

Тернопільський державний медичний універси

ім. І.Я. Горбачевськ

I.Y. Horbachevsky Ternopil State Medical Unive

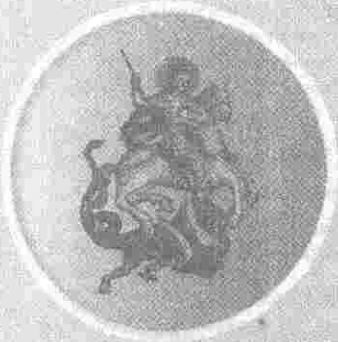
Інститут епідеміології та інфекційних хво

ім. Л.В. Громашевського АМН Укра

L.V. Gromashevsky Epidemiology and Infecti

Diseases Institute AMS of Ukra

ВСЕУКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ МЕДИЧНИЙ ЖУРНАЛ



# ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ

ALL-UKRAINIAN SCIENTIFIC PRACTICAL MEDICAL JOURNAL INFECTIOUS DISEASES

2(60)'2010

хи частіше (76,6 %), при цьому воно було багаторазовим (65,3 %).

Біль у животі не був обов'язковим симптомом у хворих, що перебували під спостереженням, та відмічений тільки у 3 хворих (3,2 %), в той час як його болісність при пальпації виявлено у 34 (36,2 %). У 37 (39,4 %) пацієнтів визначалося здуття живота. Згідно наших даних, вищезазначені симптоми є більш характерними для РВБІ (51,6 %), ніж для РВІ (23,3 %).

У всіх хворих (100 %) реєструвалася діарея. У 69,2 % хворих частота випорожнень збільшувалася до 8, у 30,9 % – 9 та більше разів на добу. Збільшення частоти випорожнень до 9 та більше разів на добу було більш характерним для РВІ (56,7 %), до 8 разів – для РВБІ (81,3 %).

У половини (50,0 %) хворих на РВІ виявлялися патологічні домішки у випорожненнях. При РВБІ патологічні домішки також були присутніми майже у половини хворих (46,9 %), але, разом із тим, колір випорожнень був зеленим (31,3 %), що, імовірно, може бути обумовлено більш інтенсивними процесами бродіння у кишечнику хворих при даній патології та підтверджується більш частою наявністю у них метеоризму та болісності живота при його пальпації.

У 64,9 % дітей відмічалася зміна з боку верхніх дихальних шляхів у вигляді кашлю, гіперемії слизової

оболонки носа та ротоглотки, жорсткого дихання над поверхнею легень. Катаральний синдром удвічі частіше відмічався у хворих на РВБІ (78,1 %), ніж РВІ (36,7 %).

При РВБІ в гострому періоді захворювання відмічаються більш значні відхилення з боку периферичної крові у вигляді підвищеного вмісту лейкоцитів, паличкоядерних нейтрофілів та зниженого вмісту лімфоцитів, ніж у хворих на РВІ. В дебюті хвороби у сечі хворих реєструються сліди білка та ацетон, але наявність їх більш характерна для РВБІ. Зміни при копрологічному дослідженні у вигляді підвищеного вмісту рослинної клітковини, м'язових волокон, нейтрального жиру та кількості лейкоцитів практично однаково часто зустрічалися при РВІ та РВБІ.

Таким чином, клініко-анамнестичні та лабораторні особливості ротавірусно-бактерійних уражень травного каналу у дітей полягають у частій реєстрації захворювання в осінній період року, більш вираженій за висотою температурній реакції захворюлих, частішому за наявністю й кратністю блюванні при порівняно невеликій кількості дефекацій, переважно поєднаному ураженні травного каналу у вигляді гастроентериту та/або гастроентероколіту, частішій наявності катарального та абдомінального синдромів та їх виразності, більш значній реакції лейкоцитів крові.

Отримано 15.09.2009 р.

© Богачик Н.А., Венгловська Я.В., Трефаненко А.Г., Сорохан В.Д., 2010  
УДК 616.34-022-036.11-085.246.2)

Н.А. Богачик, Я.В. Венгловська, А.Г. Трефаненко, В.Д. Сорохан

## ЗАСТОСУВАННЯ ЕНТЕРОФУРИЛУ І СУБАЛІНУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГОСТРІ КИШКОВІ ІНФЕКЦІЇ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Нестабільність екологічної ситуації в Україні сприяє зростанню захворюваності на гострі кишкові інфекції. Лікарі-інфекціоністи в теперішній час найчастіше зустрічаються з такими кишковими інфекціями, як сальмонельоз, шигельоз, гастроентерити вірусної етіології, кишкові інфекції, викликані умовно-патогенною флорою, а також нез'ясованої етіології. Тому питання раціональної терапії цих хвороб задирається однією з актуальних проблем.

Метою нашого дослідження було вивчити ефективність застосування ентерофурилу в комбінації з субаліном у лікуванні хворих на гострі кишкові інфекції.

Ентерофурил – це антибактерійний препарат, похідний 5-нітрофурану, діє винятково в порожнині кишечника, активний щодо збудників кишкових інфекцій: грам-позитивних і грам-негативних мікробів, у тому числі і вібріонів холери. Він не всмоктується в травному каналі, тому створює високу концентрацію у кишечнику.

Біопрепарат субалін являє собою мікробну масу живої антагоністичної активної культури *Bacillus subtilis* 2335/105, ліофілізовану з додаванням сахарозо-желатинового середовища. Препарат обумовлює антимікробну активність за рахунок літичних ферментів, продукує у великій кількості ексацелюлярні амінокислоти, в тому числі і незамінні, володіє вітаміносинтезуючою активністю. Бацили можуть суттєво впливати на імунологічну активність макроорганізму.

Під спостереженням перебувало 42 хворих на гострі кишкові інфекції віком від 18 до 55 років. Госпіталізовані в стаціонар переважно на 2-3-й день хвороби в стані середньої тяжкості. Чоловіків було 17, жінок – 25. Бактеріологічно діагноз підтверджений у 31 (73,8 %) хворого, із них – у 13 (30,9 %) діагностовано сальмонельоз, у 7 (16,6 %) – шигельоз, в 11 (26,2 %) – харчові токсикоінфекції, викликані умовно-патогенною флорою. У всіх хворих початок хвороби гострий, у більшості пацієнтів відзначений гастроентеритний варіант перебігу. Температура тіла коливалась у межах 37,5-39,2 °С. Больовий синдром був виражений у всіх обстежених. Спазмована, інфільтрована, болюча сигмоподібна кишка спостерігалась у хворих на шигельоз. Біль в епігастрії, навколо пупка та в правій здухвинній ділянці констатований у 32 (76,1 %) пацієнтів. Рідкі випорожнення спо-

стерігались у всіх хворих, із них у 5 (11,9 %) містили патологічні домішки слизу і прожилки крові.

Крім бактеріологічного дослідження виконували загальноклінічні аналізи, копроцитограму, дослідження випорожнень на рота- та аденовіруси.

Хворі отримували таку терапію: трисіль, реосорбілакт, регідрон, ферментні препарати, спазмолітики, ентеросгель, а також ентерофурил. Додатково 18 хворим до лікування додавали субалін перорально по 2 дози 3 рази на добу упродовж 5 діб.

Було встановлено, що у хворих, які отримували базисну терапію з включенням субаліну й ентерофурилу, вже на 2-3-й день перебування в стаціонарі покращувався апетит, нормалізувалась температура тіла. Нормалізація консистенції випорожнень у цих хворих порівняно з пацієнтами, які отримували тільки терапію з ентерофурилом, відбувалась швидше на 1,4 дня. Тривалість больового синдрому була приблизно однаковою у всіх обстежених.

Таким чином, доповнення традиційної терапії гострих кишкових інфекцій субаліном у комбінації з ентерофурилом зумовлює швидше зникнення симптомів інтоксикації, діарейного синдрому і сприяє швидшому одужанню.

Отримано 15.09.2009 р.

© Поліщук О.І., Брич О.І., В'ялих Ж.Е., 2010  
УДК 579.84:001.893

О.І. Поліщук, О.І. Брич, Ж.Е. В'ялих

## СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ МІКРОБІОЛОГІЧНОГО МОНІТОРИНГУ НОЗОКОМІАЛЬНИХ АНАЕРОБНИХ ІНФЕКЦІЙ

ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України», м. Київ

Нозокоміальні інфекції (НІ) реєструються у світі у 4,5-18 % госпіталізованих хворих, нерідко призводячи до інвалідизації та смерті пацієнтів. У країнах СНД внутрішньолікарняні інфекції є основною причиною смерті 4-7 % померлих у стаціонарі. Причому вважається, що істинний рівень захворюваності на внутрішньолікарняні інфекції перевищує офіційний у сотні разів. В Україні протягом останніх років, за офіційними даними, реєструється 3-4 тис. випадків НІ, хоча окремі наукові дослід-

ження свідчать про значне перевищення цих показників у реальних умовах.

Світовий досвід свідчить, що у вирішенні проблеми виявлення, лікування та профілактики гнійно-запальних інфекцій (ГЗІ), які домінують у структурі НІ, провідна роль належить мікробіологічному моніторингу (ММ), який дозволяє встановлювати спектр циркулюючих у стаціонарах збудників, їх біологічні властивості, зокрема антибіотикостійкість, визначати фактори ризику розпов-