

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.

У 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