

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ
"ВСЕУКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ ІНФЕКЦІОНІСТІВ"
ДВНЗ "ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО МОЗ УКРАЇНИ"

ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ: ПОСТУПИ І ПРОБЛЕМИ В ДІАГНОСТИЦІ, ТЕРАПІЇ ТА ПРОФІЛАКТИЦІ

Матеріали ІХ з'їзду інфекціоністів України

(7-9 жовтня 2015 року, м. Тернопіль)

Тернопіль
ТДМУ
Укрмедкнига
2015

($n=110$), підвищення температури тіла у середньому до $(38,9 \pm 0,15)$ °C у 90,7% ($n=107$). При копроцитологічному обстеженні виявляли слизу у 83,0% ($n=98$) пацієнтів, еритроцити - у 57% ($n=67$), лейкоцити - у 92% ($n=108$). Хворі отримували регідратаційну терапію (оральну і парентеральну), ентеросорбенти. Антибіотикотерапія призначалась парентерально у тяжких випадках. Середній ліжко-день становив $(11,00 \pm 1,04)$ діб. У всіх пацієнтів захворювання закінчилось видужанням. У сальмонел виявлено чутливість до цефтриаксону, цефотаксиму, цефтазидиму, ципрофлоксацину; стійкість - до гентаміцину, доксицикліну і левоміцетину.

Таким чином, сальмонельоз не втрачає своєї актуальності. В етіологічній структурі вагома роль належить 5. *enitiei* Шз, зберігаються основні "класичні" клінічні ознаки, спостерігається лише сприятливий перебіг хвороби, відсутні генералізовані форми. Виявлена чутливість до "класичних кишкових" антибіотиків може бути корисна лікарю при призначенні емпіричної терапії гострих кишкових інфекцій, а саме сальмонельозу.

*О.І. Сміян, Т.П. Бинда, Т.П. Січненко, О.К. Романюк,
В.А. Горбась*

МІСЦЕ ЦЕФАЛОСПОРИНІВ ІІІ ПОКОЛІННЯ В ЛІКУВАННІ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ У ДІТЕЙ

Університет, медичний інститут, м. Суми

За даними ВООЗ, у світі щорічно реєструється від 68,4 до 275 млн діарейних захворювань. Вони є третьою і найбільш частою після перинатальних захворювань і патології респіраторного тракту причиною смерті дітей до 5 років у світі, забираючи життя понад 1 млн дітей щороку. Основними критеріями ефективності та можливості застосування антимікробних препаратів для лікування гострих кишкових інфекцій (ГКІ) є їх активність *in vitro*, ефективність і безпека при використанні у Дітей, наявність пероральних лікарських форм і доступність. Згідно з рекомендаціями Європейської асоціації дитячих гастроентерологів та дитячих інфекціоністів (JPGN, 2008), одним із антибіотиків першого ряду для лікування ГКІ є цефіксим - **пероральний** цефалоспорин ІІІ покоління На українському

ІІІ. фармацевтичному ринку цефіксим представлений препаратом Ц іксим фармацевтичної компанії "Люпін Лімітед". Слід зазначити, £. що у США і Європі цефіксим досить широко застосовується у - клінічній практиці для лікування ГКІ. За даними літератури, до і 90% усіх збудників кишкових інфекцій сьогодні чутливі до і цефіксиму. Перевагою призначення препарату є його лікарська і форма - у вигляді суспензії, що дозволяє застосовувати його у дітей різного віку.

Мета роботи - вивчити клінічну ефективність цефалоспорино ІІІ покоління іксиму (цефіксиму) при лікуванні ГКІ середнього ступеня тяжкості.

Дослідження, яке за дизайном було порівняльне, проводилося на клінічній базі (інфекційне відділення № 3) кафедри педіатрії післядипломної освіти з курсами пропедевтики педіатрії і дитячих інфекцій. У дослідженні взяли участь 67 пацієнтів віком від 1 до 12 років із середнім ступенем тяжкості ГКІ. Усі пацієнти були розподілені на 2 групи. В основній (34 хворих) проводили етіотропну терапію шляхом застосування препарату іксим у дозі 8 мг/кг маси тіла (але не більше 400 мг/добу) в 1-2 прийоми упродовж 5-7 днів. Дітям контрольної групи (33) у комплексній терапії ГКІ призначали цефтриаксон парентерально на весь курс антибіотикотерапії (5-7 днів). Пацієнтам з масою тіла понад 50 кг або старше 12 років і дорослим іксим призначається по 400 мг на добу в 1-2 прийоми.

Статистично достовірної різниці у динаміці зникнення симптомів при ГКІ середнього ступеня тяжкості у дітей як основної, так і контрольної груп виявлено не було. Температура тіла нормалізувалася на 2,3- і 2,1-ий день відповідно ($p > 0,05$). Під час лікування однаковим був регрес абдомінального синдрому (характер випорожнень, частота, консистенція, наявність патологічних домішок у вигляді слизу і прожилок крові) ($p > 0,05$). На 5-6-ий день характер і частота випорожнень нормалізувались в усіх хворих. При контрольному обстеженні після лікування дітей з інвазивними ГКІ, в яких при бактеріологічному обстеженні були виявлені патогенні мікроорганізми, повна санація визначалася у 100%. Отже, у дослідженні продемонстрована порівнювана ефективність парентерального цефалоспорино (цефтриаксону) і перорального цефіксиму при лікуванні ГКІ у дітей.

Таким чином, пероральний цефалоспорин III покоління ікзим ефективний у лікуванні ГКІ середнього ступеня тяжкості у дітей і може замінити парентеральне використання антибіотиків. При проведенні дослідження препарат продемонстрував хорошу переносимість і відсутність побічної дії.

*А.М. Татаркіна, О.М. Ольховська, Т.С. Копійченко, Т.Г. Вовк,
Л.А. Білоконова, Н.В. Онопко, С.О. Ткаченко, ЛІС. Зіміна*

**КЛІНІКО-ШУНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ БАКТЕРІЙНИХ
КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ У ДІТЕЙ, ІНФІКОВАНИХ
H. PYLORI**

Національний медичний університет,
Обласна дитяча інфекційна лікарня, м. Харків

Численні епідеміологічні дослідження свідчать про високу поширеність хелікобактерного інфікування як серед дорослих, так і серед дітей.

З метою встановлення клінічних особливостей і змін гуморальної ланки імунітету в динаміці патологічного процесу обстежено 146 дітей раннього віку, хворих на бактерійні кишкові інфекції (КІ) залежно від асоціації з хелікобактерним інфікуванням. Сальмонельоз діагностовано у 49,3% хворих, ешерихіоз і шигельоз - у 29,1 і 21,6% відповідно. Верифікація діагнозу проводилась загальноприйнятими методами дослідження. Одночасно визначали вміст основних класів імуноглобулінів А, М і G сироватки крові та секреторного IgA - у копрофільтратах, за відомими методиками. Виділено 2 групи спостережень: у 1-шу об'єднали 34 хворих з наявністю фонового інфікування, у 2-гу - 112, які не мали фонового інфікування. Відмінностей у групах порівняння за статтю і віком не відзначали. Взимку зареєстровано 18,6% випадків захворювань, у весняний, літній періоди і восени - 34,1, 27,9 і 19,4% відповідно. При цьому у хворих 1-ї групи було відмічено деяке підвищення кількості випадків захворюваності з жовтня по березень - 61,5%, тоді як такий самий показник - 62,9% виявлено у хворих 2-ї групи у період квітень-вересень.

Обтяжливість преморбідного фону виявлено у 92,0% хворих. Серед обтяжливих факторів звертали увагу на патологію