

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