

## КОРОТКИ ПОВІДОМЛЕННЯ

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 відмічалися зміни з боку верхніх дихальних шляхів у вигляді кашлю, гіперемії слизової

оболонки носоглотки, 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 захворюєлих, частішому за наявністю й кратністю блюванні при порівнянні 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 залишається 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: грампозитивних і грамнегативних мікробів, у тому числі і вібріонів холери. Він не всмоктується в травному каналі, тому створює високу концентрацію у кишечнику.

## КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

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 екзоцелюлярні 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 днів.

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 призводять 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-