**З ПИТАНЬ ДОЦІЛЬНОСТІ АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ САЛЬМОНЕЛЬОЗУ У ДІТЕЙ РАННЬОГО ВІКУ**

Татаркіна А.М., Копійченко Т.С., Вовк Т.Г., Білоконова Л.А., Онопко Н.В., ГлєбоваЛ.М.,Зіміна М.С.

Харківський національний медичний університет,

Обласна дитяча інфекційна клінічна лікарня. м. Харків

Запалення слизових оболонок шлунково-кишкового тракту, висока лихоманка, розвиток інфекційного токсикозу порушують мікробіоценоз кишечника, а безконтрольне застосування антибіотиків, з одного боку, ще більш порушує біоценоз, з іншого - сприяє селекції антибіотикорезистентної флори, що негативно впливає на перебіг хвороби. Тактику лікування сальмонельозу визначають не тільки клінічними проявами хвороби, але й індивідуальними особливостями конкретного випадку (вік дитини, наявність супутньої патології, преморбідна обтяженість, тощо).  
 З метою вивчення ефективності антибіотикотерапії сальмонельозів проведений ретроспективний аналіз 183 історій хвороб дітей раннього віку, хворих на різні форми сальмонельозної інфекції. Хлопчиків - 51,8%, дівчаток - 48,2%. Діагноз сальмонельозу встановлений за сукупністю клініко -анамнестичних даних, підтверджений бактеріологічно та серологічно. Переважали гастроінтестінальні форми – 87 %, генералізовані і носійство – 4 % і 9 % відповідно. Гастроентероколіт діагностовано у 43,7 % хворих, гастроентерит – у 27,2 %, ентероколіт– у 21,4 %, гастритичні форми, по типу харчової токсикоінфекції – у 7,7 % хворих. Реєструвалися переважно середньо тяжкі форми сальмонельозу -67,8 %, тяжкі та легкі - у 21,5 % та 11,7 % хворих відповідно.

Умовно виділені дві групи спостережень: В першу об'єднали дітей яким у стартову комплексну терапію були призначені антибіотики, в другу - дітей, яким антибіотики до схеми терапевтичних втручань не включалися. Усім хворим на тяжкі форми та з вираженими явищами коліту стартова терапія включала антибіотики, доцільність яких переглядалася після оцінки результатів бактеріологічного дослідження.

Тривалість кишкового токсикозу і лихоманки у хворих першої групи були 6,8 ±2,2 і 5,1 ±1,8, у хворих другої групи - 5,9 ± 2,1 і 4,7 ± 2 дня відповідно. Місцеві прояви в кишечнику у хворих першої групи зберігалися 12,4 ±1,8, у хворих другої групи - 7,2 ± 1,5 дня. Санація організму від збудника наступала значно швидше (Р <0,01) у хворих другої групи Загострення, рецидиви, ускладнення, особливо розвиток дисбіозів, псевдомембранозних колітів реєструвалися достовірно частіше у хворих першої групи (Р <0,01), що сприяло більш тривалому (Р <0,05), перебуванню їх у стаціонарі.  
 Таким чином, призначення антибіотиків, тривалість їх прийому знаходяться в прямому зв'язку з тривалістю дисфункції кишечника, та бактеріовиділення сальмонел, частотою загострень і ускладнень.

Терапія таких хворих, перш за все, повинна бути спрямована на нейтралізацію і елімінацію токсичних субстанцій, на підвищення опірності організму,  
нормалізацію і корекцію біорегуляторних механізмів