

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,  $\alpha$ -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.