

УДК 616.34:615.246:616-032:616-036.1

АКТУАЛЬНІСТЬ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОСТРАЖДАЛИМ ВІД ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ

Трутаєва Л.М., Сагайдак-Нікітюк Р.В., Трутаєв С.І.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна,

sagaidak_rita@ukr.net

Резюме.

Одним з найважливіших напрямків удосконалення системи охорони здоров'я України є забезпечення загальної доступності, якості та безпеки фармацевтичної допомоги, яка надається населенню. Мета – дослідження стану фармацевтичної допомоги при гострих кишкових інфекціях. Методи – аналізу та синтезу, узагальнення та контент-аналіз. Матеріали – статистичні матеріали та роботи науковців. Проаналізовано літературні джерела щодо сучасного стану захворюваності гострими кишковими інфекціями в Україні, наведено основних збудників та підходи у лікуванні хворих для нормалізації їх стану із застосуванням основних груп лікарських засобів для терапії цієї патології. Виявлено необхідність застосування пробіотиків у складі моно- та комплексної фармакотерапії гострих кишкових інфекцій.

Ключові слова: гострі кишкові інфекції, лікарський засіб, захворюваність, умовно-патогенні мікроорганізми, пробіотики, фармацевтична допомога.

Вступ. Одним з найважливіших напрямків удосконалення системи охорони здоров'я України є забезпечення загальної доступності, якості та безпеки фармацевтичної допомоги населенню. Згідно з визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, під фармацевтичною допомогою розуміється система забезпечення медикаментозного лікування, що дозволяє досягти результатів, які поліпшують якість життя пацієнта та при яких фармацевтичний працівник нарівні з лікарем бере на себе відповідальність за здоров'я пацієнта.

Мета дослідження. Дослідити стан фармацевтичної допомоги населенню при гострих кишкових інфекціях.

Матеріали та методи досліджень. В дослідженні застосовувалися методи аналізу та синтезу, узагальнення та контент-аналіз. Матеріалами, які використовувалися в процесі дослідження, є статистичні матеріали та роботи науковців.

Результати дослідження та їх обговорення. З розвитком науково-технічного прогресу та постійною появою нових хвороб, широким розповсюдженням та розвитком нових ускладнень відомих захворювань зростають і потреби пацієнтів стосовно якості фармацевтичної допомоги, що, в свою чергу, призводить до розробки

нових лікарських препаратів, впровадження альтернативних схем лікування. Все це визначає інтерес до вирішення проблем фармацевтичної допомоги пацієнтів з використанням комплексної оцінки ефективності процесу лікування. У цьому напрямку все активніше використовуються фармакоекономічні, соціологічні та маркетингові методи аналізу, які дозволяють оптимізувати асортимент лікарських засобів, протоколи лікування з урахуванням терапевтичної ефективності та економічної доцільності, систему комунікацій «пацієнт – лікар – фармацевтичний працівник» у межах їх професійних компетенцій.

Максимальна кількість кишкових інфекцій зазвичай припадає на спекотну пору року. Підвищення температури атмосферного повітря сприяє поширенню збудників, які викликають ці інфекції. До організму вони потрапляють, зазвичай, з інфікованою водою, зіпсованими та неякісними харчовими продуктами або контактнo-побутовим шляхом через брудні руки. Тобто основною причиною виникнення гострих кишкових інфекцій (ГКІ) є елементарне недотримання правил особистої гігієни, технології приготування страв, умов та термінів зберігання сировини та готових страв, вживання

неякісних харчових продуктів, які містять у собі збудник захворювання [1].

ГКІ у загальній структурі інфекційної захворюваності займають друге місце після гострих респіраторних вірусних інфекцій. За термінологією, яку подала Всесвітня організація охорони здоров'я, ГКІ – це діарейні захворювання, що об'єднують понад 30 нозологій бактеріальної, вірусної або протозойної етіології, основним симптомом яких є гостра діарея. Вони можуть не тільки призвести до розвитку у частини хворих тяжкого стану, але й створюють безпосередню загрозу життю пацієнта. Щорічно в світі від ГКІ помирає 5 – 10 млн. людей [2].

У 2017 році захворюваність в Україні на ГКІ збільшилась майже в 2 рази та посіла третє рангове місце після грипу та гострих респіраторних вірусних інфекцій та вітряної віспи [2]. За статистичними даними Міністерства охорони здоров'я України визначено, що за останні 3 роки захворюваність на ГКІ зросла на 30%. У 2017 році зростання відмічене майже в 2 рази (за 5 місяців 2017 року зареєстровано 4800 випадків проти 2800 за аналогічний період 2016 року), 72% серед хворих – діти до 18 років. Так, лише в першому півріччі поточного року в наслідок епідеміологічних ускладнень постраждало порівняно з минулим роком вдвічі більше людей, в т.ч. за даними ДУ «Дніпропетровський обласний лабораторний центр МОЗ України» за 6 місяців поточного року в області зареєстровано 48 епідемічних ускладнень, загальна кількість постраждалих склала 190 осіб, з них 164 дитини [3]. Відмічається тенденція, що більшість епідускладнень пов'язана з дитячими дошкільними та навчальними закладами: І півріччя 2017 року – 16 групових захворювань з 24-х, за аналогічний період 2016 року – 9 з 21-го. На підставі дослідження особливостей захворювань лікарями визначені основні причини виникнення групових захворювань у дошкільних закладах освіти: порушення правил ранкового прийому дітей, у зв'язку з чим заклади відвідують хворі діти;

перевантаження закладів; порушення дезінфікування закладів, недотримання дезінфекційного режиму, порушення правил приготування розчинів для дезінфікування посуду, обробки іграшок, недостатній запас дезінфікуючих засобів; порушення правил проведення повторної термічної обробки готових страв, правил зберігання харчових продуктів; відсутність документів на харчові продукти, що підтверджують безпеку їх походження та якість; недотримання працівниками харчоблоку правил особистої гігієни та інше [3].

ГКІ відрізняються цілою низкою симптомів, які негативно впливають на організм постраждалого, а саме:

1) інкубаційний період (з моменту потрапляння збудника до появи перших ознак хвороби), який триває від 6 годин до 2-х діб, у деяких випадках може тривати довше. Для будь-якої кишкової інфекції характерним є розвиток одних і тих самих основних симптомів у різному ступені виразності з підвищенням температури тіла від 37° і вище. Але при деяких інфекціях температура не підвищується (наприклад, холера), найбільш характерна відсутність підвищення температури або її невеликий короточасний підйом для харчового отруєння. Підвищення температури може супроводжуватися симптомами інтоксикації (слабкість, запаморочення, ломота в тілі, нудота, іноді блювота). Часто інфекційно-токсичний синдром є початком ГКІ та триває до появи іншого синдрому від декількох годин до доби, рідше довше;

2) синдром гастриту (поява болів в області шлунку (епігастрії), постійної нудоти, блювоти після прийому їжі та пиття води, яку може викликати навіть ковток рідини, може бути багаторазовою та приносить нетривале полегшення;

3) синдром ентериту (поява тільки порушень стільця у вигляді частого рідкого стільця, частота якого залежить від виду збудника, який потрапив до організму конкретного хворого та ступеня його інфікування);

4) синдром коліту (болі в нижніх відділах живота, переважно зліва, акти

дефекації болючі, вміст з домішками слизу і крові, помилкові позиви на стілець, відсутність полегшення після дефекації [4].

У дітей ГКІ проявляються у важкому перебігу інфекції, швидкому розвитку симптомів зневоднення та знесолення організму, більш значний порівняно з дорослою людиною. Усі перераховані симптоми можуть привести до високої летальності, при цьому ГКІ характерна здатність навіть умовно-патогенним мікроорганізмам викликати важкий процес у кишківнику дитини [4, 5].

Лікарями доведено, що частка бактеріальних інфекцій в етіології ГКІ збільшується з віком дитини з 10% у дітей грудного віку до 60% у дітей 5–14 років та поділили їх на дві групи: патогенні (*Salmonella* spp., *Shigella* spp., *Escherichia coli*, *Clostridium botulinum*, *Yersinia enterocolitica*, *Yersinia pseudotuberculosis*, *Vibrio cholerae*, *Campylobacter* spp., *Staphylococcus* spp.) та умовно-патогенні (*Proteus* spp., *Klebsiella* spp., *Pseudomonas* spp., *Providencia* spp., *Clostridium perfringens*, *Clostridium difficile*, *Citrobacter* spp., *Enterobacter* spp., *Morganella morganii*, *Serratia* spp., *Hafnia alvei*, *Edwardsiella tarda*, *Vibrio* spp. (холерні та ті, що не відносяться до груп O1 і O139, нехолерні)) [5].

На підставі досліджень статистичних даних визначено, що прикладом найбільш розповсюджених ГКІ може бути: сальмонельоз, лямбліоз, шигельоз, ботулізм та амебна дизентерія.

Сальмонельоз – кишкова інфекція, що передається, в основному, з їжею, та викликається різними мікробами роду сальмонел. Ці бактерії тривало зберігаються в зовнішньому середовищі: у воді до 5 місяців, у м'ясі і ковбасних виробках – від 2 до 4 місяців, в замороженому м'ясі – близько 6 місяців (в тушках птахів – більше року), в молоці – до 20 днів, у кефірі – до 2 місяців, у вершковому маслі – до 4 місяців, у сирах – до 1 року, в пиві – до 2 місяців, у ґрунті – до 18 місяців. У деяких продуктах (молоко, м'ясні продукти) сальмонели здатні не тільки зберігатися, але й розмножуватися, не змінюючи зовнішнього вигляду та смаку

продуктів. Соління і копчення здійснюють на них дуже слабкий вплив, а заморожування навіть збільшує терміни виживання мікроорганізмів у продуктах. Сальмонельоз передається через яйця хворих птахів. На сьогодні це один з провідних шляхів поширення зазначеного захворювання [2–5].

Дія токсину полягає у втраті води через кишечник, порушенні тонусу судин, ушкодження нервової системи. При розгорнутих формах сальмонельозу в більшості випадків відзначаються такими симптоми: підвищення температури, загальна слабкість, головний біль, нудота, блювота, болі в животі, багаторазовий рідкий водянистий стілець. При тяжкому перебігу хвороби спостерігаються зневоднення, збільшення печінки і селезінки, можливий розвиток ниркової недостатності. При адекватному лікуванні сальмонельоз проходить приблизно на десятий день.

Якщо діагноз сальмонельозу не поставлений вчасно, можливий перитоніт (запалення очеревини), інфекційно-токсичний шок, поліартрит (запалення суглобів). Дітям показана госпіталізація.

У лікуванні сальмонельозу виділяють кілька провідних напрямків:

- антибіотики для боротьби з сальмонелами;
- спеціальні розчини для компенсації втраченої рідини;
- препарати для виведення токсинів;
- відновлення нормальної мікрофлори кишечника;
- дієтотерапія і загальнозміцнювальні заходи.

Лямбліоз – захворювання, що викликається одноклітинним паразитом кишкової лямблій – *Giardia (Lambli) intestinalis*, який впроваджується в тканини кишечника. Лямбліоз часто зустрічається серед дітей та певних категорій дорослих, зокрема у людей, які часто виїжджають у країни, що розвиваються, а також у хворих на хронічний панкреатит, з низькою кислотністю шлункового соку і у людей з видаленим шлунком.

Зараження відбувається шляхом передачі цист паразита від людини до людини. Пряма передача відбувається при безпосередньому контакті хворої людини зі здоровим (у тому числі і статевий акт), непряма – через брудну їжу і воду. У більшості випадків захворювання протікає безсимптомно або з'являються нудота, слинотеча, втрата апетиту, біль у окологупочній області, здуття живота. Стілець 2-5 разів на добу, рясний, рідкий, пінистий, зеленого кольору, з різким запахом, при важких формах може проявлятися зниженням ваги. Лямбліоз може викликати дискінезію жовчовивідних шляхів, неврастенічний синдром [2–5].

Для лікування використовують протипаразитарні препарати та відновлюють нормальну кишкову флору. Велике значення має повноцінне харчування під час лікування.

Дизентерія – інфекційне кишкове захворювання, що зустрічається у всьому світі у людей будь-якого віку, але особливе поширення отримує в жаркий сезон. Збудник захворювання – бактерія роду шигелла (*Shigella*), яких існує 4 види патогенних для людини і безліч підвидів. Джерелом зараження є хвора людина. Зараження дизентерією відбувається при недотриманні правил особистої гігієни. Дизентерія – це «хвороба брудних рук». Втім, можна захворіти, вживаючи заражену воду і вимиті нею фрукти або овочі, а також недостатньо оброблені термічно продукти. Збудник захворювання викликає запалення стінки товстого кишечника. Головний симптом дизентерії є не дуже рясний частий рідкий стілець темно-зеленого кольору зі слизом, гноєм, кров'ю, а також помилкові позиви на дефекацію. Крім того, у хворого погіршується загальне самопочуття: з'являється нудота, блювота, знижується апетит, турбують головні болі. При розвитку хвороби можливе зневоднення.

При лікуванні дизентерії перед лікарем виникає необхідність вирішення двох завдань: перше – боротьба з мікробом-збудником захворювання; друге –

компенсація втрати рідини. Якщо друге завдання вирішується рясним питтям і внутрішньовенним вливанням спеціальних розчинів, то перше – лише завдяки застосуванню антибіотиків.

Ботулізм – це смертельно небезпечне інфекційно-токсичне захворювання. Збудник цієї інфекції – мікроб, що відноситься до клостридії (*Clostridium botullini*). Постійне місце перебування клостридій ботулізму – кишечник багатьох тварин і ґрунт, куди вони потрапляють з калом і де можуть зберігатися довгі роки. З ґрунту мікроб потрапляє на харчові продукти. Без доступу повітря (в консервах) клостридії ботулізму починають виробляти ботулотоксин, який є одним з найсильніших відомих отрут, що у 375000 разів сильніша за отруту гримучої змії. За даними літературних джерел, у 95% випадків причиною ботулізму є консервовані гриби домашнього приготування. В одній і тій же банці ботулотоксин накопичується гніздами – заражені ділянки розсіяні по всьому вмісту банки, тому не всі люди, які вживали консервовані продукти з однієї і тієї ж банки, хворіють. Ботулотоксин викликає порушення проведення нервового імпульсу і параліч м'язів у всьому організмі хворого. Перші симптоми: пронос (3-5 раз, без домішок крові), блювота, незначне підвищення температури, біль у животі [2–5].

Першими специфічними проявами ботулізму є порушення гостроти зору (туман в очах, погане розрізнення прилеглих предметів), двоїння в очах, косоокість (м'язи очей першими після кишечника реагують на ботулотоксин). Потім приєднується порушення мови, слабкість, сухість у роті, порушення ковтання, зміни голосу та ін. Температура нормальна або злегка підвищена, свідомість збережена. Без лікування у хворого прогресує м'язова слабкість і настає смерть від паралічу дихальної мускулатури. У першу чергу, для надання медичної допомоги потерпілому застосовують рясне промивання шлунку.

Специфічним лікуванням ботулізму є термінове введення сироватки, яка нейтралізує токсин [2–5].

Амебіаз – захворювання, що викликається одноклітинним паразитом гістолітичною амебою (*Entamoeba histolytica*), який вражає товсту кишку. Це захворювання зустрічається всюди, але частіше в країнах з жарким кліматом, та існує в двох формах: трофозоїт (активна форма, мешкає в кишковому вмісті, поза організмом людини нежиттєздатна) і циста (неактивна форма, саме за допомогою цист відбувається поширення амебіазу) [2–5].

Як свідчить медична статистика, часто симптоми амебіазу настільки невизначені, що людина може роками жити з цим захворюванням і не звертати на нього увагу. Це може бути діарея, метеоризм, спазми в животі, може з'являтися кров у калі, можливо часом невелике підвищення температури тіла. Поступово у людини може розвинутися виснаження (кахексія) і анемія. При гіршому варіанті розвитку подій трофозоїти впроваджуються в кишкову стінку. В цьому випадку виникає руйнування епітелію, пошкодження кровоносних судин кишки і утворення глибоких виразок, що клінічно проявляється болями по ходу товстої кишки, частими незначними дефекації з великою кількістю слизу і крові, підйомом температури, загальною слабкістю, втратою апетиту. Якщо трофозоїти проникають крізь кишкову стінку, це загрожує запаленням очеревини – перитонітом. Трофозоїти можуть також вражати печінку, через кровотік інфікувати легені, головний мозок і інші органи [2–5].

Лікування амебіазу може призначити тільки лікар на підставі результатів аналізів. Через 1, 3 і 6 місяців після лікування проводять повторні аналізи калу для оцінювання ефективності призначеної терапії [2–5].

Аналіз останніх публікацій стосовно проблем ефективної стратегії лікування ГКІ, висвітлив, що значна частка цих робіт присвячена визначенню ролі їх патогенних бактерій-збудників, які призводять до

тяжких форм захворювання, а в деяких випадках і до летальних наслідків [7-11]. Завдяки досягненням науковців-вірусологів були визначені віруси (рота-, кальці-, астро- та ін.), які викликають діарейні захворювання вірусної етіології. Також важливими є ГКІ, спричинені умовно-патогенними ентеробактеріями, виділення яких з випорожнень трактується дослідниками, як прояв дисбіозу кишківника [7-11].

У лікуванні ГКІ суттєве місце відведене дослідженням етіотропної терапії. При введенні в лікування ГКІ антибіотиків, високоактивних відносно збудників хвороби, проблему лікування здавалося можна вирішити, але при використанні антибіотиків з'являється все більш повідомлень про недостатню ефективність, другорядне значення або недоцільність їх призначення [7-12]. При ГКІ обов'язковим є використання сорбентів, для ентерального зв'язування токсинів (ентеросорбція). Окрім ентеросорбентів використовують препарати діоксиду кремнію (атоксил, полісорб, силікс та ін.), основною відмінністю яких є висока поглинаюча активність [10, 11, 13, 19-20]. Тому серед компонентів патогенетичної терапії важливе місце належить детоксикаційно-регідраційній допомозі постраждалим при ГКІ. Так як збудник ГКІ та їх токсини діють на слизову оболонку кишок, то відбувається втрата рідини, мінеральних солей та порушення обміну речовин. Нормалізація водно-електролітного балансу здійснюється завдяки пероральній та парантеральній детоксикації ізотонічними глюкозо-сольовими розчинами. Лікування починають, у більшості випадків, з пероральної регідрації, а при погіршенні у пацієнта клінічних показників до пероральної регідрації приєднують парантеральну [11].

При цьому доведено, що коригування порушень імунітету під час гострого періоду ГКІ непотрібне, так як медикаментозні корекції імунологічних порушень можуть привести до небажаних

наслідків. Їх корекцію доцільно здійснювати вже в період одужання [11, 14].

Враховуючи тяжкість перебігу ГКІ та небезпеку летальних наслідків, спеціалісти використовують антибіотики широкого спектру дії, які викликають порушення мікрофлори кишківника, що призводить до антибіотико-асоційованої діареї. Антибактеріальні засоби, що застосовуються при ГКІ, поділяються на два типи: кишкові антисептики і препарати системної дії. Перша група лікарських засобів використовується в амбулаторно-поліклінічній практиці, де найбільш виправданою тактикою стартової терапії ГКІ є використання нітрофуранів (ніфуроксазид, ніфурантел). Хінолони (налідиксова кислота, ципрофлоксацин) добре себе зарекомендували в терапії сальмонельозів. Цефалоспорини рекомендовані для системної антибактеріальної терапії при ГКІ середньої та важкої тяжкості в умовах стаціонарного лікування. В деяких випадках можливе призначення тетрацикліну, метронідазолу, аміноглікозидів, хлорамфеніколу [11].

ГКІ будь-яких форм тяжкості є причиною значних змін мікробіоценозу шлунково-кишкового тракту, наприклад, при дизентерії Зонне – у 67,8-85,1% пацієнтів, при сальмонельозі – у 95,1%, ієрсиніозі – у 94,9%, при ротавірусній інфекції – у 37,2-62,8% хворих [12]. У разі виявлення цих проблем застосовують широкий перелік біопрепаратів [14]. Ефективність останніх доведена чисельними дослідженнями [12, 16, 17].

До пробіотиків відносять живі мікроорганізми, представники, в основному, нормальної мікрофлори людини, які при попаданні в шлунково-кишковий тракт людини в достатній кількості зберігають свою активність, життєздатність і позитивно впливають на його здоров'я. На сьогоднішній день для лікування використовують різні види біфідобактерій (*Bifidobacterium longum*, *B. breve*, *B. infantis*, *B. bifidum*, *B. adolescentis*, *B. animalis*), лактобактерій (*L. acidophilus*,

L. casei, *L. bulgaricus*, *L. gasseri*) та інші мікроорганізми (*Lactococcus cremoris*, *L. lactis*, *Streptococcus thermophilus*, *Enterococcus faecium*, *Saccharomyces boulardi*). Механізми дії пробіотиків включають підтримку колонізаційної резистентності, придушення зростання патогенних і умовно патогенних мікроорганізмів, а також регуляцію імунної системи шлунково-кишкового тракту [15].

Пошук, здійснений в базі даних PubMed клінічних досліджень на людині, висвітлив понад 1500 опублікованих результатів робіт з пробіотиками. Незважаючи на те, що дослідження гетерогенні щодо штаму (штамів) тестованих пробіотиків і включених популяцій, зібрані докази підтверджують точку зору стосовно вимірювання позитивних ефектів при безлічі різних кінцевих результатів [16].

Також доведено, що пробіотики повинні призначатися в складі комплексної стартової терапії незалежно від етіології захворювання в максимально ранні терміни. Зазначені препарати показані всім пацієнтам у періоді реконвалесценції з метою відновлення параметрів мікробіоценозу [17]. Їх застосування при ГКІ у дітей є не тільки патогенетично обґрунтованим, але і відноситься до найвищого рівня доказовості, відповідно до принципів доказової медицини [17].

Пробіотики при ГКІ можуть бути застосовані як самостійні препарати етіотропної терапії (у випадках, коли призначення антибактеріальної терапії не показано) або як допоміжні препарати при антибіотикотерапії. При лікуванні ГКІ застосовують пробіотики, у складі яких містяться лакто- та біфідобактерії [18].

При інвазійних діареях на тлі антибактеріальної терапії застосовують самоелемінуючі пробіотики (тобто пробіотики, які у своєму складі містять сахароміцет) або пробіотики, що містять лактобактерії. Останні в більшості є стійкими або помірно стійкими до дії антибіотиків. Курс пробіотикотерапії триває 5-10 днів [18].

Дітям з імунодефіцитними станами, які перебувають на лікуванні в умовах відділення інтенсивної терапії, пробіотики не призначають [18].

Підводячи підсумки, можна зробити висновки, що ГКІ протікають переважно з ураженням кишківника, яке супроводжується розладом стільця, зневодненням та інтоксикацією організму. Як показує медична практика, часто для усунення цих симптомів застосовуються такі групи лікарських препаратів:

- протимікробні препарати – ентерофурил, ніфуроксазид та ін.;
- ентеросорбенти – атоксіл, вугілля активоване, ентеросгель, смекта, максисорб, сорбекс, сорбентогель та ін.;
- антидіарейні мікробні препарати – біфі-форм, ентерожерміна, ентерол-250, йогурт Розель, Лактовіт форте, лактомун, лінекс, хілак форте та ін.;
- препарати електролітів з вуглеводами (сольові склади для пероральної регідратації) – іоніка, ре-соль, регідрон, регісол ІС.

Зазначені групи лікарських препаратів відпускаються без рецепта лікаря, тому

відповідальність при їх застосуванні несуть провізор і сам споживач відповідно до вимог належної аптечної практики GPP, яка передбачає відповідальне самолікування [6].

Таким чином, ГКІ вимагають особливих підходів до діагностики, тактики ведення хворих та фармакотерапії. При лікуванні пацієнтів з ГКІ слід врахувати, що навіть легкі форми призводять до суттєвих змін мікробіоти шлунково-кишкового тракту, що вимагає використання пробіотичних препаратів не тільки в гострому періоді захворювання, а й в період реконвалесценції.

Висновки. Проаналізовано літературні дані щодо сучасного стану захворюваності та можливостей лікування хворих з гострими кишковими інфекціями. Наведено основних збудників та підходи до надання фармакотерапії із застосуванням основних груп лікарських препаратів. Визначено необхідність застосування пробіотиків, як в моно-, так і у складі комплексної терапії при гострих кишкових інфекціях.

ЛІТЕРАТУРА

1. Профілактика гострих кишкових інфекцій рятує життя : рекомендації громадянам МОЗ України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://moz.gov.ua/article/health/profilaktika-gostrih-kishkovih-infekcij-rjatue-zhittja>
2. Малиш Н. Г., Чемич М. Д., Доан С. І., Фетісова І. М., Гавриленко Ю. М. Гострі кишкові інфекції: захворюваність, етіологічна структура, біологічні властивості збудників. *Профілактична медицина*. 2012; 3-4(19):45-50.
3. Кісельов Д. А., Кузьменко О. В. Епідемічна ситуація з гострих кишкових інфекцій та їх профілактика [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.dolc.dp.ua/wppress/?p=2346>
4. Рудень І. О. Гострі кишкові інфекції: симптоми, діагностика та профілактика [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.zdrav.ck.ua/sites/default/files/kyshkovyi_infekciyi.pdf
5. Овсянников Д. Ю. Современные подходы к комплексной терапии острых кишечных инфекций у детей. *Эффективная фармакотерапия. Педиатрия*. 2010;3:9-14.
6. Проект наказу МОЗ України «Про затвердження Настанови «Лікарські засоби. Належна аптечна практика»». *Щотижневик «Аптека»*. 2013;3. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://www.apтека.ua/article/196875>
7. Незгода И. И., Малый В. П., Боднарюк Е. В. Вирусные диареи. Х.: ООО «ЭДЭНА», 2010. 110 с.
8. Корниенко Е. А. Проблема дисбактериоза кишечника у детей – миф или реальность? *Педиатрия*. 2008;1:15-20.

9. Горелов А. В., Феклисова Л. В., Плоскирев А. А. и др. Комплексная терапия вирусной диареи у детей: первые результаты открытого сравнительного рандомизированного клинического исследования эффективности препаратов интерферона. *Педиатрическая фармакология*. 2011;4:106-111.
10. Андрейчин М. А., Клименюк С. І., Ніколаєв В. Г., Копча В. С. Ефективність ентеросгелю при гострих кишкових інфекціях. *Інфекційні хвороби*. 2010;2:41-47.
11. Плоскирева А. А., Горелов А. В. Алгоритм терапии острых кишечных инфекций. *Лечащий врач*. 2016;3 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://www.lvrach.ru/2016/03/15436428/>
12. Allen S. J., Martinez E. G., Gregorio G. V. et al. Probiotics for treating acute infectious diarrhoea. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21069673>.
13. Крамарьов С. О., Закордонць Л. В., Євтушенко В. В. Використання розчину для оральної регідратації (оральної регідратаційної солі) з додаванням пробіотичного штаму для лікування дітей із гострою інфекційною патологією. *Актуальна інфектологія*. 2018;1:18-23.
14. Белоусов Ю. В. Педиатрическая гастроэнтерология. Х.: Факт, 2007. 376 с.
15. Усенко Д. В. Возможности применения пробиотиков в профилактике антибиотик-ассоциированной диареи [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://gastroforum.ru/wp-content/uploads/2013/07/GSP_2-3_2008_17-21.pdf
16. Пробиотики и пребиотики. Глобальные практические рекомендации Всемирной Гастроэнтерологической Организации [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/probiotics-and-prebiotics-russian-2017.pdf>
17. Kligler B., Cohrssen A. Probiotics. *Am Fam Physician*. 2008;78(9):1073-1078.
18. Кузнецов С. В., Ольховская О. Н., Кирсанова Т. А., Жаркова Т. С. Острые кишечные инфекции у детей : метод. указ. для студентов V–VI курсов и врачей-интернов: методические указания для студентов 5-6 курсов и врачей-интернов. Х.: ХНМУ, 2014. 24 с.
19. Компендіум on-line [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://compendium.com.ua/uk/>
20. Державний реєстр лікарських засобів України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.drlz.com.ua/>

REFERENCES

1. Prevention of acute intestinal infections save lives: Recommendations to citizens of the Ministry of Health of Ukraine. Available at <http://moz.gov.ua/article/health/profilaktika-gostrih-kishkovih-infekcij-rjatue-zhittja>
2. Malish N. G., Chemich M. D., Doan S. I., Fetisova I. M., Gavrilenko Ju. M. Acute intestinal infections: morbidity, etiological structure, biological properties of pathogens. *Preventive medicine*. 2012; 3-4(19):45-50.
3. Kisel'ov D. A., Kuz'menko O. V. Epidemic situation with acute intestinal infections and their prevention. Available at <http://www.dolc.dp.ua/wpress/?p=2346>
4. Ruden' I. O. Acute intestinal infections: symptoms, diagnosis and prevention. Available at http://www.zdrav.ck.ua/sites/default/files/kyshkovi_infekciyi.pdf
5. Ovsjannikov D. Ju. Modern approaches to complex therapy of acute intestinal infections in children. *Effective pharmacotherapy. Pediatrics*. 2010;3:9-14.
6. Draft Order of the Ministry of Health of Ukraine "On Approval of the Guideline" Medicines. Good Pharmacy Practice »». *Pharmacy Weekly*. 2013;3. Available at <https://www.apteka.ua/article/196875>

7. Nezgodina I. I., Malyj V. P., Bodnarjuk E. V. Viral diarrhea. Kh.: OOO «JeDJeNA», 2010. 110 p.
8. Kornienko E. A. The problem of intestinal dysbiosis in children - a myth or a reality? *Pediatrics*. 2008;1:15-20.
9. Gorelov A. V., Feklisova L. V., Ploskirev A. A. i dr. Integrated therapy for viral diarrhea in children: the first results of an open comparative randomized clinical study of the effectiveness of interferon preparations. *Pediatric Pharmacology*. 2011;4:106-111.
10. Andrejchin M. A., Klimnjuk S. I., Nikolaev V. G., Kopcha V. S. Effectiveness of enterosgel in acute intestinal infections. *Infectious diseases*. 2010;2:41-47.
11. Ploskireva A. A., Gorelov A. V. Algorithm for the treatment of acute intestinal infections. *Treating physician*. 2016;3. Available at <https://www.lvrach.ru/2016/03/15436428/>
12. Allen S. J., Martinez E. G., Gregorio G. V. et al. Probiotics for treating acute infectious diarrhoea. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010. Available at <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21069673>.
13. Kramar'ov S. O., Zakordonec' L. V., Evtushenko V. V. Use of a solution for oral rehydration (oral rehydration salt) with the addition of a probiotic strain for the treatment of children with acute infectious pathology. *Actual infectology*. 2018;1:18-23.
14. Belousov Ju. V. Pediatric gastroenterology. Kh.: Fakt, 2007. 376 p.
15. Usenko D. V. Possibilities of using probiotics in the prevention of antibiotic-associated diarrhea. Available at http://gastroforum.ru/wp-content/uploads/2013/07/GSP_2-3_2008_17-21.pdf
16. Probiotics and prebiotics. Global practical recommendations of the World Gastroenterological Organization. Available at <http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/probiotics-and-prebiotics-russian-2017.pdf>
17. Kligler B., Cohrsen A. Probiotics. *Am Fam Physician*. 2008;78(9):1073-1078.
18. Kuznecov S. V., Ol'hovskaja O. N., Kirsanova T. A., Zharkova T. S. Acute intestinal infections in children: a method. decree. for students of V-VL courses and interns: methodical instructions for students 5-6 courses and interns. X.: XHMY, 2014. 24 c.
19. Compendium on-line. Available at <https://compendium.com.ua/uk/>
20. State Register of Drugs of Ukraine. Available at <http://www.drlz.com.ua/>

АКТУАЛЬНОСТЬ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ ОТ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Трутаева Л.Н., Сагайдак-Никитюк Р.В., Трутаев С.И.

Национальный фармацевтический университет, Харьков, Украина

e-mail: sagaidak_rita@ukr.net

Украинский журнал клинической и лабораторной медицины. 2018; 13(4): 42-51.

Резюме.

Одним из важнейших направлений совершенствования системы здравоохранения Украины является обеспечение всеобщей доступности, качества и безопасности фармацевтической помощи, оказываемой населению. *Цель – исследование* состояния фармацевтической помощи при острых кишечных инфекциях. Методы – анализа и синтеза, обобщения и контент-анализ. Материалы статистические материалы и работы ученых.

Проанализировано современное состояние заболеваемости острыми кишечными инфекциями в Украине, приведены основные возбудители и подходы в лечении больных для нормализации их состояния с применением основных групп лекарственных средств для терапии этой патологии. Выявлена необходимость применения пробиотиков в составе моно- и комплексной фармакотерапии острых кишечных инфекций.

Ключевые слова: острые кишечные инфекции, лекарственное средство, заболеваемость, условно-патогенные микроорганизмы, пробиотики, фармацевтическая помощь.

THE ACTUALITY OF PHARMACEUTICAL ASSISTENCE POSITIONING FROM ACUTE INTESTINAL INFECTIONS

Trutaeva L.N., Sahaidak-Nikitiuk R.V., Trutaev S.I.

National University of Pharmacy, Kharkiv, Ukraine

e-mail: sagaidak_rita@ukr.net

Ukrainian journal of Clinical and Laboratory Medicine. 2018; 13(4): 42-51.

Abstract.

One of the most important directions of improving the health care system of Ukraine is to ensure universal accessibility, quality and safety of pharmaceutical care provided to the population. The goal is to study the state of pharmaceutical assistance in acute intestinal infections. Methods - analysis and synthesis, synthesis and content analysis. Materials statistical materials and the work of scientists. Analyzed literary sources, on the current state of the incidence of acute intestinal infections in Ukraine, are the main pathogens and treatment approaches for the normalization of the human condition with the use of the main groups of drugs for the treatment of this pathology. The main pathogens and approaches to the provision of pharmacotherapy using the main groups of drugs are given. The necessity of using probiotics as a part of mono- and complex pharmacotherapy of acute intestinal infections has been revealed.

Keywords: acute intestinal infections, drug, morbidity, conditionally pathogenic microorganisms, probiotics, pharmaceutical assistance.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: author has no conflict of interest to declare.

*Надійшла 11.09.2018 р.
Рецензент: проф. О.П.Гудзенко*