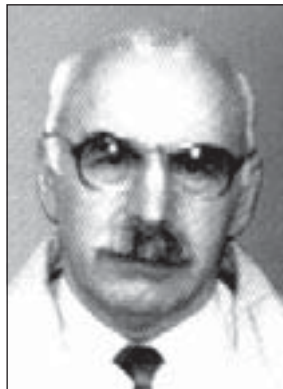


Ж.О. Ребенок

ХАРЧОВАТОКСИКОІНФЕКЦІЯ–ОТРУЄННЯЧИНІНФЕКЦІЯ?

м. Мінськ (Білорусь)

Наведено сучасні оригінальні уявлення про етіологію, патогенез, клінічні прояви харчової токсикоінфекції (ХТІ), лікування хворих, профілактичні заходи. ХТІ розглядається як окреме нозологічно самостійне захворювання з унікальним патогенезом, тому не може бути ні харчовим отруєнням (ХО), ні кишковою інфекцією, ані будь-яким іншим захворюванням, крім ХТІ. На прикладі ХТІ продемонстрована непридатність для захворювань, пов'язаних з їжею, Міжнародної статистичної класифікації хвороб 10-го перегляду. Пропонується доповнити зазначену статистичну класифікацію класифікацією клінічною, щоб діагностика «захворювань, пов'язаних з їжею» відповідала сучасним науковим уявленням.



Харчова токсикоінфекція – результат бактерійного забруднення їжі. Стерилізація харчових продуктів могла б назавжди ліквідувати загрозу ХТІ, але їжа, позбавлена бактерій, ненатуральна і тому неякісна. Необхідність збереження бактерійного компоненту їжі становить реальну й постійну можливість захворювання.

Хоча епідемічні спалахи ХТІ доволі реальні, ця медична проблема не тільки соціальна, але й понятійна, тому що ХТІ – одна з тих хвороб, яку важко зрозуміти – з'ясувати. Але без ясного розуміння природи хвороби не можливі ні її належна діагностика, ні ефективне лікування, ні профілактика епідемічних спалахів.

Основна складність для розуміння патогенезу ХТІ полягає в тому, що ця хвороба є саме «харчовою токсикоінфекцією», а не «харчовим отруєнням» і не «діарейною інфекцією» в традиційному розумінні.

Бактерійна контамінація харчового продукту з наступним розмноженням у ньому збудника (збудників) до кількісної квоти не зараження, а захво-

рювання – основна умова епідемічного процесу при ХТІ. Джерело бактерійного обмінення харчового продукту при цьому настільки обширне, що практично визначенню не підлягає. У кращому випадку вдається встановити харчовий продукт, що спричинив захворювання.

Загальне число збудників ХТІ визначити просто неможливо. Усі бактерії, здатні спричинити діарею, спричиняють і ХТІ. До них належать:

- кишкові бактерії (сальмонели, шигели, ерсинії, ентеропатогенні ешерихії, протеус, провіденція та ін.);
- вібріони (холерні вібріони, що не аглютинуються (НАГ), парагемолітичний вібріон, плезіомонади); однак холерні вібріони – збудники холери – як збудники ХТІ не зареєстровані;
- бацили і клостридії (*B. cereus*, *B. subtilis*, *C. perfringens*, *C. welchii* та ін.);
- коки (стафіло-, стрепто-, ентерококи);
- асоціації збудників (сальмонела + протей; стафілокок + ешерихія + клебсієла та ін.).

Відтак основну масу збудників ХТІ складають умовно-патогенні бактерії. Але й патогенні бактерії, наприклад шигели, здатні спричинити ХТІ. Описані випадки класичної ХТІ, яка була викликана *S. typhi* [1].

Хвороботворна кількість збудників у контамінованому харчовому продукті досягається тоді, коли створюються умови для їх інтенсивного розмноження, тобто якщо харчовий продукт зберігається при температурі розмноження бактерій, що опинилися в ньому. На 1 г/мл продукту хвороботворне число мікробних тіл становить для сальмонел 1,35 млн-10,0 млрд, для ентеропатогенних ешерихій – 9-16 млрд, для бацил і клостридій – 1,25-2,50 млрд [2].

За образним висловом Л.В. Громашевського, «При харчовій токсикоінфекції інкубація збудника відбувається не в організмі хворого, а в харчовому продукті» [3].

Отже, для розвитку ХТІ одиничних порушень санітарно-гігієнічного режиму недостатньо. Необхідні:

ПЕРЕДОВА СТАТТЯ

1) проникнення збудника в харчовий продукт;
2) порушення умов зберігання харчового продукту;

3) неадекватне подовження термінів його реалізації;

4) збудник повинен потрапити в харчовий продукт у необхідній кількості, щоб подолати конкуренцію природної мікрофлори продукту (наприклад, сметани), тобто склад харчової маси повинен відповідати видовим можливостям розмноження збудника.

Останнє із санітарно-гігієнічних відхилень виглядає несподівано: у споживача харчового продукту, в якому відбулася інкубація збудника, не виникає смакового відторгнення. Такий продукт, що містить мільйони і мільярди мікробних одиниць в 1 г/мл, справляє враження цілком придатного для вживання, тому що збудники ХТІ при розмноженні в харчовому продукті помітно не погіршують його органолептичні властивості. Через це хворі (постраждали), як правило, не вказують, що вживали харчовий продукт відверто сумнівної якості.

Після вживання харчового продукту, що містить хвороботворну біомасу збудників, через 3-12 год розпочинається хвороба, названа «харчовою токсикоінфекцією». Вона складається з двох компонентів:

1) інфекційно-токсичного пошкодження, спричиненого масованою бактерійно-токсичною агресією через їжу – гарячка з ознобом, інтоксикація загальноінфекційного типу, лейкоцитоз, погане самопочуття, болі в животі;

2) реакції відторгнення проковтнутої біомаси збудників у вигляді диспепсичного синдрому – блювота, діарея, часті та об'ємисті водянисті випорожнення, бурчання і болі в животі.

Хоча ХТІ завжди розпочинається гостро, перебігає бурхливо і обидва вказані компоненти зливаються в одну хворобу, клінічно їх розрізнити не становить труднощів, якщо знати про їх існування. У цьому і полягає подвійність природи ХТІ: реакція пошкодження + реакція відторгнення = одна хвороба. Якщо вказану закономірність з'ясувати, труднощі в розумінні патогенетичної суті ХТІ зникають [2].

Через те, що ХТІ має гострий і найгостріший початок, коротку інкубацію і яскравий диспепсичний синдром, тривалий час видавалося логічним пояснювати ХТІ як «бактерійне харчове отруєння».

Були проведені численні й дорогі дослідження добровольцями, платних волонтерами і навіть на засуджених до смерті арештантах. Результат вия-

вився однозначним: парентеральне введення тваринам бактерійних ендотоксинів спричиняло загибель тварин, але прийнятий *per os* в експерименті на людях цей же токсин не є шкідливим [4]. Проте ідея «бактерійних харчових отруєнь» видавалася такою привабливою, що вказані дослідження були повторені з особливою ретельністю L. Emody et al. [5].

Результат виявився незмінним, тому автори повністю відкинули гіпотезу, що «ендотоксин, який звільняється в травному каналі з бактерій, що є в їжі, спричиняє ознаки хвороби». Так було остаточно встановлено, що ХТІ не є «бактерійним отруєнням» [5].

Проте й ординарного бактерійного зараження для розвитку ХТІ також недостатньо. ХТІ розвивається тільки в тому випадку, коли одночасно проковтнуто необхідну не для зараження, а для захворювання кількість збудника. Дотримання «кількісної квоти» проковтнутого збудника є «умовою, без якої не може бути» ХТІ [2]. Таким чином, ХТІ, не будучи бактерійним отруєнням, не є також і банальною діарейною бактерійною інфекцією.

ХТІ – наслідок одночасної гастроінтестинальної масованої неспецифічної бактерійно-токсичної агресії.

На організм хворого (постраждалого) одночасно впливає вся хвороботворна біомаса збудника і його проковтнутих токсинів. Через травний канал збудник проникає у кровоплин, створюючи бактеріємію та ендотоксинемію, що проявляється гарячкою з ознобом і загальноінфекційним синдромом, одночасно екзотоксини збудника адгезуються на гастроцитах та ентероцитах з розвитком диспепсичного синдрому. Так, у вигляді масованої бактерійно-токсичної агресії через їжу та реакції її відторгнення у вигляді диспепсичного синдрому, розвивається і перебігає хвороба.

Однією з особливостей ХТІ є її інкубаційний період. Він вимірюється традиційно – від часу вживання підозрюваного харчового продукту до перших ознак захворювання (хворі зазвичай називають останній зі спожитих перед захворюванням харчових продуктів, який не обов'язково пов'язаний з недугою). Практично в усіх випадках інкубація становить 3-12 год. Якщо терміни інкубації виходять за межі 3-12 год, діагноз ХТІ повинен викликати сумніви.

Загальновідомо, що інкубаційний період при гострих кишкових діарейних інфекціях вимірюється не у годинах, а в добах, оскільки при таких інфекційних захворюваннях збудник спочатку адгезує до

ПЕРЕДОВА СТАТТЯ

ліганд-рецепторів на поверхнях клітин-мішеней, потім колонізує вказані поверхні, розмножуючись до кількості хвороботворної біомаси. На вказаний процес приживлення й розмноження збудника в організмі зараженого потрібно декілька діб з індивідуальними коливаннями від 1 до 5 діб.

Інкубація при ХТІ підкреслено короткочасна й підкреслено одноманітна (стандартизована), тому що час, іменованій при ХТІ інкубацією, насправді інкубаційним періодом не є. Інкубація при ХТІ, як було зазначено, реалізується не в організмі хворого, а в харчовому продукті [3].

Факт відсутності інкубаційного періоду при ХТІ як інфекційній хворобі дозволяє з'ясувати істотну деталь патогенезу: при ХТІ захворювання спричиняє збудник, який не приживляється в організмі хворого.

Першими ознаками ХТІ є відчуття ознобу, сильного болю голови, ломоти у м'язах спини, кінцівок, «дискомфорту» в епігастрії та загального нездужання. Вказані ознаки слід називати передвісниками.

Вони тривають 1-2 год. У 1/3 хворих передвісники відсутні. Після стадії передвісників настає початковий період хвороби у вигляді гострого або найгострішого гастроентериту з гарячкою та ознобом. Можливий початок хвороби з ознобу, гарячки, ломоти у м'язах, на які «нашаровується» гострий або найгостріший гастроентерит (якщо передвісники відсутні, ХТІ розпочинається із симптомів початкового періоду хвороби). Блювота і діарея звичайно одночасні, але можлива поява діареї через декілька годин після блювоти і навпаки.

Біль у животі, спочатку тупий епігастральний, потім «зосереджується» переважно в навколупупкової ділянці. Може бути біль і в здухвинних ділянках. Характерним вважається сильний переймоподібний біль, але можливий тупий/несильний постійний біль. Відсутність болю не характерна, проте можлива.

Притаманним є озноб, від дуже сильного («мало зуби не повискакували») до легкої остуди. Тривалість ознобу – 1-2 год, рідко – більше 3 год. Озноб при ХТІ такий ж регулярний, як блювота і пронос, але він не завжди фіксується хворими, тому потребує уточнення при зборі анамнезу.

З розвитком гарячки, ознобу, болю в животі, блювоти і проносу самопочуття хворих різко погіршується – настає період розпалу хвороби. У цей період максимальними є основні (загальноінфекційний і диспепсичний) синдроми хвороби, але їх починають «відтісняти» наслідки хвороби – зне-

воднення і порушення циркуляції крові.

У лейкограмі в період розпалу хвороби – лейкоцитоз, паличкоядерний зсув, сповільнення ШОЕ до 3-4 мм/год. Майже з такою ж постійністю можливий нормоцитоз, приблизно у 10 % хворих буває лейкопенія, головним чином при сальмонельозній етіології ХТІ.

У період розпалу блювота припиняється або стає мізерною з відходженням тільки слизу і жовчі. Хворих турбує спрага, але вони остерігаються пити, щоб не провокувати блювання. Триває гарячка, але вже без ознобу, і водяниста «бризкаюча» діарея. При вставанні можливі запаморочення і непритомність (переважно в жінок), у 16 % хворих (частіше у чоловіків) з'являються болючі судоми м'язів гомілок, стегон, стоп тощо.

Стає характерним зовнішній вигляд хворих: блідість обличчя з легкою синюшністю, сухі губи, загострені риси обличчя, ледь запалі очі з темними кругами навколо них. Різко знижений діурез. Вказані симптоми притаманні для втрати рідини (7±1,5) % (зневоднення II ступеня). Ознаки зневоднення у вигляді втрати пружності м'язів і шкіри, появи стійкої складки шкіри не мають значення в немолодих і старих осіб. Визначення ступеня зневоднення на основі його клінічних проявів може бути тільки приблизним. Але для регідратаційної терапії ХТІ клінічне визначення зневоднення цілком достатнє.

Пульс у період розпалу хвороби в межах 100±20 за 1 хв. Артеріальний тиск знижений у 1/3 хворих, у 65 % пацієнтів нормальний, у 12 % – дещо підвищений.

З припиненням блювоти і початком адекватного лікування настає період поліпшення. До 5-6-го дня хвороби (частіше раніше) ознаки недуги минають, настає період видужання [2].

За тяжкістю ХТІ поділяються на легкі випадки (блювота 1-2 рази, випорожнення до 5 разів за добу, підвищення температури тіла до 38,0 °С протягом декількох годин, тривалість хвороби – 1-2 доби), середньої тяжкості й тяжкі. Останні перебігають з переважанням:

а) інтоксикації (гарячка 39,0 °С і вище з ознобом, блювання переважає над діареєю, пронос близько 5-6 разів/добу, блідість з ціанотичним відтінком, тургор м'язів і шкіри трохи знижений, при зміні положення і вставанні – нудота, непритомність);

б) зневоднення (підвищення температури тіла в межах 38,0 °С, озноб тільки на початку, блювота рясна 5-6 разів/добу, пронос профузний 10 і більше разів/добу, випорожнення рясні, водянисті,

ПЕРЕДОВА СТАТТЯ

спрага сильна, постійна, голос сиплий, слизові оболонки ротової порожнини сухі, шкіра холодна, блідо-синюшна зі зниженим тургором, очі запалі з темними кругами, часті судоми, діурез різко знижений, АТ в межах 90 і 60 мм рт. ст. й нижче). Варіант «а» буває приблизно в 35 % випадків, варіант «б» – близько 30 % тяжкохворих. У решти тяжко хворих чітко розрізнити переважання якогось із варіантів неможливо.

Випадки середньої тяжкості займають проміжне положення між легкими і тяжкими.

За перебігом випадки ХТІ поділяються на ускладнені й неускладнені.

Можливі такі ускладнення.

1. У 0,1-0,4 % хворих розвиваються ускладнення, пов'язані зі збудником, що спричинив зазначену недугу (гострий апендицит, холецистит, панкреатит і первинний гематогенний перитоніт).

2. У 0,1-0,2 % хворих розвиваються ускладнення, пов'язані з порушенням циркуляції у зв'язку зі зневодненням і підвищенням коагуляції крові (гостра ниркова недостатність аж до необхідності гемодіалізу, інфаркт міокарда, тромбоз судин головного мозку або брижових судин тощо).

3. Такий самий відсоток ускладнень з масованою бактерійною агресією і небезпечними порушеннями гомеостазу – показник адаптації людського організму до регулярної гастро-інтестинальної бактерійної агресії, сформований упродовж еволюції у вигляді ХТІ [2, 6-8].

Клінічна симптоматика ХТІ та її клінічна стабільність – кінцевий результат «обкатки» за мільйони років еволюції, тому, незважаючи на етіологічну різноманітність, ХТІ перебігає як одна хвороба.

Симптоматика ХТІ дуже одноманітна. Щоправда яскравість окремих симптомів хвороби може бути різною. Однак це не виходить за межі індивідуальних особливостей перебігу недуги. Отже, наявний чітко виражений клінічний синдром харчової токсикоінфекції. Тому діагноз «Харчова токсикоінфекція неуточненої етіології» є клінічно обґрунтований і логічний.

Діагностика ХТІ здійснюється шляхом клінічного розпізнавання хвороби як синдрому ХТІ з наступним етіологічним уточненням на основі бактеріологічного обстеження (посіви блювотиння, промивних вод шлунка, фекалій, залишків підозрюваного продукту, якщо він зберігся, результативний також посів крові при гарячці з ознобом). Якщо результати бактеріологічного обстеження негативні, остаточний діагноз оформляється як «Харчова токсикоінфекція неуточненої етіології».

Оформлення діагнозу ХТІ може виявитися складнішим, ніж діагностика (розпізнавання).

Як було зазначено раніше, уявлення про ХТІ як «бактерійне отруєння» (БО) залишалось популярним до тих пір, поки L. Emody et al. [5] остаточно не довели у спеціальних дослідках на добровольцях, що ХТІ не може бути БО, оскільки ХТІ і БО є різними хворобами.

Проте вказані відомості, мабуть, не стали надбанням авторів розділу «Захворювання, пов'язані з їжею» Міжнародної статистичної класифікації хвороб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям. – Женева, 1995 (10-й перегляд), МСК-10 [9]. Вказані захворювання у МСК-10 позначені як «Харчові отруєння бактерійні» (A05.0-8), «Бактерійні харчові отруєння неуточнені» (A05.9), «Діарея і гастроентерит ймовірно інфекційного походження» (A09). Назва «Токсикоінфекція аліментарна», тобто «харчова токсикоінфекція», що фігурувала в МСК-9 (Женева, 1969) на с. 308 (статистичний шифр 005.9), в МСК-10 опущено [10]. Відсутні також поняття «Харчові отруєння», «Харчові інтоксикації», «Харчова токсикоінфекція» і розмежування (дефініції) між ними.

Діагностика «захворювань, пов'язаних з їжею», на основі представленого в МСК-10 «набору» найменувань неможлива, тому що:

1) неясно, як відрізнити «Харчові отруєння бактерійні» від «Діарейних інфекцій», спричинених тими ж збудниками;

2) не вказано, як має бути обґрунтований діагноз «Бактерійні харчові отруєння неуточнені» (якщо вони не уточнені, то хто знає, що вони бактерійні?);

3) діагноз «Діарея і гастроентерит ймовірно інфекційного походження» підійде до будь-якого (необов'язково інфекційного) діарейного захворювання, оскільки йдеться про припущення;

4) громіздкість і незрозумілість представлених у МСК-10 найменувань перешкоджає діагностиці всіх захворювань, пов'язаних з їжею, у зв'язку з чим цілком незрозуміла причина (мотив, ідея) їх складання.

Оскільки для професійної діагностики представлений у МСК-10 «набір» найменувань «захворювань, пов'язаних з їжею», як видно, не придатний, необхідне його доповнення науковою класифікацією тих же захворювань.

Клінічна класифікація захворювань, пов'язаних з їжею

Харчова токсикоінфекція (ХТІ) – гастроінтестинальна форма гострих кишкових інфекцій, спричинена хвороботворною біомасою проковтнутих бактерійних збудників, що перебігає як го-

ПЕРЕДОВА СТАТТЯ

стрий гастроентерит/гастроентероколіт з короткочасною гарячкою, ознобом, зневодненням і циркуляторними розладами.

Клінічна симптоматика і лікування ХТІ одноманітні й однотипні та не залежать від збудників, що спричинили захворювання.

Харчові інтоксикації (ХІ) – група захворювань, що спричинені бактерійними або грибовими екзотоксинами. Збудниками ХІ є екзотоксичні бактерії або гриби – продуценти специфічних екзотоксинів. Розмножуючись у харчовому продукті, вказані бактерії виробляють екзотоксини, що спричиняють ХІ, наприклад, ботулізм, афлотоксикоз та ін. Симптоматика і лікування ХІ різні у зв'язку з різницею між їх токсинами.

Харчові отруєння (ХО) – група неінфекційних захворювань, спричинених отруйними речовинами, що містяться в отруйних або умовно отруйних продуктах (отруйні гриби, сира квасоля та ін.) або потрапили в харчовий продукт у вигляді недозволених і ненормованих добавок. Симптоматика і лікування ХО різні у зв'язку з відмінністю проковтнутих токсинів [2].

Діагностика обговорюваних захворювань стає легкою і логічною, якщо використовувати наведену класифікацію.

Перелік діагностичних найменувань «хвороб, пов'язаних з їжею», представлений у МСК-10, слід розглядати як можливий посібник зі статистичного обліку, але не діагностики. МСК-10 з її обмеженим переліком облікових назв «захворювань, пов'язаних з їжею» не може забезпечити оптимальної діагностики всіх захворювань харчового походження. Тому немає офіційної заборони на науково обґрунтовану діагностику захворювань, що не входять до переліку МСК-10. Назви захворювань з представленої «Клінічної класифікації» можуть використовуватися без офіційних обмежень.

Проте можливі обмеження неофіційні у зв'язку з тим, що діагноз «Харчова токсикоінфекція» вказує на їжу як на об'єкт з негарантованою епідприналежністю.

Звідси прагнення окремих профілактичних відомств «знизити» захворюваність ХТІ бюрократичними засобами, хоча соціальні й природні закономірності, що формують епідпроцес при ХТІ, не можна ані відмінити, ані заховати.

Навпаки, адекватне сприйняття активної діагностики ХТІ загострює увагу профілактичних відомств й посилює професійний пресинг на об'єкти виробництва та продажу харчових продуктів, унаслідок чого якість їх продукції підвищується, а захворюваність на ХТІ, ХІ і ХО знижується.

Лікування ХТІ зумовлено її патогенезом.

Оскільки збудники ХТІ в організмі хворих не приживляються, тому антибіотики при ХТІ не ефективні і нині не застосовуються [11, 12].

Основою виживання при ХТІ є, як було показано, реакція відторгнення хвороботворної біомаси збудників у вигляді гастроінтестинального (диспепсичного) синдрому, тому ефективно лікування ХТІ повинно відтворювати природний комплекс відторгнення, отже, промивання шлунка – найбільш адекватна процедура лікування хворих на ХТІ. Оскільки при ХТІ причина хвороби перебуває в шлунку, його промивання – первинна і найефективніша з усіх відомих терапевтичних процедур. Звільнення шлунка в перші 12 год після вживання підозрюваного продукту приводить до абортивного перебігу хвороби.

Для промивання використовується підігріта водопровідна або кип'ячена вода з температурою близько 37 °С. Додавати до промивної води питну соду або «марганцівку» не слід. Чим тяжчий стан хворого, тим більше показань для екстреного промивання шлунка. За наявності ознак циркуляторного колапсу, промивання шлунка розпочинають негайно. Для промивання потрібно близько 5 л води. Після адекватного промивання нудота і блювота припиняються й відразу приходить чітке поліпшення самопочуття.

Промивання можливе шляхом викликання штучної блювоти після випивання 1-1,5 л води («ресторанний» спосіб). Вказаний спосіб підходить у домашніх умовах при нетяжкому ступені хвороби. Хворі на ХТІ, яким була потрібна госпіталізація, потребують промивання шлунка за допомогою медичного зонда. Промивання вважається закінченим, якщо промивна вода, що виливається назад, залишається прозорою.

Другою за значущістю лікувальною дією при ХТІ є ліквідація зневоднення, якщо воно розвинулося.

При зневодненні I або II ступеня достатньо пероральної регідратації шляхом випивання солевих розчинів – ораліту (орасол, перораль, глюколан) і регідрону. Об'єм випивання біля 30 мл/кг протягом 2 год – при I ступені і біля 60-70 мл/кг протягом 4 год – при II ступені зневоднення. Пероральна регідратація розпочинається з випивання по півсклянки регідратаційної рідини кожні 2-3 хв під самоконтролем. При появі відчуття важкості в епігастрії або нудоти, інтервал між прийомом рідини подвоюється, щоб не спровокувати блювоту. У міру адаптації до розчину інтервал вживання рідини знову скорочують до

ПЕРЕДОВА СТАТТЯ

2 хв. При зневодненні I ступеня можна використувати мінеральні води і фруктові соки в об'ємі 30 мл/кг.

Після виведення зі зневоднення споживання рідини визначається об'ємом втрат, що тривають (помірний пронос – 20 мл/кг/добу, сильний – 30 мл/кг/добу), і перспірацією. Показником достатності пероральної регідратації є припинення спраги й задовільне самопочуття, незважаючи на пронос, що триває.

При зневодненні III ступеня (що для ХТІ є рідкісним винятком) регідратація здійснюється у стаціонарі кристалοїдними розчинами – трисіль, квартасіль та ін. за методикою ліквідації зневоднення при холері.

Третьою за значущістю лікувальною процедурою при ХТІ є компенсація гомеостатичних відхилень. Сюди відносяться гостра ниркова недостатність і гіперкоагуляція крові з можливими тромбозами коронарних, мозкових, брижових та інших судин.

Перераховані ускладнення не є регулярними при ХТІ і вимагають терапевтичного втручання тільки в індивідуальних ситуаціях. Проте серйозність вказаних ускладнень примушує не випускати їх з уваги.

Протидіарейні засоби (реасек, смектил, ентеродез, лоперамід, індометацин та ін.) випробувані при ХТІ в повному об'ємі, але терапевтичний ефект їх не доведений.

Вживання антибіотиків при ХТІ можливе, якщо:

а) при шигельозній етіології гастроентероколіт переходить в дистальний коліт;

б) при сальмонельозній або шигельозній етіології виділення збудника триває після припинення діареї.

Адекватність лікувального комплексу патогенезу хвороби забезпечує не тільки його високу терапевтичну ефективність, але й можливість повної ліквідації летальності при ХТІ в процесі лікування [2].

Суттєвим фактором профілактики харчової токсикоінфекції є її активна діагностика. Епідеміологічна значущість активного розпізнавання хвороби полягає в тому, що таким шляхом підвищується рівень звітної захворюваності ХТІ в офіційних відомостях. Оскільки така захворюваність є показником санітарно-епідемічного неблагополуччя об'єктів харчового постачання і самих харчових продуктів, то профілактичні відомства різко посилюють професійний пресинг на вказані об'єкти і досягають зниження захворюваності. Таким чи-

ном, активна діагностика ХТІ сприяє посиленню цілеспрямованих заходів її профілактики.

Але, оскільки рівень захворюваності ХТІ може розглядатися як небажаний відомчий показник, то використовуються різні, у тому числі й нераціональні, способи зниження зазначеної захворюваності.

Висновки

1. ХТІ є окремим нозологічно самостійним захворюванням з унікальним патогенезом, тому вона не може бути ні харчовим отруєнням, ні кишковою інфекцією, ні будь-яким іншим захворюванням, крім харчової токсикоінфекції.

2. Досі відомості про патогенез ХТІ не стали загальним надбанням. Фахівці зі статистики при складанні МСК-10, зайнявшись «захворюваннями, пов'язаними з їжею», мабуть, орієнтувалися на звичні для них, але застарілі уявлення, згідно з якими вказані захворювання все ще розглядаються як «бактерійні отруєння». Звідси вийшли набори найменувань, представлені в МСК-10, не придатні для діагностики. Отже, статистична класифікація повинна бути доповнена класифікацією клінічною, щоб діагностика «захворювань, пов'язаних з їжею» відповідала сучасним науковим уявленням.

3. Підміна науково обґрунтованої діагностики ХТІ штучно організованою діагностикою, наприклад гострого гастроентериту, не може сприяти зниженню захворюваності. Не відповідаюча дійсності мінімалізація може сприяти зниженню статистично-звітної, але не істинної захворюваності ХТІ. Натомість стійке підвищення такої захворюваності привертає пильну увагу профілактичних відомств. Спричинений ними цілеспрямований вплив на харчові об'єкти приводить до оздоровлення їх продукції, через що закономірно знижується захворюваність як на саму ХТІ, так і на суміжні з нею недуги. Це є наглядним доказом тісної залежності епідеміології усіх діарейних інфекцій від санітарно-гігієнічного стану харчових продуктів.

Література

1. Ветлугина К.Ф., Сиротская Ф.Л., Николаева Л.И. О гастроинтестинальной форме брюшного тифа // Клин. медицина. – 1969. – № 5. – С. 91-93.

2. Ребенок Ж.А. Пищевая токсикоинфекция. – Минск: Беларуская навука, 2004. – 271 с.

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

3. Громашевский Л.В., Вайндрах Г.М. Частная эпидемиология. – М.: Медгиз, 1947. – 192 с.
4. Будагян Ф.Е. Пищевые токсикозы, токсикоинфекции и их профилактика. – М.: Медгиз, 1972. – 5215 с.
5. Emody L., Ralovich P., Barna K. et al. Физиологическое действие введения эндотоксина людям через рот // Журн. гигиены. – 1974. – Т. 18, № 4. – С. 455-460.
6. Осповат Б.Л., Копылков А.И. Острые хирургические заболевания брюшной полости под маской пищевой токсикоинфекции. – М.: Медицина, 1971. – 195 с.
7. Соринсон С.Н. Кишечные инфекции. – Горький, 1979. – 157 с.
8. Тихоновец Л.П. О диагностических ошибках при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости и пищевых токсикоинфекциях: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Минск, 1975. – 25 с.
9. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. 10 пересмотр. – Женева, 1995. – Т. 1, Ч. 1. – С. 104-108.
10. Статистическая классификация болезней, травм и причин смерти. 9 пересмотр. – М., 1969. – 320 с.
11. Ребенко Ж.А. Опыт лечения пищевых токсикоинфекций без применения антибиотиков и других антимикробных средств // Врачеб. дело. – 1972. – № 10. – С. 163-165.

12. Туманов Ф.А. Антибактериальная терапия больных дизентерией, сальмонеллёзом, эшерихиозом и пищевыми токсикоинфекциями неустановленной этиологии: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 1985. – 26 с.

ALIMENTARY TOXIC INFECTION – RISKING INFECTION?

Zh.O. Rebenok

SUMMARY. Contemporary original notions about etiology, pathogenesis, clinical manifestations of alimentary toxic infection (ATI), treatment of patients, preventive measures have been adduced. ATI is considered as specific nosologically, independent disease with unique pathogenesis and because of that it can't be neither alimentary poisoning nor intestinal infection or any other disease, besides ATI. On the example of ATI the uselessness for clinics of International statistical classification of diseases of the 10th reconsideration has been shown. It is offered to supplement the mentioned statistical classification with clinical classification to diagnose «the diseases related to food» with the purpose to correspond the modern scientific notions.

© Колектив авторів, 2005
УДК 57.083.33:616.921.8/.931-057

**Ю.Л. Волянський, С.В. Калініченко, О.А. Тарасов, Л.М. Руденко, В.В. Логвин,
Л.М. Ткач, О.Г. Перетятко**

СТАНІМУНІТЕТУРІЗНИХ КОНТИНГЕНТІВ НАСЕЛЕННЯ ДО КЕРОВАНИХ ІНФЕКЦІЙ

Інститут мікробіології та імунології ім. І.І. Мечникова АМН України,
СЕС Орджонікідзевського району, м. Харків

Рівень охоплення населення профілактичними щепленнями служить посереднім показником захищеності населення від керованих інфекцій. Об'єктивно оцінити стан протиінфекційного імунітету в популяції можна тільки за результатами серологічних досліджень. На прикладі промислового району м. Харкова вибірково досліджено в різних контингентів населення рівні напруженості імунітету до інфекційних захворювань, керованих засобами імунопрофілактики.

Отримані дані показують, що імунологічні дослідження дозволяють в динаміці оцінювати надій-

ність протиінфекційного захисту в популяції та оперативно підвищувати ефективність профілактичних і протиепідемічних заходів.

Інфекційні хвороби займають одне з провідних місць у патології людини, що зумовлено їх широким розповсюдженням, поліорганністю уражень і наслідками, до яких вони призводять.

Незважаючи на зниження захворюваності на дифтерію, правець, кір і кашлюк, завдяки масовій імунізації населення, боротьба з ними і сьогодні вельми актуальна для України. Активна специфіч-