

другорядний характер. За необхідності повторна реєстрація ЕКГ через 1-2 години дозволяє повністю виключити підозру на інфаркт міокарда.

Необхідно завжди пам'ятати, що для людей похилого віку з картиною гострої харчової токсикоінфекції реєстрація ЕКГ є одним із першочергових завдань диференціальної діагностики. В усіх сумнівних випадках, за винятком гострої хірургічної патології, гіпердіагностика інфаркту міокарда - найменше зло.

О.М. Гордієнко

ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОЇ ДІАГНОСТИКИ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Міська клінічна лікарня № 4,
бактеріологічна лабораторія, м.Суми

Правильне поставлення діагнозу і початок ефективної терапії будь-якого інфекційного захворювання значною мірою залежить від тісної взаємодії клініцистів і лабораторної служби. На шляху такої взаємодії виникають проблеми, пов'язані в першу чергу з різним практичним досвідом і рівнем знань лікарів. Головне питання, яке постає перед лікарями-клініцистами при отриманні відповіді з мікробіологічної лабораторії, - є даний мікроорганізм етіологічним агентом чи має місце випадок банальної мікробної колонізації. Однією з необхідних вимог ефективності мікробіологічного аналізу є кількісне вивчення мікроорганізмів у досліджуваному матеріалі. При цьому виявляється критична кількість мікробів, що викликають інфекційний процес, і це є діагностично значущим.

Кількісний метод посіву клінічного матеріалу, який містить асоціації мікроорганізмів, дозволяє, крім того, виявити наявного збудника захворювання серед контамінованих і коменсалів, які часто мають більш високу швидкість розмноження. Це необхідно при обстеженні субстратів, які завжди містять асоціації бактерій (випорожнення, харкотиння, змиви з носоглотки тощо).

Для діагностики кишкових інфекцій матеріалом для дослідження є випорожнення або блювотиння. Дуже важливим моментом є:

- забір матеріалу до початку лікування антибактеріальними препаратами;
- доставка відібраного матеріалу в лабораторію протягом 2 годин від початку забору;
- правильність заповнення супровідної документації.

Часто забір у стаціонарах доручається батькам дітей чи хворим без належного пояснення правил забору матеріалу: кал може бути зібраним у нестерильний посуд, посуд після дезінфекції.

Доставку в лабораторію відібраних проб лікувально-профілактичний заклад проводить головним чином 1 раз на добу, через що в ряді випадків не витримується інтервал від моменту забору до моменту доставки в лабораторію. Іноді цей інтервал триває більше доби. Збільшення інтервалу від моменту забору до його посіву несприятливо впливає на результат дослідження і може призвести до помилкового висновку лікаря-клініциста.

Так, якщо кал зберігається не в холодильнику, то дуже швидко проходить розмноження коменсалів, які заповнюють кишечник, зокрема протеїв, котрі пригнічують ріст інших мікроорганізмів, як патогенних, так і умовно-патогенних наявних збудників хвороби.

При тривалому та неправильному зберіганні калу патогенні мікроорганізми можуть загинути і результати досліджень будуть негативними за наявності клініки інфекційного захворювання у хворого.

Клініцист чітко повинен знати показання до обстеження на той чи інший вид досліджень.

Є випадки, коли в направленні пишуть діагноз "ГРВІ, вторинний ентерит", а кал направляють для дослідження на збудників харчових токсикоінфекцій. Частіше за все виявлення "вторинного ентериту" свідчить про ентеровірусну інфекцію або

є наслідком лікування антибіотиками. Правильним у цьому випадку було б у першу чергу виключити патогенні ентеробактерії (шигели і сальмонели) і визначити умовно-патогенні мікроорганізми, котрі можуть викликати кишкове послаблення, а не визначати збудника харчових токсикоінфекцій, де клініка зовсім інша, ніж при вторинному ентериті, а витрати на обстеження не виправдані.

Іншим прикладом неправильного направлення на мікробіологічне обстеження можуть бути контрольні аналізи в процесі лікування. Діагноз “харчова токсикоінфекція” – але при проведенні обстеження на наявність збудників у ході дослідження виділяється сальмонела. В таких випадках контрольний аналіз правильно було б направити на виявлення тільки сальмонели (тобто 1 вид досліджень), а лікар знову направляє кал для дослідження збудника харчових токсикоінфекцій (8 досліджень). Тобто витрати на дослідження у 8 разів перевищують необхідне.

Недостатнє володіння практичними знаннями в області клінічної мікробіології - досить поширене явище серед вітчизняних лікарів різного профілю.

У багатьох ситуаціях клінічні мікробіологи своїми порадами намагаються допомогти клініцистам в інтерпретації отриманих результатів. Але їх особиста недостатня клінічна практика нерідко перешкоджає цьому.

У кожному випадку рішення приймає лікар-клініцист і тільки він несе відповідальність за вибір лікувальної тактики.

О.П.Панченко

ЕНДОСКОПІЧНА КАРТИНА СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ТОВСТОГО КИШЕЧНИКА ПРИ ДИЗЕНТЕРІЇ

Обласна клінічна інфекційна лікарня, м. Суми

Одним із основних проявів дизентерії є ураження слизової оболонки товстого кишечника. Ці прояви залежать від тривалості захворювання. На початку захворювання слизова