

# SUCCESSFUL PROPHYLAXY OF RELAPSING BACTERIAL MENINGITIS WITH BENZATHINE-PENICILLIN

A.G. Nabatova, M.S. Nabatov, V.G. Mitkovsky, S.M. Panktatov

**Summary.** *Authors describe case of relapsing bacterial pneumococcal meningitis after head trauma. Successful prophylaxy of relapses was achived by administering benzathine-penicillin monthly.*

**Key words:** *bacterial meningitis, relapse, benzathine-penicillin*

УДК 61:359 (09)

## САНІТАРНІ ВТРАТИ ОСОБОВОГО СКЛАДУ В СУЧАСНИХ МОРСЬКИХ ОПЕРАЦІЯХ

О.В. Охонько

**Резюме.** *В статті висвітлені питання щодо величини та структури санітарних втрат ВМС, які можуть використовуватись як вихідні дані при дослідженні лікувально-евакуаційного забезпечення ВМС ЗС України, при плануванні медичного забезпечення ВМС у ході командно-штабних навчань та при підготовці військових лікарів для ВМС.*

**Ключеві слова:** *санітарні втрати, лікувально-евакуаційне забезпечення, медичне забезпечення.*

**Вступ.** Вивчення закономірностей виникнення, величини та структури санітарних втрат (СВ) в минулих і сучасних війнах має визначальне значення для організації лікувально-евакуаційного забезпечення військово-морських сил (далі – ВМС) під час бойових дій на морі, тому що надання медичної допомоги ураженим і хворим, їх евакуація і лікування є найважливішими складовими діяльності медичної служби [1].

У доступній літературі майже відсутні систематизовані дані про величину та структуру СВ на флоті. Дані окремих авторів суперечливі. Найбільш повноцінний досвід організації медичного забезпечення флотів, функціонування системи ЛЕЗ набутий під час Другої світової війни [2].

### Об'єкт, предмет та методи

Об'єкт дослідження – санітарні втрати особового складу військово-морських сил за досвідом війн і збройних конфліктів другої половини ХХ століття.

**Методи дослідження:** історичний, статистичний, системного підходу та системного аналізу.

## Результати та їх обговорення

Формування санітарних втрат у військово-морських силах на воєнний час має ряд особливостей. Першою особливістю є те, що величина санітарних втрат буде залежати від чисельності особового складу ВМС, який знаходиться на кораблях і в районах базування, а також від ступеня ураження різних категорій особового складу сучасними видами зброї [3].

При веденні бойових дій чисельність особового складу корабельних угруповань сил, що виконують задачі в морі, буде складати від чверті до третини особового складу ВМС. Інший особовий склад (2/3–3/4) буде знаходитися у складі берегових частин, з'єднань, пунктів базування, постачання, судноремонту, що розгорнуті на березі.

Ступінь ураження цих двох груп особового складу (особливо від зброї масового ураження (далі – ЗМУ)) неоднакова. Кораблі в морі діють у розосереджених бойових порядках, особовий склад на них за межами радіуса виходу з ладу кораблів у значній мірі захищений від впливу більшості вражаючих факторів ЗМУ. Це ж стосується і екіпажу підводних човнів, підводне положення яких служить досить надійним захистом від впливу вражаючих факторів ЗМУ.

Особовий склад частин і з'єднань, який знаходиться в районах базування, навіть з урахуванням сучасних заходів захисту у набагато більшому ступені піддається впливу усіх вражаючих факторів ЗМУ і високоточної зброї та наслідків їхнього застосування [4, 5].

Тому велика частка санітарних втрат – до 70–80% – виникне переважно на березі. Питома вага СВ на корабельних силах у морі буде значно меншою і може скласти до 20–30%.

Другою особливістю формування санітарних втрат у ВМС є нерівномірність їхнього розподілу в операційній зоні. Величина санітарних втрат, природно, буде більшою на тих угрупованнях сил, що ведуть бойові дії на головному напрямку, і меншою – на угрупованнях, що вирішують інші завдання, а також на тих, що виконують систематичні бойові дії.

Третя особливість формування санітарних втрат – нерівномірність їх виникнення. В ході бойових дій постійно будуть мати місце так звані піки втрат, що пов'язані з найбільш кровопролитними етапами операцій, із застосуванням супротивником ЗМУ по великих оперативних угрупованнях або районах базування ВМС. Високими показниками будуть характеризуватися санітарні втрати в перші дні війни.

Нерівномірність у виникненні санітарних втрат викликає різкі коливання в обсязі роботи медичної служби на різних напрямках, у завантаженні частин і установ, що потребує відповідного маневру силами і засобами медичної служби, видом і обсягом медичної допомоги, евакуаційними потоками поранених і хворих, широкого використання для евакуації поранених

і хворих транспорту підвозу й особливо авіаційних і морських транспортних засобів.

Четверта особливість полягає в особливостях структури санітарних втрат у ВМС за видами зброї, що визначаються чисельними і різноманітними факторами обстановки. Наприклад, навіть в умовах ведення бойових дій тільки звичайними засобами ураження, в умовах сучасної війни з'являються санітарні втрати в районах руйнування підприємств хімічної і мікробіологічної промисловості, атомних електростанцій, підприємств комунального господарства тощо [4].

Розміри і структура санітарних втрат на надводних кораблях і підводних човнах знаходяться у певній залежності від ступеня їхнього ушкодження й організації аварійно-рятувального забезпечення [6].

За досвідом Великої Вітчизняної війни 1941–1945 рр., санітарні втрати на кораблях залежно від конкретних умов обстановки коливалися в наступних межах: від 5–15% на кораблях I–II рангу, до 15–33% на кораблях III–IV рангу, на підводних човнах – 16–22% чисельності екіпажу корабля. На потоплюваних кораблях розміри санітарних втрат, включаючи переохолоджених, коливалися від 0 до 25% чисельності екіпажу [2, 7]

На різнорідних з'єднаннях надводних кораблів санітарні втрати в бою складали 2–7%, а на з'єднаннях підводних човнів – 1–2% чисельності особового складу.

Таблиця 1

**Вірогідні санітарні втрати та кораблях, які затонули,  
залежно від умов аварійно-рятувального забезпечення  
(у % чисельності особового складу)**

Умови аварійно-рятувального забезпечення	Санітарні втрати	Санітарні втрати переохолодженими
Відмінні кораблі (кораблі, які отримали пошкодження та знаходяться в пункті базування; наявність рятувального загону, сприятливі умови бойової обстановки та погоди, допомога, надана в найближчі 15–30 хв)	20–25	–
Добрі (наявність у з'єднанні спеціальних аварійно-рятувальних засобів, сприятливі умови бойової обстановки, стан моря до 3 балів, допомога кораблю надана в найближчі 30–60 хв)	10–15	10–12
Задовільні (наявність у з'єднанні рятувального корабля, сприятливі умови бойової обстановки, які дають змогу надати допомогу кораблю, який потерпає лихо в найближчі 1–2 години, море до 5 балів)	5–10	15–20

**Вірогідні санітарні втрати  
від звичайної зброї на кораблях різних класів,  
(у % чисельності особового складу)**

Класи кораблів	Тяжкі пошкодження, які не супроводжуються загибеллю корабля	Легкі пошкодження	На інших кораблях з'єднання у долях втрат на пошкоджених та затонулих кораблях
Крейсери, великі протичовнові кораблі	8–12	1–2	1/10
Ескадрені міноносці	12–15	2–3	1/5
Сторожеві кораблі, малі протичовнові кораблі	15–20	4–6	1/4
Сторожеві катери, торпедні та ракетні катери, тральщики	25–35	6–8	1/3
Десантні кораблі	15–20	6–7	1/4
Десантні катери	20–25	7–8	1/3
Транспорти	15–20	3–4	1/4
Підводні човни	20–25	3–4	0

Своєрідним для корабельних сил флоту було співвідношення безповоротних і санітарних втрат – 2–3:1, у той час, як у берегових частинах це співвідношення було зворотним – 1:3–4.

У берегових частинах і з'єднаннях флоту розміри санітарних втрат у період активних і напружених бойових дій складали до 15–25% чисельності особового складу частини (з'єднання), у період же менш активних бойових дій вони були в 4–5 разів меншими. Середньодобові санітарні втрати коливалися від 0,05 до 0,1–0,3% чисельності особового складу.

Таблиця 3

**Орієнтовна залежність ступеню напруги бойових дій  
від співвідношення сил в бою**

Рід сил	Ступінь напруги бойових дій		
	слабка	середня	висока
Авіація	2:1	1:1	1:2
Надводні кораблі	3:1	3:2	1:1
Морська піхота	4:1	3:1	2:1

**Вірогідні санітарні втрати від звичайних видів зброї  
залежно від ступеню напруги бойових дій  
(у % чисельності особового складу)**

З'єднання, частина	Ступінь напруги бойових дій			Примітка
	слабка	середня	висока	
<b>Надводні кораблі:</b>				
1–2 рангу	2–3	3–4	5–6	
3 рангу	4–5	5–6	8–9	
4 рангу	5–6	8–10	11–12	
Загін, тактична група	2–3	3–4	5–6	За період виконання корабельним угрупованням бойового завдання
Дивізія кораблів	1–2	2–3	3–4	
Корабельні сили при висадці морського десанту:				
при висадці	0,1	0,2–0,3	0,4–0,5	
на переході морем	0,5–2	2–3	3–4	
в бою за висадку	1–2	3–4	5–6	
З'єднання підводних човнів	1	1,5–2	2–3	За бойовий похід
З'єднання морської авіації	1–2	2–3	2–4	На 100 літако-виплетів
Ракетно-артилерійські частини	5–10	10–15	15–25	За період виконання бойового завдання
<b>Морська піхота</b>				
<b>Висадка морського десанту:</b>				
а) при посадці	0,1–0,2	0,2–0,3	0,4–0,5	
б) на переході морем	0,5–1	1–2	2–3	
в) в бою за висадку:				
передові загони	7–8	15–16	20–22	З них 1/4 на воді та 3/4 на березі З них 1/2 на воді та 1/2 на березі За добу бойових дій
головні сили	2–3	3–4	5–6	
г) при вирішенні завдань на березі:				
полк у наступі	6–8	9–12	12–15	
полк у обороні	5–6	7–9	10–11	
бригада у наступі	2–4	5–7	8–10	
бригада у обороні	2–3	4–6	7–9	
дивізія у наступі	1–2	3–4	5–8	
дивізія у обороні	1–2	3–4	4–5	
парашутно-десантний батальйон	15–20	20–25	25–30	
парашутно-десантний полк	5–7	7–8	9–10	
повітрянодесантна дивізія	3–4	5–6	6–7	

Втрати хворими змінювалися в порівняно невеликих межах і складали 0,08–0,15% за добу.

У структурі санітарних втрат у період Великої Вітчизняної війни переважними були поранення. На підводних човнах поранення складали 15–90%, на надводних кораблях – близько 80% і в берегових частинах – до 92–94% усіх санітарних втрат. Поранення на кораблях були більш великими і важкими в порівнянні з береговими частинами і тому нерідко ускладнювалися шоком, частота якого була в 1,5–2 рази вище.

Таблиця 5

**Вірогідні санітарні втрати у військово-морських базах  
(у % кількості особового складу)**

Категорії санітарних втрат	Військово-морська база		Райони біля бойових дій	Інші райони базування
	Середньодобові санітарні втрати	Санітарні втрати за операцію	Середньодобові санітарні втрати	
Поранені звичайними видами зброї	0,5–0,6	4–5	0,3–0,4	0,15–0,2
Поранені хімічною зброєю	0,3–0,4	2,4–3,2	0,2–0,3	0,1–0,2
Поранені бактеріологічною зброєю	0,2–0,4	1,6–3,2	0,2–0,3	0,1–0,2
Реактивні стани (психогенії)	0,1–0,15	0,8–1,2	0,1–0,15	0,1–0,15
Хворі (соматичні)	0,1–0,15	0,8–1,2	0,1–0,2	0,1–0,2

Значно більшими, у порівнянні з береговими частинами, в структурі санітарних втрат на кораблях була питома вага опіків, контузій і отруєнь. Так, у загальному числі санітарних втрат опіки на надводних кораблях складали 2–8%, на підводних човнах – 23–24%, а контузії й отруєння складали відповідно на надводних кораблях 7–8% і 1–2%, на підводних човнах – 9–12% і 20–60%. Значна питома вага в структурі санітарних втрат на корабельних силах займали відмороження (переохолодження) – 7–8%. У сухопутних військах відмороження складали усього 3%.

Структура санітарних втрат за локалізацією поранень на кораблях істотно відрізнялася від структури поранень у берегових частинах. Поранення голови, наприклад, на надводних кораблях були в два рази частіше (до 20%), а поранення верхніх кінцівок – у півтора рази частіше (до 23%), чим у берегових частинах. На підводних же човнах поранення голови зустрічалися лише в 5–6% випадків.

Своєрідним, відповідно до конкретних умов обстановки очікується розподіл санітарних втрат за окремими угрупованнями сил, що беруть участь у бойових діях, за районами, завданнями, рубежами, а також нерівномірність їхнього виникнення за періодами бойових дій (максимальні добові втрати, «піки» втрат при бою за висадження десанту і т. ін.) [8].

Таблиця 6

**Можливі санітарні втрати частин та з'єднань за період виконання бойового завдання (у % чисельності особового складу)**

Частина, з'єднання	Санітарні втрати				
	вогнепальна зброя	хімічна зброя	ЗМУ	хворі (за добу)	Всього
З'єднання підводних човнів	1,5–2	–	1–2	0,1–0,2	2–5
З'єднання надводних кораблів	5–6	–	13–18	0,1–0,2	18–25
Ракетно-артилерійський полк у наступі	15–25	3–6	20–30	0,1–0,2	40–50
Полк морської піхоти у наступі	10–15	3–8	15–25	0,1–0,2	25–40
Полк морської піхоти в обороні	16–12	3–6	10–20	0,1–0,2	20–30
Бригада морської піхоти у наступі	8–10	3–4	12–15	0,1–0,2	18–26
Бригада морської піхоти в обороні	5–9	4–5	10–12	0,1–0,2	15–23
Дивізія морської піхоти у наступі	4–8	3–4	10–15	0,1–0,2	20–40
Дивізія морської піхоти в обороні	3–6	5–8	11–22	0,1–0,2	19–35
Пункт базування, гарнізон	2–6	5–10	20–30	0,1–0,2	30–40
Парашутно-десантний полк у наступі	6–10	7–12	4–5	0,1–0,2	17–27
Парашутно-десантний полк в обороні	10–15	7–12	4–5	0,1–0,2	17–37
Повітрянодесантна дивізія у наступі	3–7	2–6	0,5–2,5	0,1–0,2	6–16
Повітрянодесантна дивізія в обороні	3–5	6–8	10	0,1–0,2	19–24

Величина санітарних втрат на кораблях від сучасних видів звичайної зброї може бути характеризувана (у % чисельності особового складу) наступними даними: на надводних кораблях 1–2-го рангу – 10–15%, 3–4-го рангу – 20–35%, на підводних човнах – 20–25%, на з'єднанні надводних кораблів – 4–6%, підводних човнів – 2–3% [9].

Структура санітарних втрат від звичайних видів зброї на надводних кораблях буде близькою до структури періоду Великої Вітчизняної війни

(поранення – 70–80%, контузії – 10%, опіки – 3–8%, відмороження і переохолодження – 10%, отруєння – 2–3%). На підвідних човнах залежно від характеру аварійно-бойової ситуації поранення можуть скласти від 20 до 70%, контузії – від 5 до 35–40%, опіки – до 20% і отруєння – до 60% [10].

В умовах сучасної війни варто враховувати можливість появи санітарних втрат за рахунок реактивних станів, під якими розуміється збірна група захворювань, патологічних реакцій, що виникають під впливом сильної психічної травми. Розрахунки показують, що середньодобові санітарні втрати за рахунок реактивних станів можуть скласти від 0,08 до 0,2% чисельності особового складу з'єднань і об'єднань флоту [11].

У структурі санітарних втрат реактивні стани можуть скласти 5–10% загальної кількості санітарних втрат від зброї масового ураження.

Таблиця 7

### Орієнтовна структура бойових санітарних втрат флоту в операціях

Основні категорії бойових санітарних втрат за видами зброї та їх можлива питома вага (%) за період операції (20–30 діб)	Структура уражень за ведучою ознакою та характером ураження (у % кількості уражених даним видом зброї)	Структура уражень (травм, поранень), %					
		За ступенем важкості			За локалізацією травми, поранення		
		тяжка	середня	легка	Голова, шия, хребет	Груди, живіт, таз	Кінцівки, чисельні поранення
Ураження звичайними видами зброї (10–25)	Поранення (85–90)	35–40	30–35	25–30	30–33	14–17	51–52
	Контузії (5–10)	30–35	25–30	35–40			
	Опіки (3–5)	25–30	30–35	35–40			
	Всього за даним видом зброї (100)	35–40	30–35	30–35	30–35	15–20	50–55
Ураження хімічною зброєю	Ураження ФОР-Ор типу Віікс (80–95)	45–50	10–15	40–45			
	Ураження ОР типу Іприт (5–20)	40–45	25–30	30–35			
Ураження бактеріологічною зброєю	Ураження контагіозними бактерійними засобами (25–30)	20–30	40–60	20–30			
	Ураження токсинами (70–75)	45–50	25–30	20–25			
Вірогідна структура санітарних втрат психоневрологічного профілю: реактивні стани – 40–45%.							
Закрита травма головного мозку – 30–35%.							
Нерво-психічні порушення (захворювання) – 20–30%.							



Розміри небойових санітарних втрат (хворі) у період Великої Вітчизняної війни в середньому за добу склали 0,1–0,2% чисельності особового складу кораблів, частин і з'єднань. У деяких військово-морських базах у визначені періоди вони були значно більшими – до 0,3–0,5%. Серед усіх хворих хворі терапевтичного профілю склали 60–65%, хірургічного профілю – до 30–40%. У структурі небойових санітарних втрат переважними були хвороби органів травлення – 20–25%, інфекційні хвороби – 15–30%, хвороби органів дихання – 15–20%, шкірно-венеричні хвороби – 10–15% і хвороби серцево-судинної системи – 5–10%.

Варто очікувати, що щодобові небойові санітарні втрати в умовах сучасної війни залежно від конкретних умов будуть орієнтовно коливатися в межах 0,1–0,3% чисельності особового складу. Структура ж небойових санітарних втрат буде дуже різноманітною і залежати від характеру бойових задач, що виконуються ВМС, рівня опромінення особового складу в результаті застосування ЗМУ, санітарно-епідемічного стану кораблів, частин, з'єднань, районів базування і т.п.

В структурі санітарних втрат від звичайних видів зброї у порівнянні з періодом Великої Вітчизняної війни варто очікувати зростання питомої ваги опіків і контузій у 1,5–2 рази, істотного зростання категорій тяжкопоранених, збільшення летальності орієнтовно до 20–25% і більше; зменшення числа поранених і хворих, повернутих у лад (орієнтовно – до 40–50%, а в перші 60 діб – до 30%), а також зміни співвідношення санітарних і безповоротних втрат у бік збільшення безповоротних.

Руйнування житлового фонду, атомних електростанцій, промислових підприємств хімічної промисловості, порушення системи водопостачання, виникнення великих зон радіоактивного і хімічного забруднення викликають значне погіршення санітарно-епідемічного стану районів базування ВМС і території країни, що буде сприяти виникненню і поширенню інфекційних захворювань. По орієнтованих розрахункових даних, кількість інфекційних хвороб в цих умовах може зрости в 2–3 рази. Таке положення буде вимагати від командування ВМС і медичної служби значних зусиль у проведенні трудомістких і високоефективних санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів.

Наведена коротка і схематизована характеристика уражених і хворих залишиться вкрай не повною, якщо спеціально не підкреслити, що названі форми патології часто будуть зустрічатися в тих або інших сполученнях у різних хворих. Нерідко будуть спостерігатися комбінації виражених форм терапевтичної та хірургічної патології з легкою вогнепальною й опіковою травмами, тобто такі форми комбінованих бойових уражень, при яких потерпілі будуть потребувати переважно терапевтичної або хірургічної допомоги та лікування.

## Висновки

1. На формування величини та структури санітарних втрат корабельного особового складу ВМС визначальний вплив мають характер застосованої зброї, тактико-технічні характеристики кораблів та ступень їх ушкодження.

2. Співвідношення основних категорій потерпілих у структурі санітарних втрат особового складу флоту у війнах і збройних конфліктах другої половини ХХ століття, в цілому, стійке: перше місце займають поранення (близько 80,0–90,0%), друге місце – опіки (6,0–20,0%), третє місце – контузії та забої (6,0–8,0%). Дана структура санітарних втрат ВМС зберігається, в основному, і в сучасних збройних конфліктах на морі.

3. Розмір санітарних втрат хворими залежить від санітарно-епідеміологічної обстановки, напруженості та тривалості бойових дій, клімато-географічних умов.

Отримані дані щодо величини та структури санітарних втрат ВМС можуть використовуватись як вихідні дані при дослідженні лікувально-евакуаційного забезпечення ВМС ЗС України, при плануванні медичного забезпечення ВМС у ході командно-штабних навчань та при підготовці військових лікарів для ВМС.

## Література

1. Дорошенко Ю.П. Исторические тенденции развития лечебно-эвакуационного обеспечения боевых действий корабельных сил флота и их современное значение: автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 20.01.08 "Тил Збройних сил" / Ю.П. Дорошенко. – Л., 1984. – 228 с.

2. Левченко Ф.М. Санітарні втрати військово-морських сил за досвідом війн та збройних конфліктів другої половини ХХ ст. / Ф.М. Левченко, О.В. Охонько, А.М. Галушка // Військова медицина України. – 2002. – № 1. – С. 23–31.

3. Военно-морская терапия: учебник / [под. ред. В.Б. Симоненко, С.А. Бойцова, В.М. Емельяненко]. – М., 1999. – 544 с.

4. Пасько В.В. Историчні аспекти розвитку організаційних форм лікувально-евакуаційного забезпечення військово-морських сил під час воєнних конфліктів / В.В. Пасько, О.В. Охонько // Військова медицина України. – № 1–2. – 2003. – С. 130–138.

5. Пасько В.В. Система медичного забезпечення Збройних Сил України в умовах воєнних конфліктів різної інтенсивності / В.В. Пасько., М.І. Бадюк, А.С. Котуза // Військова медицина України. – 2005. – №1. – С. 5–11.

6. Справочник офицера-оператора медицинской службы ВМФ / [под ред. Н.Т. Потемкина]. – М. : Воениздат, 1984. – 208 с.

7. Методика расчета величины и структуры санитарных потерь от отравляющих веществ нервно-паралитического действия вероятного противника в зависимости от эффективности медицинской помощи. – М., 1987. – 24 с.

8. Парфенов В.С. Структура санитарных потерь на кораблях ВМФ / В.С. Парфенов // Воен.-мед. журн. – 1969. – № 4. – С. 62–63.

9. Рухляда Н.В. Минно-взрывная травма на военно-морском флоте / Н.В. Рухляда // Воен.-мед. журн. – 2001. – № 2. – С. 70–74.

10. Рухляда Н.В. К организации медицинской помощи при переохлаждении в морской воде / Н.В. Рухляда, Ю.Г. Доронин // Воен.-мед. журн. – 1996. – № 3. – С.48–53.

11. Комбинированные поражения на Военно-Морском Флоте: учеб. пособие для курсантов и слушателей Военно-медицинской академии РФ / Н.В. Рухляда, А.П. Уточкин, Ю.Г. Доронин [и др.]. – СПб., 1998. – 60 с.

## САНИТАРНЫЕ ПОТЕРИ ЛИЧНОГО СОСТАВА В СОВРЕМЕННЫХ МОРСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

**А.В. Охонько**

**Резюме.** В статье освещены вопросы относительно величины и структуры санитарных потерь ВМС, которые могут использоваться как исходные данные при исследовании лечебно-эвакуационного обеспечения ВМС Украины, при планировании медицинского обеспечения ВМС в ходе командно-штабных учений и при подготовке военных врачей для ВМС.

**Ключевые слова:** санитарные потери, лечебно-эвакуационное обеспечение, медицинское обеспечение.

## HEALTH CASUALTIES IN MODERN NAVAL OPERATIONS

**O. Okhonko**

**Summary.** The article highlights the issue of the size and structure of sanitary losses Navy, which can be used as inputs in the study of medical evacuation support Naval Forces of Ukraine, in the planning of medical support Navy during command post exercises and in training of military doctors for the Navy.

**Key words:** health loss, medical evacuation support, medical support.

УДК 616.366-002-036.12-08:616.34-002.2

## ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЦИКЛОФЕРОНА И ЦИТОФЛАВИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ, ВЫЗВАННЫМИ УСЛОВНО-ПАТОГЕННОЙ МИКРОФЛОРОЙ

**Н.А. Пересадин, В.А. Терёшин,  
А.А. Тасенко, А.М. Семко**

**Резюме.** В статье изучено применение циклоферона и цитофлавина у больных с острыми кишечными инфекциями, вызванными условно-патогенными бактериями.

**Ключевые слова:** циклоферон, цитофлавин, острые кишечные инфекции, условно-патогенные бактерии

В последние десятилетия прошедшего XX и в наступившем XXI столетии наблюдаются ощутимые изменения этиологической структуры и особенностей клинического течения инфекционных заболеваний, что требует,