

ОПРЕДЕЛЕНИЕ *IN VITRO* ВИРУЛИЦИДНОГО ДЕЙСТВИЯ ДЕКАМЕТОКСИНА НА МОДЕЛЯХ ПРОСТЫХ И СЛОЖНЫХ ВИРУСОВ — КАК ВОЗМОЖНЫХ ТРИГГЕРОВ ИНФЕКЦИОННОГО ОБОСТРЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Е.П. Трохименко¹, С.И. Панчук², Н.И. Гуменюк², И.В. Дзюблик¹

¹Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика, Киев

²ГУ “Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского НАМН Украины”, Киев

При изучении вирулицидного действия декаметоксина по отношению к вирусным триггерам инфекционного обострения БА в культурах клеток на моделях простых и сложных вирусов показано, что декаметоксин обладает вирулицидным действием по отношению к сложным вирусам, в частности, респираторным вирусам: гриппа А (H1N1), А (H3N2), полностью инактивируя их при длительности экспозиции в течение 5 и более минут. Декаметоксин не проявляет вирулицидное действие по отношению к простым вирусам, в частности, к респираторным аденовирусам человека и не инактивирует их ни при одном из исследованных режимов экспозиции. Установлено, что 0,02% раствор декаметоксина является средством с ограниченным вирулицидным действием.

Ключевые слова: бронхиальная астма, четвертичные аммониевые соединения, декаметоксин, вирулицидной действие, простые вирусы, сложные вирусы.

DETERMINATION OF *IN VITRO* VIRUCIDAL EFFECT OF DECAMETOXINE IN MODELS OF SIMPLE AND COMPLEX VIRUSES AS POTENTIAL TRIGGERS OF INFECTIOUS EXACERBATIONS IN BRONCHIAL ASTHMA

O.P. Trokhimenko¹, S.I. Panchuk², M.I. Gumeniuk², I.V. Dziublyk¹

¹The P.L. Shupyk National Medical Academy of Post-graduate Education, Kyiv

²SI “National institute of phthisiology and pulmonology named after F.G. Yanovsky NAMS of Ukraine”, Kyiv

The goal of the work was to study virucidal action of decamethoxine against viral triggers of recrudescence of BA in cell cultures on models of simple and complex viruses. It has been established that decamethoxine exerts virucidal action against complex viruses, including respiratory viruses: influenza A (H1N1), A (H3N2) via their complete inactivation, when exposure lasts for 5 minutes or more. Decamethoxine exhibits no virucidal action against simple viruses including respiratory human adenoviruses and does not inactivate them in any of the investigated exposure modes. It has been established that 0.02% solution of decamethoxine is an agent with limited virucidal action.

Key words: bronchial asthma, quaternary ammonium compounds, decamethoxine, virucidal action, simple viruses, complex viruses.

УДК. 616 98-053.2

М.Г. Романцов¹, А.А. Шульдяков², Т.В. Сологуб³

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ С ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКОЙ ОЦЕНКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

¹ГБОУ ВПО “Северо-Западный медицинский университет им. И.И. Мечникова”, Минздрава России, Санкт-Петербург

²ГБОУ ВПО “Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского” Минздрава России

³ФГУН “НИИ ГРИППА” Минздрава России, Санкт-Петербург

Представлены особенности клинического течения острых кишечных инфекций. Описан синдром интоксикации, показана его динамика, оцениваемая по лейкоцитарным индексам интоксикации, а тяжесть и выраженность

синдрома интоксикации охарактеризована изучением интегрального показателя — индекса эндогенной интоксикации. Обоснована целесообразность применения инфузионных растворов, как средств патогенетической терапии. Показано наступление исхода заболевания в зависимости от динамики основных

© М.Г. Романцов, А.А. Шульдяков, Т.В. Сологуб

клинических симптомов и лейкоцитарного индекса интоксикации. Благоприятный исход по ЛИИ выявлен у 70% пациентов, получавших раствор реамберина против 30% больных, получавших мафусол. Отношение шансов у пациентов, пролеченных реамберином и получавших мафусол, отличалось в 1,7 и 2,9 раза.

Ключевые слова: острые кишечные инфекции, инфекционный процесс, синдром интоксикации, лейкоцитарный индекс интоксикации, реамберин, риски исхода заболевания.

По данным ВОЗ удельный вес кишечных инфекций составляет более 1,3 млрд случаев в год, представляя серьезную медицинскую и социальную проблему, вызывая длительную нетрудоспособность больных, формируя стойкое носительство. Ежегодно в России регистрируется около 700 тыс. случаев, а суммарный экономический ущерб составляет 780,2 млн рублей/год [5, 8, 11, 18]. Заболевание характеризуется развитием синдрома интоксикации, водно-электролитных нарушений и поражения желудочно-кишечного тракта с доминирующей гастроинтестинальной формой инфекции [4, 2, 7, 10, 14]. Клинический синдром проявляется тошнотой, рвотой, болями в животе, частота симптомов колеблется в широких пределах (18,2–51%). В период разгара наблюдается снижение аппетита, вплоть до анорексии (71,9%), урчание в животе, метеоризм, отмечено и вовлечение в патологический процесс толстой кишки (частота синдрома от 17 до 64% случаев), пальпируется спазмированная сигма, наблюдается синдром колита, стул по типу “болотной тины”. Сведения о синдроме гепатомегалии разноречивы (от 16 до 52% больных), проявляется с первых дней болезни [4,7,8].

Материал и методы

Проведено клиническое наблюдение за 215 больными с ОКИ. Средний возраст пациентов составил $42,7 \pm 1,4$ лет, мужчин было $58,2 \pm 2,7\%$, женщин $41,8 \pm 2,1\%$. Среди них преобладали лица в возрасте 18–40 лет ($46,8 \pm 1,4\%$), от 41 до 60 лет — $29,1 \pm 2,1\%$, старше 60 лет было $21,7 \pm 1,9\%$. Среди наблюдаемых пациентов преобладал сальмонеллез ($67,1\%$). *S. Enteritidis* выявлена у $54,2\%$ больных; *S. th. mur.* у $3,8\%$; *S. heidelberg* у $1,3\%$; *S. anatum*, *S. derby* у $2,6\%$; *S. Londen*, *S. infantis* определены у $1,3\%$ пациентов. Дизентерия Flexneri 2a отмечена в $6,3\%$ случаев от общего числа больных. Коли-инфекция (*E. coli* O₁K₁ и *E. coli* O₆K₁₅, составила по $1,3\%$). В $24,1\%$ случаев больных возбудитель не определен. По клиническому течению преобладал гастроинте-

стинальный вариант заболевания ($70,9\% \pm 3,1$) [3, 6]. Для объективной характеристики токсикоза нами использованы лабораторные показатели крови. Критериями эффективности терапии явилась динамика клинических проявлений и лейкоцитарных индексов интоксикации. Оценка эффективности патогенетической терапии (рандомизация больных проводилась на четные и нечетные дни поступления) со среднетяжелой и тяжелой формой кишечной инфекции. Интегральные гематологические показатели интоксикации (лимфоцитарный индекс, лейкоцитарный индекс интоксикации, ядерный показатель и др.) являются информативными для оценки степени эндогенной интоксикации при кишечных инфекциях [1, 15, 16].

В работе использованы препараты: реамберин 1,5% раствор для инфузий и мафусол. 65 пациентов получали раствор мафусола и составили группу сравнения. 71 больному вводился раствор реамберина 1,5%, составив основную группу наблюдения. Препараты назначались в соответствии с инструкцией по их медицинскому применению. Длительность терапии 5–7 инфузий, в зависимости от выраженности тяжести состояния пациентов.

Одним из распространенных способов выражения эффективности терапии является фармакоэкономическая оценка отсутствия риска влияния изучаемых лекарственных средств на возникновение благоприятного и/или неблагоприятного исхода заболевания. К наиболее распространенным показателям относятся относительный риск, и/или соотношение рисков (Risk Ratio — RR), определяемое как отношение риска наступления исхода у пациентов исследуемой группы применения медицинской технологии к риску наступления исхода у больных группы сравнения или контрольной группы. Соотношение шансов (Odds Ratio — OR) рассматривается как отношение шанса наступления исхода у пациентов в группе применения медицинской технологии к шансу наступления исхода у больных группы сравнения и/или контрольной группы. Логарифм 95% доверительного интервала показателя отношение шансов улучшения исхода (ОШ), свидетельствует о повышении шансов позитивного исхода медицинского вмешательства при включении реамберина в составе фармакотерапии [9, 13].

Статистическая обработка проводилась после проверки распределения на нормальность. В связи с нормальным распределением данных для оценки количественных данных использовался t-критерий Стьюдента для зависимых и независимых выборок. Качественные переменные сравнивались с

помощью критерия хи-квдрат. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследований

Наличие температурной реакции выявлено у 60,7% больных, которая не превышала 37,0–37,7°C в первые 3 дня заболевания по средним значениям, но у 19,6% больных температура была выше 38°C, у 31,8% больных отмечалась субфебрильная температура (до 37,5°C), у остальных пациентов отмечали афебрильное течение заболевания (49,0%). Наиболее ранними были симптомы желудочно-кишечных расстройств. Так, отсутствие калового характера стула впервые 3 дня заболевания отмечалось у 62,7% пациентов, частота стула составила $5,3 \pm 2,1$ раза в сутки, слизь наблюдалась у 43,1% больных, зелень (“болотная тина”) выявлена у 35,3% больных. Испражнения обильные, водянистые, пенистые со зловонным запахом. Дистальный отдел кишечника вовлечен в патологический процесс у 7,7% больных, проявляясь симптомом гемоколита (спазмированная сигмовидная кишка, примесь крови в стуле) в 6,3% случаев с выявлением S. Flexneri 2a. Гастритическая форма заболевания выявлена у 17,6% больных, не зависимо от типа возбудителя, в течение 2-х дней наблюдали уменьшение (–13,7%) числа пациентов с указанным симптомом, до 7,8 с 17,6%, при этом в первый день частота рвоты составила по средним значениям $4,1 \pm 2,8$ раза, а во второй день — $2,5 \pm 0,9$ раза. Запах ацетона изо рта отмечался у 9,8% больных, по мере снижения частоты рвоты, наблюдали его минимизацию (–5,9%). Боли в животе отмечены в первые 3 дня заболевания у 43,3% больных, их локализация разнообразна — боли в эпигастральной области отмечены у 17% больных, в области пупка — у 31%, по ходу толстой кишки — у 9,7%, боли диффузного характера наблюдали в 37–39% случаев. Симптом гепатомегалии отмечен у 17,6%, тогда как другие исследователи указывают на 16–52% [12, 14]. Печень умеренно увеличена (2–4 см ниже края реберной дуги), чувствительна при пальпации, край гладкий, средний уровень АлАТ не превышал норму и составлял $29,2 \pm 1,7$ ед., только в 13,7% случаев уровень АлАТ составил 1,5–2,0N ($64 \pm 9,0$), колебания от 54,5 до 82,7 ед.

К числу ранних симптомов кишечной инфекции относится синдром интоксикации (слабость, головная боль, расстройства сна, проявления нейротоксикоза, появление менингеальных симптомов). У 61% наблюдаемых больных (в первый день) от-

мечена головная боль, слабость, бледность кожных покровов, адинамия — эти изменения сохранялись до 7 дня у 17,6% больных и расценивались как синдром интоксикации, формирующийся под воздействием эндотоксина возбудителей, отражая активацию или угнетение функционального состояния различных органов и систем организма.

На фоне субфебрильной температуры отмечена транзиторная тахикардия впервые 2 дня заболевания у 23 (29,1%) больного, частота пульса составила 110,2 уд/мин, к 3-му дню наблюдения тахикардия отмечалась у 6% пациентов, составив 93 уд/мин.

Многообразие эффектов, обусловленных запуском ответа “острой фазы”, заключается в увеличении проницаемости сосудов, снижении сердечного выброса, нарушении реологических свойств крови с развитием микроциркуляторных расстройств, нарушением трофики тканей, накоплением продуктов метаболизма и развитием ацидоза, а так же в развитии дегидратации, диктует поиск препаратов, обладающих комплексным действием при коррекции токсикоза [16].

В первый день поступления отмечен синдром интоксикации у более чем 68% наблюдаемых пациентов, по оценке ЛИИ Каль-Калифа у 75% больных превышал 1,5 единицы, указывая на выраженную интоксикацию. Повышение >2 единиц ЛИИ по Островскому выявлено у 61,5% больного, а вот по оценке ядерного индекса интоксикации (более 0,3) состояние средней тяжести определено у 36, 5% пациентов, причем из этого числа пациентов у 8 человек он составил 1,22, указывая на тяжело их состояние.

По окончании наблюдения за больными отмечена положительная динамика индексов, характеризующих как синдром интоксикации, так и тяжесть состояния больного, ЛИИ Каль-Калифа снизился в 4,6 раз, достиг $0,79 \pm 0,05$ ед, сохраняясь повышенным лишь у 7 человек. ЛИИ по Островскому нормализовался у 82,6% больных, составив 1,46 против 3,59, снизившись в 2,5 раза. Ядерный индекс интоксикации составил $0,031 \pm 0,001$ Ед (табл. 1).

По показателям гемаграммы отмечено преобладание нейтрофильной фазы с увеличением абсолютного числа моноцитов до $0,49 \pm 0,04 \times 10^9$ /л и нейтрофилов ($5,87 \pm 0,04 \times 10^9$ /л) на фоне нижней нормы уровня лимфоцитов ($1,49 \pm 0,07 \times 10^9$ /л). Соотношение абсолютных показателей гранулоцитов к мононуклеарам составило 2,98. Нейтрофильная фазатрансформировалась в лимфоцитарную, за счет снижения числа лейкоцитов ($3,74 \pm 0,3 \times 10^9$ /л), нормализации уровня нейтрофилов ($2,45 \pm 0,5 \times 10^9$ /л),

Таблиця 1. Динаміка синдрому інтоксикації у наблюдаємих пацієнтів (по оцінці індексів інтоксикації (n = 52))

Індекси, значення норми	Показателі індексів, частота їх змін			
	При поступленні. Значення індекса, частота збільшення		При виписці. Значення індекса, частота збільшення	
ЛІІІ Каль-Каліфа (N-0,3–1,5) збільшення >1,5	3,6±0,2	39/75±2,2	*0,79±0,05	*7/13,5±1,1
ЯІІІ (N 0,05–0,08) збільшення >0,3	0,38±0,04	19/36,5±1,4	*0,03±0,004	н/в
ЛІІІ по Островському (N 1,6±0,5) збільшення >2,0	3,59±1,1	32/61,5±1,7	*1,46±0,9	*9/17,4±2,1

$P < 0,01$ в порівнюваних показателях в динаміці спостереження, підвищених значень не виявлено — н/в.

моноцитів ($0,27 \pm 0,05 \times 10^9/\text{л}$) і збільшення числа лімфоцитів на 14,1%), що характерно для бактеріальних інфекційних процесів.

Основним показателем, дозволяючим оцінити ступінь тяжкості захворювання, являється вираженість синдрому інтоксикації [1, 6]. У наблюдаємих хворих індекс токсичності (ІТ) в разгар захворювання був підвищений в 9 раз ($p < 0,001$) по порівнянню зі здоровими людьми.

К періоду ранньої реконвалесценції він залишався в 7 раз вище у пацієнтів групи порівняння, отримавших мафусол ($p < 0,001$) (табл. 2). Високі показателі ІТ к періоду клінічного выздоровлення свідчать про збереженні інтоксикаційного синдрому і проведенні необхідної його корекції. Оцінюючи клінічні прояви в динаміці спостереження виявилось, що якщо на момент поступлення пацієнти сформованих груп сопоставимы по частоті зустрічальності симптомів ($p > 0,05$), то вже на третій день терапії спостережувалися значимі відмінності між пацієнтами наблюдаємих груп по частоті зустрічальності клінічних ознак (нарушення стула, абдомінальні болі виявлялися частіше у пацієнтів групи порівняння в 1,43; 1,67 раз відповідно). Рвота к 3-му дню лікування купувалась у пацієнтів, отримавших реамберин, і зберігалась у 10,1% хворих, отримавших мафусол. На п'ятий день лікування у хворих, не отримавших реамберин, частіше зустрічались: слабкість (в 2,46 раз) і порушення стула (в 1,43 раз).

Підвищення температури тіла до 38°C , абдомінальні болі і тахікардія у пацієнтів, отримавших в складі інфузійної терапії реамберин, не відзначалось, в той час як у пацієнтів групи порівняння ці симптоми виявлені у 10,1%, 12,3% і 9,2% хворих, відповідно.

О дезінтоксикаційному ефекті реамберина свідчать і динаміка ЛІІІ, який к кінцю терапії досяг нормальних значень в основній групі у 28 осіб (39,4%), а в групі порівняння — у 12 (18, 5%) хворих ($p = 0,0014$). Терапія реамберином привела к нормалізації ІТ, який склав $0,04 \pm 0,010$ ($p < 0,05$), т.е. в 2 рази нижче такого у хворих, отримавших мафусол.

Економічна цілесобразність застосування реамберина проведена з допомогою алгоритмів доказальної медицини і клініко-економічного аналізу (метод "затрати/ефективність"). Зменшалась загальна вартість койко-дня на 17% і медичної послуги на 14% в перерахунок на курс лікування 1-го хворого. Показано зниження частоти ускладнень, потреби в медикаментах на фоні зниження витрат на їх виконання. Зменшення значень СЕР (складна медична послуга) в групі по порівнянню з контрольною являється ознакою покращення клініко-і фармако-економічної ефективності, що дозволяє віднести терапію з реамберином к домінуючій клініко-економічній альтернативі. Розраховані параметри ПАП (підвищення абсолютної пользи),

Таблиця 2. Динаміка індекса ендогенної інтоксикації ($M \pm m$)

Показателі	Здорові (n = 30)	Період разгара 1–3 дні (n = 66)	Період реконвалесценції (після 5–7 день) (n = 66)	P_1	P_2
ІТ	$0,01 \pm 0,002$	$0,09 \pm 0,020$	$0,07 \pm 0,014$	$< 0,001$	$< 0,001$

Примечание: p_1 — достовірність відмінностей між показателями періоду разгара і здоровими; p_2 — періоду ранньої реконвалесценції і здоровими.

Таблица 3. Расчет абсолютного снижения рисков

Абсолютное снижение риска (ARR)	R2a-R1a	+0,1275
	R1a-R2a	-0,1275
	R2b-R1b	+0,2098
	R1b-R1a	-0,2098

ПОП (повышение относительной пользы) позволяет провести мета-анализ и сравнить диапазон клинико-экономической и фармакоэкономической эффективности реамберина по совокупности гетерогенных показателей-откликов при различных состояниях. Препарат снижает затраты на достижение единицы клинического эффекта более, чем на 50% и потребность в дорогостоящих медикаментах. При лечении тяжелых форм кишечных инфекций (на рубль дополнительных затрат получено 2, 19 рублей условного дохода), что позволяет отнести терапию реамберином к доминирующей клинико-экономической альтернативе по отношению к средствам традиционной фармакотерапии.

Благоприятный исход заболевания у больных по основным клиническим синдромам и оценки лейкоцитарного индекса интоксикации, оценивался на 3 день терапии у больных, получавших реамберин и мафусол. Так у получавших реамберин (группа А), по клиническому синдрому отмечен благоприятный исход заболевания у 57,9% больных, против 42,1% пациентов, получавших мафусол. Благоприятный исход по уровню ЛИИ выявлен у 40 (29,4%), причем, среди пациентов, получавших раствор реамберина у 28 (70%), против 12 (30%) больных, получавших мафусол. Риск отсутствия наступления благоприятного исхода по основным клиническим симптомам составил 0,3802 у пациентов, получавших реамберин, против 0,5077 — у больных, пролеченных мафусолом. Относительный риск отсутствия нормализации ЛИИ у пациентов, получавших реамберин и мафусол, составил, соответственно 0,6056 и 0,8154.

Риск отсутствия благоприятного исхода (по клиническому синдрому и по уровню ЛИИ) у пациентов, получавших реамберин ниже, чем у больных получавших мафусол, [поскольку R1a и

R2a ниже 1, в 3,3 и 2,2 раза, а R1b и R2b ниже 1 (в 1,6 и 1,3 раза, соответственно)].

Это подтверждено и расчетом абсолютного снижения рисков (разница частоты исходов заболевания среди пациентов группы В и А) составило по реамберину +0,1275 и +0,2098, а по мафусолу, соответственно со знаком “-” (табл. 3), указывая на возможность большей частоты встречаемости неблагоприятных исходов у пациентов, получавших мафусол.

Соотношение шансов по отсутствию благоприятного исхода по основным клиническим признакам у пациентов, пролеченных реамберином, составило 0,6136, по уровню ЛИИ 1,5357, против 1,0313 и 4,4167, у пациентов получавших мафусол, соответственно, т.е. разница в 1,7 и 2,9 раза. Отношение шансов по реамберину составило 0,5949 и 0,3477, соответственно.

Выводы

1. Инфекционный процесс при острых кишечных инфекциях сопровождается развитием синдрома эндогенной интоксикации, что подтверждается увеличением лейкоцитарного индекса интоксикации, индекса токсичности.

2. Раствор реамберина обеспечивал быстрое купирование признаков токсикоза, о чем свидетельствует сокращение длительности основных клинических синдромов по сравнению с пациентами, получавшими мафусол, а так же нормализацию лейкоцитарного индекса интоксикации у 40%, против 18% больных, получавших мафусол.

3. Риск отсутствия наступления благоприятного исхода по основным клиническим симптомам и по отсутствию нормализации ЛИИ ниже у пациентов, получавших реамберин, против больных, пролеченных мафусолом, (соответственно 0,6056 и 0,8154).

ЛИТЕРАТУРА

1. Альба Д.Л. Патологические аспекты эндогенной интоксикации у детей в острую фазу при инфекционных заболеваниях: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Саранск, 1998. — 20 с.
2. Гордеев А.В. Актуальные направления в лечении ОКИ на современном этапе / А.В. Гордеев, Е.Н. Юрсова, В.Г. Малашенкова, А.А. Черникова // Узловые вопросы борьбы с инфекцией: Материалы Рос. науч. практ. конф. — СПб.: ВМедА, 2004. — С. 65–66.
3. Земсков А.В. Принципы анализа гемо-и иммунограмм / А.В. Земсков, В.М. Земсков, А.В. Караулов // Клиническая иммунология. — М., 2006. — С. 243–246.

4. Клиника и лечение острых желудочно-кишечных заболеваний, вызванных условно-патогенной флорой / А.А. Ключарев, Д.В. Полешко, М.И. Вершеня // *Здравоохранение Белоруссии*. — 1982. — № 2. — С. 7–9.
5. Малеев В.В. Инфекционные болезни в России: проблемы и пути решения / В.В. Малеев // *Инфекционные болезни*. — 2004. — Т. 2, № 1. — С. 7–11.
6. Маржохова М.Ю. Некоторые показатели синдрома интоксикации при острых кишечных инфекциях / М.Ю. Маржохова, М.А. Башиева, Ж.М. Желихажева // *Эпидемиология и инфекционные болезни*. — 2008. — № 6. — С. 39–42.
7. Мокрецова Е.В. Клиника и патоморфологические аспекты патогенеза гастроинтестинальной формы сальмонеллеза: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2003. — 25 с.
8. Пак С.Г. Инфекционные болезни: взгляд через призму времени (Актовая речь). — М.: Издание ГОУВПО ММА им. И.М. Сеченова, 2005. — 44 с.
9. Петров В.И. Фармакоэкономический анализ результатов клинических исследований / В.И. Петров, С.В. Недогода, А.В. Сабанов. Под редакцией академика РАМН В.И. Петрова // *Прикладная фармакоэкономика*. — Москва, 2005. — С. 271–284.
10. Подлевский А.Ф. Клинические проявления спорадических и групповых заболеваний сальмонеллезом / А.Ф. Подлевский, Н.М. Петров, С.И. Штанько // *Острые кишечные инфекции*. — Л., 1981. — С. 117–119.
11. Покровский В.И. Актуальные вопросы терапии и профилактики в условиях эволюции инфекционных заболеваний / В.И. Покровский, В.В. Малеев // *Инфекционные болезни*. — 2003. — Т. 1, № 1. — С. 6–8.
12. Сальмонеллез / Поставит В.А. // *Пищевые токсикоинфекции*. — Л., 1984. — С. 7–103.
13. Современные подходы к интенсивной терапии острых кишечных инфекций у детей / А.А. Плоскирева, А.В. Горелов, С.Н. Жучкова, А.В. Бондарева, Н.Х. Тхакушинова // *Инфекционные болезни*. — 2012. — Т. 10, № 1. — С. 50–55.
14. Теоретические основы биостатистики при проведении фармакоэкономических исследований / В.Г. Серпик // *Фармакоэкономика*. — 2009. — № 2. — С. 9–14.
15. Терапия интоксикационного синдрома при бактериальной дизентерии у детей: / О.В. Тихомирова, О.И. Ныркова, Л.В. Говорова, Л.А. Алексеева *Методическое пособие для врачей*. — СПб., 2005. — 32 с.
16. Туряница С.М. Клинико-бактериологические особенности сальмонеллеза / С.М. Туряница, Р.И. Грищенко, Н.Н. Сакаль // *Клиническая медицина*. — 1980. — № 2. — С. 26–29.
17. Хиггинс К. Расшифровка клинических лабораторных анализов / К. Хиггинс. — М., 2008. — С. 242–255.
18. Ющук Н.Д. Дифференциальная диагностика острых кишечных инфекций и инвазий / Н.Д. Ющук, Ю.В. Мартынов, М.Г. Кулагина, Л.Е. Бродов // *Острые кишечные инфекции*. — М., 2012. — С. 56–118.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ З ФАРМАКОЕКОНОМІЧНОЮ ОЦІНКОЮ ЕФЕКТИВНОСТІ ПАТОГЕНЕТИЧНІЙ ТЕРАПІЇ

М.Г. Романцов¹, А.А. Шульдяков², Т.В. Сологуб³

¹ДБОУ ВПО “Північно-Західний медичний університет ім. І.І. Мечникова”, Санкт-Петербург, Росія

²ДБОУ ВПО Саратовський ДМУ ім. В.І. Розумовського, Росія

³ФБУН “НДІ ГРИПУ”, Санкт-Петербург, Росія

Представлені особливості клінічного перебігу гострих кишкових інфекцій. Описано синдром інтоксикації, показана його динаміка, що оцінюється по лейкоцитарним індексам інтоксикації, а тяжкість і вираженість синдрому інтоксикації охарактеризована вивченням інтегрального показника — індексу ендогенної інтоксикації. Обґрунтовано доцільність застосування інфузійних розчинів, як засобів патогенетичної терапії. Показано наступ результату захворювання залежно від динаміки основних клінічних симптомів і лейкоцитарного індексу інтоксикації. Сприятливий результат по ЛІІ виявлений у 70% пацієнтів, які отримували розчин реамберін проти 30% хворих, що отримували мафусол. Ставлення шансів у пацієнтів, пролікованих Реамберін і отримували мафусол, відрізнялося в 1,7 і 2,9 рази.

Ключові слова: гострі кишкові інфекції, інфекційний процес, синдром інтоксикації, лейкоцитарний індекс інтоксикації, реамберин, ризику результату захворювання.

FEATURES OF INTESTINAL INFECTIONS WITH PHARMACOECONOMIC EVALUATION OF PATHOGENETIC THERAPY EFFICIENCY

M.G. Romantsov¹, A.A. Shuldyakov², T.V. Sologub³

¹SEIHE “The I.I. Mechnikov Northwest Medical University”, St. Petersburg, Russia

²SEIHE “The V.I. Razumovsky Saratov State Medical University”, Russia

³FSIS “Influenza Research Institute”, St. Petersburg, Russia.

Presented clinical features of acute intestinal infections. Described syndrome of intoxication, shows its dynamics, estimated by the leukocyte index of intoxication, and the severity and extent of intoxication syndrome is characterized by studying the integral index — the index of endogenous intoxication. The expediency of application of infusion solutions as a means of pathogenetic therapy. Displaying offensive disease outcome depending on the dynamics of the main clinical symptoms and leukocyte index of intoxication. Favorable outcome for the LII was detected in 70% of patients treated with a solution of reamberin vs. 30% of patients receiving mafusol. The odds ratio for patients treated and treated Reamberin mafusol differed by 1.7 and 2.9 times.

Key words: acute intestinal infections, infectious process, intoxication syndrome, leukocyte index of intoxication, reamberin risks of disease outcome.