

нару без наступного виявлення зростання титра антитіл.

7 При призначенні антибіотиків необхідно враховувати їх гепатотоксичність, сумісність та здатність препаратів збільшувати проникність судинної стінки.

8 Необхідно переглянути тактику пероральної дезінтоксикації з метою диференційованого підходу до лікування хворих, особливо з середнім ступенем важкості. Більш широко використовувати ентеросорбенти.

А.О. СНИЦАР

ОСОБЛИВОСТІ ТЕРАПІЇ ЛЕПТОСПІРОЗУ

Державний університет, обласна клінічна інфекційна лікарня,
м. Суми

Лептоспіроз – природньоосередкова зоонозна інфекційна хвороба, широко розповсюджена в усіх регіонах України.

За останні роки захворюваність на лептоспіроз значно зросла. Лептоспіроз серед зоонозів став однією з актуальних проблем інфектології. Цьому сприяли важкість перебігу, висока летальність і необізнаність лікарів загальноотерапевтичного профілю, а інколи і інфекціоністів з цією хворобою.

Слід зазначити пізню госпіталізацію хворих. У перші 3 доби в стаціонар поступає лише близько 30% хворих.

З пізньою госпіталізацією пов'язані проблеми лікування. Летальні випадки спостерігались у хворих, що поступали пізніше 5 доби хвороби. Причиною смерті були:

- інфекційно-токсичний шок (ІТШ);
- гостра ниркова недостатність (ГНН);
- геморагічний синдром з розвитком небезпечної для життя кровотечі.

Лікування ІТШ включає внутрішньовенну інфузію колоїдних (перевага надається реополіглюкіну) та осмотичних розчинів, масивних доз глюкокортикостероїдів (до 10-15 мг/кг в перерахунку на преднізолон), при некорегованому падінні артеріального тиску – допаміну на інших адреноміметиків.

Треба зазначити, що при лептоспірозі, як і при інших тяжких формах генералізованих інфекцій, можливий розвиток реакції Яриша-Геркстеймера внаслідок бактеріцидної дії антибіотиків. Тому при тяжкому стані хворого для запобігання розвитку ГТШ терапію треба починати з інфузії протипошових розчинів, призначення кортикостероїдів і бактеріостатичних антибіотиків (левоміцетин тощо) з послідуочним переходом на пеніциліни.

Загальною рекомендацією при лікуванні ГНН є диференційований підхід до інфузійних розчинів. При відсутності сечі можливий об'єм інфузії становить від 600 до 900 мл на добу. В цьому випадку дуже важливо вибрати ліки з найбільшою діуретичною ефективністю. Розпочинати терапію треба з реополіглокіну, гіпертонічного (20-30%) розчину глюкози, глюкокортикоїдів, потім осмотичних діуретиків і лише наприкінці призначати салуретики. Протипоказане при анурії введення фізіологічного розчину, солей кальцію, які призводять до гіперволемії, набряку легень, гіперкаліємії, критично ускладнюють перебіг хвороби.

При лікуванні геморагічного синдрому насамперед треба як найшвидше компенсувати втрати крові. З цією метою застосовуються синтетичні кровозамісники, свіжозаморожена плазма, криопреципітат тощо. Але найефективнішим засобом, на наш погляд, є інфузія свіжогепаринізованої крові, як найбільш фізіологічної рідини, що має в своєму складі всі необхідні компоненти для згортання крові. Досвід показує, що тільки ці заходи іноді врятовують хворому життя.

Терапія з застосуванням гетерогенного імуноглобуліну не приводить до вірогідно кращих результатів (за даними літератури). Він має значну алергічну здатність, зафіксований летальний випадок на шкіряну пробу.

Добре зарекомендовували себе ентеросорбенти в комплексній детоксикаційній терапії.

Застосування плазмаферезу та гемосорбції доцільне, але не слід забувати, що разом із шкідливими агентами з крові вивідаються антитіла, імунні комплекси тощо.

Всі хворі в нашому відділенні проходили лікування методом

гіпербаричної оксигенації, яка знижує ризик некрозу ниркових клубочків і каналців за рахунок компенсації тканинної гіпоксії, внаслідок чого відмічається швидкий зворотній розвиток ГНН. При кровотечі стан хворих також поліпшується за рахунок корекції гемічної гіпоксії.

Лептоспіроз – інфекція з поліорганними ураженнями. При різних їх комбінаціях лікування може бути дуже складним за рахунок того, що повноцінна корекція одного патологічного стану може погіршити інший – так названа “палиця о двох кінцях”. Результат лікування залежить від своєчасного діагностування, ранньої госпіталізації хворого і якнайшвидшого початку адекватної терапії.

Е.Г. АЛЬПЕРН

ХАРАКТЕРИСТИКА ПРИРОДНОЙ ОЧАГОВОСТИ ТУЛЯРЕМИИ В СУМСКОЙ ОБЛАСТИ

Областная клиническая инфекционная больница, г. Сумы

До 1959 года изучение природной очаговости в области не проводилось, несмотря на то, что заболеваемость людей туляремией носила массовый характер. В первые послевоенные годы регистрировались вспышки туляремии с количеством заболевших 200 – 300 человек. Возникновению вспышек способствовал ручной способ обмолота зерновых из скирд, которые, по выражению очевидцев, выглядели «живыми» от заселения грызунами, а также ручная разработка торфа.

Начиная с 1959 года, планомерно изучается заселенность территории грызунами и иксодовыми клещами.

За этот период были установлены территории, энзоотичные по туляремии. На сегодняшний день в области таковыми являются 12 районов: Белопольский, Буринский, Глуховский, Кролевецкий, Недригайловский, Ахтырский, Путивльский, Роменский, С-Будский, Сумский, Тростянецкий, Ямпольский.

Кроме этого, на два района (В-Писаревский и Конотопский), где в 3-х населенных пунктах получены положительные результаты серологического исследования на туляремию от клещей и