

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