (без урахування грипу та інших ГРЗ) становить 25-30%. В останні 10 років зареєстровано 4 підйоми - 1991, 1994, 1996 і 2000 роки.

Провідне місце серед цих інфекцій і найважливіше епідеміологічне значення посідають шигельози, захворюваність склала: у 1991 р. - 130,3; у 1994 р. - 91,5; у 1996 р. - 105,1; у 2000 р. - 107,5 на 100000 населення, тоді як середньодержавний показник у 2000 склав 54,65. Захворюваність порівняно з періодами міжепідеміями зростала відповідно в 2,7 ; 2,0; 1,6 і в 1,7 разу.

У 2000 році всього зареєстровано 3790 випадків ГКІ, у тому числі 1433 випадки дизентерії. Сталося це на фоні найнижчого рівня захворюваності, що був зареєстрований в 1997 році і дорівнював 22,6 на 100000 населення, а у 2000 р. - 107,5, тобто у 4,9 разу вище, ніж у 1997 році.

В умовах бурхливого розвитку науково-технічного прогресу в епідеміології ГКІ з'явилися деякі зміни якісного і кількісного характеру, але класичні закономірності епідпроцесу збереглися. Підйоми та спади захворюваності спостерігаються на фоні зміни збудників. Епідемічні підйоми, як правило, відбуваються в роки, коли домінуюче місце займають шигели Зонне. Зокрема, в 1991 році їх питома вага складала 66,5%, у 1994 р. - 53,4%, у 1996 р. - 63,7%, у 2000 р. - 81%. У 1997 році, коли була зареєстрована найнижча захворюваність на дизентерію за останні 25 років (22,6 на 100 тис.населення), шигели Зонне серед етіологічно розшифрованих випадків дизентерії склали лише 24,7 %. Шигели Зонне, як правило, зумовлюють харчовий тип епідпроцесу.

Понад дві третини серед хворих на дизентерію та інші ГКІ становлять діти. Захворюваність серед них у 3-4 рази перевищує її рівень у перерахунку на все населення.

Основне місце в захворюваності ГКІ посідають діти дошкільного віку. Найвища захворюваність реєструється у віковій групі 0-2 роки, в 2000 році вона становила 1011 на 100000 населення та в 20 разів перевищувала її рівень серед дорослих.

Останнім часом висока захворюваність реєструється серед дітей дитячих дошкільних закладів, "неорганізованих"

дітей, школярів та працівників молокопереробних підприємств. Таким чином, профілактичні заходи слід спрямовувати у першу чергу на згадані вище вікові та професійні групи населення.

В останні роки спостерігається висока питома вага бактеріологічно підтвердженої дизентерії: у 1999 р. - 91,4 %; у 2000 - 91,6 %. Останнє ще раз свідчить, що в роки епідемічних підйомів захворюваності провідним типом епідпроцесу є харчовий. Близько 4/5 захворювань реєструється серед міських жителів, саме вони обумовили чергове зростання захворюваності в 2000 році.

У роки чергових епідемічних підйомів захворюваності на ГКІ активізується епідемічна захворюваність. У 2000 році в Україні її зареєстровано 45, з них у Сумській області - 2.

Висновки:

- 1 Під впливом науково-технічного прогресу і соціально-економічних змін, що відбуваються у суспільстві, епідеміологія кишкових інфекцій набуває деяких нових ознак. Останнє вимагає внесення корективів до організації та здійснення профілактичних і протиепідемічних заходів.
- 2 Під впливом економічних негараздів та постійного збільшення кількості харчових об'єктів, санітарно-технічний стан яких часто не відповідає санітарним вимогам, підвищується ризик виникнення спалахів кишкових, насамперед гострих інфекцій.

Завдання:

- 1 Провести всебічний ретроспективний аналіз захворюваності на гострі кишкові інфекції; встановити причини їх зростання серед окремих груп населення, визначити тенденцію, передбачити прогноз.
- 2 На основі отриманих даних розробити концептуальну програму боротьби з цими інфекціями та їх профілактики, передбачивши такі основні напрямки: удосконалення системи епіднагляду за гострими кишковими інфекціями, забезпечивши при цьому насамперед дієвий державний санітарний нагляд за об'єктами високого епідризику, вчасну і

якісну клініко-лабораторну діагностику ГКІ, оперативну організацію і проведення протиепідемічних заходів в епідосередках.

- 3 Організувати повсякденне спостереження за поточним санепідфоном з обов'язковим графічним зображенням щоденної захворюваності ГКІ, використанням даних санітарно-хімічного, санітарно-бактеріологічного і вірусологічного моніторингу об'єктів довкілля.
- 4 Розробити та реалізувати заходи, спрямовані на стабілізацію з подальшим зниженням захворюваності на ГКІ серед дітей першого року життя та віком до 2 років.
- 5 Розробити і реалізувати додаткові заходи, спрямовані на покращання медико-санітарного обслуговування дітей, які відвідують ДДЗ, підвищення рівня протиепідемічної стійкості цих закладів.
- 6 Розробити та запровадити в дію високоефективні заходи щодо підвищення якості медико-санітарного обслуговування працівників молокопереробних підприємств усіх форм власності.
- 7 Активізувати цілеспрямовану роз'яснювальну, консультативну та контролюючу роботу медичних працівників лікувально-профілактичних закладів, насамперед сільських, з питань профілактики побутових спалахів харчових отруєнь та кишкових інфекцій під час урочистих і ритуальних зборів з приготуванням обідів у домашніх умовах.
- 8 Розробити програму оперативного аналізу захворюваності на кишкові інфекції, її адаптацію до місцевих умов та запровадження в практику.
- 9 Організувати систематичний контроль за епідситуацією з кишкових інфекцій, вчасне адекватне реагування на її зміни.
- 10 Розробити подальше удосконалення системи епіддіагностики кишкових інфекцій.

З.И.Красовицкий

**О КЛАССИФИКАЦИИ КОЛИТОВ, ПРАВИЛЬНОЙ
КЛИНИЧЕСКОЙ ТРАКТОВКЕ ТЕРМИНА,
ПРИНЦИПАХ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ**

Сумский государственный университет,
кафедра инфекционных болезней

В теоретическом и практическом отношении одним из важных в медицине является патология дигестивной системы (системы пищеварения).

В инфектологии заболевания, поражающие эту систему, по количеству случаев и тяжести последствий уступают место, пожалуй, только респираторным инфекциям. Большой удельный вес среди заболеваний дигестивной системы занимают колиты.

В настоящем сообщении на основании литературных данных и собственного опыта мы поделимся теми соображениями, которые считаем важными для правильной клинической трактовки термина «колит», имеющего принципиальное значение в правильной патогенетической его оценке и проведении полноценного патогенетически обоснованного лечения. Эти же данные в определенной степени необходимы для составления классификации колитов, которые должны облегчить правильный принципиальный подход к диагностике, дифференциальной диагностике и лечению.

В сообщении будут приведены анатомо-физиологические данные, убедительно показывающие тесную связь и взаимозависимость всех органов дигестивной системы как в норме, так и в патологии, а также подчеркнута их онтогенетическое родство: из единой пищеварительной трубки эмбриона развивается желудок, поджелудочная железа, тонкий и толстый кишечник, печень. Вот почему при поражении одного из органов пищеварительной системы страдает вся система. Поэтому только в целях врачевания принцип преимущественного поражения того или иного отдела кишечника дает нам право говорить о колите, энтерите, энтероколите и т.д.

Особо тесная связь толстого кишечника – Krasum с тонким кишечником – Tenije. Более чем в половине случаев при острой форме болезни приводит к необходимости ставить диагноз энтероколита. Следует напомнить, что через тонкий кишечник (составляющий 4/5 всего кишечника) в основном всасывается вода, здесь же происходит основная химификация пищи. В докладе приводится схема ферментативных процессов, проходящих в тонком кишечнике.

Через тонкий кишечник всасывается не только то, что полезно, но что и вредно (постоянно мышечные волокна). Роль тонкого кишечника значительно шире, чем толстого (отсюда оправдано название не дизколит, а дизентерия).

В толстом кишечнике всасываются остатки воды и формируются шлаки. При запорах – obstipacio задерживается 60% гнилостных микробов. При всех этих процессах не могут быть в стороне ни печень, ни pancreas.

Выводы. Любой отдел кишечника, страдая, поражает всю дигестивную систему, каждый кишечный больной – это и печеночный больной.

Термины “энтерит”, “колит” условные. По нашему убеждению, при затяжных, тем более хронических формах болезни одного из органов дигестивной системы, развивается «дигестивит» с преимущественным поражением одного из органов пищеварения или отделов кишечника, требующий комплексного лечения всей дигестивной системы.

Однако от терминов «колит», «энтерит», «энтероколит», получивших право гражданства, практически отказываться нельзя, но в этот термин нужно вкладывать определенный смысл.

Термин «колит» ввел впервые в 1896 году Образцов и им же разработана дифференциальная диагностика между энтеритом и колитом.

В процессе многолетнего опыта и на основании анализа литературных данных нами разработана классификация колитов.

Первым и наиболее важным вопросом классификации является решение о инфекционном или неинфекционном характере колита.

Чем опаснее инфекция, тем ответственнее решение. Согласно этому принципу предлагаем прежде всего разделить колиты на 2 группы:

А (I) – инфекционные;

В (II) – неинфекционные.

В классификации предусмотрены принципы определения колитов: патанатомический, топографический, по тяжести болезни, срокам заболеваемости и, наконец, по исходам.

Проведена дифференциальная диагностика наиболее, как нам кажется, часто встречающихся колитов: язвенного, неспецифического, бактериальной и амёбной дизентерии.

На основании личного опыта даны практические советы по диспансеризации и лечению больных хроническими колитами.

М.Д. Чемич, В.А.Бутко

ЕТИОЛОГІЯ, ЕПІДЕМІОЛОГІЯ, КЛІНІКА ГОСТРОЇ ДИЗЕНТЕРІЇ СЬОГОДНІ

Сумський державний університет, кафедра інфекційних хвороб

Серед інфекційних хвороб одне з провідних місць займають гострі кишкові інфекції (ГКІ). За період з 1995 по 2000 роки в Україні зареєстровано понад 260 спалахів ГКІ. Серед них значне місце посідає гостра дизентерія (ГД). У Сумській області захворюваність на ГД коливається від 110 на 100 000 населення (у 1996 та 2000 роках) до 21,4 – у 1997 році. Ріст захворюваності призводить до значних економічних збитків.

Мета роботи – провести аналіз захворюваності на гостру дизентерію у Сумській області з 1994 по 1999 роки, виявити її етіологічну структуру і клініко-епідеміологічні особливості перебігу гострої дизентерії в сучасних умовах.

Нами проаналізовано 1936 історій хвороб пацієнтів з ГД, з них чоловіків – 1007 (52,0%), жінок – 929 (48,0%),

середній вік хворих склав $26,8 \pm 0,49$ року, основна група - це особи віком до 30 років (61,9%).

Більшість пацієнтів була госпіталізована в першу добу від початку захворювання (48,7%), на другу та третю - значно менше (37,3% і 8,7% відповідно), пізніше незначна кількість (5,3%).

При встановленні факторів передачі з'ясовано таке: більшість обстежених пов'язують своє захворювання із вживанням молочних продуктів 42,3%, 25,6% - із вживанням овочів та фруктів, 5% - із вживанням м'яса, контактування із подібними хворими підтвердили 7,6%, не змогли пов'язати захворювання з будь-чим 19,5%.

Діагноз ГД був підтверджений у 95,2% випадків, при цьому Sh.Sonnei виділені у 50,6%, Sh.Flexneri - у 40,5%, інші - у 4,1% хворих, у 4,8% - діагноз встановлено клінічно. При колітичному та ентероколітичному варіантах частіше виділяли Sh.Sonnei, при гастроентероколітичному у віці понад 15 років - Sh.Flexneri.

Легкий ступінь ГД зареєстровано у 777 хворих (40,1%), середньої тяжкості - у 879 (45,5%), тяжкий - у 280 (14,4%). Незалежно від ступеня тяжкості у всіх групах переважали хворі від 1 до 14 років, причому тяжкий перебіг у цій віковій групі спостерігається частіше, ніж в інших. Другу велику вікову групу складають особи старші 46 років.

Найчастіше реєстрували колітичний варіант ГД (60,4%), рідше - ентероколітичний (16,6%) та гастроентероколітичний (23,0%). Жінки склали більшість при гастроентероколітичному варіанті хвороби (69,5%), а чоловіки - при колітичному та ентероколітичному (58,2% та 57,5% відповідно).

При вивченні клінічної симптоматики залежно від клінічного варіанта відмічено, що при колітичному варіанті основними симптомами у всіх вікових групах були біль у гіпогастрії (74,8-84,8%), спазм сигмоподібної кишки (83,2-86,2%) та мізерні випорожнення. При гастроентероколітичному варіанті - біль по всьому животу (71,4-90,5%), часті водяві

випорожнення ($6,1 \pm 0,28$ – $6,8 \pm 0,62$ разу на добу), домішки крові у калі (69,5-71,4%), симптоми зневоднення (74,6-88,1%), а також спазм сигмоподібної кишки (78-90,5%).

Показники інтоксикації, лейкоцитарний (ЛП) та гематологічний (ГП), були підвищені при госпіталізації і склали в середньому $1,4 \pm 0,03$ і $1,5 \pm 0,04$. ЛП та ГП були найвищими у віковій групі старше 30 років і найнижчими у групі від 1 до 14 років.

Згідно з проведеним аналізом можна зазначити, що об'єктивними клінічними критеріями ступеня тяжкості можуть бути частота випорожнень та інтенсивність гарячки, із лабораторних – показники інтоксикації (ЛП та ГП), наявність патологічних домішок у калі.

Лікування хворих здійснювали за загальноприйнятими принципами. Регідратацію та дезінтоксикацію проводили перорально 54,4% хворим, парентерально – 31,1%. З етіотропною метою призначали фуразолідон (43,3%), левоміцетин (18,4%), поліміксин (16,0%), тетрациклін (4,6%) та інші препарати (17,7%). Слід зазначити, що один антибактеріальний препарат отримували 84,0% хворих, два – 15%, більше двох – 1,0%.

Зникнення клінічної симптоматики, а саме діареї, болю в животі, спазму сигмоподібної кишки наставало швидше у хворих, які приймали лише один антибактеріальний препарат. Тривалість перебування в стаціонарі була також коротшою у хворих, які отримували один антибактеріальний препарат ($9,3 \pm 0,12$ дня при легкому ступені, $9,3 \pm 0,13$ дня при середньому ступені, $9,6 \pm 0,53$ дня при тяжкому ступені) ніж у тих, що отримували два антибактеріальних препарати ($11,3 \pm 0,28$ дня, $12,5 \pm 0,32$ дня, $12,2 \pm 0,57$ дня відповідно).

Ці ж дані підтверджені ЛП та ГП: нормалізація цих показників проходила швидше у хворих, які отримували один антибактеріальний препарат. Так, після лікування фуразолідоном під час виписування у хворих із середньотяжким перебігом ГД ЛП склав $0,7 \pm 0,02$, ГП – $0,7 \pm 0,02$; після лікування

левоміцетином – ЛШ – $0,7 \pm 0,07$, ГШ – $0,7 \pm 0,02$. Тоді як після лікування одночасно і фуразолідоном, і левоміцетином ці показники були значно вищі – ЛШ $1,2 \pm 0,06$, ГШ $2,4 \pm 0,08$.

Таким чином, враховуючи епідемічну ситуацію, слід очікувати подальшого зростання захворюваності на ГД. Серед хворих ГД переважають особи чоловічої статі віком до 30 років, більшість госпіталізовано в першу добу від початку захворювання. Основним фактором передачі є молочні продукти. Практично всі випадки ГД підтверджені бактеріологічно, що вказує на низьку клінічну діагностику. Як етіологічний фактор превалює Sh.Sonnei. Частіше реєструється колітичний варіант та середньотяжкий ступінь ГД. Достовірними критеріями ступеня тяжкості є частота випорожнень, інтенсивність гарячки, показники інтоксикації (ЛШ та ГШ) і наявність патологічних домішок у калі. В лікуванні ГД недоцільно, і навіть шкідливо, використовувати одночасно два та більше антибактеріальних препарати.

Т.І.Іваненко, М.Д.Чемич, І.О.Троцька
ЕПІДЕМІЧНИЙ СПАЛАХ ГОСТРОЇ ДИЗЕНТЕРІЇ
Центральна районна лікарня, м.Лебедин.
Сумський державний університет, СОКІЛ

У червні 2000 р. у санаторії Токарі-Бережки, що розташований у Лебединському районі, зареєстровано епідемічний спалах ГД. Всі хворі пов'язували захворювання із вживанням солодкого сиру. Одночасно в епідемічний процес втягнуто понад 50 осіб. Для хвороби був характерний раптовий початок, виражена інтоксикація та гастроентеритичний синдром.

У Лебединську ЦРЛ було госпіталізовано 57 хворих, яким поставлено діагноз гострої дизентерії, у віці від 7 до 32 років, в основному це діти, середній вік хворих склав $13,9 \pm 0,8$ року. Переважали особи жіночої статі (67%), чоловіків було значно менше (33%). Більшість хворих прийнята в перший (54%) та

другий (44%) день захворювання і лише один - на четвертий день.

При госпіталізації всі скаржились на біль в епігастрії, значна частина, крім того, відмічала його локалізацію в гіпогастрії (74%), а в декількох болях були по всьому животу (18% хворих). Також 29 осіб (51%) скаржились на переймоподібні болях внизу живота. Із скарг, що найбільш часто спостерігали, слід відмітити головний біль (86%), слабкість (88%), запаморочення (63%), підвищення температури тіла (100%).

Із об'єктивних клінічних симптомів виявлені підвищення температури тіла в межах $37,1^{\circ}\text{C}$ - $39,9^{\circ}\text{C}$ ($37,9\pm 0,1^{\circ}\text{C}$ - середній показник), частішання випорожнень від 2 до 10 на добу ($3,0\pm 0,2$ разу на добу), патологічні домішки в калі (слиз - у 43, кров - у 8 хворих), блювання (86%), тахікардію та зниження артеріального тиску у всіх хворих. Крім того, спостерігали незначне збільшення печінки у 17 осіб (30%), спазм сигмоподібної кишки у 39 (68%).

При лабораторному обстеженні: копрограма - у всіх хворих несформований кал, із домішками слизу, лейкоцитів та у третини - еритроцитів; аналіз крові - лейкоцитоз $10,7\pm 0,5\times 10^9/\text{л}$, зсув формули вліво (у 61%), у частини помірне зниження вмісту гемоглобіну ($110\pm 1,3$ г/л), ШОЕ була в межах норми.

Проведене бактеріологічне дослідження дозволило підтвердити діагноз у 36 (63%) випадках, виділена *Sh.Sonnei*, а всім іншим хворим діагноз поставлено клініко-епідеміологічно.

Лікування проводили за загальноприйнятою методикою: регідратаційна терапія за допомогою перорального регідратанта - регідрону - всім хворим, інфузійно - з використанням глюкози (39% хворих), ізотонічного розчину натрію хлориду (11%), хлосолі (32%). У загальному інфузійна терапія проводилась 25 хворим. Також усі хворі отримували активоване вугілля. З етіотропною метою використовували частіше антибіотики (в основному монотерапія і лише у 4 хворих два антибіотики) та антибіотики в комбінації із фталазолом (9 хворих). Із

антибіотиків призначали левоміцетин (53% хворих), ампіцилін (51%), поліміксин (2%).

Зникнення клінічної симптоматики відбувалось таким чином: блювання на другу добу ($2\pm 0,1$), температура на третю добу ($3\pm 0,1$), болі та діарея також на третю добу ($3\pm 0,2$), найдовше була спазмована сигмоподібна кишка [до п'ятої доби ($5\pm 0,4$)].

Після проведеного лікування у всіх настало видужання, тривалість перебування в стаціонарі склала $5,9\pm 0,4$ ліжко-дня.

Таким чином, в епідемічний спалах було втягнуто в основному дітей, із клінічних варіантів гострої дизентерії переважав гастроентероколітичний середнього ступеня тяжкості. Епідемічний спалах гострої дизентерії мав всі ознаки харчового. Етіологічним фактором були Sh.Sonnei, фактором передачі міг бути солодкий сир.

Н.І. Ільїна

ВІРУСНІ ДІАРЕЇ: КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА

Сумський державний університет, кафедра інфекційних хвороб

Вірусні діареї – це група гострих інфекційних захворювань, які найчастіше спричиняються ротавірусами, ентеровірусами Коксакі і ЕСНО, вірусами групи Норфолк, кальцивірусами, аденовірусами тощо, і перебігають здебільшого з гастроентеритом.

Ротавірусний гастроентерит – широко розповсюджене захворювання, яке складає близько половини випадків кишечних розладів у дітей віком 2-4 років. Хвороба викликається вірусом з роду Rotavirus, передається від хворого переважно контактно-побутовим шляхом, має зимово-весняну сезонність.

Розрізняють катаральну і гастроінтестинальну форми ротавірусної хвороби. З останніх переважають гастроентеритичний та ентеритичний, рідше (1-5%) – гастритичний варіанти.

Інкубаційний період триває від 15 годин до 3-5 днів. Захворювання починається гостро. Тільки у 15-20% хворих можливий короткочасний продром з помірно вираженими катаральними явищами, головним болем, відчуттям дискомфорту в животі. Першими ознаками хвороби є блювання і пронос, які виникають одночасно. Блювання не більше 3-5 разів і тільки в перший день хвороби. Легкі форми хвороби мають перебіг без гарячки. При середньотяжких і тяжких температура підвищується до 38-39⁰С. Характерні дифузні болі у верхній половині живота і бурчання, що визначається при його пальпації. Випорожнення до 10-15 разів на добу, у великій кількості, водяві, пінисті, жовтого або жовто-зеленого кольору, без домішків слизу і крові, мають різкий неприємний запах.

У більшості хворих відмічається гіперемія кон'юнктив, слизової оболонки м'якого піднебіння, язичка, задньої стінки глотки і риніт. Тривалість хвороби біля тижня. При середньотяжкому і тяжкому перебігу хвороби розвивається зневоднення I-II ступеня.

Ентеровірусна діарея – гостра інфекційна хвороба, що викликається вірусами Коксакі, ЕСНО, супроводжується проносом, схильна до епідемічного розповсюдження. Джерелом інфекції є хворі та вірусоносії. Механізми передачі - фекально-оральний і повітряно-краплинний. Характерна літньо-осіння сезонність. Частіше хворіють діти. Захворювання має перебіг за типом гострого гастроентериту. Інкубаційний період складає 2-10 днів. Початок гострий, з підвищенням температури до 38-39⁰С. Виникають переймоподібні болі в животі, нудота, блювання, пронос. Випорожнення до 4-8 разів на добу, несправжніх позивів, тенезмів не спостерігається. Випорожнення рясні, водяві, зеленкуватого кольору, без патологічних домішок. Язик обкладений білим нальотом, сухий. Живіт здутий, при пальпації болючий, відмічається буркотіння. У третини хворих збільшена печінка.

У маленьких дітей диспепсичні розлади часто поєднуються з катаральними явищами: кашель, серозні

виділення з носа, гіперемія і набряклість слизової оболонки ротоглотки, зернистість задньої стінки глотки. Можлива гіперемія обличчя, шиї, верхньої частини грудної клітки. Часто збільшені підщелепні і задньошийні лімфатичні вузли. Захворювання короткочасне (2-5 днів) і має доброякісний перебіг. Зневоднення не розвивається.

Вірусні діареї, які викликаються дрібними вірусами (кальцивірусами, астровірусами, групою Норфолк тощо), мають перебіг у вигляді гастроентериту з помірною інтоксикацією. Випорожнення рідкі, водяві, можуть бути домішки слизу. Температура тіла субфебрильна або нормальна. Зневоднення розвивається рідко.

Діагностика вірусних діарей ґрунтується на клініко-епідеміологічних даних (епідеміологічний анамнез, сезонність, наявність, крім диспепсичного синдрому, катару верхніх дихальних шляхів). З метою лабораторного підтвердження діагнозу використовують зараження матеріалом від хворого (змиви з носоглотки, фекалії) культур клітин і новонароджених мишей з подальшим типуванням вірусів у РН, РНГА. Можна виявляти віруси за допомогою електронної мікроскопії у випорожненнях хворого. Застосовується серологічна діагностика (РН, РЗК, РГГА, РНГА, ІФА). Діагноз вважається підтвердженим при підвищенні титру специфічних антитіл у 4 рази і більше.

Л.П. Кулеш

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ САЛЬМОНЕЛЬОЗУ ПРИ ЕПІДЕМІЧНОМУ СПАЛАХУ

Обласна клінічна інфекційна лікарня, м. Суми

За останні три роки у м.Суми відмічається зниження захворюваності на сальмонельоз, яка складає у 1998 - 20,0, у 1999 - 18,1 та у 2000 - 16,6.

У липні 2000 року був зареєстрований спалах сальмонельозу в с. Підліснівка Сумського району. Близько 60

осіб захворіли на сальмонельоз, з них 28 були госпіталізовані в СОКІЛ (10 чоловіків, 18 жінок). Захворювання переважно були середнього ступеня тяжкості - 21 (75%) хворий, у 4 (14%) спостерігали тяжкий перебіг, у 3 (11%) - легкий. Гастроентеритичний варіант відмічався у 15 осіб (53,5%), гастроентероколітичний - у 11 (39%), ентеритичний - у 2 (7,5%). У 82% діагноз було підтверджено бактеріологічно, виділена *S. enteritidis*.

У 14 хворих температура підвищувалася до 38⁰С, у 9 - до 39⁰С. У 13 чоловік спостерігались блювання, біль у животі - у 22, діарея до 10 разів на добу була у 20, більше 10 - у 8 хворих.

За 2000 рік у лікарні проліковано 9 випадків спорадичного сальмонельозу (5 чоловіків, 4 жінки). Гастроентероколітичний варіант встановлений у 6 (66,7%) випадках, гастроентеритичний у 3 (33,3%). У 3 хворих відмічено тяжкий перебіг, у 6 - середньої тяжкості. Біль у животі був у всіх хворих. Як етіологічний агент у 8 випадках виділена *S. enteritidis*, у 1 - *S. thymurium*. У 5 хворих температура підвищувалася до 38⁰С, у 3 - до 39⁰С.

При аналізі випадків спорадичної захворюваності виявлено, що 5 осіб вживали в їжу сирі яйця. При епідеміологічному розслідуванні спалаху сальмонельозу виявити джерело не вдалося, однак можливими факторами передачі були: копчена риба у 15 осіб, холодець - у 15, домашня ковбаса - у 16, паштет - 16.

У випадках спорадичної захворюваності хворим призначалася дієта № 4а, 4; патогенетична терапія: регідрон - 8 хворим, "Трисіль" - 1; етіотропна терапія: фуразолідон - 4 особам, поліміксін - 1, левоміцетин - 2, норфлуксацин - 1, поліміксін з левоміцетином - 1.

При спалаху сальмонельозу разом з оральною регідrataцією хворим з тяжким та середньотяжким перебігом проводилася парентеральна регідrataційна терапія ("Хлосіль", "Дисіль", розчин Рингера, 5% глюкоза). Двом хворим з вираженою інтоксикацією було призначено реополіглюкін.

Промивання шлунка проведено 13 хворим, очисну клізму – 25. 25 пацієнтам (з 28) було призначено препарат нітрофуранового ряду – фуразолідон, 1 хворому з тяжким перебігом та супровідною патологією (хронічний бронхіт) – норфллоксацин. 2 особам з легким перебігом антибактеріальна терапія не проводилася. Усі хворі одержували ферменти, радіолу рожеву (адаптоген). 1 хворий з тяжким перебігом приймав біфідобактерії.

На жаль, у лікарні були відсутні високоефективні сорбенти (особливо сунамол С, який містить в собі кальцій), а також еубіотики.

Всім хворим при виписуванні з стаціонару було рекомендовано приймати лактовіт, біфіформ.

Таким чином, перебіг сальмонельозу при епідемічному спалаху не відрізняється від такого самого при спорадичній захворюваності. Етіологічним фактором сальмонельозу протягом останніх років є в основному S.enteritidis.

Т.В.Зайченко

ЗАЛЕЖНІСТЬ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ХАРЧОВИХ ТОКСИКОІНФЕКЦІЙ ВІД ВИДУ ЗБУДНИКА

Обласна клінічна інфекційна лікарня, м.Суми

Мета роботи - проаналізувати характер клінічних проявів харчових токсикоінфекцій залежно від збудника за даними СОКІЛ.

Останнім часом спостерігається зростання кількості гострих кишкових інфекцій, серед яких особливе місце займають харчові токсикоінфекції (ХТІ). Останні виникають при вживанні інфікованих харчових продуктів і часто обумовлені умовно-патогенною флорою.

Було проаналізовано 98 історій хвороб пацієнтів, що перебували на лікуванні в 1999-2000 рр. з приводу харчової токсикоінфекції. Серед них чоловіків - 52, жінок - 46; віковий склад пацієнтів: до 20 років - 18; 20-29 р. - 25; 30-39 р. - 23; 40-49 р. - 20; старше 50 р. - 12 чол.

Легкий перебіг хвороби спостерігався у 4 (4,08%) чоловік, середнього ступеня тяжкості - у 94 (95,9%). Етіологічними чинниками найчастіше були: *Klebs.pneumoniae* - у 20 хворих, гемолізуюча *E.coli* - у 13, *St.aureus* - у 15, *Pr.morgani* - у 9, *S.freundii* - у 3, ЕПКП O1 - у 2, *Ent.cloacae* - у 7, *Pr.rettgeri* - у 2. У 17 (17,3%) хворих виділено декілька збудників одночасно: *Kl.pneumoniae* та гемолізуючу *E.coli* - у 7, ЕПКП O1 та *St.aureus* - у 2, *Pr.morgani* та гемолізуючу *E.coli* - у 2, ЕПКП O1 та гемолізуючу *E.coli* - у 1, *Ent.cloacae* та *St.aureus* - у 1. У решти 10(10,2%) хворих результат бакдослідження був негативним. У переважній більшості випадків відмічався гострий початок хвороби: нудота, блювання, частіше повторний, переймоподібний біль в животі (епігастрії та навколо пупка). Підвищення температури спостерігалось у 80 (81,6%) хворих до 38-38,8⁰С. При ХТІ, викликаних *St.aureus*, температурна реакція була відсутня у 12 (80%) хворих, у решти не перевищувала 37,3⁰С. Біль у животі відмічався у 82 (83,7%) хворих, переважна локалізація його в ділянці епігастрія у 50 (61%) або по всьому животу переймоподібного характеру 32 (39%). Синдром діареї спостерігався у 82 (83,7%) хворих.

При ХТІ, спричинених *St.aureus*, переважав гастритичний варіант - у 13 осіб (86,7%), рідше - у 2 осіб (13,3%) - гастроентеритичний. ХТІ, обумовлені *Kl.pneumoniae*, мали гастроентеритичну форму в 17 осіб (75%), гастроентероколітичну - у 3 (15%).

Тривалість діареї не перевищувала 1-2 доби при легкому перебігу захворювання, 3-4 - при середній тяжкості і лише у 5,1% хворих склала 6 діб.

У більшості хворих випорожнення мали водявий характер без патологічних домішок і лише у 10 (10,2%) відмічалася наявність слизу. Синдром інтоксикації (головний біль, запаморочення, слабкість, нудота, блювання, підвищення температури тіла) найбільш притаманний ХТІ клебсієльозної та стафілокової етіології та майже не спостерігається при протейній.

Діагноз підтверджений бактеріологічно та за допомогою серологічних реакцій. РА з аутоштамами проведена у 48 випадках, з яких у 19 була позитивною. Таким чином, клінічна картина ХТІ деякою мірою обумовлена видом збудника, а саме: ХТІ стафілококової етіології переважно мають перебіг за гастритичним варіантом та без температурної реакції. Інтоксикація є характерною для клебсієльозу та стафілококових ХТІ. Гастроентероколітичний варіант для ХТІ протейної, клебсієльозної та рідше ешерихіозної етіології не характерний.

І.Є.Гайворонська
**ОСНОВИ ДІАГНОСТИКИ
ТА ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ ЄРСИНІОЗУ**
Обласна клінічна інфекційна лікарня, м.Суми

Єрсиніоз - інфекційне захворювання, яке викликається *Yersinia enterocolitica* і характеризується гарячкою, інтоксикацією, ураженням переважно шлунково-кишкового тракту, а також суглобів і шкіри.

Діагностика єрсиніозу викликає деякі труднощі, що пов'язано з різноманітністю клінічних проявів хвороби. Розрізняють такі клінічні форми єрсиніозу: абдомінальну, артралгічну, генералізовану та бактеріоносійство.

Проте виділення певних форм є умовним, тому що всі вони мають багато спільних проявів з переважним ураженням травного каналу.

Початок хвороби, як правило, гострий, температура тіла підвищується до 38-39⁰С з ознобом.

Для найбільш поширеної абдомінальної форми характерні: біль у животі без чіткої локалізації, нудота, блювання, пронос. Кал рідкий, з різким неприємним запахом, може бути з домішками слизу, іноді крові. Це гастроентероколітичний варіант абдомінальної форми. У деяких хворих ця форма виявляється ознаками мезаденіту (збільшення лімфатичних вузлів брижі з утворенням інфільтратів). Часто до

мезаденіту приєднується термінальний ілеїт, при якому спостерігається біль в ілеоцекальній ділянці. На тлі ознак гастроентероколіту, мезаденіту та термінального ілеїту може розвинутися клініка гострого апендициту. Під час оперативного втручання знаходять гостре запалення вузлів брижі, набряк і гіперемію дистального відділу здухвинної кишки та гостре запалення (від катарального до флегмонозного) апендикса.

Крім вищезазначених ознак, при абдомінальній формі майже у половини хворих буває висипка; вона поліморфна (скарлатиноподібна, кореподібна, алергічна, часто з елементами вузлуватої еритеми). Переважно розміщена на кистях, стопах, обличчі і шиї (симптоми "рукавичок", "шкарпеток", "відлоги").

Артралгічна форма ерсиніозу спостерігається у 10% хворих. Як правило, за 10-12 днів до виникнення артралгії у них буває гострий гастроентерит з гарячкою.

Генералізована форма ерсиніозу характеризується тяжкістю перебігу, значною інтоксикацією, багаторазовим блюванням, частим проносом зі слизом, іноді з кров'ю. У хворих на цю форму можуть виявлятися ознаки "гострого" живота, зокрема апендициту. Спостерігаються ураження суглобів, гострий гепатит, панкреатит, можливий міокардит, ураження нирок.

Для діагностики ерсиніозу, крім клінічних ознак, проводять бактеріологічне дослідження випорожнень, крові, сечі, за необхідності - цереброспинальної рідини; в перші дні хвороби за наявності запальних ознак у зіві досліджують слиз із задньої стінки глотки, мигдаликів. У серологічній діагностиці ерсиніозу застосовують РА та РНГА (діагностичний титр 1:200).

Для етіотропної терапії ерсиніозу використовують левоміцетин (по 0,5 г 4 рази на день, при тяжкому перебігу по 1,0 г 3 рази на добу), тетрациклін (по 0,2-0,3 г 4-6 разів на день) або нітрофуранові препарати (фуразолідон, фурагін по 0,1 г 4 рази на день).

Проводять також дезінтоксикаційну терапію, при легкому та середньотяжкому перебігу - пероральне введення

глюкозо-електролітних розчинів; при тяжкому перебігу - внутрішньовенно.

Враховуючи наявність сенсибілізації організму, призначають антигістамінні препарати (димедрол, діазолін, супрастин, тавегіл).

За наявності артралгічної форми використовують нестероїдні протизапальні препарати (індометацин, ібупрофен, вольтарен), фізіотерапевтичну терапію (іонофорез, аплікації парафіну чи озокериту).

При абдомінальній формі з симптомами гострого апендициту обов'язкова консультація хірурга і за наявності ознак подразнення очеревини слід проводити оперативне втручання.

І.О.Троцька

ДІАГНОСТИКА ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ, ВИКЛИКАНИХ УМОВНО - ПАТОГЕННИМИ МІКРООРГАНІЗМАМИ

Обласна клінічна інфекційна лікарня, м.Суми

Умовно-патогенні мікроорганізми (УПМ) та зумовлені ними захворювання - одна з найважливіших проблем інфекційної патології. Все більше занепокоєння викликає зростання кількості цих захворювань, основна причина якого - широке та часто нераціональне застосування антибіотиків, а також препаратів, що пригнічують захисні сили організму (кортикостероїди, імунодепресанти). Маючи високу стійкість до антибіотиків, УПМ часто зумовлюють внутрішньолікарняні інфекції. Вони можуть викликати патологічні процеси різної локалізації (легеневої, урологічної та ін.). Надто важливе вивчення етіологічної ролі УПМ при гострих кишкових інфекціях (ГКІ).

До УПМ-збудників ГКІ відносять представників родини ентеробактерій (ентеробактер, цитробактер, протей, клебсієла, кишкова паличка та ін.), так звані неферментуючі бактерії

(псевдомонази, ацинетобактер), а також стафілококи, стрептококи, деякі спороутвірні аеробні та анаеробні бацили, бактероїди, вібріони тощо.

Для встановлення етіологічного діагнозу при спорадичній захворюваності ГКІ, викликаних УПМ, а також при епідемічних спалахах, необхідно враховувати комплекс таких клінічних, епідеміологічних та лабораторних даних.

Перш за все це наявність групових випадків діарейних захворювань, пов'язаних із вживанням одного й того самого харчового продукту, гострий початок хвороби з ознобу та підвищення температури, загальної інтоксикації, нудоти, блювання, болі в животі, частих водяних випорожнень, загальної слабості.

На даному етапі необхідно виключити неінфекційні діареї (алергічні, медикаментозні та пов'язані з загостренням хронічних захворювань або ферментопатіями тощо). Особливо важливим є виключення у хворого гострої хірургічної патології.

Зазначений мінімальний обсяг інформації необхідний для:

- своєчасного проведення протиепідемічних заходів;
- вирішення питання про госпіталізацію хворого в інфекційний стаціонар;
- цілеспрямованого обстеження хворого;
- своєчасного призначення адекватної терапії.

Для визначення природи ГКІ необхідно враховувати дані епідеміологічного, алергологічного анамнезів та анамнезу життя. Слід звертати увагу на тривалість інкубаційного періоду, який при шигельозах, сальмонельозах складає 2-3 доби, а при ГКІ, зумовлених УПМ, не перевищує 3-14 годин.

У диференціальній діагностиці ГКІ мають значення результати досліджень випорожнення. При ГКІ, зумовлених УПМ, випорожнення жовто-зеленого кольору, водяві, рясні, з залишками неперетравленої їжі, слизу, зрідка – з домішками крові. В копрограмі – підвищений вміст лейкоцитів та еритроцитів. Дані гематологічних досліджень варіабельні, але у

більшості хворих спостерігаються помірний нейтрофільний лейкоцитоз, зсув лейкоцитарної формули вліво та прискорення ШОЕ.

Певне значення мають результати ректороманоскопії. При ГКІ, зумовлених УПМ, відзначається катаральний проктосигмоїдит, рідше – катарально-ерозивний, геморагічний або виразковий.

Усі вищезазначені клінічні та епідеміологічні ознаки дозволяють припустити умовно-патогенну природу ГКІ. Вирішальне значення при встановленні етіологічного діагнозу мають результати лабораторного обстеження. За відсутності абсолютних критеріїв в діагностиці ГКІ, викликаних УПМ, основний методологічний підхід до їх розшифрування повинен носити комплексний характер.

Остаточний етіологічний діагноз встановлюється з урахуванням повного комплексного клініко-епідеміологічного та лабораторного обстеження, а саме:

- урахування клінічних особливостей ГКІ, викликаних УПМ;
- повторне виділення з випорожнень хворого УПМ як в монокультурі, так і в розведенні не менш ніж 10^{-6} у перші три дні хвороби із зниженням або повним зникненням в подальшому за відсутності або незначні кількості цього мікроорганізму в безпосередньому оточенні хворого (парні контролю). Збільшення у випорожненнях УПМ свідчить про розвиток дисбактеріозу або може бути наслідком реінфекції;
- негативні результати бактеріологічних досліджень випорожнень, блювотиння, промивних вод шлунка та інших біологічних рідин на патологічні збудники ГКІ;
- виділення з харчового продукту (фактора передачі інфекції) та з випорожнень, блювотиння або промивних вод шлунка ідентичних УПМ (одного виду, серовару та ін.);
- діагностичне зростання (в 4 рази) специфічних антитіл в сироватці крові до виділених збудників (з аутоштамом).

Одночасне виявлення специфічних антитіл до УПМ в перші дні хвороби навіть у високих титрах не є підтвердженням їх

етіологічної ролі. У дітей віком до 6 місяців життя, літніх та ослаблених іншими захворюваннями людей титри антитіл можуть бути незначними або серологічні зрушення повністю відсутні. Негативні результати підвищення титру специфічних антитіл не можна розглядати як безумовний доказ відсутності етіологічного зв'язку ГКІ з виявленням УПМ.

Варіанти формулювання діагнозу ГКІ, зумовлених УПМ:

1 Гостра кишкова інфекція (епідеміологічно, клінічно, бактеріологічно: *Pr.vulgaris* 10^{-6} /г, серологічно (1:10-1:80), гастроентеритична форма, середнього ступеня тяжкості. Зневоднення II ступеня.

2 Гостра кишкова інфекція (епідеміологічно, клінічно, бактеріологічно: *St.aureus* 10^{-7} /г, серологічно: РА (1:20-1:80), гастритична форма, середній ступень тяжкості.

Не рекомендуються до практичного застосування такі формулювання діагнозу, як "протеоз", "протеїзм", "цитробактеріоз" та ін.

С.І. Кругляк, С.Д. Татаренко

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ

Міська дитяча клінічна лікарня, м.Суми

Гострі кишкові інфекції (ГКІ) у дітей – це одна з найбільш розповсюджених груп захворювань. Вони займають друге місце після ГРВІ.

Незважаючи на різноманітність етіологічних факторів, клінічні прояви ГКІ у дітей можуть бути аналогічними. Подібність клініки створює значні труднощі в клінічній діагностиці. Серед хворих цієї групи багато дітей, захворювання у яких викликається різноманітними умовно-патогенними бактеріями та вірусами, або кишкові розлади є результатом дисбактеріозу.

Особливості перебігу дизентерії у дітей. У дітей першого року життя частіше спостерігається диспептична форма

дизентерії. Захворювання виявляється порушенням апетиту, блюванням, зригуванням. Випорожнення водяві, патологічні домішки спостерігаються рідко. У дітей старше 3-х років частіше буває дизентерія, що має перебіг за типом харчової токсикоінфекції.

У дітей першого року життя весь симптомокомплекс виражений слабше, ніж у хворих старшого віку. Випорожнення частіше мають ентероколітичний характер. Симптоми гемоколіту більш рідкі. Еквіваленти тенезмів – почервоніння обличчя під час дефекації, податливість зовнішнього сфінктера ануса. Поруч з переважанням легких форм у дітей першого року життя виразно визначається схильність до більш повільної репарації кишечника, а також до затяжного перебігу дизентерії.

У дітей часте поєднання дизентерії з іншими інфекціями, особливо з ГРВІ, часто розвивається дегідратаційний синдром, що спричиняє гіпоксію та ацидоз. Часта відсутність характерних колітичних змін приводить до того, що діагноз “дизентерія клінічно” у дітей спостерігається дуже рідко.

Кишкові колі-інфекції у дітей частіше мають тяжкий перебіг, і важкі для клінічної діагностики. Найбільш характерне поєднання вираженого токсикозу та ексикозу з місцевими проявами: здуття та болючість живота, довготривалість метеоризму, наявність патологічних домішок у калі, уповільнення репаративних процесів у кишечнику. Блювання – частий симптом при кишкових захворюваннях, викликаних ешерихіями всіх груп.

Сальмонельоз. Провідний шлях передачі - харчовий, але у дітей, особливо в ранньому віці, переважає контактний шлях зараження, при якому фактором передачі інфекції є руки персоналу, предмети догляду, сповивальні столики. Можливі внутрішньолікарняні спалахи. До особливостей сальмонельозу у дітей першого року життя відноситься більша тяжкість захворювання та більш висока летальність. У них переважає ентероколітична форма, що зумовлено анатомо-фізіологічними

особливостями. Місцевий процес найбільше виражений у випорожненнях. Часто спостерігаються домішки крові, які інколи бувають настільки значні, що хворобу треба диференціювати від інвагінації. Блювання у дітей першого року життя буває досить рідко. Підвищення температури триваліше. Токсикоз настає частіше, тримається більш тривалий час. Нерідко спостерігається змішана інфекція (поєднання з ГРВІ), що призводить до розвитку тяжких форм хвороби і ускладнень, подовжує період одужання.

Значна патологія, особливо у дітей першого року життя - ентероколіти стафілококової етіології. Вони мають тривалий перебіг, важко піддаються лікуванню. Дуже часто поєднуються з дисбактеріозом кишечника. При цьому у дітей знижений апетит, недостатнє збільшення маси тіла. Симптом ентероколіту стійкий, часто з гемоколітом. Характерне раннє приєднання гнійних ускладнень. Часто шлунково-кишкові захворювання стафілококової етіології у дітей раннього віку поєднуються з катаральними явищами. У ряді випадків стафілококовий ентероколіт може бути причиною сепсису.

При захворюваннях, викликаних умовно-патогенною флорою, у дітей частим збудником є клебсієли, протей, рідко – інші. Ці захворювання не мають характерних клінічних проявів, але у дитячому віці заслуговують на серйозну увагу, бо часто виникають у дітей з несприятливим преморбідним фоном і викликають тяжкі форми хвороби з вираженим токсикозом і швидким розвитком ексикозу. Вищесказане притаманне і великій групі кишкових захворювань, викликаних вірусами. Етіологічне розшифрування цієї групи ускладнено і вона часто приховується за діагнозом “гостра кишкова інфекція невстановленої етіології”, яка в структурі кишкових інфекцій у дітей за літературними даними становить 50 – 70%.

С.Д. Татаренко, С.І. Кругляк
**ПЕРЕБІГ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙНИХ
ЗАХВОРЮВАНЬ В СУЧАСНИХ УМОВАХ**

Міська дитяча клінічна лікарня, м.Суми

Проведено аналіз клінічного перебігу ГКІ у хворих, що лікувалися в інфекційному відділенні №3 СМДКЛ у першому кварталі 2001 року.

Проводили спостереження 219 хворих. Оскільки у перші дні захворювання визначити етіологію діарей було неможливим, основою диференціальної діагностики стала клінічна симптоматика.

З клінічними проявами секреторних діарей був 81 хворий. Діагностика збудника цієї категорії хворих була не можливою, оскільки вірусологічна лабораторія не мала можливостей для проведення аналізу. Інші 138 хворих мали клінічний перебіг ентероінвазивної діареї, 12 перенесли дизентерію, один – сальмонельоз, троє – ешерихіоз.

У 89 дітей етіологічним фактором захворювання була умовно-патогенна флора і стафілококи, у 49 - етіологія нез'ясована.

У частини хворих початок захворювання був без вираженої гіпертермії, діареї, основним проявом було блювання з наростанням ацетонемії. Характерною особливістю були зміни клінічних показників крові, а саме: при нормальних показниках лейкоцитів і ШОЕ відзначався виражений зсув формули крові вліво. Майже у третини хворих з такими проявами хвороби характер випорожнень не змінювався, були навіть запори. Це були діти у віці 3-6 років.

Лікування починали з проведення регідратації та дієтотерапії. Антибактеріальну терапію проводили в усіх випадках інвазивних діарей у вигляді моно-оральних або моно-внутрішньом'язових введень за наявності блювання.

При секреторних діареях антибіотики призначалися дітям ранніх вікових груп у разі розвитку ускладнень.

Якщо діти були госпіталізовані у першу добу або години захворювання, то регідrataція проводилась оральним методом (153 хворих - 72,1%). 61(27,9%) дитина потребувала парентеральної інфузії. У середньому інфузійна терапія тривала 1,5 день (1-2 дні) з переходом на оральну регідrataцію. Ацетонемія у таких хворих зберігалася в середньому до 3 діб.

Дієтотерапія складалась із якісного і кількісного обмеження. Призначалися кисло-молочні суміші або каші на розведеному молоці з обмеженням цукру. Через 2-3 дні залежно від стану дієта хворого швидко розширювалась, наближаючись до вікової. Призначення у перші дні захворювання антибіотиків та ферментів не проводилось як недоцільне, оскільки це часто викликало блювання, посилюючи ацетонемію. Призначення препаратів цієї групи проводилось у період реконвалесценції.

М.Д.Чемич

ОСНОВНІ ЛІКУВАЛЬНІ ЗАХОДИ ПРИ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ

Сумський державний університет, кафедра інфекційних хвороб

1 Госпіталізація

Лікування хворих на ГКІ залежно від клінічних чи епідеміологічних показників проводять вдома чи в стаціонарі.

Клінічні показання до госпіталізації:

- тяжкий та середньотяжкий перебіг хвороби;
- наявність супутньої патології, що погіршує перебіг ГКІ;
- затяжний чи хронічний безперервно-рецидивний перебіг;
- діти до 3 років, похилий та старечий вік.

Епідеміологічні показання до госпіталізації:

- холера чи підозра на це захворювання;
- неможливість створення вдома необхідних протиепідемічних умов;
- хворі або члени його сім'ї є працівниками харчових підприємств або особами, які до них прирівнюються;
- наявність у сім'ї дітей, що відвідують дошкільні заклади;
- проживання в гуртожитку.

Дорослих та дітей старшого віку можна лікувати вдома з дозволу санепідемстанції за умови забезпечення регулярного нагляду дільничного лікаря і створення протиепідемічного режиму.

2 При захворюваннях, що супроводжуються блюванням, хворому необхідно промити шлунок. Промивання слід проводити тільки за допомогою зонда і до того часу, поки вода не буде чистою. Клінічним критерієм правильно проведеної процедури є припинення блювання.

Протипоказаннями до промивання шлунка є: холера, зневоднення тяжкого ступеня, колапс, підозра на наявність хірургічної патології, тяжкі захворювання серця.

3 Режим у гострому періоді: постільний, з подальшим його розширенням через 2-3 дні.

4 Дієта в гострому періоді № 4 за Певзнером протягом 4-5 діб. При затиханні гострих явищ хворого слід перевести на дієту № 13 (1-2 дні), а потім на дієту № 2. За 1-2 дні до виписування хворого з стаціонару його переводять на звичайне харчування з **вилученням із раціону свіжого молока та жирної їжі, що погано засвоюються.**

5 Антибактеріальна терапія

Етіотропна терапія не знаходить повного втілення в сучасній терапії бактеріальних діарей. Велика кількість збудників не чутливі до більшості антибактеріальних препаратів. Це обумовлено наявністю в них R-плазмід та інших факторів медикаментозної нечутливості. Широке розповсюдження полірезистентних мікроорганізмів є наслідком постійно зростаючого, необґрунтованого та невпорядкованого використання антибактеріальних засобів для лікування різних захворювань. **Але при ряді ГКІ все ж таки необхідно призначити антибактеріальну терапію.**

Показання до призначення антибактеріальної терапії:

- тяжкі та дуже тяжкі форми захворювань з загрозою генералізації процесу;
- розвиток інфекційно-токсичного шоку та інших тяжких ускладнень;

- середньотяжкі форми ентероінвазивних інфекцій в початковому періоді та в період розпалу при домінуванні ознак дистального коліту;
- наявність індивідуальних обтяжливих обставин (ранній або старечий вік, супутні хвороби і т.д.).

Антибактеріальна терапія призначається емпірично з урахуванням епідеміологічних, регіональних, вікових, індивідуальних, клінічних та інших особливостей. Відміна препарату відбувається після нормалізації температури тіла, покращання стану хворого та вираженої регресії кишкових розладів. Незначна дисфункція кишечника, що зберігається в період реконвалесценції, не повинна бути приводом до продовження антибактеріальної терапії.

6 Дезінтоксикаційна терапія

Дезінтоксикаційна терапія при ГКІ є важливим складником комплексного лікування хворих, а в ряді випадків їй відводиться основна роль. Частково її здійснюють паралельно із проведенням регідратаційної терапії, але це не запобігає надходженню в кров токсинів і токсичних метаболітів із шлунково-кишкового тракту. До найбільш ефективних методів дезінтоксикації належать еферентні методи, спрямовані на виведення з організму токсичних речовин.

На особливу увагу при ГКІ заслуговує ентеросорбція, яка передбачає введення в шлунково-кишковий тракт великих доз спеціальних адсорбентів. Вони, проходячи по травному тракту, сорбують мікробні клітини, віруси, токсичні речовини, метаболіти з різною молекулярною масою.

Будь-який сорбент слід приймати за 1,5-2 години до чи після вживання їжі і медикаментів. Сьогодні найчастіше використовують такі види сорбентів:

- вуглецеві сорбенти:
 - СКН (СКН - 1 м, СКН - 2 м, СКН - 3 м, СКН - 4 м, СКН - 1 к, СКН - 2 к та їх модифікації мікроелементами);
 - СВГЕ, гемосфер; СКАН; КАВ; АВВ; волокнисті вуглецеві сорбенти (гастрсорб, ВЕСТА, увесорб);

- кремнійорганічні сорбенти (аеросил, полісорб, полісорб МН, силард-П, ентеросгель, ентеродез, ентеросорб, поліфепан, евірип);
- інші сорбенти (смекта, актапульгіт, каопектат, беделікс, полікарайя, карайял, каоложе, карбосилан, карболевур, карбофажил, вуглець Беллока, сунамол).

Ефективним способом лікування ГКІ з тяжким та дуже тяжким перебігом є інфузійно-дезінтоксикаційна терапія, яку слід проводити внутрішньовенно з введенням розчинів та одночасним підвищенням діурезу. Універсальним засобом при цьому є глюкоза (5%, рідше 10%), можна використовувати розчини Рінгера-Локка, ізотонічний розчин натрію хлориду, сольові розчини, реополіглюкін, альбумін та інші.

7 Регідратаційна терапія - спрямована на відновлення водно-електролітного балансу, кислотно-основної рівноваги, гемодинаміки, а також дезінтоксикацію. Регідратацію здійснюють шляхом орального або внутрішньовенного введення кристалоїдних розчинів. Перевагу слід віддавати оральній регідратації. Існує ряд розчинів, що можна використати з цією метою: глюкосолан, цитроглюкосолан, регідрон, ОРС, ОРС Мерсона, гастроліт, супер-ОРС. Із розчинів, які використовують для внутрішньовенної регідратації, перевагу віддають полііонним розчинам: квартасіль, трисіль, ацесіль, хлосіль, лактосіль, дисіль.

Оральна регідратація у хворих на ГКІ незалежно від етіології показана при дегідратації I-II ступеня, в комбінації з інфузійною терапією - при зневодненні III-IV ступеня, та в період завершення регідратації у осіб з III-IV ступенем зневоднення.

8 Імунокоригувальна терапія

Основним показанням до призначення імунокоригувальних засобів у комплексній терапії хворих на ГКІ є субклінічний, затяжний перебіг захворювання, повторне виділення збудника, слабкі реперативні процеси в слизовій

оболонці товстої кишки, дисбаланс окремої ланки імунної системи. Із препаратів, що набули широкого застосування, слід відмітити: калію оротат, кварцетин, метилурацил, пентоксил, натрію нуклеїнат, ізоприназин, рибоксин, вітамін С, елеутерокок, апілак, лізоцим та ін.

Ефективність лікування залежить від правильного підбору препарату, з урахуванням індивідуальних та клінічних особливостей, даних імунологічного обстеження.

9 Пробіотична терапія

У зв'язку з тим, що у 70-80 % хворих на ГКІ уже з перших днів відмічається дисбактеріоз кишечника, що посилюється антибактеріальною терапією, яка використовується часто необгрунтовано, в комплексному лікуванні показані біологічні препарати. Проте арсенал цих препаратів з кожним роком збільшується і поряд із давновідомими з'являються нові ефективні засоби: колібактерин, біфікол, біфідум-бактерін, лактобактерин, бактисубтил, біоспорин, симбітер, лінекс, аеробак, біфіформ, лактовіт та ін.

Основним показанням для призначення біопрепаратів є: тривала реконвалесценція, повторне бактеріовиділення, субклінічні форми, затяжний перебіг, наявність хронічної патології шлунково-кишкового тракту, профілактика та лікування дисбактеріозу.

10 Інші патогенетичні засоби

Замісна терапія (моно- чи полікомпонентні ферментні препарати; корекція порушень пристінкового та порожнистого травлення в кишках).

Вітаміни (перорально, сбалансовані вітамінні комплекси).

Антигістамінні засоби.

Арсенал сучасних лікарських засобів дуже широкий, але лікування хворих завжди слід будувати на принципах раціональності. Серйозного обгрунтування потребує призначення хворому будь-якого лікувального препарату.

М.Д.Чемич

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ "СУНАМОЛУ" ТА "ЛАКТОВІТУ" ПРИ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ

Сумський державний університет, кафедра інфекційних хвороб

Мета роботи – дати клініко-лабораторну оцінку ефективності “Сунамолу С” та “Лактовіту” при лікуванні гострих кишкових інфекційних захворювань.

“Сунамол С” – біологічно активний додаток, що сприяє виведенню з організму токсичних речовин. Це природне джерело активного Ca^{++} і 27 біологічно важливих мікроелементів (мідь, цинк, барій, алюміній, магній, фосфор, кремній, ванадій, срібло, кадмій, манган, нікель, залізо, фтор, молібден, хром, селен та інші). Джерело отримання “Сунамолу С” – шкаралупа курячого яйця. Протипоказань до використання немає. **Препарат нешкідливий.** Стійкий при зберіганні.

“Лактовіт” - це білковий препарат, збагачений живими лактобактеріями і мікроорганізмами – представниками нормальної флори кишечника людини, що належать до *Streptococcus thermophilus*, *Lactobacillus acidophilus* і *Bifidobacterium longum*. Вживання цього препарату сприяє корекції мікробіоценозу шлунково-кишкового тракту людини.

Обстежено 80 хворих із гострою дизентерією (ГД), харчовими токсикоінфекціями (ХТІ) та гострими кишковими інфекціями (ГКІ). Вік хворих коливався від 21 до 35 років, чоловіків було 48%, жінок 52%. Усі хворі були поділені на 4 групи: перша – хворі ГД (14), які, крім загальноприйнятої терапії, отримували “Сунамол С” по 1 чайній ложці тричі на добу протягом 3 діб та “Лактовіт” по 1 табл. тричі на добу протягом 5 діб; друга – хворі ГД (22), яким призначали тільки загальноприйняте лікування; третя – хворі на ХТІ та ГКІ (14), що також, окрім загальноприйнятого лікування, приймали “Сунамол С” та “Лактовіт” за вищезазначеною схемою; четверта – хворі на ХТІ та ГКІ (30), лікувались тільки за загальноприйнятою методикою.

У всіх групах переважав середньотяжкий ступінь хвороби (перша – 86%, друга – 90%, третя – 86%, четверта – 93%), тоді як легкий перебіг спостерігався в другій, третій та четвертій групах (5%, 14% та 7% відповідно), а тяжкий лише в першій та другій групах (14% та 5% відповідно).

Серед клінічних варіантів захворювань найчастіше реєструвався гастроентеритичний (перша група - 44%, третя – 64%, четверта – 60% хворих) і лише в другій групі переважав ентероколітичний варіант (49% хворих). Інші варіанти перебігу (гастроентероколітичний 17 – 25%, ентероколітичний 14 – 21%, ентеритичний 5 – 17%) спостерігалися значно рідше, з майже однаковою частотою у всіх групах.

Етіологічним фактором захворювань в першій та другій групах були *Sh.Sonnei* (93% і 95% відповідно) та *Sh.Flexneri* (7% і 5% відповідно), у третій і четвертій групах з однаковою частотою виявляли *Kl.pneumoniae* (55% і 47% відповідно), *St.aureus* (33% і 21%), *Pr.morgani* (4% і 16%), а також *citrobacter*, ЕПКП, ГКП.

При госпіталізації клінічні симптоми були більш інтенсивно виражені у хворих першої та третьої груп: частіше спостерігали блювання (57% і 18%; 50% і 48% відповідно 1-ша, 2-га, 3-тя, 4-та групи хворих), нудоту (64% і 46%; 80% і 78% відповідно), болі в животі (78,5% і 59%; 83% і 71% відповідно), слабкість (71% і 68%; 78% і 63% відповідно), запаморочення (43% і 23%; 15% і 13% відповідно). Значно переважали у цих хворих також кількість випорожнень за добу, вираженість температурної реакції, наявність патологічних домішок у калі. Про більш тяжкий перебіг хвороби у пацієнтів першої і третьої груп свідчили показники інтоксикації: лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ) і гематологічний показник інтоксикації (ГПІ). Так, при госпіталізації ЛІІ склав: $2,7 \pm 0,7$ і $2,4 \pm 1,4$; $1,6 \pm 0,5$ і $1,4 \pm 0,8$ (відповідно 1-ша і 2-га, 3-тя і 4-та групи); ГПІ – $3,0 \pm 0,8$ і $2,6 \pm 0,5$, $1,7 \pm 0,8$ і $1,5 \pm 0,7$ відповідно.

Хворі першої і третьої груп, крім “Сунамолу С” і “Лактовіту”, отримували в переважній кількості перорально

розчини регідрону, парентерально розчини вводилися лише третині хворих першої групи (28,5%), у другій і четвертій групах парентеральна регідрація проводилася значно частіше (43,7% і 38,5% хворих відповідно). З етіотропною метою хворі першої групи приймали лише фталазол і фуразолідон, у другій групі, крім цих препаратів, призначалися левоміцетин, ампіцилін, гентаміцин.

Після проведеної терапії у пацієнтів, які отримували “Сунамол С” і “Лактовіт”, швидше зникав больовий синдром (на 1 добу), швидше відбувалась нормалізація випорожнень (на 2-1 добу відповідно перша і третя групи), температури (на 2-1 добу відповідно), швидше зникав спазм сигмоподібної кишки (на 1 добу). У всіх цих хворих нормалізувалися показники ЛШ ($1,0 \pm 0,15$ і $0,5 \pm 0,1$) та ГПШ ($1,0 \pm 0,17$ і $0,5 \pm 0,1$), тоді як у хворих другої та четвертої груп ці показники залишались вищими і не нормалізувалися у жодного хворого (ЛШ $1,7 \pm 0,6$ і $0,86 \pm 0,5$; ГПШ $1,8 \pm 0,5$ і $0,86 \pm 0,55$ відповідно).

Таким чином, використання в лікуванні ГД, ХТІ, ГКІ “Сунамолу С” і “Лактовіту” приводило до швидшого зникнення клінічної симптоматики, нормалізації показників інтоксикації. Призначення “Сунамолу С” дозволяло звести до мінімуму проведення парентеральних інфузій.

Виходячи з вищезазначеного, слід широко використовувати “Сунамол С” та “Лактовіт” у лікуванні хворих на гострі кишкові інфекційні захворювання.

О.І. Сміян, О.І. Хоменко

ІНФУЗІЙНА ТЕРАПІЯ ПРИ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ У ДІТЕЙ

Сумський державний університет,
Міська дитяча клінічна лікарня, м.Суми

При гострих кишкових інфекціях (ГКІ) у дітей досить часто виникають невідкладні стани, що потребують проведення інтенсивної терапії. Найбільш поширеним серед них є

токсикоексикоз. Інфузійна терапія – основний метод лікування токсикоексикозу. Вона абсолютно показана при токсикоексикозі II-III ст. тяжкості, що супроводжується нестримним блюванням, відмовою від приймання рідини.

Для адекватного проведення інфузійної терапії необхідно вирішити такі питання:

I Визначення добової потреби в рідині, що складається з ФПР (фізіологічна потреба в рідині)+рідина заміщення об'єму (РЗО)+поточні патологічні втрати (ППВ).

Розрахунок ФПР на час введення є більш фізіологічним у порівнянні з добовим визначенням, оскільки створює умови для зменшення кількості ускладнень під час інфузійної терапії. ФПР можна розрахувати так: новонароджені: 1-й день життя - 2 мл/кг/год; 2-й день життя - 3 мл/кг/год; 3-й день життя - 4 мл/кг/год; діти: масою до 10кг - 4 мл/кг/год; масою від 10 до 20 кг - 40 мл/год + 2 мл на кожний кг маси понад 10 кг; масою більше за 20 кг-60 мл/год + 1 мл на кожний кг маси понад 20 кг.

РЗО визначається за клінічними ознаками або відсотком втрати маси тіла: 1% дегідратації=10 мл/кг; 1кг втрати маси=1 л.

ППВ визначаються зважуванням сухих і використаних пелюшок, памперсів, визначенням кількості блювотиння або за допомогою розрахунків, запропонованих Є.Ю. Вельтищевим: 10 мл/кг/добу на кожний градус температури понад 37,0⁰С; 20 мл/кг/добу при блюванні; 20-40 мл/кг/добу при парезі кишечника; 25-75 мл/кг/добу при діарейі.

II Визначення добової потреби в електролітах. При проведенні лабораторного контролю дефіцит електролітів визначається за загальновідомими формулами. Якщо лабораторний контроль не проводиться, калій вводиться з розрахунку фізіологічної потреби (1—2 ммоль/кг/добу). Максимальна кількість добового калію не повинна перевищувати 3-4 ммоль/кг/добу. Препарати калію, в основному хлорид калію, вводяться внутрішньовенно краплинно на 5% розчині глюкози. Додавання інсуліну не рекомендується. Концентрація калію хлориду в інфузаті не повинна

перевищувати 0,3-0,5% (максимально 6 мл 7,5% КС1 на 100 мл глюкози). Частіше за все використовується 7,5% розчин хлориду калію (1мл 7,5% KCL містить 1ммоль K⁺). Перш ніж вводити калій в інфузат, необхідно досягти задовільного діурезу, оскільки наявність анурії чи виражена олігурія є протипоказанням для внутрішньовенного введення калію.

III Співвідношення внутрішньовенно введеної рідини і рідини, введеної per os, залежить від можливості дитини приймати рідину всередину. Рідина, що не може бути прийнята через рот, вводиться внутрішньовенно.

IV Склад розчинів для внутрішньовенної інфузії залежить від типу дегідратації. Враховуючи, що найбільш часто спостерігається ізотонічна дегідратація, для проведення регідратаційної терапії найоптимальнішими є 5% розчин глюкози та деякі колоїдні розчини. У багаторічній практиці роботи нашої клініки ми повністю вилучили із застосування для регідратаційної терапії сольові розчини (правда, це не стосується холери). Це пов'язано з тим, що у дітей раннього віку фільтрація іонів натрію нирками в 5 разів менша, ніж у дорослого, спостерігається гіперпродукція реніну та альдостерону як захисної реакції на гіповолемію, резорбція іонів натрію з клітин відбувається швидше, ніж іонів калію. Все це сприяє розвитку гіпернатріємії у дітей. Тенденція до гіперосмії розвивається в перші години ексикозу. Ця фаза супроводжується згущенням крові, втратою кисню тканинами, підвищенням вмісту сечовини, обмеженням здатності виділяти іони натрію в кишечник. Таким чином, інфузійна рідина, що містить іони натрію, може зумовлювати розвиток гіпернатріємії і набряк клітин. Щодо колоїдних розчинів, то слід зазначити, що поліглюкін і гемодез, які інколи застосовують при лікуванні кишкових інфекцій, збільшують об'єм циркулюючої плазми за рахунок зневоднення тканин. Крім того, ці препарати погіршують реологічні властивості крові, викликають підвищення її в'язкості, зумовлюють розвиток ДВЗ-синдрому. Препаратами вибору в даному випадку є 5% альбумін та

реополіглюкін. Співвідношення глюкози й колоїдів у дітей раннього віку має бути 3:1. Додаткове введення сольових розчинів можливе лише при лабораторному контролі вмісту натрію в плазмі хворих.

V Швидкість введення розчинів при внутрішньовенній регідратації. При токсикозі III ст. і гіповолемічному шоку стартова швидкість впродовж 1-2 годин повинна бути високою: 10-20 мл/кг/год, потім найоптимальнішою є швидкість введення 3-6 мл/кг/год.

При проведенні інфузійної терапії проводиться динамічний нагляд за частотою дихання, частотою пульсу, артеріальним тиском, центральним венозним тиском, загальним станом хворого, діурезом, лабораторними показниками (гемоглобін, гематокрит, цукор крові, сечовина, креатинін, рівень електролітів).

Т.П.Бинда, О.С.Захарчук

АНТИБАКТЕРІАЛЬНА ТЕРАПІЯ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ

Сумський державний університет,
Міська клінічна дитяча лікарня, м. Суми

Останніми роками проведений перегляд показань до призначення антибіотиків та інших антибактеріальних препаратів при ГКІ у дітей і перелік їх значно звужений.

Призначати антибіотики показано лише:

- при середньотяжких і тяжких формах інвазивних діарей (черевний тиф, дизентерія, сальмонельоз, ентероінвазивний ешерихіоз, кампілобактеріоз, ерсиніоз);
- при тяжких формах секреторних діарей;
- при септичних формах інфекції;
- за наявності позакишкових вогнищ інфекції;
- за наявності вторинних бактеріальних ускладнень.

До антибактеріальних препаратів, які часто використовуються в лікуванні ГКІ у дітей, належать

аміноглікозиди. Недоліком цих препаратів є несприятливий екологічний вплив на організм дитини, вони мають цілий ряд небажаних побічних ефектів. Препарати цієї групи можна застосовувати тільки при тяжких, септичних формах ГКІ та при розшифрованій етіології (грамнегативні бактерії, за винятком сальмонел). У першу чергу рекомендуються з групи аміноглікозидів препарати 3-го покоління — амікацин (10—15 мг/кг на добу) і нетроміцин (6—8 мг/кг на добу). Вони мають найменшу кількість побічних ефектів і до них менше всього розвивається стійкість бактерій.

З іншого боку, враховуючи, що антибіотикотерапії потребують в основному тяжкі і середньотяжкі форми інвазивних діарей, в таких випадках цефалоспорини 3-го покоління можуть бути стартовими антибіотиками. Крім того, за даними літератури і нашим власним спостереженням, сьогодні у зв'язку з багаторічним невиправдано поширеним використанням антибіотиків для лікування діарей у дітей 70—90% ентеропатогенних мікроорганізмів набули стійкості до таких антибіотиків, як ампіцилін, левоміцетин, гентаміцин. Це робить недоцільним і неефективним використання їх для стартової терапії і підтверджує необхідність використання цефалоспоринів 3-го покоління для стартової емпіричної терапії при тяжких інвазивних діареях у дітей. У ряді випадків може бути отриманий ефект від призначення ампіциліну в поєднанні з інгібіторами бета-лактамаз, зокрема уназину, аугментину, амоксиклаву.

Необхідно пам'ятати, що повторне лікування такими самими антибіотиками, низьке дозування сприяють виникненню стійких штамів мікроорганізмів, у зв'язку з чим завжди необхідно мати резервні препарати. У наш час препаратами резерву при лікуванні ГКІ є цефалоспорини 3-4-го покоління, фторхінолони (ципрофлоксацин, норфлоксацин). Останніми роками в літературі широко дискутується питання про можливість використання в педіатричній практиці антибіотиків фторхінолонового ряду. Ця група антибактеріальних засобів

має один з найбільш виражених спектрів антибактеріальної активності, бактерицидний тип дії, тривалий постантибіотичний ефект, високий рівень проникнення їх у різні тканини і клітини. Висока біодоступність та ефективність при пероральному введенні, відносно невисока вартість дають їм значну перевагу в лікуванні різних інфекцій. Антибіотики фторхінолонового ряду можуть бути використані при лікуванні тяжких, септичних форм ГКІ у дітей, викликаних полірезистентними мікроорганізмами, за відсутності ефекту від терапії, що проводилася раніше, у дозі 10—30 мг/кг на добу.

До хіміопрепаратів, які приймаються через рот, належать фуразолідон, ніфуроксазид, невіграмон та інші.

Одним із ефективних засобів при лікуванні діарей є комплексний імуноглобуліновий препарат, що містить високі титри антитіл проти шигел, сальмонел, ешерихій. Етіотропна ефективність його не нижча, ніж у антибіотиків, а побічні ефекти відсутні. Як антибактеріальні препарати при лікуванні ГКІ у дітей можна використовувати різноманітні бактеріофаги.

Н.В.Клименко

ПОМИЛКИ В ДІАГНОСТИЦІ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Обласна клінічна інфекційна лікарня, м. Суми

Діагностичні помилки найбільш загрозливі, коли до інфекційних стаціонарів з діагнозом ГКІ приймаються хворі з гострою хірургічною, акушерсько-гінекологічною, кардіологічною або неврологічною патологіями.

У практиці клініциста важливо своєчасно розпізнати гострі хірургічні захворювання органів черевної порожнини, перебіг яких нагадує кишкові інфекції. Частіше ГКІ диференціюють з гострим апендицитом.

Гострий апендицит починається з болю у животі (домінуючий симптом) постійного характеру з локалізацією у правій здухвинній ділянці і тільки спочатку в епігастрії. У

деяких хворих при ретроцекальному апендициті відмічаються розлади випорожнень до 5-7 разів на добу, без домішок. Позитивні апендикулярні симптоми та ознаки локального напруження м'язів. У крові – лейкоцитоз зі зсувом лейкоформули вліво. Доведена діагностична цінність тепловізорного методу (чітко виражені ознаки термоасиметрії з високим температурним градієнтом).

Гострий холецистит або загострення хронічного холецистоангіохоліту розпочинається після порушень у харчуванні і має перебіг з нападами сильного болю в правому підребер'ї з іррадіацією у праву лопатку, плечовий суглоб, з ознобом та високою температурою. Турбує нудота, повторне блювання без полегшення. Може з'являтися жовтяничність склер, шкіри. Пальпаторно – напруження м'язів у правому підребер'ї, позитивні симптоми Блюмберга, Ортнера, Кера, Мерфі, Мюссі. У рідких випорожненнях немає домішок. У крові – високий нейтрофільний лейкоцитоз. Діагностичне значення мають УЗД, холецистографія, термографія.

Гострий панкреатит розпочинається після порушення дієти. Болі інтенсивні, оперізувального характеру, з іррадіацією в ліве підребер'я, багаторазове блювання, що не приносить полегшення. Живіт здутий, можливі явища динамічної кишкової непрохідності, больового шоку та колапсу. Позитивний симптом Кера. У крові – лейкоцитоз, прискорені ШОЕ, α -амілаза підвищена в сечі і в крові. Для діагностики застосовують УЗД, термографію, ретроградну холедохопанкреографію. При гострому панкреатиті з тяжким перебігом розвивається синдром поліорганної, гострої серцево-судинної, легеневої, нирково-печінкової недостатності.

Гостре порушення мезентеріального кровообігу характеризується раптовою появою стерпного переймоподібного болю в животі, нудотою, блюванням, частими рідкими кров'янистими випорожненнями. У давніших випадках розвиваються інтоксикація та динамічна кишкова непрохідність. Тромбоемболія мезентеріальних судин

спостерігається частіше у хворих похилого віку з ревматизмом, хронічними серцево-судинними захворюваннями, тромбофлебітом. Характерні високий лейкоцитоз, зміни в коагулограмі. Показана ангиографія, термографія.

Гостра кишкова непрохідність внаслідок стронгуляції, обтурації, інвагінації, на відміну від ГКІ, розпочинається раптово з сильного переймоподібного болю в животі, посиленої перистальтики при нормальній температурі та відсутності інтоксикації, характерні багаторазове блювання, здуття, асиметрія живота, затримка випорожнення (на відміну від ГКІ). Позитивні симптоми Валя, Склярівського. При оглядовій рентгеноскопії органів черевної порожнини виявляють чаші Клойбера, кишкові аркади. Показані ендоскопічні методи діагностики.

Для гострої шлунково-кишкової кровотечі характерно: раптовий розвиток загальної слабості, запаморочення, блідість шкіри та слизових оболонок, тахікардія на фоні нормальної температури, відсутність ознак інтоксикації, кров'янисте блювання, часті дьогтьоподібні випорожнення. У крові - анемія. Підтвердження діагнозу ендоскопічними методами.

Симптомами ГКІ іноді супроводжуються токсикози вагітних, ендометрит, аднексит, пельвеоперитоніт. Для них характерні болі в животі з іррадіацією в поперек, пряму кишку, стегна, промежину. Виявляють локальну напруженість м'язів черевної стінки, симптоми подразнення очеревини. У крові - лейкоцитоз. При порушеній позаматковій вагітності та кровотечі розвиваються ознаки гіповолемії, анемії. Мають значення результати вагінального дослідження.

Широке розповсюдження ГКІ та ряду захворювань з подібною клінікою становлять проблему ранньої диференціальної діагностики названої патології як загальнономедичну.

Л.М.Лазарева

ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ З ГОСТРОЮ НЕВРОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Обласна клінічна інфекційна лікарня, м.Суми

Часто у роботі практичного лікаря спостерігаються випадки, коли необхідно проводити диференціальний діагноз між гострим порушенням мозкового кровообігу (ГПМК), гострим менінгітом (ГМ) та гострою кишковою інфекцією (ГКІ). Всі ці три захворювання починаються гостро, часто супроводжуються втратою свідомості або порушенням свідомості за типом сомнеленції або сопору. Нудота і багаторазове блювання частіше бувають при ГМ і ГКІ, а для ГПМК ці симптоми менш характерні. На відміну від КІ блювота при ГМ полегшення хворому не приносить.

Високе підвищення температури тіла з перших годин захворювання спостерігаємо у хворих на ГМ і ГКІ, а при ГПМК температура тіла підвищується в кінці 2-ї доби захворювання і не досягає високих показників. Головний біль спостерігається при всіх цих захворюваннях, але найбільшу інтенсивність має при ГМ, меншу при ГПМК (за винятком субарахноїдального крововиливу, при якому він дуже сильний) і найменше виражений при ГКІ.

Запаморочення може бути при всіх цих захворюваннях, але найбільш виражені вони у хворих на ГМ та ГКІ. Болі у животі і часті водянисті випорожнення спостерігаємо у хворих на ГКІ, а при ГПМК і при ГМ у хворих, як правило, затримка випорожнень.

У хворих на ГПМК відмічається вогнищеве ураження нервової системи, слабо виражені менінгеальні знаки (як результат подразнення мозкових оболонок), а при ГМ різко виражені менінгеальні знаки і менш виражені або відсутні вогнищеві ураження нервової системи, при ГКІ все це відсутнє.

Анамнез захворювання, епіданамнез, аналізи крові і

спинномозкової рідини, консультації невролога і окуліста допоможуть правильно поставити діагноз.

І.П. Несторук

ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ХАРЧОВИХ ТОКСИКОІНФЕКЦІЙ З АБДОМІНАЛЬНОЮ ФОРМОЮ ІНФАРКТУ МІОКАРДА

Міська клінічна лікарня № 1, м. Суми

Частим приводом для диференціальної діагностики інфаркту міокарда (ІМ) з абдомінальною формою перебігу є харчова токсикоінфекція у людей переважно похилого віку, що має перебіг з блюванням, колапсом, непритомністю.

Оскільки болі, що з'являються переважно в епігастральній ділянці, можуть іноді локалізуватися в нижній третині грудини чи в ділянці серця, то першим напрямком у діагностиці захворювання є саме інфаркт міокарда, тим більше, що одночасно знижується артеріальний тиск, а інколи може виникнути екстрасистолія. Екстрасистолія могла бути і раніше, але в критичній ситуації перевага віддається зв'язку екстрасистолії з ушкодженням серця. При абдомінальній формі інфаркту міокарда може бути і повторна дефекація, яка супроводжує початок Status oastralgicus. Відомі численні випадки госпіталізації хворих з інфарктом міокарда в інфекційне відділення.

Проводячи диференціальну діагностику, необхідно мати на увазі, що Status oastralgicus виникає при тяжких формах інфаркту міокарда, при яких на ЕКГ швидко, вже на початку нападу з'являються ЕКГ-ознаки великовогнищового некрозу міокарда.

При харчовій токсикоінфекції захворюванню передують вживання недоброякісної їжі; захворювання може мати груповий характер і як правило, ураження шлунково-кишкового тракту швидко виходить на перший план, тоді як симптоми з боку серцево-судинної системи зникають чи мають явно

другорядний характер. За необхідності повторна реєстрація ЕКГ через 1-2 години дозволяє повністю виключити підозру на інфаркт міокарда.

Необхідно завжди пам'ятати, що для людей похилого віку з картиною гострої харчової токсикоінфекції реєстрація ЕКГ є одним із першочергових завдань диференціальної діагностики. В усіх сумнівних випадках, за винятком гострої хірургічної патології, гіпердіагностика інфаркту міокарда - найменше зло.

О.М. Гордієнко

ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОЇ ДІАГНОСТИКИ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Міська клінічна лікарня № 4,
бактеріологічна лабораторія, м.Суми

Правильне поставлення діагнозу і початок ефективної терапії будь-якого інфекційного захворювання значною мірою залежить від тісної взаємодії клініцистів і лабораторної служби. На шляху такої взаємодії виникають проблеми, пов'язані в першу чергу з різним практичним досвідом і рівнем знань лікарів. Головне питання, яке постає перед лікарями-клініцистами при отриманні відповіді з мікробіологічної лабораторії, - є даний мікроорганізм етіологічним агентом чи має місце випадок банальної мікробної колонізації. Однією з необхідних вимог ефективності мікробіологічного аналізу є кількісне вивчення мікроорганізмів у досліджуваному матеріалі. При цьому виявляється критична кількість мікробів, що викликають інфекційний процес, і це є діагностично значущим.

Кількісний метод посіву клінічного матеріалу, який містить асоціації мікроорганізмів, дозволяє, крім того, виявити наявного збудника захворювання серед контамінованих і коменсалів, які часто мають більш високу швидкість розмноження. Це необхідно при обстеженні субстратів, які завжди містять асоціації бактерій (випорожнення, харкотиння, змиви з носоглотки тощо).

Для діагностики кишкових інфекцій матеріалом для дослідження є випорожнення або блювотиння. Дуже важливим моментом є:

- забір матеріалу до початку лікування антибактеріальними препаратами;
- доставка відібраного матеріалу в лабораторію протягом 2 годин від початку забору;
- правильність заповнення супровідної документації.

Часто забір у стаціонарах доручається батькам дітей чи хворим без належного пояснення правил забору матеріалу: кал може бути зібраним у нестерильний посуд, посуд після дезінфекції.

Доставку в лабораторію відібраних проб лікувально-профілактичний заклад проводить головним чином 1 раз на добу, через що в ряді випадків не витримується інтервал від моменту забору до моменту доставки в лабораторію. Іноді цей інтервал триває більше доби. Збільшення інтервалу від моменту забору до його посіву несприятливо впливає на результат дослідження і може призвести до помилкового висновку лікаря-клініциста.

Так, якщо кал зберігається не в холодильнику, то дуже швидко проходить розмноження коменсалів, які заповнюють кишечник, зокрема протеїв, котрі пригнічують ріст інших мікроорганізмів, як патогенних, так і умовно-патогенних наявних збудників хвороби.

При тривалому та неправильному зберіганні калу патогенні мікроорганізми можуть загинути і результати досліджень будуть негативними за наявності клініки інфекційного захворювання у хворого.

Клініцист чітко повинен знати показання до обстеження на той чи інший вид досліджень.

Є випадки, коли в направленні пишуть діагноз "ГРВІ, вторинний ентерит", а кал направляють для дослідження на збудників харчових токсикоінфекцій. Частіше за все виявлення "вторинного ентериту" свідчить про ентеровірусну інфекцію або

є наслідком лікування антибіотиками. Правильним у цьому випадку було б у першу чергу виключити патогенні ентеробактерії (шигели і сальмонели) і визначити умовно-патогенні мікроорганізми, котрі можуть викликати кишкове послаблення, а не визначати збудника харчових токсикоінфекцій, де клініка зовсім інша, ніж при вторинному ентериті, а витрати на обстеження не виправдані.

Іншим прикладом неправильного направлення на мікробіологічне обстеження можуть бути контрольні аналізи в процесі лікування. Діагноз “харчова токсикоінфекція” – але при проведенні обстеження на наявність збудників у ході дослідження виділяється сальмонела. В таких випадках контрольний аналіз правильно було б направити на виявлення тільки сальмонели (тобто 1 вид досліджень), а лікар знову направляє кал для дослідження збудника харчових токсикоінфекцій (8 досліджень). Тобто витрати на дослідження у 8 разів перевищують необхідне.

Недостатнє володіння практичними знаннями в області клінічної мікробіології - досить поширене явище серед вітчизняних лікарів різного профілю.

У багатьох ситуаціях клінічні мікробіологи своїми порадами намагаються допомогти клініцистам в інтерпретації отриманих результатів. Але їх особиста недостатня клінічна практика нерідко перешкоджає цьому.

У кожному випадку рішення приймає лікар-клініцист і тільки він несе відповідальність за вибір лікувальної тактики.

О.П.Панченко

ЕНДОСКОПІЧНА КАРТИНА СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ТОВСТОГО КИШЕЧНИКА ПРИ ДИЗЕНТЕРІЇ

Обласна клінічна інфекційна лікарня, м. Суми

Одним із основних проявів дизентерії є ураження слизової оболонки товстого кишечника. Ці прояви залежать від тривалості захворювання. На початку захворювання слизова

оболонка завжди яскраво-червона, набрякла, через 1-2 дні на її поверхні з'являються крапчасті геморагічні виразки, які згодом зливаються і утворюють великі виразки. Завжди ці прояви розвиваються в дистальних відділах товстого кишечника (прямої та сигмоподібної кишок).

За літературними даними (М.А.Андрейчин, О.Л.Івахів, 1998), частота різноманітних уражень слизової оболонки дистального відділу товстого кишечника при дизентерії розподілилася так:

Етіологічна форма	Проктосигмоїдит			
	катаральний	ерозивний	геморагічний	виразковий
Флекснера	28%	35%	17%	20%
Зонне	51%	29%	6%	14%
Ньюкасла	21%	43%	14%	22%

Із наведеної таблиці видно, що найбільш виражені деструктивні зміни в слизовій оболонці товстого кишечника спостерігаються при шигельозі Флекснера та Ньюкасла.

За 1999-2000 рр. було обстежено 12 хворих на гостру дизентерію Зонне ендоскопічними методами (ректороманоскопія). У 8 хворих виявлений катаральний проктосигмоїдит, у 2 – ерозивний проктит, у 1 – геморагічний проктосигмоїдит, у 1 – ерозивний проктосигмоїдит. Вищенаведені спостереження відповідають літературним даним щодо легкого перебігу шигельозу Зонне в порівнянні з іншими етіологічними формами і повинні націлювати усіх лікарів на обов'язкове ректороманоскопічне обстеження всіх хворих з гемоколітом, як з діагностичною метою, так і для більш детального призначення терапії таким хворим.

І.П. Ільченко

РОЛЬ САНІТАРНО-ОСВІТНЬОЇ РОБОТИ В ПРОФІЛАКТИЦІ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ

Обласна клінічна інфекційна лікарня, м. Суми

Санітарна освіта – це один із напрямків профілактичної медицини. Медичні працівники всіх рівнів повинні проводити повсякденну санітарно-освітню роботу, використовуючи всі можливі засоби громадського впливу з метою профілактики та ранньої діагностики однієї з найбільш поширених груп інфекційних хвороб – кишкових інфекцій.

Основними принципами санітарно-освітньої роботи є планомірність, висока організованість, доступність та масовість.

Методи санітарно-освітньої роботи визначаються за типом передачі інформації:

- метод усної пропаганди: бесіди, лекції, дискусії, науково-практичні конференції, доповіді, курсові заняття;
- метод друкованої пропаганди: використання книг, брошур, пам'яток, листівок, плакатів, лозунгів;
- метод наочної пропаганди: виставки, музеї-виставки, демонстраційні матеріали.

Ефективність та результативність санітарно-освітньої роботи залежить від різноманітності використаного пропагандистського матеріалу, змістовності інформації, яку одержують широкі верстви населення, рівня методичної підготовки медичних працівників, які проводять пропаганду.

До професійних обов'язків кожного медичного працівника, крім індивідуальних бесід з хворим, їх родичами в процесі лікування, входить і проведення щомісячних чотиригодинних групових і масових форм санітарно-освітньої роботи.

У санітарно-освітній роботі медичних працівників виділяють 3 основних ланки: санітарна освіта в поліклініці, стаціонарі і на дільниці.

Для ефективності санітарно-освітньої роботи з

профілактики, діагностики кишкових інфекцій необхідно до цієї роботи, крім ланок медичної мережі, залучати й інші організації - санепідемстанції, школи, дитсадки, органи охорони громадського порядку.

Особливістю проведення санітарно-освітньої роботи з профілактики, діагностики і лікування кишкових інфекцій є безпосередній зв'язок із спеціальними протиепідемічними заходами.

Тому її проведення повинно передбачати:

- 1 Активне використання регіональних засобів масової інформації (як державних, так і відомчих).
- 2 У період гострого епідемічного процесу щоденні багаторазові звернення до населення через обласне (міське, районне телебачення та радіо).
- 3 Використання радіовузлів найбільшого скупчення населення: ринків, вокзалів, салонів міського транспорту.
- 4 Розміщення в цих місцях інформаційних матеріалів.
- 5 Використання засобів реклами, зокрема світлових, електронних інформаторів, щитової реклами.
- 6 Поширення серед населення санітарно-освітньої літератури (листівок, пам'яток).
- 7 Проведення в шкільних закладах, ПТУ занять з профілактики кишкових інфекцій.

Основними завданнями санітарно-освітньої роботи з профілактики кишкових інфекцій є: ознайомлення населення з причинами виникнення цих хвороб, шляхами їх передачі та заходами подальшої поведінки при їх виявленні, розповсюдження знань про правильний здоровий режим харчування, праці та відпочинку.

Для посилення ефективності боротьби з інфекційними хворобами необхідно постійно удосконалювати методи і форми пропаганди.

І.О. Троцька

**ПІДСУМКИ РОБОТИ ІНФЕКЦІЙНОЇ СЛУЖБИ
СУМСЬКОЇ ОБЛАСТІ ЗА 2000 РІК**

Обласна клінічна інфекційна лікарня, м. Суми

Стан матеріально-технічної бази інфекційних стаціонарів у більшості районів області залишається незадовільним. Деякі з них, у тому числі ті, що призначені для лікування хворих на карантинні інфекції, не придатні для подальшої експлуатації (С.-Будська, Путивльська ЦРЛ). Питання про реконструкцію цих відділень досі не вирішено. У 2000 р. проведено капітальний ремонт інфекційного відділення Лебединської ЦРЛ, ще понад 30% стаціонарів потребують його проведення.

Сьогодні в області передбаченого 785 ліжок, з них для дорослих – 410, для дітей – 375. Показник забезпеченості інфекційними ліжками населення складає 5,85 (у т.ч. для дорослих – 3,12, для дітей – 16,73). По Україні цей показник дорівнює 5,95 (відповідно 3,4, - 18,5) при нормативній цифрі 9,3. У 2000 році в області було скорочено 10 інфекційних ліжок (Роменська ЦРЛ).

З 785 ліжок кількість боксових складає 505, що становить 64,3% (в Україні 45%). Але бокси, що є, не відповідають необхідним вимогам.

В області відсутнє інфекційне реанімаційне відділення, а палати інтенсивної терапії необхідною апаратурою забезпечені недостатньо, особливо в В.-Писарівському, Краснопільському, Л.-Долинському, Путивльському, С.-Будському, Ямпільському районах.

При лікувально-профілактичних закладах функціонує 24 кабінети інфекційних захворювань. В 4 районах (Л.-Долинському, Путивльському, С.-Будському та Ямпільському) кабінети інфекційних захворювань не укомплектовані лікарськими посадами.

В інфекційних стаціонарах та кабінетах інфекційних захворювань зареєстровані 63,75 штатних посад інфекціоністів.

Всього в області працює 74 лікарів-інфекціоніста, з них – 10 дитячих. Таким чином, забезпеченість лікарями-інфекціоністами складає 0,56 (по Україні в 1999 році – 0,62). Атестаційну категорію мають 46 лікарів-інфекціоністів (62,2%). По Україні цей показник становить 50,4%. Вищу категорію має 21 особа, першу–17, другу–8.

У 2000 р. підвищили свою кваліфікацію 47 лікарів-інфекціоністів, у тому числі в інститутах і на факультетах удосконалення лікарів – 41, на курсах інформації та стажування – 6. Атестовано в минулому році 22 лікарів-інфекціоніста. 38% лікарів не атестовані. І якщо 17 фахівців закінчили навчальні заклади в 1996-2000 р.р. і ще не мають достатнього стажу для одержання категорії, то інші 12, незважаючи на великий стаж роботи, протягом багатьох років відмовляються від атестації (Панченко Л.І. – Ямпільська ЦРЛ, Терещенко Н. Ф. – Кролевецька ЦРЛ). Таким чином, з боку головних лікарів названих районів порушуються вимоги Наказу МОЗ України від 19.12.97 № 359 “Про подальше удосконалення атестації лікарів”. У С.-Будській ЦРЛ посада лікаря-інфекціоніста не укомплектована. Вивчення рівня професійної підготовки лікарів-інфекціоністів показало, що більшість з них є кваліфікованими та досвідченими фахівцями. Навчалися в клінічній ординатурі 4,3%, закінчили інтернатуру за спеціальністю 79,3%.

Таблиця 1. - Показники діяльності інфекційних стаціонарів області

Показник	1998		1999		2000	
	Сумська обл.	Україна*	Сумська обл.	Україна*	Сумська обл.	Україна*
1 Середня кількість днів роботи ліжка:						
- для дорослих	332,2	240,95	234,8	247,6	248,8	242,0
- для дітей	210,1		219,1		217,3	

Продовження таблиці 1

2 Середнє перебування хворого на ліжку:						
- для дорослих	10,29	11,65	9,65	10,91	10,01	11,8
- для дітей	9,52		9,09		8,98	
3 Оборот ліжка:						
- для дорослих	22,57	22,1	24,34	22,8	24,86	21,5
- для дітей	22,08		24,10		24,2	
4 Летальність:						
- дорослі	0,25	0,27	0,27	0,23	0,32	0,25
- діти	0,1		0,05		0,10	

* ліжко для дорослих та дітей

Аналіз роботи ліжка показує, що протягом останніх років, відмічається недостатнє використання ліжкового фонду.

Летальність в інфекційних стаціонарах області не перевищує 0,2 і нижча за показник України. Слід зауважити, що летальність від інфекційних хвороб складає 0,1. У звітний період основними інфекційними захворюваннями, що призводили до смерті, були лептоспіроз, менінгококова інфекція, ботулізм, сепсис. Як загальну закономірність хочу відмітити несвоєчасне звернення за медичною допомогою, що свідчить про недостатню санітарно-освітню роботу з профілактики інфекційних хвороб серед населення. Іноді мали місце несвоєчасна госпіталізація і помилки на першому етапі спостереження за хворими, несвоєчасне звернення за консультацією спеціалістів СОКІЛ та фахівців кафедри інфекційних хвороб СумДУ. Такі випадки розглядалися на нарадах у присутності начальника УОЗ або його заступників, видавалися накази.

У 2000 р. організовано та проведено 3 науково-практичних конференції та засідання обласного товариства інфекціоністів, в яких взяли участь 225 осіб. Матеріали конференцій були надруковані в окремих збірниках. За рахунок позабюджетних коштів надруковано та безкоштовно розповсюджено в ЛПЗ області два посібники з інфектології («Інфекційні хвороби:

класифікація та схеми діагностики» і «Невідкладні стани в клініці інфекційних хвороб»), методичні рекомендації («Гострі респіраторні вірусні інфекції») та клінічні лекції («Вірусні гепатити. Токсоплазмоз»). В інфекційних стаціонарах та кабінетах інфекційних захворювань впроваджено 22 нові методики діагностики та лікування інфекційних хворих. Лише в СОКІЛ це дало економічний ефект в 16 тисяч грн. У 2001 році в усіх ЛПЗ області організовані постійнодіючі семінари з питань інфектології.

Сьогодні проблеми служби зумовлені саме її основними функціями з урахуванням епідситуації в країні і області. Однією з важливіших є надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим і хворим на СНІД. В області проведена певна робота щодо забезпечення виконання директивних документів, а саме: відкритий Обласний центр ВІЛ/СНІДу, підготовлено Наказ УОЗ "Про надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД", в СОКІЛ відкритий відділ для госпіталізації зазначеного контингенту, проведена підготовка медичних працівників та ін.

Але в зв'язку з обмеженням фінансування хворі на СНІД обстежуються та одержують медичну допомогу не в повному обсязі.

Через відсутність тест-систем в області хворі недостатньо обстежуються на вірусні гепатити В, С. Як показують перевірки, в деяких інфекційних стаціонарах відсутні медикаменти для надання невідкладної допомоги хворим, у т.ч. лікувальні сироватки. Залишається високим відсоток недиференційованих ГРВІ та ГКІ у зв'язку з відсутністю діагностиків та середовищ у вірусологічній лабораторії обласної СЕС та в бактеріологічних лабораторіях області.

Усі ці питання розглядалися на оперативній нараді при начальнику УОЗ 4.07.2000 р. та на колегії УОЗ 19.12.00 р., приймалися відповідні рішення.

Таким чином, у 2000 р. інфекційна служба працювала в умовах недостатнього фінансування і діяльність її була направлена на виконання заходів щодо збереження вже

створеного потенціалу ефективних методів діагностики та лікування хворих з інфекційною патологією шляхом економічного використання як бюджетних асигнувань, так і залучення позабюджетних коштів.

Питання діагностики та профілактики інфекційних хвороб залишаються гострими, потребують серйозного контролю з боку керівників медичних закладів та усіх фахівців.

Збільшується відсоток тяжких хворих як у плані лікування, так і в плані діагностики, що призводить до значних економічних витрат.

Важливою проблемою сьогодення є пріонові хвороби, питання діагностики яких не вирішені.

З метою покращання роботи інфекційної служби області вважаю за необхідне:

- вжити заходів щодо зміцнення матеріально-технічної бази інфекційної служби;
- забезпечити раціональне використання інфекційних ліжок;
- головним лікарям Ямпільської, Путивльської, Л.-Долинської, С.-Будської ЦРЛ організувати роботу кабінетів інфекційних захворювань;
- привести обладнання палат інтенсивної терапії інфекційних відділень ЛПЗ області у відповідність до існуючих нормативів;
- вжити заходів щодо розширення вірусологічних, бактеріологічних та імунологічних лабораторій області, зміцнити їх матеріально-технічну базу;
- забезпечити інфекційні стаціонари медикаментами для надання невідкладної допомоги, у т.ч. лікувальними сироватками, продовжувати створювати на базі ЦРЛ запаси сольових розчинів, антибіотиків з урахуванням останніх даних про чутливість збудника на випадок холери або спалаху ГКІ;
- створити на ФП, ФАП, СЛА запаси медикаментів для надання швидкої допомоги при невідкладних станах у інфекційних хворих;

- щодо лікарів, які своєчасно не проходять атестацію, застосовувати вимоги наказу МОЗ про атестацію; лікарям-педіатрам, що працюють у дитячих інфекційних стаціонарах, пройти курси спеціалізації для одержання сертифікату лікаря-інфекціоніста дитячого;
- забезпечити якісну підготовку лікарів загальної мережі з питань клініки, діагностики та лікування інфекційних хворих;
- провести в 2001 році курси інформації та стажування на базі СОКІЛ для лікарів-терапевтів В.-Писарівської, Кролевецької ЦРЛ з метою підготовки дублерів на випадок відсутності інфекціоніста у названих районах ;
- забезпечити підготовку лікарів-інфекціоністів ЦРЛ з питань клініки, діагностики та лікування дитячих інфекцій (шляхом проведення курсів інформації та стажування на базі лікувальних закладів м. Суми);
- укомплектувати в С.-Будській ЦРЛ посаду інфекціоніста підготовленим спеціалістом;
- забезпечити проведення постійнодіючих семінарів для медпрацівників усіх рівнів з питань діагностики, лікування та профілактики інфекційних захворювань;
- підготувати та видати для лікарів області посібник «Диспансеризація інфекційних хворих»;
- організувати проведення інфекціоністами області науково-дослідницької та науково-пошукової роботи в районах із проблем лептоспірозу, туляремії, геморагічних гарячок, бореліозів;
- спільно з терапевтичною та гастроентерологічною службами вирішити питання про найбільш раціональну тактику ведення хворих на хронічні гепатити та цироз печінки, розробити відповідні заходи;
- зобов'язати інфекціоністів передплатити періодичні видання з інфекційних хвороб;
- проводити цілеспрямовану санітарно-освітню роботу з питань профілактики інфекційних захворювань серед населення області.

Зміст

О.О.Бобильова, С.П.Бережнов, Л.М.Мухарська, А.Г.Падченко, Л.С.Некрасова	
Проблема інфекційної захворюваності - актуальна проблема системи охорони здоров'я та держави	3
О.М.Черняк, Г.І.Христенко, Т.С.Габелюк, Л.Г.Штафінська	
Розповсюдженість збудників кишкових інфекцій серед людей та на об'єктах довкілля в Сумській області	4
В.О.Гейко, Т.С.Габелюк, О.М.Черняк, Г.І.Христенко	
Про захворюваність гострими кишковими інфекціями в Сумській області	8
З.И.Красовицкий	
О классификации колитов, правильной клинической трактовке термина, принципах диагностики и терапии	12
М.Д.Чемич, В.А.Бутко	
Етіологія, епідеміологія, клініка гострої дизентерії сьогодні	14
Т.І.Іваненко, М.Д.Чемич, І.О.Троцька	
Епідеміологічний спалах гострої дизентерії	17
Н.І.Льїна	
Вірусні діареї: клініка, діагностика	19
Л.П.Кулеш	
Клінічні особливості перебігу сальмонельозу при епідемічному спалаху	21
Т.В.Зайченко	
Залежність клінічних проявів харчових токсикоінфекцій від виду збудника	23
І.Є.Гайворонська	
Основи діагностики та принципи лікування ерсиніозу	25
І.О.Троцька	
Діагностика гострих кишкових інфекційних захворювань, викликаних умовно-патогенними мікроорганізмами	27

С.І.Кругляк, С.Д.Татаренко	
Особливості перебігу гострих кишкових інфекційних захворювань у дітей	30
С.Д.Татаренко, С.І.Кругляк	
Перебіг гострих кишкових інфекційних захворювань в сучасних умовах	33
М.Д.Чемич	
Основні лікувальні заходи при гострих кишкових інфекційних захворюваннях	34
М.Д.Чемич	
Ефективність використання "Сунамолу С" та "Лактовіту" при гострих кишкових інфекційних захворюваннях	39
О.І.Сміян, О.І.Хоменко	
Інфузійна терапія при гострих кишкових інфекційних захворюваннях у дітей	41
Т.П.Бинда, О.С.Захарчук	
Антибактеріальна терапія гострих кишкових інфекційних захворювань у дітей	44
Н.В.Клименко	
Помилки в діагностиці гострих кишкових інфекційних захворювань	46
Л.М.Лазарева	
Диференціальна діагностика гострих кишкових інфекційних захворювань з гострою неврологічною патологією	49
І.П.Несторук	
Диференціальна діагностика харчових токсикоінфекцій з абдомінальною формою інфаркту міокарда	50
О.М.Гордієнко	
Проблеми сучасної діагностики гострих кишкових інфекційних захворювань	51
О.П.Панченко	
Ендоскопічна картина слизової оболонки товстого кишечника при дизентерії	53

І.П.Льченко

**Роль санітарно-освітньої роботи в профілактиці
кишкових інфекцій 55**

І.О.Троцька

**Підсумки роботи інфекційної служби Сумської області
за 2000 рік 57**

**ГОСТРІ КИШКОВІ ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ:
СУЧАСНІ АСПЕКТИ І ПРОБЛЕМИ**
**Матеріали обласної науково-практичної конференції
(21 червня 2001 року, м. Суми)**

Редактори М.Я.Сагун, Т.Г.Мироненко

Підписано до друку 05.06.2001. Формат 60 x 84/16. Умовн. друк. арк. 3,89.
Наклад 80 прим. Замовлення № 217. Облік. - вид. арк. 3,06.
Умовн.фарбовідб. 4,18.

Вид-во СумДУ. Р.с. №34 від 11.04.2000р. 40007, Суми,
вул. Р.-Корсакова, 2
"Ризоцентр" СумДУ. 40007, Суми, вул. Р.-Корсакова, 2