

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

рази на добу, з них один раз сформовані, 2 рази – кашкоподібні, зі слизом. Сечопуск звичайний. З 26.01 стан дитини відносно задовільний, активний. Нормалізувався апетит, язик чистий. Випорожнення 2-3 рази на добу, кашкоподібні, невеликі домішки слизу. З 30.01.2006 р. – випорожнення сформовані, жовті, слизу немає.

Дитина виписана додому під спостереження лікаря на дозі пангролу 20 тис. ОД на добу.

Таким чином, целиакія (глютенінова ентеропатія) є поширеною в Європі, хронічною, генетично детермінованою хворобою. Діагноз виставляється, передусім, на основі даних анамнезу та характерних клінічних проявів, пізніше потребує гістологічного дослідження слизової оболонки тонкої кишки та серологічного обстеження.

Найчастіше помилки в діагностиці глютенінової ентеропатії допускаються при неповному зборі скарг, анамнезу хвороби, недооцінці клінічних даних в динаміці, особливо на перших етапах розвитку хвороби.

Основним методом лікування целиакії є позитивне безглютенінове харчування. З харчування виключаються злаки (крім рису, гречки, кукурудзи), а також продукти, які їх містять. При виведенні дітей зі стану гіпотрофії з метою замісної ферментативної терапії добре зарекомендував себе пангрол. В перші 2 тижні його дають в максимальній дозі, а пізніше, залежно від динаміки клінічної картини, зменшується на $\frac{1}{4}$ таблетки за тиждень, до підтримуючої дози. Курс лікування триває до 1,5-3 міс.

За час перебування дитини в стаціонарі батьки повинні бути інформовані про причину розвитку хвороби, переконані в необхідності безглютенінового харчування. Останнє зумовлює якість життя хворого в наступні роки.

Література

1. Бельмер С.В., Гасилина Т.В., Коваленко А.А. Целиакія: состояние проблемы // Лечащий врач. – 2003. – № 6. – С. 69-71.
2. Слободян Л.М. Синдром мальабсорбції, діагностика і реабілітація: Посібник. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2001. – 116 с.
3. Слободян Л.М., Лобода В.Ф., Процайло Н.Б. Діагностика захворювань та реабілітація дітей. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2004. – С. 47-66.
4. Харченко Н.В., Опанасюк Н.Д. Целиакія, болезнь Уиппла – клинические маски // Здоров'я України. 2005. – № 20. – С. 54-55.
5. Auricchio S., Greco L., Troncone R. Gluten-sensitive enteropathy in childhood // Pediatr. Clin. North. Am. – 1988. – V. 35, N 1. – P. 157-158.
6. Nibo O. Childhood celiac disease in Estonia efficacy of the IgA-class antigliadin antibody test in the search for new cases // J. Pediatr/ Gastroenterol. Nutr. – 1992. – V. 102. – P. 330-354.

© Колектив авторів, 2006
УДК 614.446:616.981.4

В.М. Кирик, А.І. Побережний, В.М. Поліщук, О.О. Агапій, М.М. Кирик ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ ПРИ МАСОВИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ НА ГОСТРІ КИШКОВІ ІНФЕКЦІЇ

Ізяславська центральна районна лікарня Хмельницької обл.

Для гострих кишкових інфекцій (ГКІ) характерні як поодинокі, так і групові (масові) випадки захворювання [1, 2]. Останні тягнуть за собою економічні збитки через витрати на лікування та тимчасову втрату працездатності, мають широкий резонанс у суспільстві та засобах масової інформації. Медична служба завжди має бути готова до ліквідації спалахів масових захворювань на ГКІ. Особливо мобілізація сил і засобів надання до-

помоги і чіткість роботи мають бути забезпечені в перші години виникнення спалаху, у зв'язку з госпіталізацією осіб з найтяжчим ступенем недуги у першу чергу.

Мета роботи – узагальнення досвіду організації надання медичної допомоги населенню при спалахах масових захворювань на ГКІ.

Проведено порівняльний аналіз медичних карт стаціонарних хворих у випадках масових захворювань на

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

ГКІ, які перебували на стаціонарному лікуванні в інфекційному відділенні Ізяславської ЦРЛ Хмельницької області. Випадки масових захворювань зареєстровані в 1993 р. – 13 осіб (з них 2 дітей) з діагнозом сальмонельоз; у 2001 р. – 17 дітей з діагнозом харчове отруєння залишками лугу; у 2004 р. – 11 дітей з діагнозом харчова токсикоінфекція стафілококової етіології; у 2005 р. – 24 особи (з них 3 дитини) з діагнозом сальмонельоз.

У плані заходів щодо ліквідації спалаху захворювань на ГКІ передбачається можливість швидкого розгортання додаткових місць для госпіталізації десятків, а то й сотень хворих не лише на базі інфекційного відділення. У відділенні іншого профілю вивільняються додаткові місця за рахунок пацієнтів із задовільним станом, які тимчасово переходять на амбулаторне лікування або для них організовується стаціонар на дому. Штатний персонал цих відділень залишається і додатково посилюється працівниками інфекційного відділення. До плану заходів не залучається акушерська служба, але її працівники можуть брати участь у роботі, не пов'язаній з безпосереднім обслуговуванням хворих. У хірургічному та гінекологічному відділеннях проводяться лише ургентні хірургічні та гінекологічні операції, туди можуть бути переведені хворі терапевтичного, неврологічного, гінекологічного профілю з тяжким ступенем хвороби.

Створюється штаб з ліквідації осередку ГКІ за участю представників органів місцевого самоврядування, медичної, санітарно-епідеміологічної, фармацевтичної служб. Він опікується матеріально-технічним і фармацевтичним забезпеченням, налагодженням харчування пацієнтів і медичного персоналу тощо. У статистично-інформаційному центрі опрацьовується й узагальнюється інформація та видається прес-реліз.

Проводиться активний ранній огляд потерпілих при спалаху ГКІ з метою своєчасного виявлення осіб, які потребують медичної допомоги. При масовому ушпиталенні пацієнтів частину їх можна реєструвати у приймальному відділенні, а іншу частину – безпосередньо у відділенні госпіталізації. До кожного ліжка прикріплюються факсимільні дані пацієнта. Проводиться сортування хворих за ступенем тяжкості з визначенням потреби у госпіталізації у відділення реанімації та інтенсивної терапії.

Завчасно планом передбачається запас засобів для промивання шлунка і кишечника. Ці своєчасно проведені, прості та дешеві заходи зменшують інтоксикацію організму та тривалість захворювання [3]. Вони є досить ефективними як при харчовій токсикоінфекції, так і при харчових отруєннях хімічними сполуками. Щоб запобігти контамінації, призначається окремий медичний персонал для промивання шлунка і забору матеріалу для досліджень, а інший персонал – для промивання кишечника і забору матеріалу для досліджень.

Проводиться забір біологічного матеріалу для лабораторного загальноклінічного та біохімічного досліджень. При ГКІ здійснюють забір матеріалу (залишки їжі, блювотиння, промивні води шлунка та кишечника, сеча тощо) для бактеріологічного та вірусологічного досліджень. Зразки крові забираються для серологічних досліджень. Через можливість клінічного перебігу хімічних харчових отруєнь подібно до ГКІ [4] доцільно провести забір матеріалу для хімічного дослідження. При нагоді можна використати тестові смужки для експрес-аналізу рівня рН, визначення нітратів і нітритів тощо. При обмеженні часу та коштів забір матеріалу для бактеріологічного й вірусологічного досліджень, за погодженням з лікарем-епідеміологом, можна проводити вибірково. Результати дослідження копроцитограми за кількістю лейкоцитів та еритроцитів можуть вказати на ентероінвазивний або секреторний характер патології.

Передбачений планом запас засобів для пероральної регідратації дозволяє своєчасно застосувати їх як природний шлях введення рідини та електролітів з метою дезінтоксикації та регідратації. Вони дають змогу мінімізувати інфузійну дезінтоксикаційну та регідратаційну терапію з можливими її побічними діями та ускладненнями.

Для медичного персоналу стандартизується і надається перелік лабораторних досліджень та об'єм медичної допомоги залежно від нозології, віку, тяжкості захворювання, супутніх хвороб тощо.

Зазначений у плані запас ентеросорбентів передбачає застосування їх як простого, зручного та доступного засобу з мінімальними побічними ефектами. Ентеросорбенти мають дезінтоксикаційний та антидіарейний ефекти [5, 6]. Вони адсорбують патогенну мікрофлору та вірусні токсини [7], позитивно впливають на ланки імунної системи та цитокиновий профіль [8]. За ефективністю застосування деякі автори прирівнюють ентеросорбенти до екстракорпоральних методів детоксикації [7].

Передбачений наказом МОЗ України № 167 «Про вдосконалення протихолерних заходів в Україні» запас засобів для внутрішньовенної регідратаційної та дезінтоксикаційної терапії стає в нагоді при ліквідації спалаху масового захворювання на ГКІ [9].

Виходячи з недоцільності застосування протимікробної терапії при лікуванні харчової токсикоінфекції та сальмонельозу [3], немає необхідності у її превентивному застосуванні у потерпілих при спалахах цих захворювань. Враховуючи ефективність протишигельозного бактеріофагу у лікуванні шигельозу [2], доцільне превентивне його застосування при масових спалахах цієї інфекції.

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

Для встановлення продукту харчування, що призвів до розвитку ГКІ, заповнюється загальна таблиця, де вказуються прізвища пацієнтів і відповідно спожиті ними продукти (табл. 1). Шляхом порівняння та виявлення продуктів, які вживали всі пацієнти, можна прогнозувати етіологічний чинник спалаху, що дозволить розробити лікувальну тактику до отримання результатів бактеріологічного та хімічного дослідження.

Таблиця 1

Приклад загальної таблиці оцінки частоти блювання та випорожнень

Прізвище	Симптом	Час, год			
		00-03	03-06	06-09	09-12
		Частота ознаки, рази			
А-ко О.В.	блювання	3	1	-	-
	випорожнення	5	3	2	-
Т-юк Р.М.	блювання	1	-	-	-
	випорожнення	4	3	2	2

Як елемент загальної оцінки картини спалаху та спостереження за його динамікою заповнюється загальна таблиця на всіх пацієнтів з контролем вимірювання температури тіла через певні проміжки часу.

Оформлення загальної таблиці із зазначенням частоти, об'єму та характеру блювання і випорожнень за певний час дозволяє проводити оцінку стану тяжкості пацієнтів і динаміки захворювання (табл. 1).

За допомогою подібних до наведеної таблиць зручно оперативно збирати інформацію при масовій госпіталізації хворих з наступним відображенням її у картах стаціонарних хворих.

При підбитті підсумків ліквідації спалаху проводиться аналіз дій усіх залучених служб, узагальнюється набутий досвід, що дозволяє вдосконалювати планування в майбутньому.

Висновки

1. Розробка та корекція плану надання медичної допомоги є одним із важливих чинників успішної ліквідації спалаху масового захворювання на ГКІ.
2. Застосування загальних таблиць обліку температури тіла, частоти блювання та випорожнень є елементом оцінки стану пацієнтів та динаміки спалаху ГКІ.

Література

1. Андрейчин М.А. Досягнення в терапії бактеріальних діарей і шляхи її оптимізації // Інфекційні хвороби. – 2000. – № 1. – С. 5-10.
2. Андрейчин М.А., Козько В.М., Копча В.С. Шигельоз. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. – 362 с.
3. Ребенок Ж.О. Харчова токсикоінфекція: особливості лікування // Інфекційні хвороби. – 2004. – №1. – С. 69-73.
4. Лужников Е.А., Костомаров Л.Г. Острые отравления. – М.: Медицина, 1989. – 432 с.
5. Лікування гострих кишкових інфекцій у дітей: Методичні рекомендації / Крамарев С.О., Мощич О.П., Чернишова Л.І. та ін. – Київ, 2000. – 24 с.
6. Використання ентеросорбентів у комплексному лікуванні хворих на гострі кишкові інфекції: Методичні рекомендації / Андрейчин М.А., Гебеш В.В., Івахів О.Л. та ін. – Тернопіль, 1992. – 18 с.
7. Гебеш В.В., Топольницький В.С., Дегтяренко О.М. та ін. Ефективність ентеросорбції в комплексному лікуванні інфекційних хворих // Проблеми епідеміології, діагностики, клініки, лікування та профілактики інфекційних хвороб: Пам'яті Л.В. Громашевського. – Київ, 2002. – С. 346-348.
8. Мощич О.П., Крамарев С.О., Корбут О.В., Шпак І.В. Інтерлейкін-1 при гострих кишкових інфекціях у дітей // Інфекційні хвороби. – 2004. – № 1. – С. 77-78.
9. Наказ МОЗ України № 167 від 30.05.1997 р. «Про удосконалення протихолерних заходів в Україні».