

*Досягнення  
і проблеми  
клінічної  
інфектології*

Матеріали  
науково-  
практичної  
конференції  
і пленуму  
Асоціації  
інфекціоністів  
України

*21-22 травня  
2008 року,  
м. Тернопіль*

На підставі результатів комплексного обстеження хворої: клінічні прояви, епідеміологічний анамнез, серологічні дослідження сироваток крові – встановлено заключний діагноз: холера, спричинена *V. cholerae O139* (епідеміологічно, клінічно, серологічно – титр аглютининів до *V. cholerae O139* 1:40 (+++) від 06.04 і 1:160 (+++) від 23.04.07), середньої тяжкості, зневоднення II ст.

Комплекс медичних, профілактичних і протиепідемічних заходів проведено своєчасно і в повному обсязі, завдяки чому осередок холери своєчасно локалізовано і ліквідовано.

Таким чином, нами вперше в Україні встановлено діагноз холери, спричиненої *V. cholerae O139*. Це ще раз підтверджує існування реальної загрози завезення холери та інших особливо небезпечних інфекцій на територію України, що потребує постійної готовності до цього закладів охорони здоров'я та установ санітарно-епідеміологічної служби.

*А.В. Шкурба*

## **СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ВИЗНАЧЕННЯ, ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ХАРЧОВИХ ТОКСИКОІНФЕКЦІЙ**

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,  
м. Київ

Зазвичай харчові токсикоінфекції (ХТІ) визначають як групу гострих захворювань, що виникають внаслідок вживання в їжу продукту, забрудненого різними мікроорганізмами (у тому числі дуже часто умовно-патогенними), в якому накопичилися їх токсини. Ці недуги характеризуються коротким інкубаційним періодом, переважним ураженням верхніх відділів травного тракту, синдромом загальної інтоксикації, водно-електролітними порушеннями і короткочасним перебігом. Але більшість патологічних процесів, які мають поліетіологічне походження, у медицині визначають як синдроми, наприклад, синдром подразненого кишечника.

За своєю суттю щодо цього процесу, який зазвичай називають ХТІ, треба говорити про початковий синдромокомплекс, що притаманний перебігу уражень шлунково-кишкового тракту різними збудниками, токсини яких мають однотипні місця прикладання в організмі людини, через що й виникають дуже подібні між собою первинні клінічні прояви.

На жаль, немає чітких патогномонічних ознак такого ураження, що зумовлює певні труднощі в клінічній діагностиці. Лікар більш-менш впевнений у наявності ХТІ тільки в разі масового ураження людей, але при одному випадку виникають іноді значні діагностичні проблеми через подібність симптомів ХТІ з клінічними ознаками великої кількості соматичних хвороб. Недооцінка або переоцінка симптомів призводить до постановки хибного діагнозу ХТІ при таких хворобах, як гострий панкреатит, холецистит, апендицит, перфоративна виразкова хвороба, гостре порушення мозкового кровообігу, гіпертонічна хвороба, гострий інфаркт міокарда та ін.

Діагностична помилка призводить й до хибного лікування, коли хворому починають проводити механічне промивання шлунково-кишкового тракту. У деяких випадках таке інвазивне втручання не спричинює особливого погіршення стану хворого, але часто подібне неправильне лікування тільки значно обтяжує перебіг недуги і призводить до виникнення тяжких, іноді смертельних ускладнень (перитоніту при перфоративному апендициті, виразковій хворобі, панкреонекрозу при ураженні підшлункової залози та ін.). Через цю непевність діагностики ХТІ на догоспітальному етапі пропонується застосовувати такі медичні заходи, що можуть вирішити проблему ентеросорбції не гірше за промивання, і, разом з тим, не спричинять суттєвого погіршення стану хворого в разі іншого процесу. Та й навіть і при ХТІ не рекомендується застосовувати механічну інвазивну ентеродетоксикацію в разі перебігання її на тлі тяжких супровідних хвороб.

На догоспітальному етапі пропонується агресивна терапія ентеросорбентами за принципом "незважаючи на блювання". Ентеросорбенти дають у достатній кількості для повного зв'язування токсинів. Блювання на початковому етапі застосування

ентеросорбентів може призводити до їх передчасного виведення з шлунку та недостатньої детоксикації. Тому їх призначають декілька разів до повного припинення нудоти й блювання. Якщо блювання дуже часте, його зупиняють введенням протиблювальних і спазмолітичних засобів, продовжуючи давати внутрішньо ентеросорбенти. Іноді, при значному блювальному рефлексі, треба вводити протиблювальні засоби ще до початку ентеросорбції.

Зазвичай останнім часом для кишкової ентеросорбції не рекомендують застосовувати вуглецеві сорбенти, перевагу віддають гелевим сорбентам на основі поліметилсилоксану. Вони практично не дають зворотної віддачі в разі затримки з їх виведенням з шлунково-кишкового тракту, не спричинюють пошкодження ворсинок кишечника, не забарвлюють випорожнення, що притаманне вуглецевим сорбентам. Лише при упевненості у правильності діагнозу ХТІ, за відсутності покращення стану, в умовах стаціонару можлива механічна детоксикація шляхом промивання.

Усі інші напрями в лікуванні ХТІ мають проводитися у повному обсязі – регідратація, боротьба з інтоксикацією.

*Н.В. Янко, М.Д. Яцина, О.Я. Гнатюк, В.Й. Гаврищук,  
А.І. Лесик*

## **СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ЛЕПТОСПИРОЗУ**

Обласна санітарно-епідеміологічна станція, м. Луцьк

Епідемічна ситуація з лептоспірозу у Волинській області продовжує залишатись напруженою, а різноманітність клінічних проявів ускладнює його своєчасну діагностику, що призводить до пізньої госпіталізації та лікування хворих, погіршення прогнозу. У діагностиці використовується комплекс методів, основою яких є вчасне виявлення небезпечної хвороби.

Клінічний метод базується на характерних проявах хвороби – гострий початок, гарячка і виражені міалгії, особливо в литкових м'язах – як при рухах, так і в спокої. Завжди спостерігаються ураження печінки: її збільшення, ущільнення, болючість, порушення