

**Міністерство охорони здоров'я України
Харківський національний медичний університет
Обласна клінічна інфекційна лікарня, м. Харків**

**АНТИБАКТЕРІАЛЬНА ТЕРАПІЯ У ХХІ СТОРІЧЧІ:
ПРОБЛЕМИ ТА ДОСЯГНЕННЯ**

**Матеріали науково-практичної конференції
за участю міжнародних спеціалістів
в рамках реалізації глобальної кампанії ВООЗ
«Антибіотики: використовуйте обережно!» та Другого
Всесвітнього тижня правильного застосування антибіотиків**

(23 листопада 2016 року, м. Харків)

Харків

2016

УДК: 616.9-085.281(06)

Редакційна колегія:

проф., д.мед.н. *В.М. Козько* (відповідальний редактор)

проф., д.мед.н. *А.В. Бондаренко*

проф., д.мед.н. *В.О. Терьошин*

доц., д.мед.н. *К.В. Юрко*

доц., к.мед.н. *Н.Ф. Меркулова*

доц., к.мед.н. *О.Є. Бондар*

к.мед.н. *А.В. Гаврилов*

к.мед.н. *А.В. Сохань*

Партнери конференції:

Медична лабораторія «СІНЕВО»

VALARTIN PHARMA

ANANTA MEDICARE

БИОФАРМА

© Харківський національний медичний університет, 2016

© Кафедра інфекційних хвороб ХНМУ, 2016

Андрєєва І.А.¹, Остромицька В.М.²

ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ РАЦІОНАЛЬНОГО ВИКОРИСТАННЯ АНТИБАКТЕРІАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ

¹ДЗ "Дніпропетровська медична академія МОЗ України"

²КЗ "Дніпропетровський спеціалізований клінічний медичний центр матері та дитини ім. проф. М.Ф. Руднєва" ДОР, м. Дніпро, Україна

В сучасних умовах політика застосування антибіотиків повинна базуватися на вивченні антибіотикорезистентності мікроорганізмів і саме результати мікробіологічних досліджень мають бути підставою для розробки раціональної стратегії й тактики використання антибактеріальних препаратів. Найбільш інформативним методом нагляду за антибіотикорезистентністю в сучасних умовах є впровадження в роботу установ охорони здоров'я мікробіологічного моніторингу (hospital-wide surveillance). Мікробіологічний моніторинг є невід'ємною частиною системи інфекційного контролю й дозволяє стежити за циркуляцією збудників інфекцій, пов'язаних з наданням медичної допомоги, змінами в їхній структурі, тенденціями розвитку стійкості до антимікробних препаратів. Результати визначення чутливості мікроорганізмів до антибіотиків і подальший аналіз антибіотикорезистентності із застосуванням комп'ютерної програми WHONET забезпечують раціональний вибір антибіотикотерапії та дозволяють коректувати тактику емпіричного й періопераційного застосування антимікробних препаратів, сприяють виявленню госпітальних штамів мікроорганізмів, а також є підґрунтям боротьби з антибіотикорезистентністю як загальнобіологічною проблемою. Розробка раціональної стратегії й тактики використання антибактеріальних препаратів на основі мікробіологічних досліджень має стати основою для визначення політики застосування антибіотиків і надалі побудови формулярної системи лікарського забезпечення. Саме формулярна система як комплекс організаційних, фінансових, медичних та технічних заходів повинна бути спрямована на створення умов для гарантованого забезпечення лікарськими

препаратами громадян, які мають встановлене законодавством право на отримання висококваліфікованої лікарської допомоги за рахунок бюджетних коштів.

Таким чином, дані про циркулюючі штами мікроорганізмів мають бути підставою для контрольованого призначення антибактеріальних препаратів з урахуванням визначеної чутливості мікроорганізмів. Рациональна стратегія і тактика використання антибактеріальних препаратів на основі мікробіологічних досліджень має стати основою для забезпечення нагляду за циркуляцією мікроорганізмів та забезпечення епідеміологічної безпеки лікувального процесу.

Андрєєва І.А., Чемерис О.Л.

РОЛЬ МІКРОБІОЛОГІЧНОЇ ЛАБОРАТОРІЇ В СИСТЕМІ ГЛОБАЛЬНОЇ БЕЗПЕКИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

ДЗ "Дніпропетровська медична академія МОЗ України", м. Дніпро, Україна

На сучасному етапі безпека є серйозною проблемою для глобальної системи охорони здоров'я. Ризик набуття внутрішньолікарняної інфекції під час перебування в стаціонарі вимагає впровадження в діяльність медичних установ системних заходів. Для вирішення цих проблем охорони здоров'я використовується сучасна й ефективна система інфекційного контролю. Зокрема, складовою інфекційного контролю є визначення чутливості мікроорганізмів до антибіотиків.

Досконалі, високоякісні медико-біологічні дослідження, що проводяться відповідально, надійно і безпечно, можуть покращити глобальну безпеку в галузі охорони здоров'я та сприяти економічному розвитку, науково-обґрунтованій політиці, суспільній довірі та довірі до науки. З цих позицій слід приділили пильну увагу забезпеченню лабораторного обслуговування пацієнтів в медичних закладах України. Однак, рівень розвитку мікробіологічних

досліджень в Україні не відповідає сучасним потребам, рівень стандартизації та автоматизації мікробіологічних досліджень залишається одним з найнижчих серед європейських країн. Це призводить до численних помилок в аналізах, які часто залишаються непоміченими, результати видаються з великою затримкою і не відповідають запитам клініцистів. Об'єм та рівень мікробіологічних досліджень повинні відповідати умовам та профілю стаціонару. Тестування виділених збудників на наявність чутливості/резистентності повинне виконуватися на основі набору антибіотиків для тестування, погодженого з лікарями, клінічними фармакологами й госпітальними епідеміологами з урахуванням специфіки відділень та контингенту пацієнтів. Надійність роботи бактеріологічної лабораторії визначає ефективність антимікробної терапії та раціонального застосування антибактеріальних препаратів. Сьогодні в більшості баклабораторій України чутливість мікроорганізмів визначається ручним «дисковим» методом, який є досить суб'єктивним і вимагає значного часу і зусиль персоналу навіть при аналізі всього декількох антибіотиків в одній концентрації кожен. Внаслідок цього, типовою клінічною практикою є призначення пацієнтам завідомо високих доз антибіотиків з метою отримання терапевтичного ефекту напевно. Неконтрольоване застосування антибіотиків в решті решт призводить до появи полірезистентних штамів мікроорганізмів. Найбільш перспективним у плані стримування росту антибіотикорезистентності є моніторинг чутливості, проведений за допомогою автоматизованих аналітичних систем визначення чутливості мікроорганізмів до антимікробних препаратів. На сучасному етапі медичного обслуговування населення необхідне оснащення лабораторій, які проводять етіологічну розшифровку та надають дані для проведення мікробіологічного моніторингу, сучасним лабораторним устаткуванням, діагностичними системами. Висока мінливість мікроорганізмів змушує лабораторію завжди бути напоготові; ціна помилки - не тільки здоров'я й життя пацієнта, але й епідеміологічне благополуччя регіону. З метою поліпшення організації діяльності бактеріологічних лабораторій, підвищення ефективності діагностики необхідне

створення референс-лабораторій, фахівці яких повинні володіти сучасними (референтними) методами, проводити ідентифікацію збудників внутрішньолікарняних інфекцій і підтверджувати нові фенотипи резистентності, що з'являються у мікроорганізмів. Вимогою сучасності є створення єдиної системи нагляду за антибіотикорезистентністю мікроорганізмів, виділених у стаціонарах міст країни шляхом оперативного обміну епідеміологічно важливою інформацією між стаціонарами й лабораторіями. Такий підхід необхідний у всесвітньому масштабі, з огляду на те, що застосування антибіотиків в одних місцях впливає на резистентність до них на віддалених територіях. Резистентні штами вільно циркулюють між країнами й регіонами. Ефективність загальнонаціонального й глобального спостереження залежить від своєчасного обміну достовірною інформацією, отриманої в результаті мікробіологічного моніторингу місцевими лабораторіями.

Таким чином, безпека охорони здоров'я має міжнародне і національне значення. ВООЗ наголосила, що країни повинні терміново вжити зобов'язання щодо розробки та здійснення комплексних профінансованих національних планів по боротьбі зі стійкістю до протимікробних препаратів. Мікробіологічні дослідження повинні мати пріоритетне значення. Використання сучасних рішень в медичних закладах України дозволить значно підвищити надійність та своєчасність діагностики, значно підвищити ефективність сучасної охорони здоров'я та вивести українську медичну практику на рівень європейських стандартів.

Антонян И.М., Мегера В.В., Геглюк О.Н., Горленко Т.Н.

ОСОБЕННОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ИНФЕКЦИЯХ НИЖНИХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Медицинская академия последипломного образования, г. Харьков, Украина

Кафедра общей, детской и онкологической урологии

Введение. Осложненная инфекция мочевыводящих путей (ОИМВП) возникает на фоне структурных или функциональных нарушений мочевыводящих путей, сопутствующих заболеваний, влияющих на защитные механизмы макроорганизма и повышающих риск развития инфекции или неэффективности лечения. ОИМВП в большинстве стран мира являются одной из наиболее актуальных медицинских проблем. Ведущим возбудителем являются энтеробактерии, среди которых первое место занимает *E.coli*, на втором и третьем местах по частоте встречаемости находятся *Enterococcus spp.* и *Pseudomonas spp.* Лечение состоит из 3-х основных направлений: восстановление уродинамики, антибактериальная (АБТ) и поддерживающая терапия. К особенностям терапии ОИМВП относят длительное течение и склонность к переходу в хроническую стадию с частыми рецидивами. Поэтому рекомендуемая длительность лечения составляет от 7 до 14 дней, но иногда, в зависимости от клинической ситуации, может быть продлена до 21 дня.

Цель исследования. Оценка эффективности АБТ у пациентов с осложненной ИМВП в зависимости от длительности лечения.

Материалы и методы. Представлены результаты лечения 48 пациентов с ОИМП, разделенных на две группы: у 24 пациентов первой группы длительность АБТ составляла 5-7 дней, во второй группе (24 пациента) - 14-21 день. Всем пациентам проводилось микробиологическое исследование мочи и крови с определением чувствительности к антибактериальным препаратам. Факторами, обуславливающими ОИМВП были ДГПЖ, стриктуры уретры, камни мочевого пузыря, контрактура шейки мочевого пузыря, наличие

остаточной мочи, уретральный катетер, нейрогенный мочевой пузырь. Все пациенты неоднократно находились на лечении в связи с ОИМВП, резистентной к антибиотикам первой линии терапии. В нашем исследовании использовалась монотерапия (парентерально цефалоспорины IV поколения, карбопенемы, препараты фосфоновой кислоты) с учетом чувствительности микроорганизма к препарату, доза которого определялась по формуле Кокрофта–Голта (клиренс креатинина - КК). Коррекция дозы проводилась только у пациентов с $КК \leq 50 \text{ мл/мин}$. Безопасность и эффективность лечения оценивали в динамике (клинический и биохимический анализы крови, коагулограмма, общий анализ мочи). Контрольное бактериологическое исследование мочи проводилось на 5, 7, 19 и 26 сутки.

Результаты и их обсуждение. Наиболее распространенной инфекцией у пациентов обеих групп была *E.coli* – у 31 (64,6%), *Klebsiella pneumoniae* наблюдалась у 8 (16,7%) больных, *Pr. aeruginosa* – у 6 (12,5%), *Pr. mirabilis* – у 3 (6,25%).

Клиническое излечение на 3 сутки наблюдалось у 43 (89,6%) больных, микробиологическая эрадикация возбудителя на 5 и 7 сутки - у 45 (93,7%) больных в обеих группах. Эффективность лечения на 7-е сутки в первой группе составила 10 (41,7%) пациентов, во второй - 21 (87,5%).

При оценке эффективности АБТ на 19 сутки возобновление симптомов ОИМВП и рост в бактериологическом посеве мочи отмечены у 7 пациентов (29,2%) первой группы и у 1 (4,2%) - второй. На 26 сутки при оценке клинической и микробиологической эффективности лечения рецидив инфекции наблюдался у 10 больных (58,3%) первой группы и у 3 (12,5%) - во второй.

Выводы. Лечение ОИМВП довольно сложный и длительный процесс. К выбору терапии необходимо подходить с особой рациональностью, учитывая эффективность препарата и все возможные риски от его приема. Ведущим возбудителем в возникновении данной патологии является *E. coli* – 64,6%. Выбор АБТ должен осуществляться только с учетом бактериологического

посева мочи и определением чувствительности к препарату. Это позволит повысить эффективность лечения и предупредить развитие резистентности микроорганизмов. В группе АБТ коротким курсом (7 дней) рецидивы возникали у 29,2% пациентов уже через 12 дней с момента окончания терапии, а через 19 дней - у 58,3%. При пролонгированных курсах АБТ (14-21 день) на 19 день лечения рецидивы возникали у 4,2% пациентов, а на 5-7 день после завершения терапии - у 12,5%. Таким образом, с целью достижения клинического и микробиологического излечения ОИМВП длительность АБТ должна составлять не менее 14-21 дня.

Бабаджан В.Д., Кравчун П.Г.

ПРОФІЛАКТИКА, ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ АЛЕРГІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ

Харківський національний медичний університет, Україна

Антибіотики є однією з найбільш частих причин медикаментозної алергії. Більшість імунологічно опосередкованих реакцій виникають на метаболіти антибактеріальних препаратів. Найбільш грізним ускладненням терапії антибіотиками є анафілаксія - гостра, небезпечна для життя IgE-залежна алергічна реакція, що розвивається протягом 5-30 хв після застосування антибактеріального препарату, для якої характерні дифузна еритема, свербіж шкіри, кропив'янка, набряк Квінке, бронхоспазм, набряк гортані, гіпотензія, аритмії, які часто призводять до анафілактичного шоку. Найбільш частою причиною розвитку анафілаксії є беталактами (пеніцилін), які дають більшість летальних випадків внаслідок анафілактичних реакцій. Крім того, деякі захворювання асоціюються з підвищеним ризиком розвитку алергічних реакцій на антибіотики. Так у пацієнтів, інфікованих вірусом Епштейна-Барра (інфекційний моноклеоз), цитомегаловірусом, ВІЛ, при хронічному лімфолейкозі, подагрі, відзначається значно більш висока частота виникнення

макулопапулезного висипу, наприклад, при застосуванні амоксаціліна. До негайного і/або прискореного варіанту реакцій на антибіотики відносять кропив'янку та ангіонабряк (набряк Квінке). Деякі антибіотики, такі як поліміксин, ципрофлоксацин, левофлоксацин можуть викликати кропив'янку без залучення IgE, шляхом активації комплементу або прямої дії на гладкі клітини (Псевдоалергійний механізм) - в цьому випадку шкірні проби зазвичай неінформативні. До пізніх генералізованих проявів алергії на антибіотики відноситься сироваткоподібний синдром. Основний механізм його розвитку пов'язаний з утворенням імунних комплексів і з подальшою їх фіксацією в органах-мішенях, активацією комплементу і цитотоксичних клітин. Іншим варіантом пізніх алергічних реакцій є медикаментозна лихоманка. До пізніх, але одним з найбільш частих проявів алергії на антибіотики, відноситься макулопапульозна або кореподібна висипка, яка частіше виникає при застосуванні β -лактамів і сульфаніламідів. Контактний алергічний дерматит - прояв алергії уповільненої типу при нанесенні антибіотиків на шкіру.

Разом з тим, діагностика алергії на антибіотики представляє невирішену задачу. В даний час, немає жодного методу як *in vivo*, так і *in vitro*, який би дозволив лікарю достовірно і без будь-якої небезпеки для хворого поставити етіологічний діагноз медикаментозної алергії. Однак, використання сукупності алергологічного і фармакотерапевтичного анамнезу, тестів *in vivo* і *in vitro* дозволяє значно знизити ризик виникнення медикаментозної алергії при використанні антибіотиків. Шкірні проби дозволяють виявити ризик розвитку анафілактичної реакції переважно щодо β -лактамічних антибіотиків, аміноглікозидів і сульфаметоксазолу.

Балак А.К., Габышова Л.С., Днестрянская Л.И.,

Светличная К.В., Петренко Е. А.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ И ПОКАЗАНИЯ К АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ

Выбор антибактериальных препаратов для лечения инфекционных процессов в педиатрической практике представляет значительные трудности в связи с низким уровнем этиологической расшифровки, меняющимися представлениями об эволюции и смене возбудителей ряда инфекционно-воспалительных заболеваний (инфекции верхних и нижних дыхательных путей, ЛОР-органов, органов мочевой системы, кишечные инфекции), ростом резистентности микроорганизмов. Лечение болезней органов дыхания также не представляется педиатру простым делом, так как ведь это самая частая патология у детей. При выборе антибактериальной терапии в практической работе необходимо сочетать решение тактических задач, к которым относится рациональный выбор антибактериального препарата с наибольшим терапевтическим и наименьшим токсическим воздействием, с решением стратегической задачи, которую определяют как уменьшение селекции и распространения резистентных штаммов микроорганизмов в популяции. Главный принцип - целенаправленное проведение, назначение антибактериального препарата в соответствии с чувствительностью возбудителя. Антибиотик должен создавать терапевтическую концентрацию в очаге инфекции. Выбор антибиотика с максимальной эффективностью и минимальной токсичностью должен сочетаться с наименьшей стоимостью лечения. При выборе антимикробных препаратов необходимо учитывать не только характер возбудителя и его чувствительность к антибиотикам, но и возраст, возможные аллергические проявления, оценку функции почек и печени. Использование у детей некоторых препаратов из-за их токсичности запрещено: фторхинолонов - до 12 лет, тетрациклинов - до 8 лет. Большой

объем внеклеточной жидкости ребенка требует использования больших, по сравнению со взрослыми, доз препаратов в расчете на 1 кг массы тела. При коротких курсах антибиотиков применять биопрепараты и противогрибковые средства нет смысла, так как клинически выраженный дисбактериоз (псевдомембранозный колит) и усиление роста дрожжевых грибов развиваются редко. Исключение составляют дети первого месяца жизни и больные с иммунодефицитными состояниями. Одним из важнейших аргументов против профилактического использования антибиотиков является щадящее отношение к условнопатогенной аутофлоре, которая в физиологических условиях препятствует колонизации, патогенной флорой и развитию антибиотик-ассоциированной диареи. К основным критериям, лежащим в основе выбора антибактериальных препаратов у детей, относят активность воспаления, тяжесть течения болезни, предполагаемые бактериальные возбудители инфекции и их чувствительность к антибиотикам, побочные эффекты препаратов, возраст ребенка и переносимость им антибиотика. Помимо риска побочных эффектов и развития резистентности микроорганизмов в связи с широким применением антибиотиков становится все более очевидным их влияние на развитие иммунной системы ребенка. Дети первых месяцев жизни склонны давать иммунный ответ преимущественно Т-хелпер - 2-го типа (Th2), при котором снижена продукция γ -интерферона, интерлейкина 2, иммуноглобулина G и повышен синтез иммуноглобулина E. Преобладание ответа Th2 у детей объясняет большую частоту у них аллергических проявлений. Созревание иммунной системы с развитием преимущественно ответа Th1-го типа происходит под влиянием внешних воздействий, в первую очередь микробных. Подавление размножения эндогенной микрофлоры антибиотиками, неоправданно применяемыми при каждом ОРВИ, и может способствовать замедлению созревания ответа Th1-го типа. Имеется ряд исследований, в которых раннее применение антибиотиков ассоциировалось с развитием бронхиальной астмы.

Выводы. Учитывая продолжающий рост резистентности возбудителей инфекционных заболеваний, на сегодняшний день одной из актуальных проблем современной медицины остается рациональная антибиотикотерапия. Несмотря на большой арсенал антибактериальных препаратов, разработанных и внедренных в лечебную практику, их применение должно быть строго обоснованно и контролировано в процессе лечения.

*Беловол А.Н., Ткаченко С.Г., Береговая А.А., Татузян Е.Г., Колганова Н.Л.,
Николаева В.Б.*

РАЦИОНАЛЬНАЯ ТОПИЧЕСКАЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ПИОДЕРМИЙ

*Харьковский национальный медицинский университет, Украина
Кафедра дерматологии, венерологии и медицинской косметологии*

Возбудителями пиодермий сегодня в основном являются гноеродные кокки – стафилококки и стрептококки, а также их ассоциации с вульгарным протеом, синегнойной палочкой и др. Известна высокая резистентность этих микроорганизмов к антибиотикотерапии, однако именно этиологическое лечение является основным в терапии пиодермий.

Мупироцин - антибактериальный препарат, не имеющий химического сродства с системными антибиотиками, который оказывает антибактериальное действие путем нарушения синтеза РНК и белков в клетках бактерий. Он обладает высокой активностью против патогенных стафилококков и стрептококков, низкой активностью против представителей нормальной микрофлоры кожи и не активен в отношении энтерококков, анаэробов и некоторых других микроорганизмов. Имеет хороший профиль безопасности, не вызывает фотосенсибилизации и тератогенного эффекта. В настоящее время не описано перекрестной резистентности мупироцина с другими антибактериальными препаратами.

В клинической практике используется в виде 2% мази на полиэтиленгликолевой основе для топического лечения первичных и вторичных инфекций кожи, вызванных мупироцинчувствительными микроорганизмами. По данным различных авторов, эффективность мупироцина сравнима с другими местными и даже системными антимикробными препаратами при лечении вторичных инфекций кожи, и превосходит эффективность системного применения цефалексина, ампициллина, эритромицина, достоверно выше группы контроля в лечении первичных инфекций кожи.

Наш опыт клинического использования 2% мази мупироцина 2 раза в день подтвердил высокую терапевтическую эффективность в лечении вульгарного сикоза, фурункулов, импетиго, диффузной стрептодермии при хорошей переносимости. Использование мупироцина в комплексном лечении первичных инфекций кожи ускоряло динамику клинического улучшения и способствовало достижению клинического выздоровления. Мазь мупироцина также успешно применялась коллективом нашей кафедры в лечении резистентных вторичных бактериальных инфекций кожи на фоне чесотки, атопического дерматита, псориаза, педикулеза.

Ограничения в применении топического мупироцина обусловлены особенностями полиэтиленгликолевой основы мази, что может вызывать развитие простого контактного дерматита при нанесении на поврежденную кожу, имеет невысокий риск развития аллергического дерматита. Препарат следует с осторожностью применять при обширных повреждениях кожи и при ожогах у пациентов с нарушением функции кожи, учитывая нефротоксическое действие при резорбции основы мази.

ОПРОС ВРАЧЕЙ УКРАИНЫ И КАЗАХСТАНА О СТУПЕНЧАТОЙ ТЕРАПИИ

Медицинская академия последипломного образования, г. Харьков, Украина

Цель работы: проанализировать состояние знаний врачей Украины и Казахстана о ступенчатой терапии и возможные препятствия на пути ее внедрения в клиническую практику.

Материалы и методы. Для анализа знаний врачей о ступенчатой терапии и возможных препятствий на пути ее внедрения в клиническую практику были сформулированы 10 вопросов, к каждому из которых предлагалось по 5 вариантов ответов. Респонденты могли выбрать любое количество (от 0 до 5) вариантов ответов, которые они считали правильными. В опросах во время научно-практических конференций приняло участие 123 врача в Украине и 82 врача в Казахстане.

Результаты. На вопрос о том, что такое ступенчатая терапия, правильно ответили 98 (79,7%) респондентов в Украине и 26 (31,7%) – в Казахстане. В Украине в своей практике «при первой возможности» или «часто» ступенчатую терапию используют 49 (39,9%) опрошенных, в Казахстане – 22 (26,8%). К классам антибиотиков, которые применяются для проведения ступенчатой терапии, ошибочно отнесли аминогликозиды 32 врача в Украине (26%) и 22 (26,8%) – в Казахстане, тетрациклины – соответственно 14 (11,4%) и 11 (13,4%). Большинство опрошенных в обеих странах считают, что сопутствующие заболевания способны снижать эффективность ступенчатой терапии. Чаще других в этой связи упоминались хроническая почечная недостаточность (104 врача (84,6%) в Украине и 69 (78,1%) – в Казахстане) и тяжелые заболевания печени (100 (81,3%) и 64 (73,2%), соответственно). Более того, именно наличие сопутствующих заболеваний чаще всего упоминалось врачами в обеих странах в качестве фактора, затрудняющего своевременный перевод больных с парентерального введения антибиотиков на прием их внутрь (102 (82,9%)

положительных ответов в Украине и 56 (63,4%) – в Казахстане). Среди преимуществ, которые предоставляет использование ступенчатой терапии для пациентов, на первое место в обеих странах врачи поставили возможность завершения лечения в домашних условиях (109 (88,6%) положительных ответов в Украине и 72 (81,7%) – в Казахстане), за которыми следовали уменьшение количества инъекций (соответственно 106 (86,2%) и 52 (58,5%)) и уменьшение риска нозокомиальных инфекций (соответственно 106 (86,2%) и 44 (50%)).

Выводы: 1. Внедрению ступенчатой терапии в широкую клиническую практику препятствует недостаточная осведомленность врачей об этой технологии разумного использования антибиотиков. 2. Большинство врачей в обеих странах придает неоправданно большое значение наличию сопутствующей патологии и ошибочно связывает с нею снижение эффективности ступенчатой терапии.

Бобронникова Л.Р., Аль-Травнех Е.В.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Инфекционный эндокардит (ИЭ) относится к числу тяжелых заболеваний с высоким уровнем летальности. Под термином ИЭ подразумевается инфекционное поражение клапанов сердца или эндокарда, вызываемое бактериями, грибами, риккетсиями, хламидиями. Этиология эндокардита является одной из важнейших характеристик заболевания и в случае обнаружения возбудителя обязательно указывается в диагнозе. Хотя верифицировать возбудителя не всегда удается, а лечение необходимо начинать незамедлительно, часто прибегают к эмпирической терапии. Необходимо заметить, что в отсутствии лечения смертность при ИЭ составляет 100%. В последние годы отмечается значительный рост числа больных эндокардитом в

нашей стране и за рубежом. Поэтому актуальным является изучение рациональных схем антибиотикотерапии данного заболевания.

Цель - изучить эффективность комбинированной антибиотикотерапии ИЭ.

Материалы и методы: Обследовано 46 пациентов, у которых диагностирован ИЭ. Средний возраст пациентов составил $52,6 \pm 5,4$ года. Диагностика ИЭ осуществлялась в соответствии с модифицированными критериями Duke одобренными Американской кардиологической ассоциацией в 2005 г.

В зависимости от вида лечения, пациенты были разделены на группы: 1-я группа пациентов ($n=24$) получала антибиотикотерапию, в составе которой больные получали цефалоспорины III-IV поколений в комбинации с аминогликозидами и метронидазолом. Из группы цефалоспоринов назначались: цефтриаксон 2 г в сутки внутривенно (в/в), или цефотаксим 2 г в сутки в/в в сочетании с аминогликозидами (амикацин в суточной дозе 1,5 г в/в) и метронидазолом по 1,5-2 г в сутки в/в; 2-я группа ($n=22$) получала антибиотики группы линкозаминов: клиндамицин 1,2 г в сутки в/в или линкомицин 3 г в сутки в/в в сочетании с фторхинолонами (ципрофлоксацин 400 мг в сутки в/в). Мониторинг пациентов проводился на протяжении всего курса антибиотикотерапии и составил в среднем $27 \pm 4,5$ дней.

Статистический анализ был выполнен с использованием программы Microsoft Excel, Statistica for Windows 8,0.

Результаты исследования. У пациентов 2-й группы улучшение состояния наблюдалось в среднем на $17 \pm 2,5$ сутки лечения, которое характеризовалось нормализацией температуры, уменьшением проявлений сердечной недостаточности и постепенной нормализацией общеклинических показателей крови, данная динамика у пациентов 1-й группы наступала в среднем на $22 \pm 3,5$ сутки. У больных 1-й группы установлено 9 случаев развития антибиотикорезистентности, в сравнении с 3 случаями во 2-й группе ($p < 0,05$). У 10 пациентов 1-й группы выявлено развитие тяжелых осложнений в виде

септикопиемии, острой сердечной недостаточности или острой почечной недостаточности, по сравнению с 4 случаями осложнений во 2-й группе ($p < 0.05$). Установлен один летальный исход во 2-й группе и три в 1-й группе. Стоит отметить, что основным исходом заболевания в обеих группах больных, явилось формирование недостаточности клапанов сердца.

Выводы. Установлено, что лечение ИЭ с применением комбинации антибиотиков из групп линкозаминов и фторхинолонов, показало более скорое улучшение состояния больных, минимальный процент случаев антибиотикорезистентности и более низкие показатели развития тяжелых осложнений.

Бобронникова Л.Р., Бабенко Ю.В., Семенчук К.В.

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОМ

*Харьковский национальный медицинский университет, Украина
Кафедра клинической фармакологии*

По мнению многих ученых, применение антибактериальных препаратов у взрослых в лечении сальмонеллеза абсолютно показано при генерализованной форме, оправдано при наличии выраженного колитического синдрома, особенно его затяжном течении, у лиц с ослабленным иммунитетом и тяжелой сопутствующей соматической патологией. В то же время, соответственно стандартам специализированной медицинской помощи, при сальмонеллезе легкого, среднетяжелого, тяжелого течения вне зависимости от осложнений назначение противомикробных препаратов из группы фторхинолонов (ципрофлоксацин) показано всем взрослым пациентам, а при тяжелом течении показано применение цефтриаксона.

Цель: Определение длительности и выраженности основных симптомов сальмонеллеза у больных с гастроинтестинальной формой при использовании

противомикробных препаратов (фторхинолонов II поколения и/или цефалоспоринов III поколения).

Материалы и методы: Проанализированы 110 историй болезни взрослых больных с гастроинтестинальной формой сальмонеллеза, лечившихся в ХОКИБ в 2013–2015 гг.

Результаты: У 20 пациентов сальмонеллез протекал по типу гастроэнтероколита среднетяжелой или тяжелой степени, в остальных случаях отмечался гастроэнтеритический вариант, при этом тяжелое течение выявлено у 7 пациентов. Все больные с гастроэнтероколитическим вариантом получали ципрофлоксацин per os по 500 мг 2 раза в сутки. Лихорадка у них сохранялась в течение $2,3 \pm 0,4$ дней, диарея – $4,8 \pm 0,6$, боли в животе – $3,5 \pm 0,5$ дней; частота стула в первые 3–4 дня лечения – $11,1 \pm 1,4$ раз/сут. Больные с тяжелым течением при гастроэнтеритическом варианте также получали фторхинолоны и/или цефтриаксон в/м, при этом лихорадка длилась $2,1 \pm 1,0$ дня; диарея – $6,5 \pm 1,1$, боли – $4,5 \pm 0,8$ дней, кратность стула – $14 \pm 1,8$ раз/сут. Больные с гастроэнтеритическим вариантом среднетяжелым течением в 63,8% наряду с патогенетической терапией получали ципрофлоксацин (1-я группа), остальные – только патогенетическую терапию (2-я группа). В 1-й группе длительность лихорадки составила $2,4 \pm 0,2$ дня, диареи – $3,5 \pm 0,3$ и болей в животе – $2,9 \pm 0,2$ дней; частота стула – $8,1 \pm 0,7$ раз/сут; во 2-й группе $2 \pm 0,2$, $4,1 \pm 0,6$, $3,1 \pm 0,6$ дней соответственно, кратность стула в среднем $7,6 \pm 1,1$ раз/сут; при этом различия показателей в группах не были статистически достоверными ($p > 0,05$).

Выводы: Таким образом, при гастроэнтеритическом варианте сальмонеллеза среднетяжелого течения не выявлено влияния антибактериальной терапии (ципрофлоксацина) на длительность и выраженность основных симптомов.

Бобронникова Л.Р., Долгополова А.В., Котлик Я.В.

АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ГОСПИТАЛЬНЫХ ШТАММОВ ENTEROCOCCUS SPP.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Кафедра клинической фармакологии

Цель: Изучить чувствительность к антибактериальным препаратам клинических нозокомиальных штаммов *Enterococcus spp.*, выделенных у пациентов многопрофильного детского стационара.

Методы: Исследовано 40 штаммов *Enterococcus spp.*, изолированных из клинического материала от больных с нозокомиальными инфекциями кровотока, центральной нервной системы, мочевыводящих путей, кожи и мягких тканей, желудочнокишечного тракта, раневой хирургической инфекции в 2000-2001 гг. Чувствительность к антибиотикам определяли диско-диффузионным методом. Оценку результатов проводили в соответствии со стандартами NCCLS (США, 2000 г.). Контроль качества осуществляли с помощью референт-штамма *E. faecalis* ATCC 29212.

Результаты: Различные нозологические формы ВБИ у пациентов детского стационара в три раза чаще были обусловлены *E. faecalis*, чем *E. faecium* (77,5 и 22,5% соответственно). Спектры резистентности к антибиотикам двух видов энтерококков значительно различались. К ампициллину (и другим бета-лактамам, таким как пиперациллин и имипенем) были резистентны 100% штаммов *E. faecium*, а все штаммы *E. faecalis* – ему чувствительны. Устойчивость к гентамицину (высокий уровень содержания антибиотика) штаммов для *E. faecalis* и *E. faecium* составила 29% и 100%, соответственно; к стрептомицину (также высокий уровень) – 67,7% и 88,8% штаммов, соответственно. Все штаммы *E. faecalis* были чувствительны к фторхинолонам – цiproфлоксацину и офлоксацину. Резистентность *E. faecium* к цiproфлоксацину и офлоксацину составила 22%. Все изученные штаммы энтерококков были чувствительны к ванкомицину.

Обсуждение и выводы: Выявлены различия уровней резистентности к антибиотикам госпитальных штаммов двух видов энтерококков. Штаммы *E. faecalis* характеризовались высокой чувствительностью к ампициллину и гентамицину, комбинацию последних можно рекомендовать для терапии этих инфекций. Для *E. faecium*-инфекций в связи с высокой частотой резистентностью к ампициллину и гентамицину в качестве препарата выбора следует использовать ванкомицин.

Бобронникова Л.Р., Кузьмина В.В., Чепель И.А.

АНАЛИЗ ВЫБОРА АНТИБИОТИКОВ У СТАЦИОНАРНЫХ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Кафедра клинической фармакологии

Цель: Изучить рациональность выбора антибактериальных препаратов (АБП) и режимов их дозирования у пациентов с хронической почечной недостаточностью (ХПН).

Материалы и методы: Критерием выбора историй болезни для ретроспективного анализа был повышенный (>200 мкмоль/л) уровень креатинина сыворотки крови пациентов и сниженные значения клубочковой фильтрации (КФ) (< 80 мл/мин).

Результаты: В соответствии с критерием выбора было отобрано 68 историй болезни пациентов, из них I степень ХПН имели 8/68 (11,8%), II – 30/68 (44,1%), III – 30/68 (44,1%) пациентов. При анализе стартовой антибактериальной терапии выявлено, что уровень КФ учитывался только у 51,2% пациентов. Препаратами выбора были, с одной стороны, пенициллин (23,5%) и ампициллин (25,0%), применяемые в монотерапии; с другой – часто назначались антибиотики, характеризующиеся нефротоксическим действием: в 24% гентамицин (монотерапия и в комбинации с беталактами), в 2%

нитрофурантоин и цефотаксим. После окончания одного курса антибиотикотерапии в 51% случаев дальнейшая антибактериальная терапия не проводилась. В тех случаях, когда необходимость в продолжении антибактериальной терапии сохранялась, чаще назначался ципрофлоксацин (11,8%). Установлено увеличение процента учета уровня КФ до 76%, что привело к нормализации или снижению уровня креатинина. В результате ХПН I степени отмечалась у 14/68 (20,6%) пациентов, уменьшилось число пациентов с III степенью ХПН до 19,1% (13/68).

Выводы: 1. Назначение антибактериальных препаратов для стартовой терапии в 48,8% случаев проводится без учета функции почек пациентов. 2. Установлен высокий процент использования антибиотиков, обладающих нефротоксическим действием. 3. При назначении повторных курсов антибактериальной терапии повышается частота учета уровня КФ пациентов до 76%, что, возможно, приводит к улучшению функции почек.

Бобронникова Л.Р., Петросова О.А

ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ СТАФИЛОКОККА К АНТИБИОТИКАМ У БОЛЬНЫХ ТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Кафедра клинической фармакологии

Цель: Изучить колонизацию кожных покровов микроорганизмами у детей раннего возраста, страдающих атопическим дерматитом (АД) и определить чувствительность выделенной флоры к антибиотикам.

Методы: Проведен анализ результатов бактериологических посевов с кожи, а также чувствительности выделенной микрофлоры к антибиотикам у 50 детей в возрасте от 6 месяцев до 3-х лет, страдающих АД.

Результаты: По клиническим данным осложнение АД пиодермией в период обострения заболевания диагностировано лишь у 7% детей, гер

петической инфекцией – у 4%. Посевы, произведенные с различных участков кожи у 94% дали положительный результат. Из них в 74% выделен *Staphylococcus aureus*, у 16% – грибы рода *Candida*, у 2% – *Staphylococcus epidermidis*, *Enterococcus spp.* Чувствительность *S. aureus* к оксациллину выявлена у 69% детей, к эритромицину – у 51%, к хлорамфениколу – у 51%, к гентамицину – у 46%. У всех обследованных больных *S. aureus* резистентен к ампициллину и карбенициллину. В комплексную терапию 48% детей был включен антибактериальный препарат с учетом чувствительности *S. aureus*. В этой группе больных достигнута ремиссия АД у 88% детей, а в группе без применения антибиотика лишь у 23% ($p < 0,001$).

Обсуждение: Осложнения АД вторичной инфекцией по клиническим данным диагностируются реже, чем при проведении бактериологических посевов. У большинства больных АД кожные покровы колонизированы *S. aureus*. При назначении антибактериальной терапии необходимо учитывать показания и чувствительность выделенной флоры.

Выводы: Препаратами выбора при выделении *S. aureus* могут быть оксациллин, цефалоспорины I поколения, эритромицин. Использование ампициллина и других нестабильных к действию бета-лактамаз пенициллинов нецелесообразно в связи с резистентностью к ним *S. aureus*.

Бойко В.В., Григоров Ю.Б., Макаров В.В., Різа А.С.

**ОСОБЛИВОСТІ ПРИЗНАЧЕННЯ ЕМПЕРІЧНОЇ
АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ УСКЛАДНЕНИХ
ІНТРААБДОМІНАЛЬНИХ ІНФЕКЦІЯХ**

Харківський національний медичний університет, Україна

Широкий спектр хірургічних захворювань, які викликаються бактеріальною флорою та колонізують шлунково-кишковий тракт і черевну порожнину, так звані інтраабдомінальні інфекції, можуть мати ускладнений та

неускладнений перебіг, який визначає хірургічну тактику, тривалість, наслідки та дорожнечу лікування.

Мета роботи: Покращити результати лікування хворих з гострою хірургічною патологією з урахуванням їх перебігу і призначення сучасної емпіричної антибактеріальної терапії.

Матеріали й методи: Проаналізовано матеріали 26 пацієнтів з ускладненими інтраабдомінальними інфекціями віком від 19 до 84 років.

Результати: Проаналізували результати лікування 26 пацієнтів з гострою хірургічною патологією. До групи спостереження ввійшли хворі з наступною патологією: спайкова хвороба з дифузним та розлитим перитонітом - 4 (15,3%), виразкова хвороба дванадцятипалої кишки з перфорацією виразки дифузним та розлитим перитонітом - 10 (38,4%), гострий гангренозно-перфоративний апендицит з дифузним та розлитим перитонітом - 9 (34,6%), рак товстого кишечника з дифузним та розлитим перитонітом - 3 (11,5%).

З метою лікування інфекційних ускладнень призначалася антибактеріальна терапія у вигляді антибіотиків фторхінолонового ряду II покоління у поєднанні з метронідазолом. У випадках термінальної фази гнійних ускладнень у 6 (23%) пацієнтів був призначений фторхінолоновий антибіотик IV покоління у поєднанні з похідними імідазолу. Крім того всім хворим проводили дезінтоксикаційну та інтенсивну терапію.

З всієї кількості пацієнтів - 20 (77%) з них отримали емпіричну терапію у вигляді антибіотика фторхінолонового ряду, II покоління в комбінації з метронідазолом. 4 (15,3%) яким виконали релапаротомію та 2 (7,6%) релапаратомія не виконувалась отримали антибіотик фторхінолонового ряду IV покоління у поєднанні з похідними імідазолу.

Висновки: На сьогодні у хворих з гострою абдомінальною патологією ускладнений перебіг інтраабдомінальних інфекцій, який приводить до релапаротомії спостерігається у 15,3% пацієнтів. Це говорить про актуальність інфекційного контролю в хірургічному стаціонарі при гострій хірургічній

патології та вивчення антибактеріальної резистентності для оптимізації антибактеріальної терапії.

Бондаренко А.В., Кацапов Д.В., Гаврилов А.В.

РАЦІОНАЛЬНА ТЕРАПІЯ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ТОКСОПЛАЗМОЗУ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ХВОРИХ

Харківський національний медичний університет, Україна

Ураження ЦНС, спричинене *T. gondii* на тлі ВІЛ-інфекції, – одна з провідних причин смертності серед хворих із тяжкою імуносупресією. Ознаки пошкодження ЦНС знаходять при клінічному обстеженні у 30 % хворих, тоді як при патоморфологічному дослідженні – у 80 % – 90 % померлих від СНІДу. Призначення терапії церебрального токсоплазмозу (ЦТ) зазвичай емпіричне. Стандартна терапія ЦТ складається з комбінації піриметаміну, сульфадіазину і фолієвої кислоти. Бісептол може бути використаний як альтернативний режим. Кліндаміцин може бути використаний у пацієнтів із алергією до сульфонів. Одночасно є важливим проведення ефективної антиретровірусної терапії.

Мета роботи. Вивчення оптимізації емпіричної антибактеріальної терапії токсоплазмозу сприятиме оптимізації лікування ЦТ у ВІЛ-інфікованих осіб.

Матеріали й методи. Досліджено 33 ВІЛ-інфікованих хворих із ураженням ЦНС *T. gondii*, які перебували на лікуванні в ОКІЛ м. Харкова. З них у 6 (18,2 %) захворювання закінчилось летально. Співвідношення за статтю: чоловіки склали 75,8 %, жінки - 24,2 %. Частіше захворювання виникало в осіб молодого віку – 100 %. Середній вік склав (33,5±0,9) року. Етіологічний чинник встановлювали на підставі дослідження сироватки крові та ліквору методом ПЛР на наявність фрагментів ДНК *T. gondii*. Також визначали методом ІФА рівень специфічних антитіл класів IgM та IgG до *T. gondii*.

Результати. За нашими даними, *T. gondii* є одним з основних збудників, що викликають ураження ЦНС у ВІЛ-інфікованих осіб - 28,5 %. Клінічно недуга спостерігалась здебільшого у енцефалітичній формі. Ураження найчастіше проявлялись судомним та вестибуло - атактичним синдромами ($p < 0,05$). У більшості випадків (86 %) опортуністичних інфекційних уражень ЦНС у ВІЛ-інфікованих виявлялись зміни у ЦСР серозного характеру, з найнижчим плеоцитозом при токсоплазмозній етіології ($p < 0,01$). Для лікування ЦТ, згідно із клінічним протоколом, використовували перорально (триметопрім 5 мг/кг/день і сульфаметоксозол 25 мг/кг/день в 4 введення. Первинна терапія призначалась протягом шести тижнів, з подальшим переходом на підтримуючу.

Для лікування токсоплазмозу також призначають піриметамін (початкова доза - 200 мг, далі 50-100 мг/день), сульфадіазин (4-6 г/день в 4 прийоми) і фолинат кальцію (10-50 мг/день). Потрібне регулярне призначення загального аналізу крові, оскільки піриметамін діє токсично на кістковий мозок. При зміщенні структур або вираженому набряку мозку додатково призначають глюкокортикоїди, при епілептичних випадках - протисудомні засоби.

Така схема лікування приблизно у 40% хворих на СНІД дає важкі побічні ефекти (найчастіше висип і цитопенія), що вимагають відміни препаратів. Комбінація піриметаміну і кліндаміцину (2700-3600 мг/день в 3-4 прийоми) є також ефективною, але виявляє меншу токсичну дію на кістковий мозок і шкіру. Лікування продовжують до повного одужання або значного поліпшення клінічної і рентгенологічної картини, зазвичай 6-8 тижнів. Жоден з наявних препаратів не здатний знищити збудника, тому після припинення лікування неминучі рецидиви. Підтримувальна терапія піриметаміном (50 мг/день) і або сульфадіазином (500 мг 4 рази на добу), або кліндаміцином (300-450 мг 3-4 рази на добу).

Висновки.

1. Терапія церебрального токсоплазмозу у ВІЛ - інфікованих осіб повинна проводитись при наявності клінічних симптомів - судомного та вестибуло-

атактичного синдрому, характерних МРТ ознак, або при зниженні рівня CD4+ клітин нижче 200 /мкл.

2. Оптимальною схемою є призначення комбінації піриметаміну і кліндаміцину (2700-3600 мг/день в 3-4 прийоми) до повного одужання або значного поліпшення клінічної і рентгенологічної картини.

Бондаренко А.В., Могиленець О.І., Кацапов Д.В.

АНТИБІОТИК-АСОЦІЙОВАНА ДІАРЕЯ: МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ ТА МОЖЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ

Харківський національний медичний університет, Україна

Широке застосування антибіотикотерапії (АБТ) в усіх сферах медицини виявило ряд істотних побічних ефектів, одним із яких є антибіотик-асоційована діарея (ААД). Розвиток ААД є серйозним ускладненням АБТ, що погіршує стан попередньо ослаблених пацієнтів і збільшує тривалість перебування в стаціонарі, підвищує ризик розвитку ускладнень, інших нозокоміальних інфекцій, а також призводить до зростання вартості лікування.

У частині випадків ААД обумовлена порушенням ентерогепатичної циркуляції жовчних кислот і метаболізму жирних кислот із розвитком секреторної або осмотичної ідіопатичної ААД. Проте, в більшості випадків, ААД обумовлена зростанням патогенної флори: гемолітичної *E. coli*, *S. perfringens*, *Proteus spp.*, *S. aureus*, токсигенних штамів *Klebsiella oxytoca*, *Candida spp.*, а також *Peptoclostridium difficile*. Токсин-продукуючі штами *P. difficile* є причиною до 20% усіх ААД і 40-45% нозокоміальних ААД у країнах Європи. *P. difficile* виділяється у 50-75% пацієнтів із антибіотик-асоційованим колітом і майже у 100% пацієнтів із псевдомембранозним колітом (ПМК) з високим ризиком розвитку загрозливих життю ускладнень, особливо у разі пізньої діагностики та неадекватної терапії. Появу у пацієнтів, які отримують або отримували АБТ, діареї, коліту, гіпертермії, гіперлейкоцитозу та ознак

ендогенної інтоксикації слід вважати основою для визначення токсинів A і B P. *difficile* в калі.

При появі у пацієнта симптомів ААД необхідно відмінити препарат, який викликав розвиток діареї. За відсутності позитивної динаміки призначається етіотропна терапія. Проте АБТ неефективна в 18,2% випадків при використанні метронідазолу і в 2,8% випадків – ванкоміцину. Крім того, жодна зі вживаних схем АБТ не гарантує санацію кишківника від спор клостридій, у зв'язку з чим через 2-12 тижнів реєструються рецидиви хвороби (15-33%). Профілактичне призначення метронідазолу та/або ванкоміцину при АБТ, не попереджає розвитку ААД і ПМК.

Ефективність антагоністів (*Saccharomyces boulardii* і *Bacillus clausii*), що самоелімінуються, в профілактиці ААД пов'язана з безпосереднім впливом на патогени та їхні токсини, імуномодуючою активністю і посиленням бар'єрної функції кишківника. Вибір антагоністів, що самоелімінуються, обумовлений недоліками інших пробіотиків. Лактобацили та біфідобактерії протипоказані при лактазній недостатності, що часто розвивається внаслідок АБТ за рахунок збільшення D-лактат ацидозу. Крім того, зареєстровано випадки ендокардиту, менінгітів, пневмоній і сепсису при призначенні лактобацил і біфідобактерій. Згідно з останнім широкомасштабним рандомізованим контрольованим дослідженням [Allen S.J. et al., 2013], використання суміші лакто- і біфідобактерій виявилось неефективним у профілактиці ААД (діарея розвинулася у 10,8% пацієнтів у групі, яка отримувала лакто- і біфідобактерії, й у 10,4% пацієнтів контрольної групи).

Висновки. Необхідні строгий контроль за призначенням антибіотиків із урахуванням мікробіологічних особливостей циркулюючих у певній місцевості штамів і розробка жорстких показань до їх призначення. Для попередження ААД і ПМК потрібна раціоналізація схем і режимів АБТ. Необхідним є облік чинників ризику розвитку ААД і проведення профілактики з призначенням антагоністів, що самоелімінуються. Важливим компонентом клінічної АБТ має бути адекватна інформованість лікарів різного профілю відносно ААД і ПМК

для їх профілактики і раннього виявлення. У разі виникнення обгрунтованої підозри на розвиток ААД і ПМК показано цілеспрямоване уточнення діагнозу з використанням лабораторних тестів. Встановлення діагнозу ААД і ПМК служить підставою для призначення послідовної "селективної деконтамінації" кишківника з використанням етіотропних препаратів і біоентеросептиків.

Бутов Д.О., Кужско М.М.¹, Бутова Т.С.

ВМІСТ ІНТЕРФЕРОНУ-Г ТА ІНТЕРЛЕЙКІНУ-10 У ХВОРИХ НА РЕЦИДИВ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ ПІД ВПЛИВОМ СТАНДАРТНОЇ АНТИМІКОБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД НАЯВНОСТІ ДЕСТРУКТИВНИХ ЗМІН

Харківський національний медичний університет, Україна

¹ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології

ім. Ф.Г. Яновського НАМН України», м. Київ, Україна

Метою нашого дослідження було вивчення зміни стану інтерферону- γ (ІНФ- γ) та інтерлейкіну-10 (ІЛ-10) у хворих на рецидив туберкульозу легень (РТБЛ) під впливом стандартної антимікобактеріальної терапії.

Матеріали і методи. Під нашим спостереженням було обстежено 130 людей з них: 29 хворих на РТБЛ без наявності деструкції (1 група, основна), 71 хворий на деструктивний РТБЛ (2 група, контрольна) та 30 відносно здорових донорів (3 група, контрольна) у віці від 20 до 70 років. У всіх хворих при госпіталізації був інфільтративний туберкульоз легень. Антимікобактеріальна терапія проводилась з застосуванням протитуберкульозних препаратів на інтенсивному етапі (2 місяці) лікування (ізоніазід (0,3г), рифампіцин (0,6г), піразинамід (2,0г), етамбутол (1,2г) та стрептоміцин (1,0г)) – з подальшим зменшенням інтенсивності лікування. Зміни рівня ІЛ-10 та ІНФ- γ у сироватці венозної крові вимірювалися імуноферментним способом з використанням набору для імуноферментного дослідження. Дослідження проводилось у перші

дні при госпіталізації до стаціонару та через 2 місяці після стандартної хіміотерапії.

Отримані результати. При госпіталізації у хворих на РТБЛ спостерігалось достовірне зниження ІЛ-10 у 1 групі ($39,95 \pm 1,48$) пг/л, 2 групі ($40,07 \pm 0,86$) пг/л і підвищення ІНФ- γ у 1 групі ($107,20 \pm 1,34$) пг/л, 2 групі ($105,70 \pm 0,77$) пг/л при зіставленні з відносно здоровими (3група) ІЛ-10($50,25 \pm 1,26$) пг/л і ІНФ- γ ($63,82 \pm 2,27$) пг/л, ($p < 0,05$). Після проведеної двохмісячної стандартної терапії стан цитокінів у хворих на РТБЛ достовірно знизився ІНФ- γ у 1 групі ($73,43 \pm 2,34$) пг/л, 2 групі ($70,21 \pm 1,41$) пг/л і підвищився ІЛ-10 у 1 групі ($48,10 \pm 1,36$) пг/л, 2 групі ($48,70 \pm 1,10$) пг/л при зіставленні з показниками до лікування та через два місяці, ($p < 0,05$). При зіставленні показників цитокінів 1 та 2 групи між собою ми спостерігали не достовірність ($p > 0,05$) приведених вище показників, як до лікування, так і через 2 місяці застосованої терапії.

Висновки. У хворих на РТБЛ спостерігається достовірне підвищення ІНФ- γ та зниження ІЛ-10 у зрівнянні з відносно здоровими. Стандартна антимікобактеріальна терапія забезпечує достовірне зниження ІНФ- γ та підвищення ІЛ-10 впродовж двох місяців лікування. Показники приведених цитокінів свідчать про недостовірність даного ланцюга імунної відповіді між наявністю або відсутністю деструкції, як до лікування, так і через два місяці проведеної антимікобактеріальної терапії.

Висеканцев І.П., Бабінець О.М., Марценюк В.П.

ТЕРАПЕВТИЧНА ДІЯ ПРОБІОТИКІВ, ІММОБІЛІЗОВАНИХ НА ЕНТЕРОСОРБЕНТАХ, ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ ДИСБІОЗІ

Інститут проблем кріобіології та кріомедицини НАН України,

м. Харків, Україна

Метою роботи було отримання експериментальних зразків пробіотиків, іммобілізованих на ентеросорбентах, та дослідження їх терапевтичної дії на

лабораторних тварин під час корекції хіміотерапевтичного дисбіозу кишечника на фоні імуносупресії та без неї.

Об'єктами дослідження були пробіотичні штами *Saccharomyces boulardii*, *Lactobacillus bulgaricus*, *Bifidobacterium bifidum*. Імобілізацію проводили на ентеросорбентах «Сорбекс» (АТ «Екосорб», Україна), «СУМС-1» (ВАТ «Новосибхімфарм», РФ). Експериментальний дисбіоз кишечника у лабораторних мишей викликали внутрішньошлунковим введенням ампіциліну та метронідазолу. Імуносупресію формували за допомогою внутрішньом'язового введення гідрокортизону ацетату. Ідентифікацію кишкової та пристінкової мікрофлори проводили за загальноприйнятими методами. Збереженість комплексів «носій (ентеросорбент)-клітини пробіотиків» вивчали за допомогою розробленого методу (Патент України № 72110). Морфологію комплексів із імобілізованими клітинами досліджували за допомогою растрової електронної мікроскопії.

Встановлено, що отримані експериментальні зразки являють собою частки вуглецевих носіїв, до поверхні яких адгезувала частина мікробних клітин. Інша частина проникала на різну глибину в макропори матеріалу носіїв. Хіміотерапевтичний дисбіоз у імуносупресованих мишей супроводжувався транслокацією кишкової мікрофлори у внутрішні органи. Під час терапії експериментального дисбіозу у імуносупресованих мишей імобілізованими пробіотиками відновлення кишкової мікрофлори та ерадикація транслокованих мікроорганізмів із внутрішніх органів відбувалися у більш ранні терміни, ніж при використанні вільних клітин, ентеросорбентів та сумішей вільних клітин із ентеросорбентами. Аналогічні результати були отримані при дослідженні відновлення ценобіонтів пристінкового шару слизової оболонки кишечника *Lactobacillus* spp., *Bifidobacterium* spp. у мишей без імуносупресії. Зберігання протягом року (термін спостереження) при температурах -80 і -196°C не впливала на збереженість і терапевтичні властивості імобілізованих пробіотиків.

Таким чином, отримані результати свідчать про те, що іммобілізовані пробіотики мають ряд переваг перед препаратами вільних клітин. Найбільш вірогідно, що більш виражений терапевтичний ефект пов'язаний із стимуляцією відновлення популяцій пристінкових ценобіонтів за рахунок залишків резидентної мікрофлори.

Вовк О.О., Александрова К.В., Журавльова П.В.

УСКЛАДНЕННЯ АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА МУКОВІСЦИДОЗ

Харківський національний медичний університет, Україна

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології

Муковісцидоз – це спадкове захворювання, що зустрічається у 2-5 випадків з 1500, яке зумовлюється мутацією гена МВТР. Під час лікування дітей хворих на муковісцидоз іноді невиправдано використовують велику кількість медикаментів, у тому числі саліцилати та антибіотики, які не завжди сприяють швидкому одужанню, проте здатні негативно впливати на імунну систему, знижуючи опір організму.

Мета роботи: проаналізувати негативний вплив на організм одного з комплексних заходів лікування муковісцидозу, а саме – антибіотикотерапію.

Методи. Сбір, аналіз, модифікація та обробка емпіричних даних.

Муковісцидоз завжди лікують таким комплексом заходів як: дієтотерапія (сбалансований раціон вітамінів, мікроелементів, корекція ферментативної недостатності), антибактеріальна терапія, муколітична терапія, фізичні вправи та інгаляційна терапія.

Легеневі інфекції одні з найсерйозніших ускладнень муковісцидозу, бо саме слиз у бронхах є найпоживнішою середою для мікроорганізмів. Збудники можуть зберігатися в організмі увесь курс лікування, набуваючи резистентність та змушуючи використовувати усе сильніші ліки, що негативно впливають на

рівень сенсабілізації організму дитини. Треба відзначити, що постійне вживання антибіотиків допомагає запобігти рецидивам інфекцій, механізм цього ґрунтується на контролі інфекцій, але кожен препарат варто підбирати індивідуально та приймати без переривання курсу. Найпоширеніші ускладнення антибіотикотерапії базуються на: алергічних реакціях, токсичній дії та на побічних реакціях, що зумовлені фармакодинамічною дією антибіотиків.

Алергічні реакції не стосуються фармакологічної властивості ліків та виникають у разі підвищеної чутливості організму, що зустрічається найчастіше у дітей віком 3-4 років, та у випадку нераціонального використання антибіотиків. Це, здебільшого, проявляється у виникненні ангіоневротичних набряків (набряки Квінке), ураженні шкіри та слизових оболонок (чхання, кашель, дерматити, висипи), підвищення температури тіла, а іноді і анафілактичного шоку (важкі алергічні реакції).

Токсичність антибіотиків виявляється у двох типах реакцій: нейротоксичних та нефротоксичних. Нейротоксичні явища відбуваються майже одразу після прийняття препаратів: поразка слухових черепномозкових нервів (втрата слуху та вестибулярні розлади), ураження зорового нерва, виникнення атаксії, нерво-м'язових блокад, розвитком поліневриту. Щодо нефротоксичних реакцій: ураження почечних канальців (до некрозу), ШКТ та гепатотоксичні явища (гепатити).

Висновок: Ускладнення антибіотикотерапії у дітей, хворих на муковісцидоз зустрічаються значно частіше та пов'язані із частим призначенням антибактеріальної терапії та використанням завеликих доз антибіотиків.

Волкова Ю.В., Михневич К.Г., Баусов Є.О., Дубівська С.С.,

Кудінова О.В., Бітчук М.Д

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ВАЖКИХ НОЗОКОМІАЛЬНИХ ІНТРААБДОМІНАЛЬНИХ ІНФЕКЦІЯХ

Харківський національний медичний університет, Україна

Кафедра медицини невідкладних станів, анестезіології та інтенсивної терапії

Мета роботи. Провести порівняльний аналіз ефективності емпіричної антибактеріальної терапії препаратом Ауротаз-Р та мепенамом при лікуванні нозокоміальних інтраабдомінальних інфекцій.

Матеріали і методи. В ході роботи нами обстежено 60 хворих з гострою хірургічною патологією, які проходили лікування в Харківській міській лікарні швидкої і невідкладної допомоги ім. проф. О.І. Мещанінова (2013- 2014 рр.). На фоні проведення загальноприйнятої інтенсивної терапії 29 пацієнтів (1-ша група) як антибактеріальну терапію одержували Ауротаз-Р по 4,5 г внутрішньовенно краплинно кожні 8 годин, 31 пацієнт (2-га група) — мепенамом по 1 г внутрішньовенно краплинно кожні 8 годин. Вік хворих коливався від 20 до 71 року ($38,2 \pm 7,9$ року). Тривалість лікування становила 7 діб.

Результати роботи. При проведенні дослідження з черевної порожнини виділено 55 штамів мікроорганізмів. За результатами переважала грамнегативна мікрофлора. У переважній більшості випадків флора була чутлива як до препарату Ауротаз-Р, так і до мепенаму, хоча один із штамів (*Staphylococcus aureus*) виявився нечутливим до мепенаму. У процесі лікування позитивний бактеріологічний ефект досягнутий у всіх пацієнтів 1-ї групи і в 90,3 % пацієнтів 2-ї групи. У 2 пацієнтів 2-ї групи спостерігалася персистенція збудника (*Staphylococcus aureus*), позитивний ефект у них був досягнутий призначенням препарату Ауротаз-Р. Повна елімінація збудника досягнута у 68,97 % пацієнтів 1-ї групи і в 54,8 % пацієнтів 2-ї групи, передбачувана — відповідно у 31,03 і 38,7 %. Позитивна клінічна ефективність досягнута у 28

(96,6 %) хворих 1-ї групи (25 - одужання, 3 - покращення) і у 23 (74,1 %) хворих 2-ї групи (18 - одужання, 5 - покращення).

Висновки. Комбінований антибактеріальний препарат Ауротаз-Р має широкий спектр дії щодо грампозитивних і грамнегативних бактерій і анаеробів. На підставі нашого дослідження можна рекомендувати Ауротаз-Р для впровадження в клінічну практику як препарат вибору для емпіричної терапії інтраабдомінальних інфекцій у зв'язку з високою клінічною ефективністю і високим профілем безпеки.

Гайворонська С.І., Старкова І.В.

ВПЛИВ СТАТЕВИХ ІНФЕКЦІЙ НА РОЗВИТОК АНОМАЛЬНИХ МАТКОВИХ КРОВОТЕЧ

Харківський національний медичний університет, Україна

Кафедра акушерства та гінекології №2

Аномальні маткові кровотечі (АМК) зустрічаються у 12 -35% жінок репродуктивного віку. Причиною АМК можуть бути як органічні так і функціональні порушення репродуктивної сфери та органів – мішеней. Одним із прикладів таких органічних порушень може бути хронічний ендометрит, викликаний інфекціями, які передаються статевим шляхом.

Мета. Дослідити імовірність впливу хламідіозу та уреаплазмозу на розвиток АМК.

Матеріали і методи. Було обстежено 50 жінок з АМК на наявність хламідіоза та уреаплазмоза методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) та імуноферментним аналізом (ІФА). Всі жінки були репродуктивного віку. Мали скарги на рясні менструації, міжменструальні кровотечі, синдром хронічного тазового болю та безпліддя. Пацієнтки були розподілені на дві групи. Першу групу склали жінки з наявними інфекційними захворюваннями статевих шляхів. У 32% (16) із них була виявлена хламідійна інфекція, у 24% (12) –

уреаплазмоз, у 20% (10) – мікст інфекція. У жінок II групи (12) – інфекційних захворювань статевих шляхів не було виявлено. Хворим першої групи було призначене стандартне лікування: антибактеріальна терапія (напівсинтетичні макроліди) та санація статевих шляхів. Пацієнткам другої групи було призначене додаткове обстеження для виявлення етіологічних факторів розвитку АМК.

Результати. Після закінчення лікування у жінок першої групи з АМК припинився больовий синдром, міжменструальні кровотечі та у 84% (38) нормалізувався менструальний цикл та менструація.

Через 2 місяці після проведеного лікування пацієнтки з хламідійною та уреаплазменною інфекцією були повторно обстежені з метою контролю виліковності. 30% (15) хворих на хламідіоз мали негативну реакцію ПЛР та ІФА в межах нормальних показників. У цих жінок зникли клінічні прояви захворювання та припинилися АМК. У 22% (11) жінок з уреаплазменною інфекцією було констатовано повне одужання та негативні показники аналізів контролю. 18% (9) жінок із мікст інфекцією мали ознаки клінічного та лабораторного одужання. 10% (5) пацієнток виявилися нечутливими до проведеного лікування, або мали реінфекцію. У цих хворих відзначались АМК та періодичний тазовий біль.

Висновки. Хламідії та уреаплазми пошкоджують структуру ендометрія, що викликає розвиток хронічного ендометриту та призводить до розвитку АМК.

Григоров С.Н., Рекова Л.П., Сторожева М.В.

АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ У БОЛЬНЫХ С ОТЯГОЩЕННЫМ АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИМ АНАМНЕЗОМ

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

В настоящее время, согласно данным литературных источников, в среднем 30% больных составляют группу риска по развитию аллергии, у 18% больных диагностировалась лекарственная аллергия на антибиотики вследствие различных этиологических факторов. В пред- и послеоперационном периоде при лечении пациентов с одонтогенными и неодонтогенными заболеваниями необходимо назначение антибактериальной терапии с лечебной или профилактической целью. В большинстве случаев - это современные антибиотики широкого спектра действия в виде моно терапии или комбинации антибиотиков разных фармакологических групп с учетом синергизма их действия.

Предотвращение возникновения аллергических реакций на лекарственные препараты возможно при использовании методов лабораторной диагностики *in vitro* по определению изменения активности иммунных клеток периферической крови. Применение реакции Еа-РОК позволяет изучить изменение количества и уровень сенсibilизации активных Т-лимфоцитов к исследуемым лекарственным веществам. Изучение содержания Ig E в сыворотке крови дает возможность выявить степень риска развития у пациента аллергической реакции немедленного типа при попадании в организм аллергена. Поэтому выбор наиболее безопасного и информативного метода исследования по индивидуальному подбору препаратов для антибактериальной терапии у пациентов с отягощенным аллергологическим анамнезом на приеме у хирурга - стоматолога является важной задачей.

Цель работы: изучение реакции рецепторов Т-лимфоцитов и уровня содержания Ig E в сыворотке крови для оценки степени сенсibilизации к

антибиотикам у пациентов с отягощенным аллергологическим анамнезом при показанной хирургической санации полости рта.

Материалы и методы. Работа выполнена в клинике хирургической стоматологии ХНМУ и основана на оценке результатов наблюдения и лечения 28 больных с одонтогенными и неодонтогенными заболеваниями, в возрасте от 30 до 50 лет. Все пациенты указывали в анамнезе на наличие аллергических реакций: на лекарственные препараты (18), аллергические реакции не медикаментозного генеза (3), профессиональный контакт с лекарствами (2), на длительный прием лекарственных препаратов (10).

Изучение клеточного звена иммунитета проводилось с использованием метода спонтанного розеткообразования Т-лимфоцитов периферической крови (Е-РОК) человека с эритроцитами барана. Определение уровня содержания Ig E в сыворотке крови проводилось по стандартной методике.

Результаты исследования. При проведении исследований было установлено, что у пациентов с отягощенным аллергологическим анамнезом количество активных Т-лимфоцитов превышает показатели среднестатистической нормы на 151,7 % с высокой степенью достоверности. Уровень содержания Ig E в сыворотке крови на 110% выше показателей нормы. Эти данные доказывают повышение активности показателей Т-системы клеточного и гуморального звеньев иммунитета, развитие сенсибилизации и возможность аллергических реакций немедленного типа в изучаемой группе больных.

Выводы. Таким образом, было установлено, что выявленное наличие иммунологических сдвигов у больных «группы риска» требует тщательного подбора лекарственных препаратов для антибиотикотерапии с использованием лабораторных методов исследования в целях профилактики развития различных видов аллергических и иммунно-токсических реакций у пациентов в клинике челюстно-лицевой хирургии.

Грицко Р.Ю., Задорожний А.М., Орфін А.Я., Прикуда Н.М.

ПОБІЧНА ДІЯ АНТИБІОТИКІВ

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
Україна*

Незважаючи на високу ефективність у лікуванні багатьох інфекційних хвороб, сфера застосування антибіотиків значно обмежується побічними реакціями, що виникають на тлі застосування цих препаратів. На сьогоднішній день препарати етіотропної дії (антибактеріальні, противірусні і протипаразитарні) займають домінуюче місце за частотою виникнення ускладнень і побічних реакцій серед усіх лікарських засобів.

Мета: вивчити дані наукової літератури щодо ускладнень антибіотикотерапії, у зв'язку з її широким, часто не виправданим застосуванням.

Матеріали і методи: проаналізовано публікації електронної бази даних медичних і біологічних публікацій PubMed за період 2005-2015 р.р. та проведено огляд повідомлень про побічні ефекти під час застосування антибіотиків.

Результати. Алергічні реакції можуть виникнути на всі відомі антибіотики. Найчастіше алергічні реакції розвиваються при застосуванні β -лактамних антибіотиків.

Подібність у будові цефалоспоринів із пеніцилінами обумовлює можливість виникнення перехресних реакцій з пеніцилінами у 2–10% хворих. При цьому можуть розвиватися анафілактичний шок, кропив'янка, ангіоневротичний набряк, генералізована еритема, макуло-папульозна екзантема, гарячка, еозинофілія. У людей із підвищеною чутливістю до пеніцилінів алергічні реакції на цефалоспорини розвиваються у 5–6 разів частіше. Через наявність перехресних реакцій із пеніцилінами забороняється застосування цих препаратів при алергії до пеніцилінів.

Нейротоксичність проявляється у вигляді поліневритів, нервово-м'язового блоку, ураження зорового аналізатора, агевзії та дисгевзії, судом, галюцинацій, периферичної нейропатії, парестезій, ототоксичності. Найчастіше дані розлади виникають при застосуванні аміноглікозидів, лінкозамідів, поліміксинів, ристоміцину, амфотерицину В, ванкоміцину. Факторами ризику розвитку нейротоксичності є похилий вік, ниркова недостатність, призначення аміноглікозидів у поєднанні з петльовими діуретиками.

Нефротоксичність може проявлятися у вигляді симптомів гломерулонефриту, пієлонефриту, розвитком гострої ниркової недостатності. Групами ризику є пацієнти віком старше 50 років, жінки, пацієнти із захворюваннями нирок, що супроводжуються розвитком олігурії, анурії, артеріальною гіпотензією. Найнебезпечнішими є комбінації аміноглікозидів із тіазидними діуретиками, аміноглікозидів із ванкоміцином, аміноглікозидів із цефалоспоринами I покоління.

Пошкодження шлунково-кишкового тракту може спостерігатися під час застосування будь-яких антибіотиків, особливо при пероральному прийомі цих лікарських засобів. Часто спостерігають розвиток гастриту, загострення виразкової хвороби шлунка та 12-палої кишки, ентериту. Розвиток діарейного синдрому на тлі прийому антибіотиків отримав назву "антибіотикоасоційованої діареї", яка найчастіше спричиняється *Cl. difficile*.

Медикаментозне ураження печінки може мати будь-які прояви патології печінки і проявлятися такими патоморфологічними варіантами, як некроз, холестаза, стеатоз, стеатогепатит, гранульоматозний гепатит, автоімунний гепатит, фіброз, цироз, а також доброякісні і злоякісні пухлини. Холестатичне ураження печінки викликає рифампіцин, сульфаметоксазол, амоксиклав, еритроміцин.

Одним із провідних проявів гематологічних ускладнень є геморагічний синдром, який розвивається під час лікування цефалоспоринами II–III покоління (цефоперазон, цефомандол, цефметазол), тетрациклін, карбеніцилін.

Важливим проявом гематотоксичності є нейтропенія/агранулоцитоз. Найчастіше це ускладнення викликають хлорамфенікол, нітрофурани.

Висновки. Лише "розумне використання" антибіотиків, що включає оптимальний вибір препарату, дози і тривалості лікування, відмова від надмірного і неналежного використання з профілактичною метою, дозволить значно зменшити розвиток небажаних ефектів антибіотикотерапії.

Гуйда П.П., Молотягина С.П.

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ ПРИ СИСТЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН

Украины», г. Харьков, Украина

Системные заболевания соединительной ткани (СЗСТ) включают в себя ряд нозологических форм, характеризующихся системным типом воспаления различных органов и систем, сочетающимся с развитием аутоиммунных и иммунокомплексных процессов, а также избыточным фиброобразованием. Основными (классическими) заболеваниями, входящими в группу СЗСТ, являются системная красная волчанка (СКВ), системная склеродермия (ССД), идиопатические воспалительные миопатии (ИВМ). В эту группу включены и более редкие заболевания, которым свойственны системность патологического процесса и иммунные нарушения – диффузный эозинофильный фасциит, ревматическая полимиалгия, рецидивирующий полихондрит, рецидивирующий панникулит и смешанное заболевание соединительной ткани, при котором сочетаются отдельные признаки ССД, ИВМ, и/или СКВ. Кроме того, согласно Международной классификации болезней X пересмотра в настоящее время к группе СЗСТ относятся также системные васкулиты (СВ).

В этиопатогенезе СЗСТ важная роль отводится острой и хронической инфекции, в том числе вирусной. Придается также большое значение лекарственной непереносимости. Прежде всего это касается СКВ и СВ, при которых к факторам, способствующим возникновению или обострению заболевания, относятся различные лекарственные средства, введение вакцин и сывороток. В патогенезе СЗСТ ведущую роль играют многообразные аутоиммунные нарушения и иммунокомплексные процессы.

Особенности этиопатогенеза СЗСТ диктуют необходимость дифференцированного подхода к назначению при этих заболеваниях любых лекарственных средств, прежде всего антибиотиков и витаминов. При СКВ и СВ необоснованное применение антибиотиков нередко приводит к резкому обострению иммуновоспалительного процесса. При СКВ, СВ, ИВМ антибиотики применяются только при наличии активной интеркуррентной инфекции, а также для санации хронических очагов инфекции. При этом лечение очаговой инфекции должно быть настойчивым, преимущественно консервативным, лишь при крайней необходимости возможно хирургическое вмешательство под прикрытием повышенных доз глюкокортикостероидов и антибиотиков.

У больных ССД при поражении пищеварительного тракта нами используются антибиотики на фоне базисной терапии. Для лечения желудочных и дуоденальных язв в комплекс антигеликобактерных средств включается доксициклин. Проводимая антигеликобактериозная терапия практически у всех больных вызывает разительный эффект: исчезают боли в животе и диспептические явления, эндоскопически отмечаются рубцевание язв, уменьшение выраженности эзофагита, гастрита и дуоденита. Побочные реакции в процессе антигеликобактериозной терапии не наблюдались.

При склеродермическом поражении кишечника с развитием синдрома мальабсорбции рекомендуется назначение тетрациклина и других антибиотиков широкого спектра действия.

Применение антибиотиков для лечения очаговой склеродермии (ОСД), широко практикующееся в дерматологической практике, по нашему мнению,

нецелесообразно из-за малой их эффективности и усиления аллергизации организма. Подавляющему большинству наблюдаемых нами больных ОСД ранее дерматологами безуспешно проводилось длительное лечение антибиотиками.

Таким образом, применение антибиотиков при СЗСТ должно быть строго дифференцированным, прежде всего при СКВ и СВ, при которых они могут назначаться для лечения активной интеркуррентной инфекции и для санации хронических очагов инфекции. У больных ССД антибиотики могут использоваться при склеродермическом поражении пищеварительного тракта, а их применение для лечения больных ОСД нецелесообразно.

*Давиденко В.Б.¹, Пащенко Ю.В.¹, Мишина М.М.², Штикер С.Ю.¹,
Давиденко Н.В.¹, Пащенко К.Ю.³*

СУЧАСНІ ПРИНЦИПИ ПОКРАЩЕННЯ ПРОТИМІКРОБНОГО ЛІКУВАННЯ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ

Харківський національний медичний університет, Україна

¹Кафедра дитячої хірургії та дитячої анестезіології

²Кафедра мікробіології, вірусології та імунології

³КЗОЗ Обласна дитяча клінічна лікарня № 1 м. Харкова, Україна

Гнійно-запальні процеси складають значний відсоток хірургічних захворювань у дітей. Сучасній етіологічній мікрофлорі притаманна виразна лікарська стійкість, що нерідко суттєво є основою неефективного лікування цих захворювань.

Коллективами кафедри дитячої хірургії та дитячої анестезіології та кафедри мікробіології, вірусології та імунології ХНМУ протягом останніх 20 років проводиться науково-дослідна робота по підвищенню ефективності протимікробної терапії гнійно-запальних захворювань у дітей.

В цьому сенсі досліджені та впроваджені у лікувальну практику такі методи лікування, як ліпосомальні форми антибіотиків, озонотерапія, органний електрофорез та діадинамофорез антибіотиків, ультразвукова обробка осередків запалення, розробляються сучасні методики лікування з урахуванням здібності патогенних мікробів до створення щільних біоплівки та циркадних добових біоритмів лікарської стійкості.

Означені методи лікування дали можливість суттєво знизити відсоток ускладнень при лікуванні таких тяжких хірургічних захворювань у дітей, як розповсюджений перитоніт, деструктивні пневмонії, гострий гематогенний остеомієліт у дітей.

Комплексні дослідження в цьому напрямку продовжуються.

Дащук А.М., Чернікова Л.І.

АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНІСТЬ В ПРАКТИЦІ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА

Харківський національний медичний університет, Україна

Кафедра дерматології, венерології та СНІДу

Актуальність. Неухильне зростання антибіотикорезистентності і глобальне поширення резистентних штамів, колапс у створенні та впровадженні в практичну медицину нових антибактеріальних препаратів - глобальна проблема, яка є актуальною для лікарів різних спеціальностей, в тому числі і для дерматовенерологів.

Результати досліджень. Інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ) - це група захворювань, основним шляхом передачі яких є переважно сексуальні контакти. Щодня більше 1 мільйона осіб заражається однією з інфекцій, що передаються статевим шляхом. Збудниками ІПСШ є більше 30 різних бактерій, вірусів та паразитів. З найбільшою захворюваністю пов'язані 8 з більш ніж 30 відомих патогенів. В даний час повністю виліковні всього 4 з

цих 8 інфекцій, а саме сифіліс, гонорея, хламідіоз і трихомоніаз. Інші 4 інфекції, такі як гепатит В, герпес, ВІЛ та ВПЛ не піддаються повному лікуванню. За даними ВООЗ щорічно 500 мільйонів чоловік захворюють на хламідіоз, гонорею, сифіліс і трихомоніаз. Більш 290 мільйонів жінок мають інфекцію, викликану вірусом папіломи людини (ВПЛ). Для лікування і профілактики інфекцій, що передаються статевим шляхом, дерматовенерологи широко використовують антибіотики і часто стикаються з поширенням резистентних мікроорганізмів як в стаціонарах, так і поза стаціонарів.

Серед збудників ІПСШ проблеми формування і поширення антибіотикорезистентності стосуються в основному *Neisseria gonorrhoeae*. Сучасний рівень поширення стійкості серед гонококів слід вважати близьким до критичного. Починаючи з 2004 р функціонує ефективна система спостереження за поширенням стійкості серед цих бактерій, за даними за 2006 р, 74.8% штамів гонококів були стійкі до пеніциліну, 74.5% - до тетрацикліну, 51.5% - до фторхінолонів. На цьому тлі коливання в частоті розповсюдження стійкості між окремими географічними регіонами в 10-20% не мають істотного значення. В ході спостереження в наступні роки була виявлена тенденція до зростання стійкості до спектіноміцину (до 8.3%) і азитроміцину (до 5.2-10.7%). Вкрай несприятливою тенденцією слід визнати появу ізолятів *N. gonorrhoeae* з підвищеними значеннями МПК цефтріаксону (0.25 мкг / мл). Наскільки швидко буде поширюватися стійкість до цефтріаксону, в даний час складно передбачити, однак, якщо це станеться, можливості етіотропної терапії гонореї будуть вкрай обмежені. До теперішнього часу відсутні дані про поширення серед гонококів стійкості до цефіксиму. В інших географічних регіонах виділені штами зі стійкістю до цефалоспоринів III покоління.

Проведення мікробіологічної діагностики інфекції і швидке надання її результатів (виділення збудника та визначення його чутливості до антибіотиків) є основними факторами, що визначають раціональний вибір і призначення адекватної антимікробної терапії.

Висновки. Раціональний вибір антибіотика забезпечує успішне лікування інфекційно-запальних процесів в найкоротші терміни, тоді як нераціональний вибір АБП підвищує ризик несприятливого результату, веде до розвитку ускладнень і підвищує вартість лікування. Для стримування антибіотикорезистентності необхідним є розумне обмеження споживання антибіотиків в амбулаторній практиці і раціоналізація їх використання з позицій доказової медицини різними фахівцями, в тому числі і дерматовенерологами для лікування і профілактики інфекційних захворювань.

Дащук А.М., Чернікова Л.І.

СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ШКІРНИХ ІНФЕКЦІЙ ТА АНТИМІКРОБНОЇ ТЕРАПІЇ

Харківський національний медичний університет, Україна

Кафедра дерматології, венерології та СНІДу

Актуальність. Мікробіом шкіри сьогодні розглядають як частину метаорганізму, що включає макроорганізм людини і сукупність всіх його мікроорганізмів - симбіонтів. Це передбачає наявність складних відносин між мікробіомом і організмом людини, і в першу чергу - з його імунною системою, яка не тільки регулює взаємодію організму з мікробіомом, а й значною мірою сама формується під її впливом. Різні зміни та події в житті макроорганізму, включаючи використання антибіотиків, можуть впливати на мікробіом шкіри. З іншого боку, зміни мікробіома, в свою чергу, призводять до змін імунної системи, що обумовлює розвиток хронічних запальних і аутоімунних процесів і в цілому сприймається як «дисбіотичний стан» метаорганізма.

Стафілококи є важливими компонентами мікробіома шкіри людини, причому на тлі різних патологічних станів їх звичайна різноманітність схильна до заміщення зростанням одного виду: *S. aureus*, збудника найбільш поширених

інфекцій шкіри і важливого чинника патогенезу найбільш поширених хронічних дерматозів - від atopічного дерматиту до вугрової хвороби.

Актуальність проблеми стафілокової колонізації шкіри і вторинних інфекцій в дерматології залишається високою. Повсюдне використання зовнішніх протимікробних засобів слугує найбільш ймовірною причиною антибіотикорезистентності золотистого стафілокока, через яку в останні роки з клінічного застосування вилучаються цілі класи антибіотиків. У цих умовах лікарі змушені шукати ефективну заміну препаратів, які раніше використовувалися, але зараз непридатні в клінічній практиці.

Результати досліджень. Носійство шкірних стафілококів, включаючи *S. aureus* і стійкі до антибіотиків штами, широко відзначається в практиці дерматологів і може ускладнювати оцінку участі інших мікробів в патогенезі дерматозів.

В даний час зростає кількість метицилін-резистентних штамів золотистого стафілокока (MRSA), що пов'язують, в тому числі, з міграцією населення і розповсюдженням ендемічних стійких штамів. Пошук метицилін-резистентних штамів серед стафілококів, актуальних для дерматологічної практики за кордоном, виявив середні показники в 35,7% штамів MRSA в 2005-2011 роках зі зростаючою часткою стійкості не тільки до метициліну, але також до кліндаміцину, гентаміцину, триметоприм-сульфаметоксазолу і ципрофлоксацину. Виявлення метицилін-резистентних штамів стикається з проблемою так званої прихованої резистентності, яку демонструють оксацилін-чутливі штами *S. aureus* (OS-MRSA) і носії гомолога *mecC* в касетному елементі *mec XI*, які не виявляються стандартними тестами. Незважаючи на те, що для лікування інфекцій, викликаних *S. aureus* рекомендуються цефалоспорини I-II поколінь, макроліди і еритроміцин призначають у випадках сенсibiliзації до пеніциліну, особливо у хворих з atopічним анамнезом. Показано, що в ході лікування акне зовнішніми препаратами еритроміцину протягом 12 тижнів ймовірність виявлення популяції коагулазо-негативних стафілококів на шкірі

зростає до 98% і не зменшується згодом, причому не тільки в зонах лікування, але і на шкірі інших локалізацій і на слизовій носа.

Висновки. Антибіотикорезистентність - глобальна проблема, для розв'язання якої потрібен комплекс заходів по раціоналізації застосування антимікробних препаратів з метою підвищення їх ефективності та стримування антибіотикорезистентності. Раціональний вибір антибіотика забезпечує успішне лікування інфекціоно-запальних процесів різної локалізації в найкоротші терміни, тоді як нераціональний вибір антибіотика підвищує ризик несприятливого результату, призводить до розвитку ускладнень і підвищує вартість лікування.

Деркач С.А., Воронкіна І.А., Крилова І.А., Габишева Л.С.

АНАЛІЗ АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ РЕГІОНАЛЬНИХ ПОЗАЛІКАРНЯНИХ ШТАМІВ S. AUREUS.

*ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І.І. Мечникова Національної
академії медичних наук України», м. Харків, Україна
Харківський національний медичний університет, Україна*

В останні роки світовою тенденцією є зростання резистентності патогенів до більшості антимікробних препаратів. Нажаль, найчастіше призначення антибіотиків має місце без визначення антибіотикочутливості збудника. Це вимагає перегляду стандартів емпіричної терапії, для чого доцільно проведення регіональних моніторингів антибіотикочутливості циркулюючих штамів.

Особливої уваги потребують метицилінорезистентні штами стафілококу (MRSA). З чисельних досліджень відомо, що MRSA є частим збудником нозокоміальних інфекцій. Та ще однією суттєвою клінічною проблемою стало активне збільшення кількості позалікарняних штамів MRSA. Реконвалесценти з підвищеною проліферацією антибіотикорезистентних бактерій виносять їх у зовнішнє середовище, перетворюючись при цьому у потенційне джерело

інфекції. Особливості антибіотикочутливості циркулюючих в окремих регіонах позалікарняних штамів стафілокока залишаються мало вивченими.

Мета роботи – визначити антибіотики вибору для емпіричного лікування позалікарняних хворих з гнійно-запальними захворюваннями стафілококової етіології.

Матеріали і методи: обстежено 120 осіб з гнійно-запальними захворюваннями різної локалізації. Із них 35 осіб – амбулаторні хворі, 85 осіб – хворі, госпіталізовані до профільних клінічних відділень (кафедр Харківського національного медичного університету).

Антибіотикочутливість виділених штамів *S.aureus* вивчали диско-дифузійним методом (ДДМ) на середовищі Мюллера-Хінтона (HiMedia, Індія) до оксациліну, амоксициліну/клавуланату, цефоперазон/сульбактаму, цефтріаксону, цефтазідиму, цефотаксіму, амікацину, гентаміцину, азітроміцину, лінкоміцину, норфлоксацину, ципрофлоксацину, ломефлоксацину, моксіфлоксацину, ванкоміцину з використанням готових комерційних сертифікованих дисків (HiMedia, Індія).

Результати досліджень:

Серед вивчених штамів стафілококів, вилучених із різних біотопів, близько третини (31,3 %) були метицилінорезистентними (MRSA).

До амоксиклаву стійкими виявились 21,7 % штамів, близько 10 % MRSA виявились чутливими до захищеного бета-лактамного антибіотика. Пояснити це, до певної міри, можна наявністю у них фенотипової метицилінорезистентності, механізм якої визначається як гіперпродукція бета-лактамаз. Слід зазначити, що більшість штамів зберігала (при визначені *in vitro*) високу або помірну чутливість до цефалоспоринів. Кількість стійких штамів стафілококу до цих препаратів коливалась від 8,4% (до цефоперазон/сульбактаму) до 20,5% (до цефтазидиму). На такому ж рівні була виявлена резистентність до аміноглікозидів (12,0% - до гентаміцину, 7,2 % - до амікацину). Найбільша стійкість була зафіксована до лінкоміцину (26,5%) та

азітроміцину (30,1%). До фторхінолонів штами виявили найбільшу чутливість, а стійких до ванкоміцину не виявлено взагалі.

Результати вивчення антибіотикорезистентності вилучених штамів стафілококу показали наявність достовірно вищої резистентності до всіх класів антибіотиків серед (MRSA) штамів ($\chi^2 < 0,05$).

Висновок. Порівнюючи показники чутливості позалікарняних штамів стафілококу до кожного із досліджених антибіотиків можна підсумувати, що препаратами вибору для емпіричного застосування слід розглядати фторхінолони різних поколінь, цефалоспорини, захищені бета-лактамі антибіотики та аміноглікозиди. Найменш перспективними є макроліди, лінкоміцин та тетрациклін.

Дяченко В.Ф., Марющенко А.М., Чигиринська Н.А.

ВИВЧЕННЯ ДІЇ КОМБІНАЦІЙ АНТИБІОТИКІВ НА БІОПЛІВКИ ШТАМІВ СИНЬОГНІЙНОЇ ПАЛИЧКИ

*ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І.І. Мечникова Національної
академії медичних наук України», м. Харків, Україна*

Метою роботи було порівняльне вивчення антимікробної дії різних комбінацій антибіотиків на біоплівкоутворення полірезистентними штамми синьогнійної палички.

Матеріали і методи. Була перевірена ефективність 8-ми антибактеріальних препаратів: фосфоміцину, ципрофлоксацину, офлоксацину, цефепіму, цефтазидиму, амікацину, тіенаму та тобраміцину, а також 8-ми різних двохкомпонентних комбінацій цих антибіотиків з фосфоміцином та фторхінолонами (офлоксацином та ципрофлоксацином).

Для вивчення ефективності дії комбінацій антибіотиків на біоплівки полірезистентних штамів синьогнійної палички ми використовували метод культуральних планшетів. Антибіотики використовувались в різних

концентраціях, які були вищими та нижчими за визначену мінімальну інгібуючу концентрацію (МІК) для кожного штаму (від 0,5 до 5,0 МІК) по відношенню до 2-х клінічних полірезистентних штамів синьогнійної палички та штаму АТСС 27853. Вплив антибіотиків вивчали на сформовані біоплівки шляхом додавання їх через 24 години після внесення бульйонної культури синьогнійної палички. На основі отриманих результатів оптичної щільності вираховували % інгібіції біоплівкоутворення.

Результати ефективності дії окремих антибіотиків та їх комбінацій з фосфоміцином та препаратами з групи фторхінолонів (офлоксацином та ципрофлоксацином) засвідчили, що найбільш ефективними виявились наступні комбінації: ципрофлоксацин-цефтазидим та офлоксацин - цефтазидим. Рівень інгібіції біоплівкоутворення для комбінації ципрофлоксацин-цефтазидим коливався на рівні від 77,8 до 88,9 % в залежності від штаму синьогнійної палички та використаної дози антибіотиків. Для комбінації офлоксацин-цефтазидим рівень інгібіції біоплівкоутворення складав від 64,2 до 77,5%. Всі інші досліджені комбінації створювали значно нижчий ефект інгібіції біоплівкоутворення, який не відрізнявся достовірно від ефекту, створюваного кожним антибіотиком окремо.

Висновок. З 8-ми вивчених різних комбінацій антибіотиків лише 2 комбінації: ципрофлоксацин-цефтазидим та офлоксацин-цефтазидим створювали вагомий ефект інгібіції біоплівкоутворення полірезистентними штамми синьогнійної палички, який був вірогідно вищим, ніж ефект, створюваний кожним з антибіотиків окремо.

Єрмак О.С., Амер Л.Б., Гришина І.А.

АНАФІЛАКТИЧНИЙ ШОК – НАЙТЯЖЧЕ АЛЕРГІЧНЕ УСКЛАДНЕННЯ ЛІКУВАННЯ β-ЛАКТАМАМИ

Харківський національний медичний університет, Україна

На сьогоднішній день алергія стала однією з актуальних медико-соціальних проблем в зв'язку з глобальною поширеністю і інтенсивним зростанням захворюваності. Це ствердження справедливо і щодо лікарського анафілактичного шоку (ЛАШ), що представляє найбільш важку форму алергічних реакцій, що відноситься до невідкладних медичних станів, що розвивається в сенсibilізованому організмі в результаті реакції антиген-антитіло і проявляється гострим периферичним судинним колапсом. В основі патогенезу ЛАШ лежить алергічна реакція I (негайного) типу, обумовлена IgE. Термін «Анафілаксія» вперше використали Portier і Richet в 1902 р. Статистичні дані по анафілактичному шоку у різних країнах істотно різняться: в Україні було встановлено, що поширеність анафілактичного шоку становить 1 на 70 тис. населення на рік; Онтаріо (Канада) зафіксовано 4 випадки анафілактичного шоку на 10 млн. населення; в Мюнхені (Німеччина) - 79 на 100 тис; в США в анафілаксія стала причиною 1500 смертей на рік. Однією з найбільш розповсюджених причин виникнення ЛАШ є використання β-лактамів. β-лактами були першими антибіотиками, які стали застосовуватися в медицині, і по суті вони дали початок епосі сучасної антибактеріальної хіміотерапії. За ці роки було синтезовано більше 70 антибіотиків цього класу. Сьогодні багато β-лактамів виключено з практики, але деякі зберігають провідні позиції в багатьох областях антимікробної хіміотерапії. Слід визнати, що антибіотики цього класу є найбільш часто призначаються як в амбулаторній практиці, так і в стаціонарі. За статистикою, в середньому на 7,5 млн ін'єкцій пеніциліну доводиться 1 випадок ЛАШ з летальним результатом. Найбільш часто ЛАШ викликають природні і напівсинтетичні пеніциліни (93% від ЛАШ на β-лактаміантибіотики) і рідше цефалоспорици. ЛАШ розвивається не тільки

після внутрішньом'язового і перорального застосування антибіотиків, а також при використанні очних крапель з антибіотиками, проведенні внутрішньошкірної проби з лінкоміцином. Лікування бета-лактамами антибіотиками ускладнюється алергічними реакціями в 1-4% випадків, причому в 0,004-0,015% випадків - алергічними реакціями негайного типу. Шкірні проби з великою (бензілпеніциллоіл- полілізін) і малими (продукти деградації пеніциліну) антигенними детермінантами пеніциліну позитивні менш ніж у половини хворих зі скаргами на алергію до пеніцилінів.

Висновки: за останні роки розповсюдженість і смертність від лікарського анафілактичного шоку, обумовленого використанням β -лактамів значно виросла, що обумовлює актуальність і необхідність проведення шкірних проб та лабораторних досліджень для профілактики виникнення анафілактичного шоку.

Журавлев А.С., Яценко М.И., Бондаренко О.В., Дзыза А.В.

**СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРИМЕНЕНИЮ
АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ЛОР ПРАКТИКЕ**

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Воспалительные заболевания в структуре патологии ЛОР органов составляют 87%. Их этиологическим фактором преимущественно являются бактерии, что оправдывает использование антибактериальных препаратов в патогенетической терапии.

Под нашим наблюдением в ЛОР клинике ХНМУ находилось 450 больных с острыми и хроническими воспалительными процессами верхних дыхательных путей и уха.

Пациентам назначалось комплексное лечение, которое включало системное и местное использование антибиотиков.

Микробиологическое исследование показало, что при острых синуситах (210 больных) преобладали *S.pneumonia*, *H.influenzae*, *M.catarrhalis*, *S.pyogenes*, *S.aureus*, при хронических формах – *S.aureus*, *H.influenzae* и анаэробные бактерии рода *Peptostreptococcus spp*, *Fusobacterium spp*. Гнойная форма хронического среднего отита (160 больных) в 62% случаев ассоциировалась с присутствием *S.aureus* или *P.aeruginosa*, нередко обнаруживались грибы рода *Candida*, *Aspergillus*, *Mucor*, *Actinomyces*. При острых и хронических фаринголарингитах (36 и 44 пациентов соответственно) обнаружены *S.pyogenes*, *H.influenzae* типа В.

В качестве системной антибактериальной терапии назначалось парентеральное введение цефалоспоринов III генерации (цефтриаксон по 1г 2 раза в сутки в/м курсом 5-10 дней в зависимости от тяжести течения болезни), ингибиторозащищенные аминопенициллины (амксициллина клавуланат по 1таб 3 раза в сутки или ампициллина/сульбактам по 1,5 г 2 раза в сутки, внутрь, курсом 5-14 дней).

При осложненных формах (синуситы с орбитальными осложнениями - 28 больных, мастоидит – 18 больных) применялись цефалоспорины IV генерации (цефепим по 1г 2 раза в сутки в/в или в/м, курсом 7-10 дней), фторхинолоны II генерации (ципрофлоксацин по 500 мг 2 раза в сутки, в/в, курс 7-14 дней), офлоксацин, пефлоксацин. Наличие анаэробной флоры требовало использования ингибиторозащищенных цефалоспоринов (цефепим 0,5г, 2 раза в сутки в/в или в/м, курсом 7-10 дней), метронидазола (250 г 1 раз в сутки, в/в, курсом 5-8 дней), фторхинолонов IV генерации (моксифлоксацин 0,4 г 1 раз в сутки, в/в, курс 7-10 дней). Обнаружение *P.aeruginosa* требовало комбинированного использования цефалоспоринов III и IV генерации.

При острых неосложненных формах заболеваний предпочтение отдавалось применению местных антимикробных препаратов (фузафунгин в виде аэрозолей по 4 ингаляции 4 раза в сутки, курсом 5-7 дней) эффективных в плане воздействия на грамположительную и грамотрицательную флору.

Таким образом, на современном этапе рациональное использование антибактериальных препаратов в ЛОР практике сегодня остается актуальной проблемой и ее решение зависит от ряда факторов. Оптимальным при этом является использование препаратов согласно чувствительности микроорганизмов, целесообразно проведение как системной, так и местной антибактериальной терапии со строгим соблюдением дозы и режимов введения. При этом препарат не должен обладать тяжелыми побочными реакциями.

Журба Е.П., Шалимова А.С.

**ПРОБЛЕМА ФОРМИРОВАНИЯ РЕЗИСТЕНТНОСТИ
МИКРООРГАНИЗМОВ К АНТИБИОТИКАМ КЛАССА
КАРБАПЕНЕМОВ**

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Кафедра клинической фармакологии

Бесконтрольное употребление антибиотиков (АБ) среди населения Украины привело к формированию устойчивости возбудителей и возникновение новых вирулентных штаммов. К сожалению, все чаще регистрируется неэффективность применения карбопенемов (Меропенем, Имипенем, Колистин и т.д.) при тяжелых инфекциях, что негативно сказывается на результатах лечения данной категории больных.

Целью работы было проанализировать ситуацию, сложившуюся в отношении АБ «последнего резерва», и оценить эффективность применения карбопенемов для лечения нозокомиальной инфекции у тяжелых пациентов.

После проведенного обзора медицинской литературы выявлено, что в 2013 году у 20 больных с пневмонией, вызванной грамотрицательной флорой (*P.aeruginosa*), применение меропенема было эффективно лишь в 17 случаях.

Ситуация значительно ухудшилась в 2014 году, когда при повторной выборке 20 больных с пневмониями использование меропенема оказалось

действенным лишь у 15 человек. Но при внедрении адекватных процедур контроля внутри больниц (тщательная проверка назначений, деконтаминация всех поверхностей и т.д.) удалось снизить количество устойчивых бактерий. К сожалению, данные стандарты медицины не доступны большинству лечебных учреждений Украины.

Таким образом, можно сделать вывод, что имеется тенденция постепенного формирования резистентности к АБ резерва, а именно к классу карбапенемов. Данный факт свидетельствует о необходимости принятия мер по усилению контроля антибактериальной терапии для предотвращения появления устойчивых штаммов возбудителя.

Замятин П.Н.^{1,2}, Иванова Ю.В.², Соловей Ю.Н.³, Трубчанин А.И.¹

ВЫБОР АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ АБДОМИНАЛЬНОГО СЕПСИСА

¹Харьковский национальный медицинский университет, Украина

²ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В.Т. Зайцева НАМН Украины», г. Харьков, Украина

³Буковинский государственный медицинский университет, г. Черновцы, Украина

Абдоминальный сепсис, осложняющий течение различных внутрибрюшных воспалительных и деструктивных процессов, является одной из наиболее сложных проблем современной хирургии как по своей лечебно–диагностической концепции, так и в экономическом отношении. Бесконтрольное и необоснованное применение антибиотиков, достигшее, по данным ВОЗ, 50% в стационарах и 70% в поликлиниках, нарушило хрупкое равновесие между человеком и колонизирующими его организм эндосимбионтными бактериями, которое возникло в природе в процессе тысячелетнего эволюционного развития. Неслучайно в последнее время все чаще появляются публикации, озаглавленные «Антибиотики как угроза».

Особую опасность представляет полирезистентность бактерий к антибактериальным препаратам. Несмотря на пристальный интерес к изучению влияния резистентности возбудителей хирургических инфекций к антибиотикам на частоту развития синдрома системной воспалительной реакции и сепсиса, остается актуальным изучение структуры и свойств возбудителей интраабдоминальных инфекций в зависимости от выраженности воспалительных процессов и наличия клиники септического состояния.

Цель работы. Улучшение результатов антибиотикотерапии абдоминального сепсиса.

Материалы и методы. В клинике ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В.Т. Зайцева НАМН Украины» проводится постоянный мониторинг микрофлоры пациентов с созданием «микробиологического паспорта» стационара в целом, а также каждого отделения в частности. Для стартовой терапии интраабдоминальной инфекции антибиотики назначаются на основе эпидемиологических данных о распространенности и антибиотикорезистентности бактериальных возбудителей инфекций определенной локализации.

Результаты. На сегодняшний день, с позиций доказательной медицины и на основании собственных наблюдений, антимикробный спектр защищенного сульбактамом цефалоспоринов III - Сульбактомакса и Меропенема, на наш взгляд, позволяет проводить эмпирическую монотерапию абдоминального сепсиса в зависимости от степени тяжести инфекционного процесса. При тяжелом абдоминальном сепсисе в качестве стартовой антибиотикотерапии целесообразно применять комбинацию Норзидима с аминогликозидом и антианаэробом либо защищенный сульбактамом цефалоспорин IV поколения Норфепим даже в монотерапии.

Выводы. Таким образом, способами повышения эффективности антибактериальной терапии, на наш взгляд, могут быть: соблюдение строго режима использования антибактериальных препаратов, назначение их только при наличии обоснованных показаний; оптимизация режима дозирования

антибактериальных препаратов (доза, кратность приема, продолжительность курса лечения); использование обоснованных комбинаций антибактериальных препаратов с различным спектром антибактериальной активности; предварительное определение чувствительности выделенных штаммов микроорганизмов к конкретным антибактериальным препаратам; учет предикторов неэффективной эрадикации.

Іванченко Н.О.

**АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНІСТЬ КЛІНІЧНИХ ШТАМІВ
STAPHYLOCOCCUS AUREUS У ХІРУРГІЧНИХ СТАЦІОНАРАХ
ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ**

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, Україна

Еволюцію антибіотикорезистентності наочно демонструє процес формування стійкості *S.aureus* до основних класів антибактеріальних препаратів. У 1943 р. у клінічну практику було впроваджено пеніциліни, проте вже через рік їх активного застосування з'явилися перші повідомлення про резистентні штами стафілококів. У 1960-х роках було створено метицилін, а вже в 1970-х з'явилися метицилінрезистентні стафілококи. Поява ванкоміцину дозволила вирішити цю проблему, проте в 1997 р. було відмічено перші випадки помірної стійкості до препарату, а в 2002 р. з'явилися повністю ванкоміцинрезистентні штами. Проблема резистентності мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів зростає з року в рік.

Мета роботи: вивчити активність антимікробних препаратів щодо клінічних штамів *S. aureus*, виділених у пацієнтів, яким проведено хірургічне лікування у стаціонарах Львівської області.

Матеріали і методи: проаналізовано звіти закладів охорони здоров'я Львівської області за 2014 - 2015 роки відповідно до форми наказу МОЗ України від 04.04.2012 № 236 «Про організацію контролю та профілактики

післяопераційних гнійно-запальних інфекцій, спричинених мікроорганізмами, резистентними до дії антимікробних препаратів».

Результати та обговорення: Вивчено 684 клінічних штами *S. aureus*, виділених у 2014 р. у пацієнтів, госпіталізованих у хірургічні відділення та 1045 клінічних штамів, виділених у 2015 році. Досліджували чутливість штамів *S. Aureus* до 35 антимікробних препаратів диско - дифузійним методом відповідно до рекомендацій Національного комітету клінічних лабораторних стандартів США (NCCLS). Найменше резистентних штамів виявлено до лінезоліду, меропенему, іміпенему (до 2-х-%). Найбільша резистентність виявлено до пеніциліну (63,1 %), ампіциліну (58,2 %), лінкоміцину (27,4 %). Частота метицилінрезистентності (MRSA) у середньому становила 23,4 %.

Висновки.

1. Резистентність нозокоміальних штамів *S. aureus* становить серйозну терапевтичну та епідеміологічну проблему.
2. Найактивнішими до клінічних штамів *S. aureus* є лінезолід, меропенем, ванкоміцин, іміпенем та цефтриаксон.
3. Необхідно запровадити постійний моніторинг антибіотикорезистентності у кожному стаціонарі незалежно від профілю з метою всебічного вивчення ситуації щодо антибіотикорезистентності та ефективної емпіричної антибіотикотерапії.
4. Впровадження реалізації антибіотиків виключно за рецептом лікаря знизить невиправдане вживання антибіотиків населення і зможе зменшити кількість антибіотикорезистентних штамів.

ВИКОРИСТАННЯ АНТИБІОТИКІВ ПРИ ВНУТРІШНЬОЛІКАРНЯНИХ ІНФЕКЦІЯХ У ВІДДІЛЕННЯХ РЕАНІМАЦІЇ ТА ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ

Харківський національний медичний університет, Україна

Питання внутрішньолікарняних інфекцій у відділеннях реанімації та інтенсивної терапії (надалі ВРІТ) все ще залишається відкритим у зв'язку з великою кількістю важких ускладнень, розвитком сепсису, високим рівнем летальності.

Найбільш повне уявлення про структуру та роль інфекції у ВРІТ було отримано в дослідженні «ЕРІС» в Європі. На клінічному матеріалі 10038 пацієнтів, які перебували в 1417 відділеннях реанімації та інтенсивної терапії 17 країн, було показано, що 44,8% мали ознаки інфекції, причому 20,6% придбали ці інфекції вже у ВРІТ і у 25% з них було два і більше вогнищ. Слід зазначити, що бактеріальне походження має 90% всіх внутрішньолікарняних інфекцій, а 70% збудників припадає на частку грамнегативних мікроорганізмів. Найбільш частими збудниками є мікроорганізми сімейства Enterobacteriaceae - 34,4%, *Staphylococcus aureus* - 30,1% (60% - резистентні до метициліну), *Pseudomonas aeruginosa* - 28,7%, коагулазонегативні стафілококи - 19,1%, гриби - 17,1%. Найбільш частою локалізацією інфекції стають легені - 46,9%, органи сечовивідної системи - 17,6% і судинна система - 12%. Інфекціями, які складають високий рівень летальності залишаються госпітальна пневмонія, сепсис і ангіогенні інфекції.

Основним принципом лікування сепсису є призначення антибіотиків широкого спектру дій до приходу результатів антибіотикограми виділеного збудника, а далі призначення терапії препаратами вузької спрямованості. Для стартової терапії використовуються цефалоспорини III-IV поколінь, напівсинтетичні пеніциліни, фторхінолони. Для додаткової комбінованої терапії призначають аміноглікозиди, макроліди, тетрацикліни. У разі

анаеробного сепсису використовують метронідазол. Для лікування ангіогенних інфекцій зазвичай використовують цефалоспорини та фторхінолони IV покоління, дію яких доповнює метронідазол.

Таким чином, для лікування нозокоміальних інфекцій використовуються: цефалоспорини III-IV поколінь, напівсинтетичні пеніциліни, фторхінолони, аміноглікозиди, тетрацикліни та метронідазол.

Клименко В.А.¹, Яновська К.О.¹, Пасічник О.В.², Дробова Н.М.¹

ПРОБЛЕМИ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА МУКОВІСЦИДОЗ У ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

¹ Харківський національний медичний університет, Україна

² КЗОЗ «Обласна дитяча клінічна лікарня №1», м. Харків, Україна

Мета роботи: визначити проблеми антибактеріальної терапії у хворих на муковісцидоз (МВ) у Харківській області.

Матеріали й методи. Проаналізовано результати бактеріологічного дослідження мокротиння / промивних вод бронхів та антибактеріальна терапія дітей з діагнозом МВ, що знаходились на лікуванні в ОДКЛ №1 м. Харкова протягом 2015-2016 років. Для аналізу відібрані усі результати дослідження (включаючи анамнестичні), що містяться в історії хвороби дитини для встановлення строків інфікування патогномонічними патогенами. Результати оброблені методами варіаційної статистики. Дослідження виконано з дотриманням норм біоетики.

Результати. Під спостереженням перебувало 23 дітей віком від 1 до 17 років. Середній вік склав – $9,7 \pm 5,1$ років. Усі діти поступали до стаціонару в періоді загострення з боку респіраторної системи. Усім пацієнтам проведені бактеріологічні дослідження мокротиння (n=141) та у 5 хворих досліджені промивні води бронхів. Проаналізовано 149 результатів бакдослідження. Середня кратність бакдосліджень склала $6,4 \pm 2,9$ на рік на 1 хворого, що не

відповідає міжнародним стандартам (при хронічній інфекції *Pseudomonas aeruginosa* контроль бакпейзажу повинен бути до 10 разів на рік).

Ідентифіковані наступні збудники: *Pseudomonas aeruginosa* - у 13 ($56,5 \pm 10,3$) % дітей; *Staphylococcus aureus* - 10 ($43,4 \pm 10,3$) %, *Candida* - 16 ($70 \pm 9,5$) %, *B. ceracia* - (13 ± 7) %, *Stenotrophomonas maltophilia* - 1 (4 %), *Acinetobacter* - 1 (4 %), *Alcaligenes xylosoxidans* - 2 (8 %) пацієнтів. Звертає увагу, що такі патогномонічні для МВ мікроорганізми, як *Achromobacter xylosoxidans* та *Ralstonia Picketti* не визначені в жодному випадку.

В Харківському регіоні неможливо визначити рівень антитіл до *Pseudomonas aeruginosa*, тому статус інфекції (хронічна, інтермітуюча, елімінація збудника або відсутня) не визначається, що ускладнює призначення антибактеріальної терапії. У 8 хворих має місце хронічна інфекція *Pseudomonas aeruginosa*, але жоден хворий не отримує інгаляційну терапію тобраміцином регулярно, згідно рекомендацій уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Муковісцидоз», затверджений наказом МОЗ України від 15.07.2016 № 723. Відсутність можливості придбати необхідні антибактеріальні препарати у зв'язку із їхньою відсутністю або великої вартості (ціна становить близько 45 000 грн на 1 курс – 28 днів) на фармакологічному ринку країни.

Висновки. Необхідно впровадження міжнародних стандартів антибактеріальної допомоги дітям, хворим на МВ в Харківському регіоні.

ГЕМАТОЛОГІЧНІ ПОРУШЕННЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С ТА ЇХ КОРЕКЦІЯ

Харківський національний медичний університет, Україна

При проведенні комбінованої противірусної терапії хворих на хронічний гепатит С (ХГС) препаратами інтерферону та рибавірином найбільш актуальними серед побічних дій є гематологічні порушення – анемія, нейтропенія, тромбоцитопенія та комбіновані цитопенії. Серед причин цитопенічного синдрому у хворих на ХГС також розглядаються системні прояви HCV-інфекції, наявність цирозу печінки, гіперспленізм, кровотеча, супутні захворювання.

Мета дослідження: оцінити гематологічні порушення у хворих на ХГС та розробити методи їх корекції.

Об'єкт та методи дослідження. Обстежено 86 хворих на ХГС, що отримували ПВТ пегільованим інтерфероном альфа та рибавірином. Серед них чоловіків 37 (43%), жінок – 49 (57%). Середній вік склав $39,3 \pm 1,34$ роки. 1 генотип HCV спостерігався у 52 (60,5%) хворих, 2 або 3 – у 34 (39,5%). Стадія фіброзу печінки F0-F1 спостерігалася у 54 (62,8%) хворих, $F \geq 2$ – у 32 (37,2%). Для діагностики та моніторингу застосовували загально прийняті клінічні, біохімічні, вірусологічні та інструментальні методи у стандартні терміни. Стадію фіброзу та ступінь активності визначали за допомогою Фібротесту (Biorpredictive, Франція) за системою METAVIR та соноеластографії печінки за допомогою прибора Ultrasound Diagnostic Scanner Hitachi Hi vision Avius 2013 (Японія).

Результати. При проведенні комбінованої противірусної терапії гематологічні порушення реєструвалися у 62 (72,1%) хворих на 4-12 тижні лікування. Серед гематологічних порушень анемія розвивалась у 22 (25,6%) хворих, нейтропенія – у 62 (72,1%), тромбоцитопенія – у 27 (31,4%). Комбінована цитопенія спостерігалася у 30 (34,9%) пацієнтів. Частота

гематологічних порушень залежала від стадії фіброзу печінки. У хворих зі стадією фіброзу печінки F0-F1 гематологічні порушення реєструвалися у 36 (66,7%) хворих, з фіброзом $F \geq 2$ – у 26 (81,3%). Залежності гематологічних порушень від генотипу HCV не встановлено.

Корекція нейтропенії проводилася у 62 (72,1%) хворих на тлі ПВТ. Серед них нейтропенія легкого ступеня реєструвалася у 38 (61,3%) хворих, помірного ступеня – у 24 (38,7%). Для корекції нейтропенії у всіх хворих застосовували метілураціл за стандартною схемою. Підвищення або стабілізація рівня нейтрофілів спостерігалася у 36 (94,7%) хворих з нейтропенією легкого ступеня та у 22 (91,6%) хворих з нейтропенією помірного ступеня.

Висновки. Гематологічні порушення при проведенні комбінованої противірусної терапії ХГС реєструвалися у 62 (72,1%) хворих, що потребує ретельного моніторингу та їх корекції. Частота гематологічних порушень залежить від стадії фіброзу печінки і вище у хворих з фіброзом $F \geq 2$. Застосування метілурацілу за стандартною схемою для корекції нейтропенії у хворих на ХГС, що отримують ПВТ було ефективним у 93,5%.

Козько В.М., Могиленець О.І., Бондаренко А.В., Терьошин В.О.,

Соломенник Г.О., Меркулова Н.Ф., Єкімова Н.А., Дуднік А.Ю.

ОПТИМІЗАЦІЯ ПІДХОДІВ ДО ПРИЗНАЧЕННЯ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ГОСТРІ РЕСПІРАТОРНІ ІНФЕКЦІЇ

Харківський національний медичний університет, Україна

Обласна клінічна інфекційна лікарня, м. Харків, Україна

Гострі респіраторні інфекції (ГРІ) – найбільш поширені інфекційні хвороби, що вражають усі верстви населення. Важливою є проблема доцільності призначення антибіотиків таким хворим. Згідно до «Уніфікованого клінічного протоколу первинної медичної допомоги дорослим та дітям "Гострі респіраторні інфекції"» в залежності від тяжкості хвороби, належності пацієнта

до певних груп та враховуючи вподобання пацієнта обирається стратегія антибіотикотерапії. Існують 3 її варіанти: відмова від антибактеріальних лікарських засобів (непризначення); відкладене у часі призначення антибактеріальних лікарських засобів; негайне призначення антибактеріальних лікарських засобів. Антибактеріальна терапія призначається при ГРІ бактеріальної етіології, розвитку бактеріальних ускладнень та у групах ризику. Однак не завжди на підставі лише клінічних проявів можна встановити наявність бактеріальної інфекції. Етіологічна розшифровка доступна не всім медичним закладам. У цьому сенсі актуальним є пошук лабораторних маркерів, які б можна було використовувати в якості предикторів доцільності застосування антибактеріальної терапії у хворих на ГРІ.

Мета дослідження – оптимізувати лікування хворих на ГРІ.

Матеріали та методи. Під спостереженням перебувало 163 хворих на ГРІ. Із них 97 чоловіків та 66 жінок. У 116 осіб спостерігався неускладнений перебіг ГРІ, у 47 – ускладнений негоспітальною пневмонією (НП). Усім хворим визначали запропонований нами коефіцієнт наявності ускладнень (КУ), який обчислювали за формулою: $KY = K_{л} \times K_{п} \times K_{ш}$, де $K_{л}$ – поправочний коефіцієнт на лейкоцитоз, при кількості лейкоцитів від $5 \times 10^9/л$ до $8 \times 10^9/л$ дорівнює 1. При збільшенні лейкоцитозу на $1 \times 10^9/л$ вище норми $K_{л}$ зростає на 0,1, а при гіперлейкоцитозі понад $20 \times 10^9/л$ – на 0,2; $K_{ш}$ – поправочний коефіцієнт на ШОЕ (дорівнює 1 при ШОЕ від 5 до 15 мм/год; при підвищенні ШОЕ на 5 мм/год вище норми $K_{ш}$ зростає на 0,1, а при ШОЕ більше ніж 30 мм/год – на 0,2), $K_{п}$ – поправочний коефіцієнт на кількість паличкоядерних клітин (при кількості паличкоядерних клітин до 6 % дорівнює 1; при збільшенні кількості паличок на 1 % вище норми $K_{п}$ зростає на 0,05). Статистичний аналіз даних, які було отримано, проводили методом варіаційної статистики з використанням критеріїв t Стьюдента та χ^2 Пірсона, коефіцієнта кореляції r.

Результати. КУ хворих на ГРІ, які були ускладнені НП, був достовірно вищим по відношенню до здорових осіб та хворих на ГРІ з неускладненим

перебігом ($p < 0,01$), що, ймовірно, пояснюється, більш вираженими інтоксикацією та порушенням імунологічної реактивності.

При порівнянні частоти зустрічаємості підвищення КУ по відношенню до норми у хворих із ускладненим та неускладненим перебігом було встановлено, що КУ у хворих з НП був підвищеним достовірно частіше ($p < 0,01$) і був вищим за 1,05 у 72,3 % хворих. Крім того, було виявлено пряму кореляційну залежність між підвищенням КУ та наявністю НП.

Висновки. 1. Питання про призначення антибактеріальної терапії хворим на ГРІ необхідно вирішувати індивідуально в кожному випадку.

2. Можна рекомендувати індекс КУ для детекції наявності бактеріальних агентів в організмі хворого та вирішення питання про необхідність призначення антибактеріальної терапії у хворих на ГРІ.

Козько В.М., Соломенник Г.О., Бондар О.Є., Юрко К.В.

ЗАСТОСУВАННЯ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ФУЛЬМІНАНТНИЙ ГЕПАТИТ В

Харківський національний медичний університет, Україна

Кафедра інфекційних хвороб

У хворих на фульмінантний гепатит В відбувається значне зниження реактивності організму, пригнічення захисних механізмів, що полегшує активацію та генералізацію ендогенної інфекції. Особливого значення набувають зниження активності купферовських клітин, системи комплементу, а також зниження вмісту опсонинів, хемотоксинів тощо. Запальні зміни респіраторного тракту, сечовивідних шляхів, ЛОР-органів розпізнаються з запізненням, чому сприяє слабка вираженість або навіть відсутність гарячки та лейкоцитозу. Зазвичай активізується грампозитивна (стафілококова) та грамнегативна суперінфекція. Приєднанню вторинної флори сприяє застосування глюкокортикостероїдів. Найчастіше виникає пневмонія, яка на тлі

печінково-ниркової недостатності може перебігати з набряком легень. Виникненню септичного процесу сприяють тривала катетеризація судин, сечового міхура.

Успіх лікування залежить, з одного боку, від характеру бактеріальних ускладнень (сепсис, пневмонія, перитоніт тощо), їхньої етіології, тривалості та відповідно своєчасного призначення антибактеріальної терапії, а з іншого – від адекватного вибору антибіотиків. Перша задача потребує постійного бактеріологічного контролю, перш за все, крові, сечі, харкотиння, випорожнень. Важливого значення набуває систематичний контроль із ділянок уведення катетерів. Друга задача є особливо складною. Антибіотики слід призначати з урахуванням чутливості виділеного збудника. Крім того, необхідно оцінювати їхню потенційну гепатотоксичність. Згідно рекомендацій Sherlock Sh., Dooley J. (2007) за наявності грампозитивної флори перевагу віддають амоксициліну (у вигляді суспензії через шлунковий зонд у дозі 250-500 мг кожні 8 год), грамнегативної – ципрофлоксацину. Герасун Б.А., Грицько Р.Ю. та ін. (2012) рекомендують застосовувати один з аміноглікозидів: неоміцину сульфат у дозі 1-2 г на добу або канаміцину сульфат у дозі 3 г на добу. Від призначення тетрацикліну, пеніциліну, еритроміцину, гентаміцину слід утриматися. Також важливе значення має застосування протигрибкових засобів (флюконазолу).

Козько В.М., Соломенник Г.О., Терьошин В.О., Могиленець О.І.,

Меркулова Н.Ф., Винокурова О.М., Лихач В.В.

ЗАСТОСУВАННЯ ІНТЕГРАЛЬНИХ МАТЕМАТИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ГЕМОГРАМИ У РАННІЙ ДІАГНОСТИЦІ ДИФТЕРІЇ

Харківський національний медичний університет, Україна

Напружена ситуація, що склалася в Україні в останні роки щодо вакцинації населення, є підставою вважати, що з часом може відбутися значне

зростання захворюваності на певні керовані інфекції, зокрема на дифтерію, яку наприкінці минулого десятиріччя завдяки проведенню масового щеплення дорослого населення країни було майже ліквідовано. Особливостями останнього спалаху дифтерії, який трапився наприкінці минулого сторіччя, є переважання у структурі захворюваності дорослого населення, можливість виникнення захворювання у щеплених, а також значна кількість атипових форм. Саме атиповий перебіг дифтерії призводить до несвоєчасної її діагностики. У той же час, швидкий зворотній розвиток запальних змін у місці первинної локалізації інфекції не гарантує відсутність виникнення специфічних ускладнень, які, зрештою, визначають тяжкість захворювання (Возіанова Ж.І., 2005).

Мета дослідження – підвищити якість ранньої діагностики дифтерії на підставі вивчення показників гемограми у хворих на дифтерію та ангіну.

Матеріал і методи. Під нашим спостереженням перебувало 28 хворих на дифтерію (1 група) та 33 хворих на лакунарну ангіну (2 група). Діагноз дифтерія був підтверджений бактеріологічно. У всіх досліджених хворих на підставі гемограми, використовуючи математичні формули, проводили розрахунок інтегральних гематологічних показників периферійної крові: лейкоцитарного індексу (ЛсІ), лімфоцитарного індексу (ЛнІ), лейкоцитарного індексу інтоксикації Кальф-Каліфа (ЛШ), гематологічного показника інтоксикації (ГШ), індексу зсуву лейкоцитів (ІЗЛ), індексу співвідношення лімфоцитів та ШОЕ (ІЛШОЕ), лімфоцитарно-гранулоцитарного індексу (ІЛГ), загального індексу (ЗІ), індексу співвідношення нейтрофілів і лімфоцитів (ІСНЛ), індексу співвідношення нейтрофілів і моноцитів (ІСНМ), індексу співвідношення лімфоцитів і моноцитів (ІСЛМ), індексу співвідношення лімфоцитів та еозинофілів (ІСЛЕ), які розраховували за відповідними формулами (Жухаров Л.С., Вороная Ю.Л., 2002; Кажина М.В. и др., 2003). Ці показники ми доповнили ще одним, що був розроблений нами, індексом співвідношення агранулоцитів і ШОЕ (ІСЛМШОЕ), який розраховували за формулою: $ІСЛМШОЕ = (лімфоцити, \% + моноцити, \%) / ШОЕ$.

Результати. Серед хворих на дифтерію переважали жінки (79 %), у 2 групі хворі за статтю розподілялися рівномірно ($p < 0,05$). Середній вік хворих у 1 і 2 групах склав $41,9 \pm 3,58$ та $22,61 \pm 1,54$ роки відповідно ($p < 0,01$). У половини хворих спостерігався нетиповий перебіг дифтерії, а діагноз встановлювали лише на підставі результатів бактеріологічного дослідження. Порівняно з контролем у хворих як 1, так і 2 групи відмічалось підвищення ЛП, ГП, ІСЛ, ІСНЛ, зниження ІЛГ, ІСЛМ, ІСЛМШОЕ, ЛсІ. ЛнІ був знижений, а ІЛШОЕ підвищений тільки у хворих на дифтерію. У хворих на ангіну спостерігалось зниження ІСЛЕ. ЗІ та ІСНМ не відрізнялися від контрольних цифр. Достовірно відрізнялись у хворих на дифтерію та ангіну два показники: ІЛШОЕ ($4,54 \pm 0,73$ та $2,81 \pm 0,33$ відповідно, $p < 0,05$) та ІСЛМШОЕ ($1,35 \pm 0,22$ та $3,08 \pm 0,55$ відповідно, $p < 0,05$).

Таким чином, клінічна діагностика дифтерії, особливо її нетипових форм, має певні труднощі. Разом з цим, виявлення навіть мінімальних факторів, які вказували б на дифтерію, дозволяє своєчасно проводити специфічну терапію і попереджати розвиток більш тяжкого перебігу захворювання з виникненням специфічних ускладнень. Визначення гемограми з наступним розрахунком ІЛШОЕ и ІСЛМШОЕ може стати додатковим фактором при проведенні диференційної діагностики на користь дифтерії.

Висновки. Дифтерія частіше трапляється у жінок, а також в осіб старших вікових груп. Ангіною частіше хворіють особи до 30 років незалежно від статі.

У половини обстежених дифтерія перебігала атипово, а діагноз був встановлений тільки на підставі результатів бактеріологічного дослідження.

Розрахунок інтегральних математичних показників гемограми ІЛШОЕ та ІСЛМШОЕ може бути використаний як додатковий фактор при проведенні диференційної діагностики між дифтерією та ангіною.

Козько В.М., Христенко Н.Є., Юрко К.В., Соломенник Г.О.

ОЦІНКА ВМІСТУ СТАТЕВИХ ГОРМОНІВ У СИРОВАТЦІ КРОВІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета дослідження – з'ясувати рівень статевих гормонів, а саме прогестерону, тестостерону та естрадіолу в сироватці крові хворих на хронічний гепатит С (ХГС) залежно від генотипу вірусу, ступеня біохімічної активності, стадії фіброзу печінки.

Об'єкт і методи дослідження. Під спостереженням перебувало 33 хворих на ХГС, серед яких чоловіків було 24 (72,7%), жінок – 9 (27,3%). Середній вік хворих $39,27 \pm 1,53$ років.

Усім хворим визначали у сироватці крові активність аланінамінотрансферази (АЛТ) за методом Райтмана Френкеля, зміст прогестерону, тестостерону, естрадіолу – методом 2-х хвильової флуоресцентної детекції на автоматичному імунохімічному аналізаторі TOSOH AIA - 600 (USA), генотип вірусу за допомогою якісного методу ПЛР («НВП ДНК - технологія»). Також 15 (45,4%) хворим одноразово оцінювали стадію фіброзу печінки системою FibroMax. Контрольну групу склали 30 здорових донорів. Статистичний аналіз отриманих даних проводили за допомогою критерію Стьюдента (t) на коефіцієнту кореляції (r).

Результати та їх обговорення. Активність АЛТ у сироватці крові досліджених хворих склала $1,78 \pm 0,18$ ммоль/л.г, що було вище ніж у групі контролю ($p < 0,01$). За генотипом вірусу та стадією фіброзу хворі розподілялись наступним чином: генотип 1В виявлено у 15 (45,4%) хворих, 3А – у 9 (27,3%), 1В/3А – у 9 (27,3%), F1 – у 6 (40%), F2 – у 6 (40%), F3 – у 3 (20 %) пацієнтів.

Середній вміст прогестерону, тестостерону, естрадіолу у сироватці крові жінок був нижче за контрольні значення ($4,9 \pm 1,52$ нг/мл проти $9,1 \pm 1,33$ нг/мл, $p < 0,05$; $10,73 \pm 1,8$ нг/дл проти $31,98 \pm 3,4$ нг/дл, $p < 0,001$; $69,63 \pm 25,65$ пг/мл проти $169,29 \pm 21,78$ пг/мл, $p < 0,01$). У чоловіків виявлено збільшення вмісту у

сироватці крові лише жіночого гормону прогестерону в 2,73 рази порівняно з контролем ($0,6 \pm 0,04$ нг/мл проти $0,22 \pm 0,03$ нг/мл; $p < 0,001$). Уміст тестостерону та естрадіолу у сироватці крові чоловіків, хворих на ХГС, знаходиться у межах нормальних значень.

Проведений кореляційний аналіз виявив наступні зв'язки: помірний зворотний між вмістом у сироватці крові естрадіолу та стадією фіброзу ($r = -0,57$; $p < 0,001$), помірний зворотній між вмістом прогестерону у сироватці крові та стадією фіброзу ($r = -0,55$; $p < 0,01$), потужний прямий між вмістом тестостерону та стадією фіброзу ($r = 0,61$; $p < 0,001$), помірний зворотній між вмістом естрадіолу та генотипом вірусу ($r = -0,47$; $p < 0,02$), помірний зворотній між вмістом прогестерону та генотипом вірусу ($r = -0,41$; $p < 0,02$), помірний зворотній між вмістом прогестерону та активністю АЛТ у сироватці крові ($r = -0,38$; $p < 0,05$).

Висновки. У хворих на ХГС відбувається значне порушення метаболізму статевих гормонів як у жінок, так і в чоловіків. Виявлені зв'язки між вмістом прогестерону, тестостерону та естрадіолу в сироватці крові та стадією фіброзу є підставою для використання цих показників при оцінці морфологічних та функціональних змін у печінці хворих на ХГС у якості додаткових діагностичних та прогностичних критеріїв.

Козько В.Н., Кузнецова А.А., Соломенник А.О.

**ПРИМЕНЕНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ
ЛЕЧЕНИИ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ТОКСОПЛАЗМОЗА У ВИЧ-
ИНФИЦИРОВАННОЙ ПАЦИЕНТКИ НА ФОНЕ ВЫСОКОАКТИВНОЙ
АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ**

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Оппортунистические инфекции (ОИ) являются основной причиной летальных исходов у больных СПИДом. Своевременная диагностика ОИ и правильно подобранная схема лечения позволяют продлить жизнь пациентам. Среди всех оппортунистических инфекций, возникающих на фоне СПИДа, 38 % приходится на долю токсоплазменной инфекции. Нами был проведен анализ случая церебрального токсоплазмоза у ВИЧ-инфицированной пациентки на фоне проводимой высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ). У пациентки Ч., 28 лет диагноз ВИЧ-инфекция установлен в 2002 году при обследовании во время беременности, после чего она была поставлена на диспансерный учёт в Областной центр по борьбе со СПИДом (ОЦПБС) г. Харькова. Из анамнеза жизни известно, что до 2002 года больная периодически употребляла инъекционные наркотики (опиаты). С октября 2010 г пациентка начала получать ВААРТ: Зидолам + Невирапин (AZT/ЗТС + NVP). В декабре 2010 года у больной появились выраженная общая слабость, слабость в правых руке и ноге, тремор рук и головы по типу «зубчатого колеса», нарушение и затруднение речи (скандированная речь), выраженная головная боль, тошнота, позывы на рвоту, в дальнейшем присоединились снижение памяти и зрения, в связи с чем была консультирована врачом ОЦПБС и направлена в отделение нейроинфекций ОКИБ. При госпитализации состояние расценивалось как тяжёлое за счёт выраженной неврологической симптоматики (заторможенность, лёгкая оглушённость, выраженный тремор рук и головы, моторная и сенсорная дисфазии), отмечались асимметрия носогубных складок, мелко-размашистый нистагм, сухожильные рефлексы $D \geq S$, высокие,

правосторонний гемипарез, тонус мышц справа по спастическому типу, атаксия в позе Ромберга, тремор пальцев вытянутых рук, скандированная речь, шаткость при ходьбе. Ядерная магнитно-резонансная томография (ЯМРТ) головного мозга выявила множественные зоны патологической интенсивности в обеих гемисферах большого мозга, окруженные выраженным перифокальным отеком. Наиболее крупный очаг (4,92 x 4,5 см) располагался в левой лобной доле. Аналогичные изменения, но менее выраженные по объему отмечаются в левой затылочной доле, правой лобной доле (до 1,92 см диаметром), в области островка левой височной доли (до 2,7 см), головки правого хвостатого ядра, обеих гемисферах мозжечка. Методом ИФА в крови пациентки обнаружены антитела класса Ig G к *Toxoplasma gondii*. Больной поставлен диагноз ВИЧ-инфекция, IV клиническая стадия, токсоплазмоз головного мозга, в связи с чем начата терапия: клиндамицин по 600 мг + ровамицин по 3000000 МЕ 3 раза в сутки + «Бисептол» по 960 мг 2 раза в сутки. На фоне проводимой терапии у больной исчезли головные боли, значительно уменьшился тремор рук и головы, регрессировали явления гемипареза. Пациентка стала отмечать улучшение памяти и зрения. Через месяц после начала терапии выписана из стационара в удовлетворительном состоянии под наблюдение врачей ОЦПБС. Общий срок этиотропной терапии токсоплазмоза составил 1,5 месяца. При контрольном проведении ЯМРТ головного мозга отмечалась инкапсуляция очагов.

Таким образом, комбинированная терапия клиндамицином, ровамицином и «Бисептолом» оказала выраженный положительный эффект у больной с церебральным токсоплазмозом на фоне ВИЧ-инфекции в виде инкапсуляции ранее имеющихся очагов в головном мозге, была достигнута ремиссия.

*Козько В.Н.¹, Марковский В.Д.¹, Градиль Г.И.¹, Губина-Вакулик Г.И.¹,
Терешин В.А.¹, Мозиленец Е.И.¹, Лобойко К.Н.², Юрченко И.С.³,
Борзенкова И.В.², Дудник А.Ю.¹*

АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ПРИ ПНЕВМОНИЯХ IV ГРУППЫ: КЛЕБСИЕЛЛЕЗНАЯ ИНФЕКЦИЯ, ГРИПП

¹Харьковский национальный медицинский университет, Украина

²КУОЗ "Областная клиническая больница - Центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф", г. Харьков, Украина

³КУОЗ "Областная клиническая инфекционная больница" г. Харьков, Украина

Сигналом бедствия и поводом для глобальной тревоги является повсеместный рост резистентности бактерий к антибиотикам, что указывает на приближение ландшафта инфекционных заболеваний к переломному моменту. Продукция β -лактамаз расширенного спектра (БЛРС) – один из наиболее распространенных и клинически значимых механизмов резистентности энтеробактерий к современным β -лактамным антибиотикам. Особую тревогу вызывает устойчивость грамотрицательных бактерий, несущих ген кодирующий β -лактамазу (New Delhi Metallo- β -Lactamase). Наблюдается распространение этого варианта резистентности грамотрицательных бактерий из Индии и Пакистана в Великобританию, Соединенные Штаты Америки, Кению, Японию, Канаду, Бельгию, Нидерланды, Тайвань, Сингапур, Султанат Оман и Австралию. Кроме того, беспокойство вызывает и появление новых гипервирулентных (hypermucoviscous) вариантов *Klebsiella pneumoniae*, которые рассматривают как этиологический фактор внегоспитальной пневмонии (ВП). Эти гипервирулентные варианты *Klebsiella pneumoniae* зарегистрированы и в странах Европы. Клебсиеллезная инфекция при этом возникала у молодых лиц без четких данных указывающих на предшествующую компроментацию иммунной системы. Эпидемиологические особенности этой клебсиеллезной инфекции еще определяются, колонизация, в частности кишечная, по-видимому, имеет решающее значение как первый шаг ведущий к

инфекции. Однако механизмы генерализации инфекции, механизмы поражения легкого - остаются неясными.

Цель работы. Изучить клинические проявления, особенности антибиотикотерапии пневмоний IV группы у пациентов при клебсиеллезной инфекции и гриппе.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ протоколов вскрытий, произведенных на базе патологоанатомического отделения КУОЗ "Областная клиническая больница - Центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф"(ОКБ) за период с 2009 г. по сентябрь 2014г. Также были изучены данные историй болезни и протоколы вскрытий 7 пациентов, которые находились на лечении в КУОЗ "Областная клиническая инфекционная больница" (ОКИБ) и КУОЗ ОКБ в 2014-2015гг. Был проведен анализ антибиотикотерапии 24 пациентов при внегоспитальных пневмониях IV группы, осложняющих грипп при летальных исходах в 2011-2016 гг. Диагноз грипп А (H1N1) подтверждался методом ПЦР при обнаружении РНК вируса в исследуемых назофарингеальных образцах прижизненно и в секционном материале после аутопсии. Были проведены аутопсии с дополнительным консультированием микропрепаратов в ЦНИЛ ХНМУ (микроскоп Axiostar plus. Zeiss, Германия). Изучались жалобы и анамнез заболевания, проводилось объективное исследование, которое включало осмотр слизистой оболочки ротоглотки, перкуссию и аускультацию легких, проводились лабораторные исследования. Рентгенографически были обследованы все пациенты. При поступлении пациентов в стационар назначали противовирусную терапию (тамифлю 150 мг 2 раза в сутки), антибиотикотерапию, патогенетическую терапию. Проводилась масочная кислородотерапия, при нарастании дыхательной недостаточности – искусственная вентиляция легких (ИВЛ). Инфузионная терапия проводилась в рестриктивном режиме. Режимы ИВЛ применяли в соответствии с приказом "Про внесення змін до наказу МОЗ від 20.05.2009 № 189-Адм „Про затвердження „Протоколу діагностики та лікування нового грипу А Н1/Н1

Калифорния) у взрослых" N 832 от 13.11.2009. Все исследования проводились с разрешения комиссии по биоэтике КУОЗ ОКИБ. При обработке материала применялись методы вариационной статистики с использованием t -критерия Стьюдента.

Результаты. Среди 7 пациентов, которые умерли в КУОЗ ОКИБ и КУОЗ ОКБ в 2014-2015гг. было 3 мужчин и 4 женщины, средний возраст составил $50,83 \pm 5,7$ лет ($M \pm m$). День болезни при поступлении - $7,3 \pm 2,4$. Летальный исход наступал на $12,6 \pm 2,1$ дня пребывания в стационаре. Пациенты провели в стационаре в среднем $5,83 \pm 2,5$ койко-дня. Большинство пациентов поступали с проявлениями выраженной интоксикации, дыхательной недостаточности, наблюдалась тахикардия. В большинстве случаев была диагностирована внегоспитальная двусторонняя нижнедолевая пневмония (субтотальная и тотальная), IV группа, период разгара, ОДН III ст. Тотальная левосторонняя пневмония с абсцедированием подтверждена у одного пациента на аутопсии. Два пациента провели в стационаре несколько часов (летальность до суток). Сопутствующая патология: сахарный диабет 2 типа у 1 пациента, гипертоническая болезнь - у 2, хронический гепатит - у 1, хронический пиелонефрит с явлениями ХПН - у 1, ИБС, постинфарктный кардиосклероз - у 1. В одном случае пневмония развилась на фоне септического эндокардита, также в одном случае в анамнезе жизни отмечалось злоупотребление алкоголем. У 5 пациентов этой группы *Klebsiella pneumoniae* была бактериологически выделена из крови и при исследовании ткани легкого постмортально, у 2 пациентов - при исследовании промывных вод бронхов. Возбудитель характеризовался высокой степенью резистентности к антибиотикам, в том числе к карбапенемам.

При анализе протоколов вскрытий, произведенных на базе патологоанатомического отделения КУОЗ ОКБ за период с 2009 г. по сентябрь 2014 г., отмечено достоверное увеличение количества случаев ВП с января 2009 г. по декабрь 2012 г. С декабря 2012 г. по декабрь 2013 г. отмечено достоверное

уменьшение количества случаев ВП, а с декабря 2013 г. по сентябрь 2014 г. отмечено достоверное увеличение количества летальных случаев при ВП. Из всего количества случаев ВП у пациентов, аутопсия которых проводилась в КУОЗ ОКБ, на ВП, вызванную *Klebsiella pneumoniae* в 2009 г., приходился 1 случай из 19, что составило 5,3%, в 2010 г. - 5 случаев из 23, что составило 21,7%, в 2011 г. - 1 случай из 26, что составило 3,8%. В 2012 г. - 5 случаев из 38, что составило 13,1%, в 2013 г. - 10 случаев из 22, что составило - 44,9%, в 2014 г. - 27 случаев из 55, что составило 49,09%.

Проведен также анализ антибиотикотерапии пневмоний IV группы, осложнивших грипп А/Н1N1/pdm09 у пациентов, которые умерли в 2011–2016 гг. в ОИТ КУЗ ОКИБ (n=15), в ОИТ КУЗ ОКБ (n=2), в центральных районных больницах области (n=7). Среди 24 пациентов было 17 мужчин и 7 женщин. Средний возраст - $48,5 \pm 2,51$ лет. В стационаре пациенты провели в среднем $3,33 \pm 0,63$ койко-дня. День болезни при госпитализации составил $5,96 \pm 0,29$. Длительность болезни $9 \pm 0,66$ дня. В этой группе ожирение наблюдалось у 10 (41,6 %) пациентов, сахарный диабет у 1 (4,2 %). Стартовая антибиотикотерапия проводилась 23 пациентам этой группы. В целом, в монотерапии и в сочетании с другими антибиотиками, карбапенемы применялись в 12 (52,1%) случаях, в том числе в 3 случаях в сочетании с линезолидом. Монотерапия линезолидом и его применение в сочетании с другими антибиотиками было использовано для лечения 4(17,4%) пациентов. Цефалоспорины III и IV поколений применялись в 7 (30,4%) случаях.

Выводы. 1. Отмечается нарастание числа случаев ВП, вызванной *Klebsiella pneumoniae* за период 2009-2016 гг. 2. Возбудитель *Klebsiella pneumoniae* характеризовался высокой степенью резистентности к антибиотикам, особую тревогу вызывает его резистентность к карбапенемам. 3. При анализе протоколов вскрытий, произведенных на базе патологоанатомического отделения КУОЗ ОКБ и сопоставлении клинического и патологоанатомического диагнозов ВП, вызванных *Klebsiella pneumoniae*, в 100% случаев отмечено совпадение. В 100% случаев клинического и

патологоанатомического диагнозов ВП, вызванная *Klebsiella pneumoniae*, была основным заболеванием. Причиной смерти во всех случаях явилась легочно-сердечная недостаточность. 4. Стартовая антибиотикотерапия с применением линезолида или карбапенема + линезолида при ВП, осложняющих грипп, на наш взгляд, не является достаточно обоснованной. Кроме того, рекомендации национального протокола оказания клинической помощи, касающиеся антибиотикотерапии, базируются на исследованиях, которые были проведены при бактериальных пневмониях не осложняющих грипп. 5. В группе пациентов умерших от гриппа осложненного пневмонией на фоне массивной антибактериальной терапии в большинстве случаев не выявлено положительной динамики в течении заболевания. 6. Механизмы генерализации клебсиеллезной инфекции, механизмы поражения легкого при изначальной кишечной колонизации остаются неясными. 7. Анализ данных литературы указывает на особую тревогу медицинского сообщества, связанную с устойчивостью грамотрицательных бактерий, несущих ген кодирующий бета-лактамазу (New Delhi Metallo- β -Lactamase).

Козько В.Н., Соломенник А.О., Гаврилов А.В., Никитина В.В., Дудник А.Ю.

ВЫБОР ЭТИТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛИЦ

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Кафедра инфекционных болезней

Бактериальная пневмония регистрируется у ВИЧ-инфицированных пациентов в среднем в 200 раз чаще по сравнению с неинфицированными ВИЧ пациентами. Риск развития бактериальных пневмоний значительно выше у пациентов с низким уровнем CD4 (< 200/мкл), а также у ВИЧ-инфицированных ПИН. Клиническая картина и прогноз бактериальной пневмонии у ВИЧ-инфицированных и у людей не инфицированных ВИЧ существенно не

отличаются. В тоже время у ВИЧ-инфицированных чаще отмечается отсутствие лейкоцитоза и слабо выраженная клиническая симптоматика. Также пневмонии у ВИЧ-инфицированных часто протекают атипично, имеют длительный период разрешения.

Чаще всего возбудителями пневмонии у ВИЧ-инфицированных являются *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*. На фоне ВИЧ-инфекции также часто высеиваются *Staphylococcus aureus*, *Moraxella catarrhalis*, а на поздних стадиях, когда количество CD4 не превышает 100/мкл, - *Rhodococcus equi*.

Клиническая картина пневмонии, вызванной *S. pneumoniae*, не отличается от таковой у ВИЧ-отрицательных пациентов, за исключением более частого выявления резистентных микроорганизмов и бактериемии (в 100 чаще, чем у ВИЧ-отрицательных пациентов). Пневмония, вызванная *Haemophilus influenzae*, встречается у ВИЧ-инфицированных в 100 раз чаще, чем среди ВИЧ-отрицательных пациентов, чаще возникает при снижении CD4 < 100 кл/мкл, начинается подостро, рентгенологически могут определяться двусторонние интерстициальные поражения, что ошибочно может диагностироваться как пневмоцистная пневмония.

Выбор лекарственных средств для терапии пневмонии проводится с учетом чувствительности выделенных возбудителей к антимикробным препаратам.

В тоже время, до получения результатов бактериологического исследования мокроты следует начать эмпирическую антибактериальную терапию. Чаще всего с этой целью используют защищенные пенициллины (амоксициллин без клавулоновой кислоты следует использовать в редких случаях из-за высокого риска развития резистентности), макролиды (их следует использовать в случае, если они не используются для профилактики), фторхинолоны (не следует использовать фторхинолоны II, III поколения (ципрофлоксацин, пефлоксацин) для монотерапии из-за их низкой активности в отношении пневмококков). Преимуществом указанных препаратов является возможность использования ступенчатых схем лечения (когда на первом этапе

лечения используют инъекционные формы препаратов, а после достижения клинического эффекта продолжают приём пероральных форм указанного препарата). Кроме того, при нетяжелых формах пневмоний и в амбулаторных условиях указанные препараты можно назначать сразу для перорального употребления.

Для эмпирической терапии тяжелых пневмоний используют комбинированные схемы лечения. Наиболее эффективными схемами терапии являются комбинации цефалоспоринов III поколения (цефтриаксон, цефотаксим) с макролидами (азитромицин, спирамицин) и/или фторхинолонами (моксифлоксацин, гатифлоксацин), защищенных аминопенициллинов (амксициллина клавуланат, ампициллина сульбактам) с фторхинолонами (моксифлоксацин, гатифлоксацин).

Эффективность эмпирической терапии оценивается через 72 часа от начала лечения. В случае отсутствия клинического эффекта антибиотики должны быть изменены с учетом выделенных возбудителей и их чувствительности к антибактериальным препаратам.

Козько В.Н., Сохань А.В., Юрко Е.В., Гвоздецкая М.Г., Гаврилов А.В.

ИНФЕКЦИОННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

Украина остается лидером в Европе по масштабам распространения ВИЧ-инфекции. По оценкам экспертов UNAIDS, в Украине с ВИЧ-инфекцией живет около 290 тысяч человек. Только каждый второй знает о своем диагнозе – по состоянию на 1 января 2016 года на учете в Украине состоит 126 тысяч ВИЧ-положительных пациентов. На 01.05.2016 в г. Харькове и Харьковской области на учете состоит 4873 ВИЧ-положительных лиц. Стационарная помощь ВИЧ-инфицированным пациентам с оппортунистическими инфекциями

осуществляется в Областной клинической инфекционной больнице (ОКИБ). За период с 2008-2015 г. на стационарном лечении находилось 650 пациентов. В 2008 году наблюдалось 74 пациента, в 2009 – 81, в 2010 – 66, в 2011 – 72, в 2012 – 76, в 2013 – 91, в 2014 – 91, в 2015 – 99. С 2013 года наметилась тенденция по увеличению количества больных, что может быть также связано с миграцией ВИЧ-инфицированных пациентов из Луганской и Донецкой областей в связи со значительным ухудшением качества медицинской помощи в этих регионах. Среди больных преобладали случаи ВИЧ-инфекции IV- клинической стадии ВИЧ-инфекции – 62,8%, у 33,0% диагностирована III клиническая стадия, II – у 4,2%. Средний возраст пациентов составил $34,51 \pm 0,35$ лет. У лиц с II клинической стадией средний возраст составил – $30,13 \pm 1,45$ лет, с III – стадией – $34,50 \pm 0,62$ лет, с IV-стадией – $34,73 \pm 0,45$ лет. Преобладали мужчины – 58,3%, женщины – 41,7% случаев. У 14% пациентов ВИЧ-инфекция была впервые диагностирована в ОКИБ. Всего 6,5% пациентов на момент госпитализации принимали ВААРТ. При обследовании, у 42,5% ВИЧ-позитивных были диагностированы инфекционные поражения центральной нервной системы. Методом ПЦР цереброспинальной жидкости (ЦСЖ) этиологию поражения ЦНС удалось определить у 54,3% больных. При чем, у 42% больных были выявлены 2 возбудителя. Наиболее часто выделялись *Toxoplasma gondii* – 25,6%, EBV – 18,5%, *Mycobacterium tuberculosis* – 9,3%, комбинация *Toxoplasma gondii* + CMV – 22,9%, *Toxoplasma gondii*+EBV – 16,6%. Анализируя клиническую картину инфекционных поражений ЦНС у ВИЧ-инфицированных, следует сказать, что, к сожалению, отсутствуют симптомы или комплекс симптомов, которые бы позволили в конкретном случае однозначно предположить этиологию заболевания. У подавляющего большинства больных заболевание начиналось с субфебрилитета (84,8%), когнитивных и интеллектуально-мнестических расстройств (45,6%), головной боли (45,6%). В это время пациенты, как правило, не обращались за медицинской помощью. Однако на 10-50 день болезни остро нарастала головная боль (45,6%), появлялась рвота (21,7%) возникали судороги (22,4%), парезы конечностей (69,7%), бульбарные

симптомы, нарушения сознания до комы (65,2%), менингеальные симптомы наблюдались только у 54,3%. Изменения в результатах клинического анализа цереброспинальной жидкости не соответствовали клиническим проявлениям. Так у 17% лиц анализ ЦСЖ был в пределах нормы. Уровень цитоза составил $16,7 \pm 0,04 * 10^6$ в 1 мкл, средний уровень нейтрофилов составил 35,4%, лимфоцитов – 77,7%. Уровень глюкозы и хлоридов соответствовал норме. В клиническом анализе крови лейкопения наблюдалась у 41% больных, анемия – 22%, нейтрофилез – 34%, лимфоцитоз – 17%, повышение СОЭ – 77%. Несмотря на использование комплексного лечения, полного регресса симптомов заболевания удалось достичь только у 15,2% пациентов. Летальность составила – 44,3%. В общей структуре смертности ВИЧ-позитивных инфекционные поражения ЦНС составили 84,8%. Таким образом, инфекционные поражения ЦНС у ВИЧ-позитивных лиц являются одними из ведущих причин инвалидизации и смертности. Наиболее эффективной профилактикой развития менингитов, менингоэнцефалитов является раннее назначение ВААРТ. Наилучший эффект лечения удается достичь при ранней госпитализации пациента, одновременное назначение ВААРТ и этиотропной терапии с учетом этиологии поражения ЦНС.

Колеснікова І.П.¹, Біломеря Т.А.², Дараган Г.М.³, Степанський Д.О.³

**МОНІТОРИНГ ЗА ВНУТРІШНЬОЛІКАРНЯНИМИ ІНФЕКЦІЯМИ ТА
РОЗПОВСЮДЖЕННЯМ АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНИХ ШТАМІВ
У ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

¹Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, м.Київ

*²Донецький національний медичний університет ім. М.Горького,
м. Краматорськ, Україна*

³ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м.Дніпро, Україна

Мета роботи: Проаналізувати стан захворюваності на внутрішньолікарняні інфекції (ВЛІ) та результати мікробіологічного моніторингу за розповсюдженням антибіотикорезистентних штамів у закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) Донецької області.

Матеріали й методи: Проаналізовані звітні форми з інфекційної захворюваності, дані щодо резистентності до антимікробних препаратів мікроорганізмів, виділених від хворих з гнійно-запальними інфекціями у відділеннях хірургічного профілю Донецької області.

Результати. Протягом останніх років кількість зареєстрованих випадків ВЛІ у Донецькій області невпинно зменшується, що свідчить про погіршення їх виявлення. Абсолютна кількість та показники виявлення ВЛІ на 1000 госпіталізованих склали: 2011 рік – 709 випадків (0,76), 2012 – 447 вип. (0,58), 2013 – 378 вип. (0,4), 2014 – 54 вип. (0,13), 2015 – 41 вип. (0,1). Слід прийняти до уваги, що за 2011-2013 роки представлені дані по території всієї Донецької області, а за 2014-2015 роки – лише по тій її частині, що підконтрольна українській владі. На зниження показників виявлення ВЛІ безумовно вплинуло реформування та реорганізація Держсанепідслужби, лікарі-епідеміологи якої при перевірках ЗОЗ ініціювали активне виявлення переважної більшості випадків ВЛІ, тоді як у дійсний час це покладається виключно на фахівців лікувально-профілактичних закладів.

У 2015 році в хірургічних відділеннях зареєстровано 15 випадків ВЛІ (пок. 0,2 на 1000 прооперованих), в акушерських стаціонарах - 14 (пок. 1,0 на 1000 пологів), в інших відділеннях - 12 випадків. У структурі ВЛІ переважають гнійно-септичні інфекції – 87,8%. Нозокоміальні пневмонії становлять 9,7%, гострі кишкові інфекції – 2,8%.

При цьому показники мікробіологічного контролю об'єктів довкілля ЗОЗ погіршилися. Зокрема, питома вага відхилень у змивах на умовно-патогенну та патогенну мікрофлору в акушерських стаціонарах склала 0,11%, у т.ч. на стафілокок - 0,4%, у хірургічних відділеннях відповідно – 0,9% та 0,3%.

У стаціонарах хірургічного профілю активно формуються антибіотикорезистентні штами. За даними мікробіологічного моніторингу у 2013 році від хірургічних хворих виділено 6610 штамів мікроорганізмів, 18% з них були полірезистентними. У 2015 році з 1589 виділених від таких хворих культур полірезистентні становили 23,2%. Питома вага метицилін-резистентних штамів *St. aureus* серед них склала 29,9%, ванкомицин-резистентних ентерококів – 1,9%. З 32 культур, виділених з об'єктів довкілля стаціонарів хірургічного профілю, полірезистентними були 15,6%. За даними попередніх спостережень 30% культур, виділених від хворих з ВЛІ, абсолютно стійкі до всіх основних груп антибіотиків, що застосовуються для лікування.

Серйозною проблемою в області є матеріально-технічний стан бактеріологічних лабораторій (відділів) закладів охорони здоров'я, що на сьогодні не мають сучасного обладнання та апаратури, недостатньо забезпечені необхідними наборами дисків для визначення антибіотикочутливості. У 70% з них відсутні комп'ютери, що унеможливило використання програми «WHONET» для впровадження ефективної системи інфекційного контролю.

Висновки: для попередження подальшого розповсюдження стійких до дії антимікробних препаратів збудників ВЛІ необхідні системні заходи, спрямовані на забезпечення якісного мікробіологічного моніторингу за їх формуванням та циркуляцією в ЗОЗ, перш за все, в стаціонарах хірургічного

профілю, налагодження виявлення всіх випадків внутрішньолікарняних інфекцій та чинників, що сприяють їх виникненню.

Коновал А.О., Калиновская О.И.

РАННИЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ И АНТИБИОТИКИ

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Кафедра акушерства и гинекологии №2

Не вызывает сомнения тот факт, что различные лекарственные препараты могут оказывать негативное влияние на плод. Гинекологи утверждают, что применение антибиотиков во время беременности крайне не рекомендуется. Однако в некоторых случаях прием антибиотиков при беременности является вопросом жизни и смерти для плода и самой женщины. Важными факторами при приеме антибиотиков являются: доза лекарства, продолжительность приема, срок беременности и индивидуальные особенности организма. Абсолютно безопасных антибиотиков при беременности не существуют. Антибиотики разграничивают на: - антибиотики, прием которых во время беременности возможен; - которые категорически нельзя принимать (они могут нанести вред малышу); - антибиотики, занимающие среднее положение между двумя описанными категориями.

Существуют так называемые относительно безопасные антибиотики при беременности (и для матери и для плода): - антибиотики пенициллинового ряда (Амоксициллин, Оксациллин, Ампициллин); - цефалоспорины (Цефазолин, Цефатоксим); - макролиды (Эритромицин, Азитромицин).

Для некоторых антибиотиков четко установлено, чем они опасны. Например, гентамицин и родственные ему препараты приводят к рождению глухого ребенка, тетрациклин повреждает эмаль зубов малыша, а фторхинолоны вызывают пороки развития костной системы ребенка.

Степень риска приема антибиотиков зависит и от срока беременности. На первой неделе развития последствий для эмбриона, скорее всего не будет, так как на самых ранних сроках все вредные факторы срабатывают по принципу «всё или ничего», то есть, эмбрион или погибнет, или же родится здоровый ребенок. В первые 12 недель беременности, когда у плода происходит закладка всех органов и систем, лучше избегать применения антибиотиков (как и любых других лекарственных препаратов) из-за эмбриотоксического действия. Нарушается процесс закладки, вследствие чего беременность либо прерывается самостоятельно, либо у плода возникают врожденные пороки развития. Тератогенное действие лекарств и характер порока определяются сроком беременности. Если воздействие известным тератогеном происходило в первые 8 недель беременности, тогда необходимо дальнейшее исследование, чтобы уточнить риск возможных отклонений в развитии плода. Для этого с 8 до 13 неделю целесообразно определять в крови уровень свободной β -субъединицы ХГЧ, с 8 до 11 неделю выполнить PAPP-A тест, определить толщину воротникового пространства (NT) с помощью УЗИ в 11-13 недель беременности.

Допускается прием некоторых антибиотиков во втором и третьем триместре беременности, когда возможность фетотоксического воздействия зависит именно от степени выраженности функционального состояния плаценты, а нарушение этой функции чаще всего происходит при фетоплацентарной недостаточности.

Случаи, при которых прием антибиотиков при беременности необходим: септические, гнойно-воспалительные заболевания; бронхиты, синуситы, пневмонии; обострение хронической патологии мочеполовой системы (пиелонефрит), ревматизм, острые кишечные инфекции, при выявлении инфекций, передающих половым путем.

Важно понимать, что определить целесообразность назначения и прием антибиотиков во время беременности может только квалифицированный специалист и только тогда, когда польза для женщины гораздо выше, чем

предполагаемая опасность для ребенка в утробе, когда отсутствие должного лечения может сильнее навредить будущему ребенку, чем принимаемый антибиотик. Слишком высокие ставки, и слишком велик риск.

Коновал А.О., Каліновська О.І.

СУЧАСНІ АСПЕКТИ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ НЕСПЕЦИФІЧНОГО САЛЬПІНГООФОРИТУ

Харківський національний медичний університет, Україна

Кафедра акушерства та гінекології №2

Запальні захворювання внутрішніх статевих органів протікають на тлі дисбіотичних станів, що характеризуються виділенням мікроорганізмів з високими персистентними властивостями.

Мета дослідження. Визначення здатності формування мікроорганізмами біоплівки та їх чутливості до антимікробних препаратів.

Матеріали і методи дослідження. У дослідженні оцінювали клінічний стан й особливості мікрофлори піхви у 105 пацієнтів віком від 25 до 39 років з неспецифічним сальпінгоофоритом.

Утворення біоплівки вивчали за допомогою визначення здатності штамів бактерій до адгезії на поверхні 96 коміркових полістиролових планшетів для імуноферментного аналізу. Вимірювання оптичної щільності початкової бактеріальної суспензії проводилося на “Densi-La-Meter”. Кількість інокульованих планктонних клітин підраховувалося на фотометрі «Multiskan EX 355» (Фінляндія).

Результати дослідження та їх обговорення. В результаті дослідження найбільш частими мікроорганізмами, що були вилучені з відокремлюваного піхви, були: *Peptostreptococcus spp* – 78% *Enterococcus* – 69%, *S.aureus* – 62,9%, *E.coli* - 64,2%, *Fusobacterium spp* – 61,0%; *S. pyogenes* – 58,0%, *Candida spp* – 47,0%. Асоціацію грибів роду *Candida* із стафілококами було виявлено у 21 %

випадків, стрептококами – у 38 % випадків, протеєм й стафілококами – у 14%, нейсеріями – 9 %, нейсеріями й стафілококом – 5 %. Серед представників кокової флори виявлялися стафілококи, обсіменіння якими в середньому дорівнювало $1,7 \cdot 10^5 \pm 1,2 \cdot 10^4$ КУО/од.суб., серед яких найбільш часто був *S.aureus* при щільності мікробної колонізації $6,3 \cdot 10^4 \pm 1,2 \cdot 10^3$ КУО/од. суб.

Зіставлення характеристик росту у двох фізіологічних станах ізолятів дозволяє відмітити підвищення щільності біоплівки. Результати тестування ізолятів на здатність до формування біоплівок довели, що усі вилучені патогени утворювали щільну біоплівку.

Результати дослідження дозволяють встановити факти утворення біоплівок ізолятами залежно від асоціантів і підтверджують факти про те, що це відображає адаптаційні можливості патогену.

Дослідження антибіотикорезистентності ізолятів у планктонній формі показали, що майже усі вилучені мікроорганізми були чутливі до груп цефалоспоринів й фторхінолонів. Дослідження чутливості мікроорганізмів у формі біоплівок до протимікробних препаратів виявило, що вони несприятливі до препаратів у терапевтичних дозах. Визначення резистентності до антимікробних препаратів ізолятів за допомогою мікропланшетів показало, що всі штами були варіабельні до антимікробних препаратів, а більшість штамів були резистентні до доксицикліну й ампіциліну та помірно стійкі до гентаміцину. Аналіз одержаних даних дозволив установити, що всі ізоляти мали множинну антибіотикорезистентність.

Висновки. Проведені дослідження мікробіоценозу піхви у пацієток з неспецифічним сальпінгоофоритом дозволили дослідити структуру екології жіночих статевих органів, визначити домінантний склад і виявити мікроорганізми, що мають здатність до групового розподілу.

Спосіб існування мікроорганізмів у складі біоплівок утворює великі проблеми в медичній практиці у зв'язку з тим, що вони є більш стійкими до дії дезінфікуючих речовин, антибактеріальних препаратів. Тому вивчення здатності утворення біоплівок мікроорганізмами дозволять по-новому підійти

до призначення протимікробної терапії, створення передумов для подальших досліджень щодо здійснення раціональних терапевтичних заходів і до повної характеристики механізмів, що сприяють розвитку запальної патології.

*Копейченко Т.С., Кузнецов С.В., Татаркина А.Н., Бурма Я.И.,
Белоконова Л.А., Глебова Л.Н.*

АНАЛИЗ ОШИБОК ДИАГНОСТИКИ РЕСПИРАТОРНОГО МИКОПЛАЗМОЗА У ДЕТЕЙ

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Ухудшение экологической ситуации и низкий социально-экономический уровень населения Украины привели к снижению уровня активности факторов иммунитета и росту заболеваемости оппортунистическими инфекциями, в частности микоплазмозом дыхательного тракта. Разнообразие симптомов заболевания, их нетипичность вызывает множество диагностических ошибок, которые приводят к несвоевременности назначения лечения и осложнениям.

Цель работы: провести анализ ошибок диагностики респираторного микоплазмоза у детей.

Под нашим наблюдением находилось 78 больных в возрасте девяти мес.-двенадцати лет у которых был диагностирован микоплазмоз дыхательных путей. У 34 детей (43,6 %) установлен микоплазменный назофарингит, 25 (32,1 %) – бронхит, 19 (24,3 %) – очаговая и /или очагово-сливная пневмония.

Диагноз установлен по совокупности клинических, рентгенологических и иммунологических данных. Индикацию микоплазменных маркеров в крови и ротоглоточной слизи проводили методом иммуноферментного анализа (ИФА) и методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). По результатам ИФА выявлено повышение уровней антител класса IgG и/или IgM к *Mycoplasma pneumoniae* (1:80-1:640). У 56 больных (71,8 %) получены положительные результаты ПЦР.

Больные направлялись в стационар с различными диагнозами: бронхит -35 детей (44,9 %), ОРИ – 30 (38,5 %), пневмония – 9 (11,5 %), коклюш – 4 (5,1 %). Чаще (88,5 %) дети поступали на 2-3 недели болезни. Лечились в домашних условиях (94,9 %) или в условиях соматических стационаров города (5,1 %). До поступления в инфекционную клинику получали антибиотикотерапию, применялись в основном препараты цефалоспоринового ряда 2-3 поколений и макролиды в течение 3-5 дней. В виду отсутствия эффекта или ухудшения состояния направлялись в инфекционный стационар.

При респираторном микоплазмозе заболевание манифестировало чаще постепенно. Катаральный синдром проявлялся в виде насморка, отека и гиперемии слизистой оболочки ротоглотки, зернистости ее задней стенки, першения в горле. Чаще отмечался коклюшеподобный кашель, который сопровождался болями в груди и животе. Мокрота появлялась у большинства детей (83,3 %) на 7-10 день болезни, была скудной, слизисто-гноющей. Катаральные явления у всех детей сохранялись 1-2 недели, иногда затягивались до 1-1,5 мес. При бронхите аускультативно выслушивались рассеянные сухие и/или среднепузырчатые хрипы при пневмонии- разнокалиберные хрипы, у 7 детей- (36,8 %) пневмония диагностировалась лишь рентгенологически. У 8 детей (50,0 %) пневмония была двусторонней, из них у 3 (15,8 %) –очагово-сливная. В 53,8 % случаев выявлялась гепатоспленомегалия.

В лечении респираторного микоплазмоза мы применяли макролиды сроком 2-3 недели в зависимости от клинической формы и тяжести болезни, в сочетании с иммуномодуляторами и симптоматической терапией, что имело хороший лечебный эффект.

Таким образом полиморфизм клинических проявлений респираторного микоплазмоза приводит к несвоевременности постановки правильного диагноза, а, отсюда, к поздней и не всегда адекватной терапии. В той связи мы считаем, что при появлении симптомов поражения дыхательной системы и длительном их присутствии, необходимо обследовать детей на микоплазменную инфекцию. Лечение больных должно быть длительным,

комплексным с использованием антибактериальных препаратов способных проникать внутрьклеточно.

*Корнійко П.І., Павлова В.М., Кузійк Л.О., Ламико І.М., Корх Л.В., Пащенко О.В.,
Манюхіна Н.В.*

ЗВ'ЯЗОК САНІТАРНО-ГІГІЄНИЧНОГО НАВЧАННЯ ДЕКРЕТОВАНИХ ГРУП ПРАЦІВНИКІВ З РІВНЯМИ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

ДУ “Лабораторний центр на залізничному транспорті МОЗ України”

Гігієнічне навчання розглядається сьогодні як основа профілактики, яка представляє собою дії, спрямовані на зменшення ймовірності виникнення захворювань.

Визначаючи напрям цієї роботи, треба говорити не про санітарну освіту, а про гігієнічне навчання і виховання.

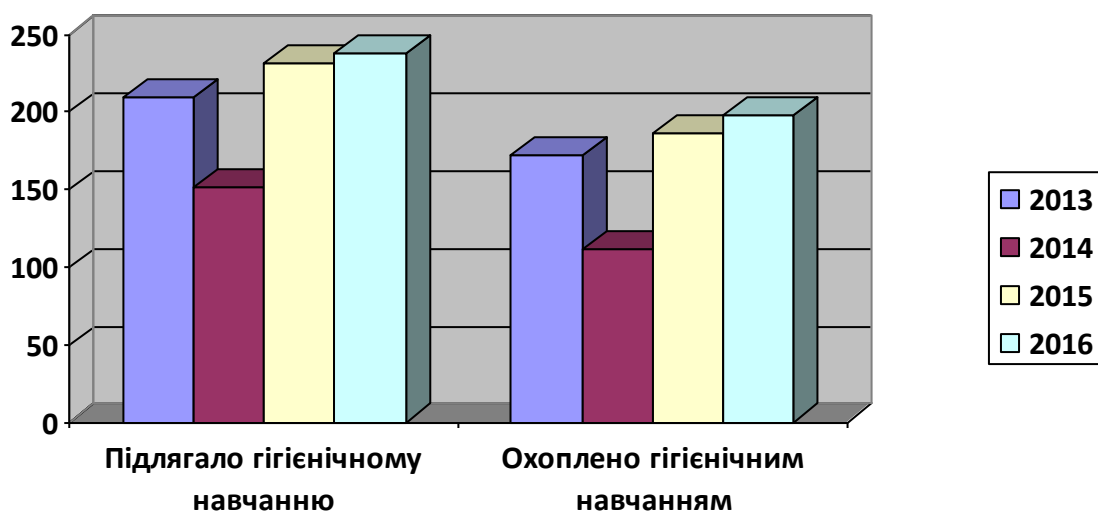
Законами України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» №4004-ХІІ від 24.02.1994 року та «Про захист населення від інфекційних хвороб» від 06.04.2000 року №1645-ІІІ, передбачено проведення заходів, спрямованих на гігієнічне виховання населення.

Відомо, що порушення вимог санітарних норм та правил, правил особистої гігієни призводить до виникнення та поширення інфекційних захворювань, харчових отруєнь. За останні п'ять років в Україні на 16,2 % зросла смертність населення від інфекційних та паразитарних захворювань. Щорічно в Україні від інфекційних захворювань гине майже 20 тисяч осіб.

Фахівці Харківського відокремленого підрозділу ДУ “Лабораторний центр на залізничному транспорті МОЗ України” в своїй діяльності керуються «Тимчасовими методичними рекомендаціями щодо проведення гігієнічного навчання громадян, професійна чи інша діяльність яких пов'язана з небезпечними факторами, обслуговуванням населення». Гігієнічне навчання

проводиться відповідно до Програм курсового гігієнічного навчання окремих категорій декретованого контингенту на договірних умовах.

Дана система застосовується при гігієнічній підготовці працівників водопостачання, очисних каналізаційних споруд, перукарень, гуртожитків та будинків відпочинку локомотивних бригад, працівників пралень, провідників пасажирських та приміських поїздів, працівників пунктів, які безпосередньо пов'язані з підготовкою пасажирських составів до рейсу, працівників пралень, які обслуговують пасажирські перевезення, кімнат відпочинку транзитних пасажирів, прибиральниць вокзальних приміщень, для адміністрації, завідуючих виробництвом, кухарів, офіціантів, кухонних працівників, мийниць посуду, прибиральників приміщень підприємств ресторанного господарства, продавців, працівників складів, холодильників, експедиторів, прибиральників приміщень підприємств торгівлі, працівників вагонів-ресторанів та вагонів з купе-буфетами, працівників дитячих закладів оздоровлення і відпочинку. Так, гігієнічним навчанням по Куп'янській дільниці з послідуочим тестуванням, на протязі останніх трьох років було охоплено 593 особи (2013 рік – 210 осіб, 2014 рік – 152 особи, 2015 рік – 231 особа, 10 місяців 2016 року-238 осіб).



Висновок: Проведена робота свідчить про те, що тестовий контроль об'єктивно показує ефективність отриманих знань та заощаджує робочий час фахівців, а система двох етапного гігієнічного навчання декретованих

контингентів покращує рівень гігієнічних знань серед працівників залізниці, тим самим знижуючи показники інфекційних захворювань та харчових отруєнь.

Кочнєва О.В., Бесаєва Т.М.

**ВСТАНОВЛЕННЯ АНТИБІОТИКОЧУТЛИВОСТІ ШТАМІВ
STAPHYLOCOCCUS AUREUS, ВИДІЛЕНИХ ВІД СТУДЕНТІВ МЕДИКІВ**

Харківський національний медичний університет, Україна

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології

Актуальною проблемою гнійно-запальних інфекцій сучасної медицини є золотистий стафілокок. Особливе значення у розповсюдженні цих захворювань мають бактеріоносії. Слід зазначити, що у здорових людей *S. aureus* може виділятися із слизової верхніх дихальних шляхів, шкіри, промежени та пахових ділянок, тильної поверхні стопи, волосся, з випорожнень при дисбактеріозі товстої кишки, тощо. Головним резервуаром патогенних стафілококів є верхні дихальні шляхи, шкіра, дещо рідше кишківик та сечостатеві органи. Близько чверті клінічно здорових людей є безсимптомними носіями даного мікроорганізму.

Однією з причин виникнення нозокоміальних інфекцій є носійство серед медичного персоналу. Отже, виявлення бактеріоносіїв та їх санація повинні бути обов'язковими заходами для подолання розповсюдження стафілококової інфекції.

Метою проведеної роботи було встановлення циркуляції штамів *S. aureus* серед студентів Харківського національного медичного університету (ХНМУ) та визначення антибіотикочутливості виділених штамів.

Матеріали та методи. Дослідження проводились на базі бактеріологічної лабораторії ХНМУ. Для вирішення даної мети було обстежено 248 студентів віком від 19 до 23 років. Матеріалом для досліджень були клінічні ізоляти стафілококів, вилучені із слизу носоглотки.

Виділення та ідентифікацію чистої культури штамів *S. aureus* проводили за загальноприйнятими мікробіологічними методами, на основі морфологічних, тінкторіальних, культуральних та біохімічних властивостей. Для визначення антибіотикочутливості штамів використовували диско – дифузійний метод. Чутливість виділених штамів *S.aureus* до хімотерапевтичних препаратів вивчали на середовищі Мюллера-Хінтона (HiMedia, Індія) до метициліну, амоксициліну, ампіциліну, цефалексину, цефуроксиму, цефазоліну, амікацину, гентаміцину, ванкоміцину, азітроміцину, еритроміцину, лінкоміцину, доксіцикліну, рифампіцину та ципрофлоксацину з використанням готових комерційних дисків (НИЦФ, Санкт-Петербург, Росія). Для статистичної обробки отриманих результатів використовували стандартний пакет прикладних програм Biostat-4 та Microsoft Excel.

Результати дослідження. За результатами проведених досліджень встановлено, що кількість виділених штамів золотистого стафілококу серед студентів, які були обстежені, складає 19,4 %. При визначенні чутливості до антибіотиків виявлено, що кількість стійких штамів *S.aureus* до метициліну склала 16,7 %. Найменш активним відносно досліджених штамів *S. aureus* був азітроміцин та еритроміцин, відсоток чутливих до них штамів дорівнював 33,3 %. До метициліну кількість чутливих штамів *S. aureus* склала 83,3 %. До антибіотиків цефалоспоринового ряду визначалась 98 % чутливих штамів.

Слід відзначити, що частка чутливих штамів *S. aureus* до аміноглікозидів (амікацину, гентаміцину) дорівнювала 67 % та 98 % відповідно. Аналогічні результати були отримані при визначенні чутливості до антибіотику лінкоміцину (67 %). За нашими даними активним щодо стафілококів також був ципрофлоксацин, кількість чутливих штамів до нього склала 83,3 %. Залишається високоактивним щодо регіональних штамів стафілококів, виділених від студентів, ванкоміцин та рифампіцин (98 % чутливих штамів).

Висновки. За результатами проведених досліджень встановлено, що з 248 обстежених студентів медиків виділено 19,4 % штамів *S.aureus*, серед яких 16,7 % штамів стійких до метициліну. Найбільшою активністю відносно штамів

S. aureus регіонального походження, крім ванкоміцину, мали препарати рифампіцин, гентаміцин та антибіотики цефалоспоринового ряду (цефазолін, цефалексин, цефуроксім), що робить їх препаратами вибору при емпіричному лікуванні стафілокової інфекції.

Кочнева О.В., Огінська М.К.

**РОЛЬ АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНИХ ШТАМІВ
STAPHYLOCOCCUS AUREUS
У ВИНИКНЕННІ ГОСПІТАЛЬНИХ ІНФЕКЦІЙ**

Харківський національний медичний університет, Україна

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології

Актуальною проблемою сучасної медицини є госпітальні інфекції. Основними збудниками нозокоміальних захворювань є представники роду стафілококів, зокрема *Staphylococcus aureus*.

В основі механізму виникнення резистентності *S. aureus* до хіміотерапевтичних препаратів лежать результати мутації бактерії, які набули здатності синтезувати додатковий пеніцилінзв'язуючий білок. Цього виявилось достатньо для повноцінного синтезу клітинної стінки стафілококів та формування стійкості не тільки до антистафілококових (метициліну та оксациліну), але майже до всіх b-лактамних антибіотиків. MRSA (methicillinresistant *Staphylococcus aureus*) – найбільш поширений мультирезистентний збудник внутрішньолікарняних інфекцій.

Згідно даних Європейського центру з контролю за інфекціями (ECDC), реєструється 170 000 MRSA інфекцій в рік, з яких близько 5 тисяч закінчуються летально.

На жаль, проблема поширення внутрішньолікарняних інфекцій залишається невирішеною. В Україні моніторинг нових штамів MRSA проводиться недостатньо ефективно. У зв'язку з цим, виникають питання щодо

вибору лікування стафілококових інфекцій та профілактики розповсюдження госпітальних інфекцій.

Метою дослідження було визначення чутливості до хіміотерапевтичних препаратів штамів золотистого стафілокока та встановлення кількості штамів MRSA серед вивчених збудників.

Матеріали та методи. В ході дослідження було вивчено 55 штамів *S. aureus* виділених від хворих на різні гнійно – запальні процеси у перші 48 год. з моменту госпіталізації до стаціонару та 4 референтних штами (ATCC 25923, ATCC 6538 P). Виділення та ідентифікацію чистої культури штамів *S. aureus* проводили за загальноприйнятими мікробіологічними методами, на основі морфологічних, тінкторіальних, культуральних та біохімічних властивостей. Визначення антибіотикочутливості штамів проводили диско-дифузійним методом до наступних антибіотиків: цефотаксим, цефалотин, цефалексин, цефаклор, цефазолін, цефуроксим, канаміцин, еритроміцин, рокситроміцин, рифампіцин, кліндаміцин, фузидин, метицилін.

Результати дослідження. При визначенні чутливості штамів *S. aureus* до антибактеріальних препаратів було встановлено, що майже 80 % штамів, які досліджувались були полірезистентними, серед них – 40 % штамів MRSA. Полірезистентними вважали такі мікроорганізми, які мали стійкість до двох або більше антибактеріальних препаратів. Найбільш ефективну дію ($p < 0,05$) виявили цефалоспорини 1-го покоління (цефалотин – 40 (67,8 %) чутливих штамів) та 2-го покоління (цефаклор 49 – (83 %) чутливих штамів). Отримані результати можна пояснити тим, що цефалоспорини першого покоління мають переважно вузький спектр антимікробної активності *in vitro* відносно грампозитивних коків, включаючи штами *S. aureus*, що продукують пеніциліназу. Цефалоспорини другого покоління зазвичай активні *in vitro* відносно мікроорганізмів, які мають чутливість до цефалоспоринів першого покоління. Крім того, антибіотик цефаклор має більш високу ефективність відносно грампозитивних коків серед препаратів цієї групи.

Висновки. Отримані результати дозволяють припустити, що високий рівень резистентності штамів *S. aureus* пов'язаний з постійною мінливістю мікроорганізмів. Це може бути причиною зниження ефективності антибіотикотерапії в сучасній медицині, що потребує розробки нових заходів для подолання резистентності шляхом застосування комбінованої протимікробної терапії.

Круглова О.В., Руденко І.В., Андрушенко О.М., Бондаренко Я.В.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ТАБЛЕТОВАНИХ ФОРМ ЕНТЕРОСОРБЕНТІВ НА ОСНОВІ ОКСИДУ КРЕМНІЮ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ РОТАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ

ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Рубіжне, Україна

Етіологічні причини сучасних гострих інфекційних діарей досить різноманітні. Згідно даних медичної статистики, більшість випадків гострих інфекційних гастроентеритів в даний час викликано вірусами, тоді як бактеріальні або протозойні збудники виділяють сьогодні лише в 15-26% випадків. В цілому зменшення показника інцидентності бактеріальних діарей - одна з основних особливостей сучасних кишкових інфекцій. Все це, на наш погляд, визначає необхідність перегляду основних напрямків етіотропної і патогенетичної терапії гострих кишкових інфекцій з урахуванням вірусної етіології захворювання.

Як відомо, сорбенти широко використовуються в терапії гострих діарейних захворювань. Для проведення раціональної комплексної терапії хворих на ротавірусну інфекцію (РВІ) нашу увагу привернула можливість використання сучасного кременезьомного ентеросорбенту «Біле вугілля». Для реалізації мети дослідження було проведено клінічне обстеження 62 пацієнтів з РВІ віком 17-55 років, з них чоловіків - 52% (32 пацієнта). Всі хворі, які перебували під наглядом, були розділені на дві радомізовані за статтю та віком групи по 31

особі у кожній. Хворі основної групи поряд з базисною терапією отримували кремнезёмний ентеросорбент «Біле вугілля» по 2-3 таблетки за 30-40 хвилин до прийому їжі або лікарських препаратів 3-4 рази на день протягом 5-7 днів. Особи групи зіставлення отримували базисну терапію та пористі сорбенти.

У всіх пацієнтів, які перебували під наглядом, вірусна етіологія захворювання підтверджувалася методами ІФА. Всі хворі переносили захворювання в середнетяжкій формі, при цьому у 50 (80,6%) осіб РВІ перебігала по типу гастроентериту, у 4 (6,4%) - ентериту, у 8 (12,9%) - гастроентероколіту, при цьому стілець був рідкий, пінистий з невеликою кількістю патологічних домішок. Максимальна кратність стільця відзначалася на 2-й день захворювання. Блювота у більшості хворих (83,9%) реєструвалася з 1-го дня хвороби. Температура сягала фебрильних значень у 82,3% хворих. Всіх пацієнтів турбували слабкість, млявість, зниження або відсутність апетиту, сонливість, у ряді випадків (58,1%) - нудота.

Оцінка клінічного перебігу РВІ у обстежених хворих показала, що включення в комплексну терапію препарату «Біле вугілля» сприяло скороченню тривалості основних проявів захворювання, в той час як у групі зіставлення позитивна динаміка була менш виражена. Слабкість, млявість, зниження апетиту, сонливість при РВІ у хворих основної групи курирувалися швидко і спостерігалися в середньому $2,3 \pm 0,22$ дні ($p \leq 0,05$), в той час як тривалість астеновегетативного синдрому у хворих групи зіставлення була достовірно більшою та склала в середньому $3,2 \pm 0,22$ дні ($p \leq 0,05$). У осіб основної групи тривалість лихоманки становила в середньому $2,4 \pm 0,31$ ($p \leq 0,05$) днів, в той час як у осіб групи зіставлення - в середньому $3,2 \pm 0,33$ ($p \leq 0,05$) днів. У групі хворих, які отримували препарат «Біле вугілля» мала місце більш швидка нормалізація характеру і кратності стільця, при цьому тривалість діареї у цих осіб становила в середньому $3,1 \pm 0,45$ дні ($p \leq 0,05$), тоді як в групі зіставлення тривалість діареї склала, відповідно $5,5 \pm 0,53$ дні ($p \leq 0,05$). Середня тривалість госпіталізації виявилася менше в осіб основної групи ($7,1 \pm 1,0$ дня), в порівнянні з хворими групи зіставлення ($7,9 \pm 2,0$) дня.

Таким чином, як видно з отриманих даних, застосування сорбенту «Біле вугілля» в терапії хворих на РВІ є клінічно ефективним, що дозволяє рекомендувати призначення даного препарату в комплексі лікування даної патології.

Крушинська Т.Ю.

ПИТННЯ АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ БАКТЕРІЙ У ПІДГОТОВЦІ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро. Україна

Мета роботи. Визначення можливостей навчального предмету «Мікробіологія, вірусологія та імунологія» щодо формування у майбутніх лікарів адекватних поглядів на проблему лікарської стійкості мікроорганізмів та професіональних компетенцій з науково обґрунтованого застосування антибіотиків.

Матеріали та методи . Аналіз структури та змісту навчальних програм з мікробіології та суміжних дисциплін, стандартних підручників, та інших методичних матеріалів - для виявлення в них тих елементів, що розкривають питання антибіотикорезистентності мікроорганізмів та боротьби з нею; методи формалізованої бесіди та письмового опитування, тестування, вивчення документації з обліку успішності студентів - для оцінки засвоєння ними відповідних знань, сформованості професійного сприйняття раціональної антибіотикотерапії.

Результати. Оскільки антибіотики зараз є препаратами вибору при терапії більшості бактеріальних інфекцій, різні аспекти їх використання входять до програм багатьох дисциплін, що вивчаються у медичних ВНЗ. Так «фармакологія» дає поняття про групи антимікробних препаратів з різним спектром активності, напівсинтетичні антибіотики, стійкі до руйнівної дії мікробних ферментів, антибіотики резерву. Курс «епідеміологія» включає

«бактеріологічну статистику» щодо поширення стійкості мікробів до тих чи інших препаратів. Вивчення «інфекційних хвороб», «педіатрії», «фтизіатрії» та ін. також не обходиться без зазначення придатних та непридатних хіміопрепаратів для лікування певної інфекції.

У «мікробіології» формування у бактерій стійкості до антибіотиків розглядається з позицій генетики та екології мікроорганізмів, як природний еволюційний процес, оснований на спадковій мінливості та боротьбі за існування, причому вирішальну роль у цьому процесі відіграє антропогенний фактор – застосування антибіотиків у медицині та інших сферах діяльності людини. Студенти переконуються, що саме антибактеріальна терапія здійснює потужний селективний вплив на патогенні мікроорганізми, хоча «кормові» антибіотики у тваринництві та генетично-модифіковані бактерії з маркерами антибіотикорезистентності теж роблять свій внесок. Вже на другому курсі студенти добре розуміють важливість визначення чутливості бактерій до антимікробних препаратів, а можливість провести дослідження антибіотикограми збудника та розрахунок МКП антибіотика підвищує пізнавальний інтерес та полегшує сприйняття сучасних методів: з використанням автоматичних аналізаторів для визначення чутливості до антибіотиків та ПЛР для виявлення генів резистентності. Близько третини студентів мають певні труднощі у розрізненні генетичних та біологічних механізмів лікарської стійкості, хоча різницю між природною (первинною) та набутою резистентністю розуміють добре. Майже всі студенти здатні пояснити провідну роль R-плазмід та тісного контакту бактерій у біоплівках у поширенні резистентності серед цих патогенів. Розуміння відносності бактерицидної/бактеріостатичної дії антибіотиків, її залежність від концентрації, складає підґрунтя для усвідомлення важливості дотримання встановлених схем та протоколів лікування. Отримані в ході вивчення мікробіології теоретичні знання з питань антибіотикорезистентності потім набувають конкретизації у програмах клінічних дисциплін.

Висновки. Дисципліна «Мікробіологія, вірусологія та імунологія» посідає ключове місце у засвоєнні студентами-медиками наукових знань про умови, механізми виникнення та поширення лікарської стійкості серед мікроорганізмів, контроль та заходи протидії цим явищам у практичній діяльності лікаря. Вивчення мікробіології здатне сформуванати погляди та переконання відповідального ставлення до застосування антибіотиків, бо кожне таке застосування є чинником впливу на еволюцію патогенних бактерій.

Кузнецов С.В., Зимина М.С., Кузнецова В.М., Букий С.Н., Вовк Т.Г.

ИМУННЫЕ МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ТЕЧЕНИЯ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА У ДЕТЕЙ

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Сальмонеллез – одно из наиболее распространенных заболеваний желудочно-кишечного тракта инфекционной природы у детей. Согласно статистическим данным, ежегодно в мире от указанной патологии погибает свыше одного миллиона людей.

В доступной литературе достаточно ярко освещены вопросы этиологии, клиники, лабораторной диагностики и лечения сальмонеллеза. Однако патогенетические аспекты заболевания остаются не до конца выясненными и противоречивыми. В частности, сохраняются не изученными механизмы формирования различных вариантов течения болезни и ее исходов.

А между тем, решение указанных вопросов, на наш взгляд, может способствовать уже на ранних этапах манифестации заболевания правильному подходу к терапии больных, предупреждению нежелательного течения патологического процесса и его исходов.

Цель исследования: выяснение иммунопатогенетических механизмов формирования различных вариантов течения сальмонеллеза у детей, на основе изучения динамики интерлейкинов крови и иммунного ответа больных.

Под наблюдением находились 72 ребенка в возрасте трех месяцев – одного года, больных желудочно-кишечной формой сальмонеллеза.

Диагноз подтвержден во всех случаях бактериологически, путем выделения *Sal.typhimurium* (100%) из каловых масс.

Всем детям в динамике патологического процесса (острый период и период ранней реконвалесценции) проводились общепринятые клинико-лабораторные исследования, а также – специальные иммунологические: определялись уровни интерлейкинов 1 β , 4, ФНО α относительное содержание CD3+, CD4+, CD8+, CD16+, CD19+ клеток в крови.

31 ребенок (первая группа) перенесли сальмонеллез без формирования остаточных явлений и заболевание протекало остро, гладко. У 41 ребенка (вторая группа) сальмонеллез характеризовался волнообразным течением, при этом, практически у всех больных, развивался дисбиоз кишечника, несмотря на проводимую пробиотическую терапию.

Группы больных были сопоставимы по возрасту, составивших их детей, тяжести заболевания и другим параметрам.

Было установлено: острый, гладкий вариант течения сальмонеллеза сопровождается значительным повышением уровня всех интерлейкинов в крови больных в дебюте заболевания. Одновременно отмечается – снижение содержания CD3+, CD19+ лимфоцитов и повышение CD8+ и CD16+ клеток.

Волнообразное течение сальмонеллеза с последующим развитием дисбиоза кишечника формировалось в случаи когда в крови детей определялась низкая реакция интерлейкинов в периоде манифестации клинических проявлений болезни, гораздо более значимое чем в первой группе снижение CD3+ и CD19+ лимфоцитов ($p < 0,05$) и небольшое повышение уровня CD8+ и CD16+ клеток, уступающие соответствующим цифровым характеристикам детей сравниваемой группы ($p < 0,05$).

Таким образом, реакция иммунных факторов определяет развитие варианта течения сальмонеллеза у детей. Уже на этапе дебюта болезни, исследуя реакцию составляющих иммунного ответа, на наш взгляд, можно прогнозировать

возможный вариант течения заболевания, а стало быть – активно вмешиваться в формирование неблагоприятных вариантов течения патологического процесса и его исходов.

Кузнецов С.В., Жаркова Т.С., Колесник Я.В.

ЗНАЧЕННЯ ФАКТОРІВ ГУМОРАЛЬНОГО ІМУНІТЕТУ ДІТЕЙ ХВОРИХ НА БАКТЕРІАЛЬНІ КИШКОВІ ІНФЕКЦІЇ

Харківський національний медичний університет, Україна

Незаперечним фактом залишається першочергова роль імунної системи у формуванні клінічної картини і подальшого перебігу інфекційних захворювань. Особливий інтерес викликає вивчення реагування різних ланок імунної системи, а особливо гуморальної, у період їх інтенсивного розвитку та становлення, що безперечно позначається на особливостях клінічного перебігу інфекційних захворювань в цілому і кишкових інфекцій, в частості, у дітей раннього віку. Тому метою роботи стало: встановити значення місцевих факторів захисту (секреторного імуноглобуліну А (sIgA) та лізоциму (Л)) у формуванні клінічного варіанту перебігу бактеріальних кишкових інфекцій (КІ) у дітей раннього віку.

Під спостереженням перебувало 221 дитина віком одного місяця - трьох років, з них 98 дітей, хворих на сальмонельоз, 66 - на шигельоз, 34 - на ешеріхіоз. У 116 - реєструвався гладкий перебіг захворювання (ГП), 82 – хвилеподібний (ХП). 23 здорові дитини - контрольна група. Всім хворим у копрофільтраті визначали кількісний вміст sIgA та Л у перший – третій день захворювання, потім на п'яту – шосту добу. Рівень sIgA у копрофільтраті встановлювали твердофазним імуноферментним методом; Л – шляхом нефелометрії.

Виявлено, що в гострий період сальмонельозу у всіх хворих відмічається вірогідно високий рівень sIgA у копрофільтраті відносно здорових дітей. Що на

наш погляд, можна розцінювати як адекватну захисну реакцію організму на проникнення патогенів у шлунково-кишковий тракт. При ГП КІ концентрація sIgA вірогідно вища ніж у дітей з ХП. Цей факт може свідчити про недостатність секреції або дефект у складному ланцюгу синтезу sIgA у дітей, та, на нашу думку, є одним з багатьох механізмів формування несприятливого перебігу захворювання. Рівень Л при ГП КІ не відрізнявся від показників здорових дітей, і був вірогідно вищим за вміст Л у дітей з ХП. Цей факт можна пояснити підвищеною втратою Л з випорожненням при хвилеподібному перебігу.

На п'яту – шосту добу у хворих з ХП зареєстровано значно низький рівень sIgA та Л ніж у дітей з ГП, що свідчить про недостатність місцевих факторів захисту у дітей хворих на КІ протягом захворювання.

Таким чином, ми виявили, що у хворих з хвилеподібним перебігом КІ починаючи з дебюту захворювання формується дефіцит місцевих факторів захисту, який зберігається протягом хвороби, цей факт, на наш погляд, може бути використаним з метою раннього прогнозування варіанта перебігу захворювання та удосконалення терапії. На наш погляд дітям з ХП КІ слід призначати препарати до складу яких, включені лізоцим та sIgA ще на початку захворювання.

Кучеренко Е.О., Ольховская О.Н., Гришина И.Я., Кучеренко М.В.

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ РЕСПИРАТОРНОГО ХЛАМИДИОЗА У ДЕТЕЙ

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Согласно современным данным, с каждым годом отмечается рост хламидийной инфекции (ХИ) у детей, что обуславливает рост пораженной респираторного тракта, склонность к хронизации воспалительного процесса. Респираторный хламидиоз (РХ) протекает в нескольких клинических формах:

хламидийный ринит, фарингит, трахеит, трахеобронхит, бронхит, хламидийная бронхопневмония и хламидийная пневмония. РХ у детей вызывают *Chlamydomphila pneumoniae*, *Chlamydia trachomatis*, *Chlamydomphila psittaci*, отличающиеся источником, механизмом передачи инфекции и характеризующиеся полиморфизмом клинических проявлений. Пневмохламидиозы вызываются *Chlamydomphila pneumoniae* и характеризуются лихорадкой, интоксикацией и поражением органов дыхания. Хламидии имеют особенный цикл развития, который длится 21 день и включает две формы: элементарные тельца - мелкие, метаболически неактивные инфекционные частицы, которые располагаются вне клетки, имеют толстую оболочку, состоящую из внутренней и наружной мембран, что определяет их относительно высокую устойчивость к неблагоприятным условиям окружающей среды и ретикулярные тельца - вегетативные формы хламидий. Указанные микробиологические особенности ХИ в существенной мере объясняют неэффективность использования в клинической практике антибиотиков пенициллинового и цефалоспоринового ряда, однако обуславливают использование препаратов, которые способны проникать и накапливаться в пораженных клетках и блокировать внутриклеточный синтез протеинов при ХИ - макролидов, тетрациклинов и фторхинолонов.

Цель исследования: выявление эффективности различных антибактериальных средств в лечении респираторного хламидиоза у детей на основе сравнительной оценки сроков купирования проявлений болезни.

Под тщательным клиническим наблюдением находились 22 ребенка в возрасте 12-15 лет, больных РХ.

Диагноз у всех был подтвержден с использованием ИФА и ПЦР.

10 детей (первая группа) получали в качестве этиотропной терапии доксициклин, 12 детей (вторая группа) – кларитромицин в возрастных дозировках.

Сравнительный анализ динамики клинических проявлений РХ убедительно доказал, что макролидные препараты быстрее приводили к

купированию основных признаков болезни, при этом не вызывали негативных ощущений у больных в отличие от детей, лечение которых проводилось средствами тетрациклинового ряда. У последних отмечались боли в правой эпигастральной области, тошнота, иногда - рвота.

Таким образом, лечение респираторного хламидиоза у детей – сложная задача, требующая длительного времени. На наш взгляд, препаратами выбора должны быть макролиды, имеющие меньшие негативные последствия в отличие от тетрациклинов и фторхинолонов.

Лактіонова В.І., Косілова О.Ю.

СЕПСИС НОВОНАРОДЖЕНИХ - ПРИЧИНИ ТА ЛІКУВАННЯ

Сепсис новонароджених - генералізована гнійно-септична інфекція, яка характеризується наявністю первинного вогнища і циркуляцією інфекції в крові. Зараз збудниками сепсису в 40% випадків є грамнегативна умовно-патогенна мікрофлора. У недоношених немовлят збудниками захворювання частіше бувають *Klebsiella pneumoniae* (75-86%) або *Klebsiella oxytoca* (10-13%).

Сепсис, зумовлений клебсієлами, може бути гострим, миттєвим, але без вираженого токсикозу. Для нього характерне пригноблення ЦНС, деструктивна пневмонія, гнійні запалення в кишечнику і мозкових оболонках. Важкість стану посилюється розвитком септичного шоку, ДВС - синдрому.

Найбільш патогенними вважаються К1, К2, К4 і К5 антигени. Варто враховувати таку властивість грамнегативних паличок, як синтез β -лактамаз (в основному серинові β -лактамази класів А і D, метало- β -лактамази), яка забезпечує антибіотикорезистентність бактерій.

Зважаючи на резистентність *K. pneumoniae* і *K. oxytoca* до цефалоспоринів 3-го і 4-го покоління, використовують карбапенеми у поєднанні з аміноглікозидами, які розглядаються в якості препаратів «першої лінії». Внутрішньом'язово вводять γ - М - концентрат, переливають антиклебсійну

плазму. Також застосовують бактеріофаги не менше 3 разів на добу. Вони не мають протипоказань і діють на бактерії вибірково. До нових методів лікування сепсису відноситься переливання гранулоцитарної маси і фібрoneктину. Нейтрофіли і макрофаги забезпечують неспецифічну захисну реакцію організму перш за все тим, що на їх поверхні є рецептор, завдяки якому вони зв'язуються з фібрoneктином. У свою чергу, плазматичний глікопротеїн адсорбує на своїй поверхні мікроорганізми, які потрапили у кровоносну систему, й обумовили виникнення сепсису. Комплекс білка зі зв'язаними бактеріями презентується гранулоцитам та нейтралізуються даними клітинами.

Лантухова Н.Д., Кудинова О.В.

ПЕРИОПЕРАЦИОННАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯХ

Харьковский национальный медицинский университет, Україна

Профилактика послеоперационных гнойно-септических осложнений - одна из важных задач современной хирургии. Среди известных в настоящее время специфических методов профилактики первое место по праву отводится антибиотикопрофилактике.

Цель работы - изучить эффективность использования цефуроксима в периоперационной профилактике инфекционных осложнений при проведении лапароскопических холецистэктомий.

Материалы и методы - В исследовании приняли участие 72 пациента, которые находились на стационарном лечении в хирургическом отделении. Все пациенты информировались о цели, задачах и характере планируемых исследований. Критерии исключения пациентов из исследования: больные с гиперчувствительностью к данному препарату, отказ от участия в данном исследовании. Методом случайного выбора пациенты были разделены на 2

группы: 1-ю группу составили 35 пациентов, которым назначался цефуроксим с профилактической целью - 1,5 г за 30 минут до оперативного вмешательства внутривенно капельно и дополнительно через 8 и 16 часов внутримышечно по 0,75 г после операции (основная группа). 2-ю группу (сравнения) составили 37 пациентов, которым в послеоперационном периоде проводилась антибактериальная терапия по традиционной схеме с использованием цефалоспоринов III поколения.

Результаты. Анализ данных объективного обследования показал, что значимых различий в особенностях общего состояния здоровья не было. Лапароскопические холецистэктомии выполнялись в условиях многокомпонентной внутривенной анестезией с искусственной вентиляцией легких через эндотрахеальную трубку. Длительность оперативного вмешательства - $49,3 \pm 9,1$ мин. Интраоперационных осложнений в исследуемых группах не установлено. В послеоперационном периоде субфебрилитет отмечен у 34 (97,1 %) пациентов 1-й группы и 35 (94,5 %) пациентов 2-й группы ($p > 0,05$), фебрилитет в первые 5 суток после операции был лишь у 3 (8,1 %) пациентов 2-й группы, у пациентов 1-й группы температура выше $37,3$ °C не поднималась. В среднем нормализация температуры тела в 1-й группе происходила на $3,1 \pm 0,2$ суток, во 2-й группе - на $4,05 \pm 0,3$ суток ($p < 0,05$). Так, нормализация температуры тела в 1-й группе на 2-е сутки установлена у 12 (34,2 %) пациентов, на 3-и сутки - у 12 (34,2 %), на 4-е сутки - у 6 (17,1 %), у 3 (8,6 %) пациентов температура нормализовалась к 5-м суткам, у 1 (2,8 %) пациента - лишь к 7-м суткам, у 1 (2,8 %) пациента температура сохранялась нормальной на протяжении всего послеоперационного периода. Средний послеоперационный койко-день составил в 1-й группе $6,07 \pm 0,3$ дня, в группе сравнения - $6,8 \pm 1,4$ дня ($p > 0,05$). Сравнительный анализ не выявил каких-либо различий клинико-лабораторных показателей. Продолжительность назначения антибиотиков во 2-й группе была статистически значимо больше, чем в 1-й группе, и составила $2,8 \pm 0,6$ суток против $1,13 \pm 0,1$ суток, $p < 0,05$.

Вывод. Режим введения цефуроксима по схеме 1,5 г внутривенно за 30 мин до операции с дополнительным введением 0,75 г внутримышечно через 8 и 16 часов после первой инъекции рекомендуется для периоперационной антибиотикопрофилактики при выполнении лапароскопических холецистэктомий.

Липко О.Н., Назута Л.А., Скорбач Е.И.

ПРОФИЛАКТИКА БАКТЕРИАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

В настоящее время аномальные маточные кровотечения (АМК) составляют 48% всех гинекологических заболеваний. Традиционная терапия женщин страдающих этим заболеванием включает проведение фракционного выскабливания полости матки, применение гормональных препаратов, витаминов.

Современная медицина имеет достаточную информацию о рациональном применении антибактериальной терапии в соответствии с определенной микрофлорой.

Цель работы. Изучить эффективность применения антибактериальной терапии в лечении аномальных маточных кровотечений у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы исследования. Для исследования нашей цели мы изучили эффективность применения антибиотикотерапии группы тетрациклина. Для постановки диагноза учитывали жалобы женщин, клинико-лабораторные методы исследования, гормональное, гистологическое, ультразвуковое исследование, взяты мазки из влагалища, произведен бактериальный посев материала для определения микрофлоры и чувствительности к лекарственным препаратам. Нами проведен сравнительный

анализ результатов лечения АМК: 17 женщин получали традиционное лечение, которое состояло из гемостатической и гормональной терапии (группа сравнения) и 15 женщин, которые получали комплексную терапию, состоящую из фракционного выскабливания полости матки с применением антибактериальной терапии тетрациклинового ряда. Контрольную группу составили 10 здоровых женщин. Все женщины имели жалобы на слабость, нарушение менструального цикла.

Результаты. Полная нормализация менструальной функции была отмечена у 15 (88,2%) женщин основной группы в сравнении с женщинами 14 (93,3%) группы сравнения. У всех женщин улучшилось общее самочувствие, исчезли жалобы, снизилась кровопотеря. У 2-х больных группы сравнения возникла потребность отмены гормональной терапии из-за побочных эффектов. Всем больным, которым проводилось фракционное выскабливание полости матки с применением антибактериальной терапии через 6 месяцев было проведено ультразвуковое исследование, где патологии эндометрия не выявлено.

Выводы. Полученные данные, положительная динамика и отсутствие рецидивов свидетельствуют про эффективность проведенной терапии.

Макеева Н.И., Яровая Е.К., Головачева В.А., Мишина М.М.¹

СПОСОБНОСТЬ УРОПАТОГЕНОВ К ФОРМИРОВАНИЮ БИОПЛЕНОК И АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Кафедра педиатрии №2, ¹кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии

Цель работы. Изучить способность уропатогенов образовывать биопленки и развитие антибиотикорезистентности у детей раннего возраста, страдающих пиелонефритом.

Материалы и методы. Проанализировано 198 историй болезни детей до 3-х лет с пиелонефритом, получавших лечение в нефрологическом отделении городской клинической детской больницы № 16 г.Харькова. Верификация диагноза и лечение проводились согласно приказа МОЗ Украины № 627 от 03.11.2008 г. Для достижения поставленной цели использован микробиологический метод по общепринятым схемам выделения и идентификации микроорганизмов. Тестирование изоляторов на способность образовывать биопленки - в плоскостонных полистироловых 96-ячеистых планшетах. Оптическая плотность сформированных биопленок измерялась на ридере «Multiskan EX 355». Чувствительность микроорганизмов к антибактериальным препаратам проведено с применением полистироловых пластин. При обработке результатов использованы методы параметрической статистики с применением программы «Statistica 6» и «Biostat» для персонального компьютера.

Результаты. Анализ клинического течения пиелонефрита у детей раннего возраста выявил то, что дебют заболевания был более манифестным у мальчиков 1-го года жизни (72% мальчиков и 53% девочек), в клинической картине которого превалировал синдром интоксикации. Частота бессимптомного течения увеличивалась с возрастом и отмечалась примерно у каждого второго ребенка в возрасте от 1 до 3 лет (50 % мальчиков и 57 % девочек). Выявлен высокий удельный вес больных с отягощенным преморбидным фоном (отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, патология течения беременности и родов (36 %), наследственная предрасположенность (30 %), фимоз (25 %), ранний перевод на искусственное вскармливание (30 %), желудочно-кишечные расстройства (22 %), рахит (38 %) и др., как изолированно, так и в сочетании).

В структуре уропатогенов превалировали представители семейства Enterobacteriaceae, главным образом *E. coli* (32,8%), *K. pneumoniae* (26,8%), *Proteus vulgaris* (11,8%), *P. mirabilis* (9,2%). Обращает на себя внимание тот факт, что среди возбудителей пиелонефритов повысился удельный вес *S.*

ruogenes - 8,4%. В 7% случаев был выделен *S.aureus* и в 1,6% случаев - *P.aeruginosa*. Другие возбудители пиелонефритов составили 2,4%. Все выделенные изоляты были способны формировать плотные биопленки. Причем, более активная продукция планктонных клеток и формирование плотной биопленки отмечается у штаммов *K. pneumoniae* по сравнению с другими изолятами ($3,21 \pm 0,27$ и $4,56 \pm 0,28$ ед.оп. у больных с острым и хроническим пиелонефритом соответственно). Установлено, что большинство штаммов (кроме кокков) были чувствительны к цефалоспорином (62,3 – 75,6%), фторхинолонам (63,2 – 86,7%) и карбапенемам (68,7 - 85,7%), и резистентны к препаратам тетрациклинового ряда и к пенициллинам. При определении чувствительности изолятов в форме биопленки к антибактериальным препаратам установлено, что большинство изолятов были полирезистентными к ним. Отмечалась переменная чувствительность к антимикробным препаратам, относящихся к аминогликозидам, фторхинолонам, цефалоспорином и карбапенемам.

Выводы. Результаты проведенного исследования показали, что все выделенные изоляты уропатогенов были способны формировать плотные биопленки, большинство из которых обладают множественной антибиотикорезистентностью, что является следствием широкого и не всегда рационального применения антибиотиков.

Матвеева С.Л.

ЭФФЕКТ СЕЛЕНА НА РЕЗУЛЬТАТЫ ХИМИОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ С ТИРЕОПАТИЯМИ

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Для нормального функционирования щитовидной железы и поддержания тиреоидного гомеостаза необходим не только йод, но и селен. Содержание селена в 1 г ткани щитовидной железы больше, чем в других

органах. В регионах с тяжелым йододефицитом дефицит селена утяжеляет гипотиреоз и приводит к микседеме и кретинизму. При аутоиммунном тиреоидите в условиях дефицита селена наблюдалась обратная зависимость между уровнем селена в крови и объемом, а также выраженностью гипозоногенности щитовидной железы. Большинство авторов обращают внимание на позитивный эффект селеновых добавок на иммунную систему и регуляцию продукции реактивных кислородных радикалов и их метаболизм. Селен снижает уровень антитиреоидных антител у больных с болезнью Хашимото и у беременных. Таким образом, селеновый статус может играть роль в развитии тиреоидной патологии.

Исход химиотерапии туберкулезного процесса во многом зависит от взаимоотношений иммунной и эндокринной систем организма. Патология же щитовидной железы неблагоприятно влияет на течение туберкулеза и результаты химиотерапии у различных групп больных.

Цель исследования: изучить эффект препарата селена на тиреоидный статус и исходы химиотерапии больных деструктивным туберкулезом легких с патологией щитовидной железы.

Материалы и методы. Эффект селена на тиреоидный статус и исходы химиотерапии изучался при наблюдении за 180 пациентами туберкулезом с патологическими структурными изменениями щитовидной железы. Из них 3 подгруппы наблюдения получали селенит натрия в течение первых 2 месяцев стандартной химиотерапии, а 3 подгруппы контроля – только стандартную химиотерапию. В сыворотке венозной крови у всех пациентов до начала терапии и через 2 месяца от ее начала определялись уровни содержания селена, свободного тироксина, тиреотропного гормона гипофиза, антител к тиреоглобулину и тиреопероксидазе иммуноферментативным методом. Биохимические показатели до начала и через 2 месяца терапии сравнивались между соответствующими группами наблюдения и контроля. Кроме того, сравнивались показатели

эффективности лечения (% прекращения бактериовыделения и заживления деструкций) в течение фазы интенсивной терапии.

Результаты и их обсуждение. У больных туберкулезом, в том числе в подгруппах с мультирезистентным процессом и ко-инфекцией туберкулез/ВИЧ, в сочетании с тиреопатиями установлен субклинический гипотиреоз, усугублявшийся на фоне противотуберкулезной химиотерапии. Включение в комплексную терапию больных туберкулезом с патологией щитовидной железы селенита натрия восстанавливало функцию щитовидной железы, оказывая протекторный эффект по отношению к тиреотоксическому действию противотуберкулезных химиопрепаратов. Участие селенита натрия в интенсивной фазе лечения больных туберкулезом при их сочетании с тиреопатиями и субклиническим гипотиреозом приводило к учащению абациллирования на 6,66%-20% и заживления деструкций на 10% при сравнении с контролем.

Выводы. У больных туберкулезом в сочетании с тиреопатиями установлен субклинический гипотиреоз, прогрессирующий на фоне противотуберкулезной химиотерапии. Назначение селенита натрия восстанавливало функцию щитовидной железы и оптимизировало результаты химиотерапии, что позволяет рекомендовать селенит натрия в качестве препарата сопровождения при проведении химиотерапии таким пациентам.

Мінухін В.В.¹, Коваленко Н.І.¹, Замазій Т.М.¹, Новікова І.В.², Тараненко Г.П.²

АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНІСТЬ ЗБУДНИКІВ ЗОВНІШНІХ ОТИТІВ

¹Харківський національний медичний університет, Україна

²КЗОЗ «Обласна клінічна лікарня – центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф», м. Харків, Україна

Мета роботи: вивчити динаміку виявлення антибіотикорезистентності збудників зовнішніх отитів за період з 2010 р. до 2015 р.

Матеріали й методи. Дослідження було проведене на базі багатопрофільної клініко-діагностичної лабораторії КЗОЗ «Обласна клінічна лікарня – центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф». В якості клінічного матеріалу брали змиви із зовнішнього вуха. Етіологічна значимість у захворюванні враховувалася при рівні мікробного числа для бактерій не менше 10⁶ КУО і 10³ КУО для грибів.

Мікробіологічне дослідження включало виділення збудників, ідентифікацію за морфологічними, культуральними і біохімічними властивостями культур відповідно до Наказу МОЗ СРСР № 535 від 22.04.1985р., визначення чутливості мікрофлори до антибіотиків методом дифузії в агар (метод стандартних дисків) відповідно до Наказу МОЗ України № 167 від 05.04.2007 р. Всього було виділено і проаналізовано 52 штами мікроорганізмів за 2010 рік і 70 штамів за 2015 рік.

Результати. У попередніх дослідженнях було виявлено, що домінуюча роль у розвитку зовнішніх отитів належала *S. aureus* (27,1 %), *S. epidermidis* (15,7 %) і грибам роду *Candida* (15,7 %). Грамнегативні палички (*K. pneumoniae*, *P. aeruginosa*, *E. coli*, *P. mirabilis*) були представлені в межах 2,9-10 %. Незважаючи на домінуючу роль кокової флори, за п'ять років спостереження відбулося зниження її питомої ваги за рахунок зростання ролі *Candida spp.*, грамнегативних паличок (ентеробактера, протей, кишкової та синьогнійної паличок) і, частково, коринебактерій.

При аналізі даних по чутливості виділених штамів до антибіотиків, отриманих у динаміці протягом 2010-2015 рр., виявлено, що за останні 5 років

відбулися зміни показників чутливості етіологічно значимої мікрофлори до низки антибіотиків, крім того, виділені бактерії характеризувалися множинною резистентністю від 2 до 8 антибіотиків терапевтичного призначення. Так, порівняно з 2010 р., представники кокової флори, які виділялися найчастіше, втратили чутливість насамперед до фторхінолонів, серед яких норфлуксацин виявився найменш ефективним. У виділених штамів *S. aureus* чутливість до норфлуксацину знизилася із 100 % до 69 %, а у *S. epidermidis* – із 83,3 % до 50. До ципрофлуксацину кількість чутливих штамів *S. aureus* знизилася з 97,2 % до 86 %, а *S. epidermidis* – із 94,4 % до 78,6 %. Відбулося також зниження чутливості стафілококів і стрептококів до офлуксацину і левофлуксацину. Різкий ріст резистентності до азитроміцину спостерігався у *S. epidermidis* – із 100 % до 33,3 %. Щодо іміпенему, цефепіму, цефтриаксону та амікацину епідермальний стафілокок зберіг 100 % чутливість. Серед виділених штамів золотистого стафілокока чутливість до амінопеніцилінів (ампіциліну та амоксициліну), цефалоспоринів (цефоперазону, цефтазидиму, цефтриаксону) та амікацину навіть підвищилася, проте відбулося незначне зростання резистентності до іміпенему з 1,8 % до 6,9 %. Найвищу ефективність проти *S. aureus* продемонстрували цефоперазон, цефтриаксон, цефепім, меронем, іміпінем та амікацин (більше 93 % чутливих штамів).

Серед грамнегативних паличок за останні роки спостерілося збільшення питомої ваги *K. pneumoniae*. Виділені клебсієли продемонстрували зростання чутливості до цефалоспоринів та амікацину. Абсолютна чутливість була виявлена до цефоперазону, цефепіму, меронему та амікацину. Натомість відмічався ріст резистентності клебсієл до фторхінолонів. У той час, як у 2010 р. всі виділені штами *K. pneumoniae* були чутливі до норфлуксацину, ципрофлуксацину і левофлуксацину, у 2015 р. активність цих антибіотиків проявлялася у 86,4 %, 80,0 % та 63,6 % відповідно.

Висновки. У період з 2010 р. до 2015 р. відмічався ріст резистентності бактеріальної флори до фторхінолонів, амінопеніцилінів, макролідів (азитроміцин)

із збереженням її чутливості до тигецикліну і цефалоспоринів, особливо до цефоперазону, цефтриаксону, цефепіму і меронему.

Немцова В.Д., Бобронникова Л.Р., Шапошникова Ю.Н., Ильченко И.А.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЦЕФУРОКСИМА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Пневмония является важной медико-социальной проблемой, особенно у пожилых пациентов. Риск развития пневмонии существенно увеличивается с возрастом. В связи с увеличением продолжительности жизни проблема пневмоний в позднем возрасте приобретает особое медицинское и социальное значение.

Целью нашего исследования было изучение эффективности и безопасности лечения негоспитальной пневмонии у пациентов пожилого и старческого возраста с использованием цефалоспоринового антибиотика II поколения цефуроксима.

Материалы и методы исследования: В исследование включен 21 пациент (9 женщин и 11 мужчин) в возрасте от 63 до 86 лет с документированной негоспитальной пневмонией. В процессе лечения оценивалась динамика клинических проявлений, функции внешнего дыхания (ФВД), клинико-биохимические анализы крови.

Результаты и их обсуждение: Через 3 дня после начала лечения практически у всех пациентов отмечалась положительная динамика клинической картины заболевания: улучшение общего самочувствия, исчезновение или уменьшение одышки, кашля, выделения мокроты, болей в грудной клетке, головных болей, сердцебиения, что позволило продолжить антибактериальную терапию. При контрольной рентгенографии органов

грудной клетки у большинства больных 18 (85,71 %) к 14 дню после начала лечения отмечено полное разрешение пневмонической инфильтрации, у 2 пациентов (9,52 %) сохранились очагово-инфильтративные изменения, но отмечено уменьшение их интенсивности и протяженности, у 1 (4,76 %) пациента к 3-м суткам лечения было отмечено полное отсутствие положительной динамики, что было расценено как неэффективность назначенного лечения. К 14 дню лечения положительная клиническая динамика сопровождалась достоверным улучшением показателей клинического анализа крови: нормализация содержания лейкоцитов у 19 (90,47 %) пациентов, у 17 (80,95) пациентов нормализовалась ускоренная СОЭ. Отрицательной динамики биохимических показателей, отражающих функциональное состояние печени, почек, углеводного и липидного обмена после лечения не отмечалось. Обострений сопутствующих заболеваний не отмечалось. В процессе лечения побочные эффекты были отмечены у 3 (14,28%) пациентов: отмечалась незначительной интенсивности тошнота, дискомфорт в животе. Данные побочные явления в дополнительной терапии не нуждались, купировались самостоятельно, не сопровождалась отменой цефуроксима.

Выводы: пероральный цефалоспорин II поколения цефуроксим показал высокую эффективность на фоне хорошей переносимости и безопасности, отсутствии серьезных побочных явлений в качестве антибиотика первой линии при лечении внебольничной пневмонии нетяжелого течения у пациентов пожилого возраста.

Овчаренко І.А., Шевченко О.С., Боровок Н.М., Смірнов С.О.

АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ СТАНДАРТНИМИ СХЕМАМИ ХВОРИХ НА МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНІВ ІЗ ДОДАТКОВИМ ЗАСТОСУВАННЯМ ІЗОНІАЗИДУ ТА БЕЗ ЙОГО ЗАСТОСУВАННЯ

Харківський національний медичний університет, Україна

Харківський обласний протитуберкульозний диспансер №1, Україна

Основним завданням, що постає перед лікарями-фтизіатрами є максимально ефективно лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз (МРТБ) у як найкоротші строки, за для попередження розвитку вторинної резистентності мікобактерій туберкульозу (МБТ) та боротьби з первинною резистентністю, через вплив на епідемічний ланцюг передачі збудника.

Мета. Порівняльний аналіз ефективності стандартної схеми лікування хворих на МРТБ із додатковим застосуванням ізоніазиду та без його застосування.

Матеріали та методи. Історії хвороби 49 хворих на МРТБ, що лікувались у Харківському обласному протитуберкульозному диспансері № 1 та отримували лікування згідно наказу МОЗ України № 600 від 22.10.2008 р. Хворі були розподілені на 2 групи: група I (30 осіб) отримувала лікування за стандартною схемою лікування; та група II (19 осіб) у яких стандартна схема була підсилена ізоніазидом. У пацієнтів були досліджені клінічні, рентгенологічні та мікробіологічні критерії ефективності лікування МРТБ легенів через 2 та 6 місяців від початку лікування.

Результати. На початку лікування у хворих з групи I лихоманка спостерігалась у 13 (43,3%), а у групі II – у 11 (57,9%) осіб; через 2 місяці лихоманку у групі I мали 6 осіб (20%), а у групі II – 5 осіб (26,3%); через 6 місяців лихоманка спостерігалась у 2 хворих (6,7%) з групи I та у жодного у групі II. Кашель на початку лікування у групі I мали 23 хворих (76,7%), та 13 осіб (68,4%) у групі II; через 2 місяці лікування кашель відмічали у групі I 22

особи (73,3%), та 13 осіб (68,4%) з групи II; через півроку у групі I кашель мали 13 осіб (43,3%), та у групі II – 9 осіб (47,4%). Дефіцит маси тіла на початку лікування у групі I був у 7 осіб (23,3%), а у групі II у 4 хворих (21%); через 2 місяця у групі I таких хворих було 5(16%), а у групі II 4 хворих (21%); через 6 місяців у групі I та у групі II таких хворих було по 4 (13,3%) та 2 (10,5%) відповідно. Деструкцію легеневої тканини на початку лікування мали у групі I 25 осіб (83,3%), у групі II – 18 осіб (94,7%); через 2 місяці лікування у групі I таких хворих було 22 особи (73,3%), та у групі II -18 осіб (94,7%); через півроку лікування – 17 (56,6%) та 16 (84,2%) осіб у групах I та II відповідно. Позитивну рентгенологічну динаміку у групі I через 2 міс лікування демонстрували 22 особи (73,3%), та 14 осіб (73,3%) у групі II; ще через 6 місяців лікування позитивна рентгенологічна динаміка мала місце у 22 (73,3%) та 16 (84,2%) осіб у групах I та II відповідно. Збудник методом мікроскопії мазка був виявлений на початку лікування у 23 хворих (76,7%) у групі I та у 12 осіб (63,2%) у групі II, а культурально у 28 (93,3%) та 17 (89,5%) з груп I та II відповідно. Через 2 місяці лікування скопічно МБТ у хворих з групи I було виявлено у 9 осіб (30%), а у групі II – 3 осіб (15,8%); культурально у групі I МБТ виявили у 18 осіб (60%) та у 13 (68,4%) осіб у групі II. Через півроку лікування МБТ скопічно у групі I не виявлялись, а у групі II були у 2 осіб (10,5%); культурально їх виявляли у 3 хворих (10%) з групи I, та у 4 хворих (21%) з групи II. Ефективність лікування у групі I була наступною: залишкові зміни перенесеного ТБ (ЗЗТБ) були у 21 хворого (70%), 7 осіб (23,3%) померли, 2 особи (6,6%) перервали лікування; серед хворих з групи II ЗЗТБ мали 13 осіб (68,4%), померлих була 1 особа (5,2%), 2 особи (10,5%) перервали лікування та у 3 хворих (15,7%) була невдача лікування.

Висновки. Таким чином, у групі II невдач лікування було на 15,7% більше, однак у групі I значно більше було осіб, що померли (на 18,1%). Така картина може бути пов'язана з тим, що у групі I 86% пацієнтів мали супутню патологію (ВІЛ та інше), резистентність до 4 та більше протитуберкульозних препаратів та більш тяжкий перебіг хвороби.

ЗНАЧЕНИЕ ВЫХОДНОГО ФОНА ДЕТЕЙ В ФОРМИРОВАНИИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ЭШЕРИХИОЗА И ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель работы - изучение клинических проявлений эшерихиоза у детей Харьковского региона.

В течение 2015 года под нашим наблюдением находилось 268 детей первых трех лет жизни (840 всего), больных эшерихиозом, обусловленного энтеропатогенами *E. Coli*.

Основной клинической формой была гастроэнтеритическая (125 детей - 46,6%), у 91 ребенка (33,9%) - гастроэнтероколитическая, 52 (19,5%) - энтероколитическая форма. Заболевание протекало в среднетяжелой (187 - 69,8%) и тяжелой (81 - 30,2%) формах. Повторная рвота или обильные срыгивания в дебюте болезни зарегистрированы у большинства больных (216 - 80,6%). На фоне проведения лечения продолжительность рвоты не превышала $3,16 \pm 1,06$ суток. Отказ от пищи регистрировалась у 87 детей (32,5%), снижение аппетита - 236 (88,1%), вялость - 194 (72,4%). Гиперемию слизистой ротоглотки выявлено у 66% больных, у трети из которых симптом сохранялся длительное время и не был связан с повторной рвотой. Снижение диуреза наблюдали у 92 (34,3%) больных. Развитие дегидратации различной тяжести на момент поступления в стационар отмечено в 108 случаях (40,3%). Стул был преимущественно обильным, водянистым с неперевавленными примесями, слизью (209-77,9%). У 59 больных (22,1%) каловые массы были необильные, со слизью и зеленью. Анализ результатов дополнительного обследования обнаружил характерные для бактериального воспаления изменения в периферической крови только у 120 больных (44,8%). Изменения в клиническом анализе мочи (лейкоцитурия, белок, увеличение эпителиальных клеток) выявлено у 80 больных (29,6%). В 57 (21,3%) - при наличии дисфункции кишечника копрограмма была без изменений. Проведение

ультразвукового исследования выявило увеличение размеров печени с её паренхиматозной реакцией у 167 больных (62,3%), из них у 54 (20,1%) - отмечено паренхиматозное уплотнение органа до 10-12 градации. У 31 больного (11,6%) выявлены явления гепатоспленита. Выявленные особенности стали основой для более тщательного обследования этой группы больных с целью исключения наличия сопутствующего инфицирования. Из 167 у 111 детей было выявлено: инфицированность вирусом Эпштейна-Барр (ВЭБ) - 86 детей (32,1%), цитомегаловирусом - 18 (6,7%), вирусом герпеса 6 типа - 7 (2,6%).

Учитывая особенности патогенеза энтеропатогенных штаммов эшерихиоза, в терапии таких больных первоочередная роль принадлежит диете, регидратационной терапии, антибактериальным препаратам (по показаниям), сорбентам, эубиотикам, симптоматической терапии. Особенностью диетотерапии больных эшерихиозом детей, инфицированных герпес-вирусами, является длительное сохранение увеличения кратности приема и уменьшения объема пищи на каждое кормление в период реконвалесценции (на двое-трое суток дольше по сравнению с не инфицированными).

Детям, больным эшерихиозом, обоснованным является назначение энтеросорбентов. Показаниями к назначению антибактериальной терапии при диареях является тяжелые и среднетяжелые формы заболевания, дети в возрасте до 3 месяцев, дети с иммунодефицитными состояниями, ВИЧ-инфицированные и те, что находятся на иммуносупрессивной терапии (химическая, лучевая), дети с гемолитической анемии, гемоглобинопатиями независимо от возраста ребенка и тяжести заболевания, наличие вторичных бактериальных осложнений во всех возрастных группах.

Учитывая высокий процент среди больных эшерихиозом детей инфицированных герпес-вирусами, среди биологических препаратов предпочтение необходимо отдавать тем, которые восстанавливают микробиоценоз кишечника и улучшают функцию печени, к последним можно отнести Дисбилак.

Парафейник Т.Г.

**РОЛЬ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЙ ИНТЕГРАЦИИ В ФОРМИРОВАНИИ
ЗНАНИЙ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ КОЛЛЕДЖЕЙ ПО
АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ**

Харьковский медицинский колледж №2, Украина

При изучении профессионально ориентированных дисциплин нет более междисциплинарно интегрированного предмета, чем «Инфектология». В эпоху глобализации медицинских знаний и беспрецедентного развития антибактериальной фармакотерапии актуальным становится качество знаний и умение использовать на практике медицинскими сестрами, акушерками и фельдшерами современные антибактериальные препараты в лечении инфекций, с одной стороны, что является визитной карточкой истинного профессионала, с другой – способствует скорейшему выздоровлению и восстановлению качества жизни пациентов.

Цель проведенной работы – оптимизация учебных программ по фармакологии и клиническим дисциплинам, выявление проблем при изложении тем по антимикробной терапии (АМТ).

Исследование проводилось среди студентов третьего курса акушерского и фельдшерского отделений медицинского колледжа путем анкетирования и статистической обработки результатов. Всего опрошено 73 человека. Анкета включала 12 вопросов.

Анализ полученных данных показал, что 100% респондентов оценили свои знания АМТ недостаточными, однако количество часов, которое отводится в программе по фармакологии на ее изучение 70% считают достаточным. На вопрос, освещались ли новые антибактериальные препараты (АБП) и их использование, большинство ответило - «что-то было». О таком осложнении АБ-терапии, как дисбактериоз, 95% респондентов впервые услышали на микробиологии, а 70% считают, что вопросам возможных осложнений от ее применения уделялось недостаточно. 100% респондентов не

знают такого понятия как эмпирическое назначение АБ, а 36% - не знают принципов рационального их использования. 100% респондентов считают, что усвоению практических навыков по применению АБП в будущей профессиональной деятельности на практических занятиях времени уделялось достаточно.

Таким образом, организация бинарных лекций и практических занятий по темам АМТ, выполнение индивидуальных творческих заданий студентами, более широкое освещение таких вопросов как безопасность применения АТ-терапии при беременности и лактации, освещение новых схем лечения, обоснованного назначения АМТ помогут в определенной степени решить проблему качественного преподавания данной темы.

Писаренко Г.Н., Лантухова Н.Д.

РОЛЬ КАРБОПЕНЕМОВ В ЛЕЧЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель работы. Определить роль карбопенемов (тиенамицинов) в лечении хирургической патологии.

Материалами и методами настоящего исследования являлась учебная литература, методические указания кафедры анестезиологии, хирургии и фармакологии Харьковского национального медицинского университета. Карбапенемы – антибактериальные препараты, входящие в состав большой группы β -лактамовых антибиотиков. Характерными чертами для них являются наличие β -лактамового кольца, бактерицидный механизм действия, дозозависимый эффект, предопределяющий фармакодинамические свойства. В настоящее время в клинической практике активно используются антибиотики сверхширокого спектра действия. Подобно пенициллинам и цефалоспорином карбапенемы имеют природный источник. Первый карбапенем - тиенамицин

является продуктом *Streptomyces cattleya*. В настоящее время карбапенемы (имипенем/циластатин, меропенем, эртапенем, дорипенем) применяют во всем мире для лечения тяжелых внегоспитальных и госпитальных инфекций, особенно вызванных полимикробной флорой. Данные получены *in vitro*, и для клинической практики эти различия не существенны. В отношении грамположительных микроорганизмов наибольшее клиническое значение может иметь более высокая активность имипенема лишь в отношении пневмококков, включая пенициллин–резистентные штаммы. При терапии синегнойной инфекции необходимо учитывать, что меропенем активнее имипенема. Кроме того, 43,8% имипенем–резистентных штаммов *Pseudomonas aeruginosa* сохраняют чувствительность к меропенему, хотя контролируемых клинических исследований по этой проблеме не проводилось. Несмотря на явные проблемы с нарастанием антибиотикорезистентности, карбапенемы сохраняют за собой первенство среди представителей других классов антибиотиков в лечении тяжелых жизнеугрожающих инфекций.

При решении вопроса о выборе карбапенемного антибиотика основными аргументами должны быть, по нашему мнению, первое – локализация инфекции (при инфекциях ЦНС, несомненно, следует отдавать предпочтение меропенему). В данном случае меропенем используется в максимальной («менингитной») дозировке – 6,0 г/сут. в виде внутривенных инфузий (2,0 г через каждые 8 час.). Второе – это назначение меропенема в случае инфекций, вызванных полирезистентными штаммами проблемных микроорганизмов (*Pseudomonas aeruginosa* и *Acinetobacter baumannii*).

Выводы.

1. Карбапенемы не теряют своей актуальности в клинической практике, но необходим дифференцированный подход к выбору каждого конкретного препарата из группы карбапенемов.
2. При наличии факторов риска инфицирования (или документированной инфекции) проблемными полирезистентными штаммами грамотрицательных

микроорганизмов или штаммами, резистентными к карбапенемам (*Pseudomonas aeruginosa* и *Acinetobacter baumannii*), должен применяться меропенем.

3. Меропенем является препаратом выбора у больных менингитом, с тяжелыми инфекциями ЦНС (особенно посттравматического и послеоперационного генеза).

4. При наличии беременности и необходимости использования карбапенемов предпочтение следует отдавать меропенему.

5. При выборе препарата из группы карбапенемов необходимо учитывать локальные данные резистентности основных проблемных возбудителей (*Pseudomonas aeruginosa* и *Acinetobacter baumannii*).

Погорелова О.О.

ПРОБЛЕМИ ХІМІОРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ В УКРАЇНІ ТА СВІТІ

Харківський національний медичний університет, кафедра фтизіатрії та пульмонології, Україна

Мета роботи. Розглянути дані Глобального епідагляду з хіміорезистентного туберкульозу та визначити стан даної проблеми в Україні у порівнянні зі світовими показниками.

Матеріали і методи. У ході даної роботи були проаналізовані доповіді ВООЗ у рамках Глобального проекту епідагляду за хіміорезистентним туберкульозом та аналітичні статистичні довідники «Туберкульоз в Україні» з 2011 по 2015 рр.

Результати. Дослідженням Глобального проекту епідагляду за хіміорезистентний туберкульоз було охоплено 96% населення планети. Різні країни вступили в дослідження в різний час з 1995 по 2015 р., Україна приєдналася до дослідження в 2010 р.

Одним з основних показників ефективності контролю мультирезистентного туберкульозу (МРТБ) є відсоток МРТБ серед хворих на вперше діагностований туберкульоз (ВДТБ). Цей показник найвищий в Білорусі – 34,1%, в Україні він складає 24,0%, тоді як загальносвітовий показник складає лише 3,3%.

Розглядаючи питання виявлення МРТБ та розширено резистентного туберкульозу (РРТБ) в Україні бачимо ріст захворюваності з 12,1 на 100 тис. нас. у 2011 р. до 19,7 на 100 тис. нас. у 2015 р., що можна пов'язати з впровадженням молекулярно-генетичних експрес-методів діагностики цих форм.

Іншим важливим показником контролю хіміорезистентного туберкульозу є ефективність лікування, що відображається як відсоток успішновилікуваних хворих з МРТБ+РРТБ серед загального числа цих хворих. Згідно з дослідженнями у рамках Глобального проекту епіднадзора за хіміорезистентним туберкульозом Глобальної програми боротьби з туберкульозом показник ефективного лікування хворих на МРТБ в Україні за стратегією “End TB” до 2020 р. має складати не менше 75%. На даний час ми бачимо збільшення цього показника з 29,3% у 2012 р. до 38,4% у 2015 р. Одним з найважливіших факторів, що впливають на даний показник є співвідношення кількості виявлених випадків МРТБ+РРТБ до тих, що розпочали лікування. Якщо у 2011 р. лікування розпочало лише 69,7% хворих, то у 2015 р. – 99,7%.

Висновки. Хіміорезистентний туберкульоз в Україні у порівнянні з загальносвітовими показниками є недостатньо контрольованим і потребує більшої уваги з боку як лікарів, так і пацієнтів, щоб забезпечити адекватні схеми та режими лікування, прихильність пацієнтів до лікування та зниження поширення хіміорезистентності туберкульозу.

Сладкова Л.М., Семеняк М.В., Дарич Е.В.

ПРОЯВЛЕНИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А (ВГА) НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», Украина

*Днепропетровский медицинский институт традиционной и нетрадиционной
медицины, Украина*

ОСП «Никопольский отдел лабораторных исследований», г. Никополь, Украина

Изучение особенностей эпидемического процесса вирусного гепатита А (ВГА) на территории г. Днепра за 10-летний период с целью разработки и обоснования эффективных противоэпидемических мероприятий имеет важное практическое значение.

В структуре заболеваемости вирусных гепатитов преобладает вирусный гепатит А, что составляет 52,3%. Высокий уровень заболеваемости был зарегистрирован в 2014 году. Кроме клинически выраженных форм заболеваемости ВГА, составляющих 80% всей заболеваемости, регистрируются безжелтушные формы. Высокий уровень заболеваемости регистрируется у детей в возрасте от 7 до 14 лет и составляет 74% и 50% соответственно. Ни одного случая ВГА не было зарегистрировано у детей в группе от 0 до 2 лет. Наиболее поражающей социальной группой является неработающее население (28,8%). Чаще всего это объясняется соответствующим образом жизни. В значительной степени больные связывают свое заболевание с употреблением некипяченной воды, нарушением правил личной гигиены (в 91,5% случаев путь передачи не был установлен и только в 8,5% - установлен контактно-бытовой). Чаще всех (в 61% случаев) болеют женщины. Среди профессиональных групп населения наиболее часто болеют работники и служащие промышленных предприятий (44,3%), что объясняется условиями приема пищи на рабочем месте, снабжением питьевой водой на отдельных участках предприятия.

На протяжении анализируемого периода регистрируются единичные случаи заболеваемости вирусным гепатитом А среди декретированных групп

населення, работников пищевой промышленности, общепита, водопроводной сети (особенно выражено в 2009 году).

Динамика роста заболеваемости ВГА связана с динамикой круглогодичной и сезонной заболеваемостями, имеющими однонаправленную тенденцию. Рост заболеваемости начинается с августа (I мед.=0,7) и достигает максимума в ноябре месяце (I мед.=0,9).

Полученные результаты будут учтены и использованы при усовершенствовании противоэпидемических мероприятий для предупреждения циклических и сезонных повышений заболеваемости и снижения общей заболеваемости.

Соколов А.С., Волкова Ю.В., Ієвлева В.І., Талахан А.А., Мороз К.Р., Резнікова А.С

ОТОРИНОГЕННИЙ МЕНІНГІТ АСОЦІЙОВАНИЙ З СТАФІЛОКОКОВОЮ ІНФЕКЦІЄЮ

Харківський національний медичний університет, Україна

Кафедра медицини невідкладних станів, анестезіології та інтенсивної терапії

Актуальність. У структурі ЛОР-патології оториногенні внутрішньочерепні ускладнення (ОРВЧУ) складають від 2 до 8%, а летальність коливається у межах від 5 до 58%. Це обумовлено значним збільшенням частоти виникнення атипичного перебігу ЛОР-захворювань, що передусім ускладнює діагностику та призводить до недостатньо ефективного лікування, як наслідок – високий ступень інвалідизації або смерть пацієнта. Серед основних видів ОРВЧУ перше місце займає гнійний менінгіт (до 50%); друге – абсцес головного мозку; третє – сепсис. Прогностично одним з найбільш несприятливих є менінгіт асоційований з стафілококовою інфекцією. Це пов'язано, по-перше, з показниками високої летальності (20-60 %), а, по-друге, одужання після стафілококового менінгіту часто неповне та мають місце залишкові явища у вигляді органічних уражень ЦНС.

Мета роботи. Вивчення та оцінка особливостей клінічного перебігу, лабораторно-інструментальних результатів, реакції на лікування та його наслідок у хворих оториногенним менінгітом асоційованим з стафілококовою інфекцією.

Матеріали та методи. Виконано ретроспективних аналіз даних 14 пацієнтів з оториногенним менінгітом стафілококової етіології, які проходили лікування в умовах відділення анестезіології та інтенсивної терапії ХМКЛШіНМД ім. проф. О.І. Мещанінова за 2011-2016 роки.

Результати. Середній вік пацієнтів - 30,5 роки, серед них 6 чоловіків та 8 жінок. Клінічна картина виглядала наступним чином: гіпертермія (10/14), судоми (9/14), головний біль (14/14), нудота (10/14), блювота (5/14). У всіх випадках були виражені симптоми подразнення менінгіальних оболонок; в двох випадках констатувався рівень порушення свідомості - кома. За даними лабораторних досліджень у 10 пацієнтів був лейкоцитоз ($16,4 \pm 7,5 \times 10^9/\text{л}$). При дослідженні цереброспінальної рідини (СМР) було виявлено підвищений рівень білка ($5.4 \pm 0,70 \text{ г/л}$), знижений рівень глюкози ($1.76 \pm 0,22 \text{ ммоль/л}$), нейтрофільний плеоцитоз ($21,2 \pm 4,7 \times 10/\text{л}$). Оториногенний характер внутрішньочерепної патології діагностований після консультації оториноларинголога і проведення додаткових досліджень. Після встановлення діагнозу при риногенному характері процесу у всіх випадках у перші добу проводили оперативне втручання (радикальна операція на верхньощелепних пазухах з розкриттям клітин гратчастого лабіринту, фронтотомія). При отогенном характері запалення, викликаного загостренням хронічного середнього отиту, також у всіх випадках проводили розширену антростоїдотомію. У випадках гострого запалення середнього вуха проводили парацентез барабанної перетинки і при отриманні гнійного відокремлюваного проводили антростоїдотомію. Всім пацієнтам з підозрою на гнійний менінгіт проводилось комп'ютерно-томографічне дослідження. Дослідження свідчили, що протягом ряду років найбільш частими ізолятами були *Staphylococcus aureus* 81,25%, *Proteus* 6,25%, грибами роду *Candida* 7,8%,

Acinetobacter 4,7%. Аналіз антибіотикограми показав, що Staphylococcus aureus (понад 60%) була резистентної до метициліну, була виявлена чутливість Staphylococcus aureus до меропенему.

Пацієнтам призначалась наступна схема антибіотикотерапії: лінізолід 600 мг двічі на день внутрішньовенно та меропінем 0,5 г 4 рази на добу. Додатково проводилась дезінтоксикаційна, дегідратційна, інфузійна, симптоматична терапія, корекція білкового складу крові, нейропротекторна терапія. Усі пацієнти були виписані з клінічним одужанням.

Висновки. Детальне дослідження етіологічних і патогенетичних чинників розвитку захворювання, рання діагностика і якомога раніше призначені хірургічне лікування, адекватна антибіотикотерапія, нейропротекторна метаболічна терапія, помітно зменшує подальший розвиток оториногенних внутрішньочерепних ускладнень. Рання антимікробна терапія препаратами з високою активністю до MRSA стійкого Staphylococcus aureus дозволяє знизити відсоток важких септичних ускладнень, знизити загальну летальність у ВІТ.

Соколов А.С., Коршунов А.В., Дубовская С.С., Битчук Н.Д., Ламааши Э.М.

ПОДБОР АДЕКВАТНОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ

*Харьковский национальный медицинский университет, Украина
КУЗ «Городская клиническая больница скорой и неотложной помощи
им. проф. А.И. Мещанинова», г. Харьков, Украина*

Среди актуальных проблем современной медицины ожоговая травма занимает одно из ведущих мест. У 97 % пациентов с площадью поражения ожогами более 20 % поверхности тела развивается сепсис, вызванный грамположительными кокками, включая как MRSA, так и метициллинчувствительными стафилококками, очень часто обнаруживаемыми при бактериологическом посеве. На данный момент наблюдается как

увеличение частоты сепсиса, так и ухудшение прогноза. К сожалению, это часто происходит из-за неадекватного лечения пациентов в первые часы после травмы.

Целью нашего исследования стала разработка наиболее эффективной схемы антибиотикотерапии у ожоговых пациентов с высоким риском развития септических осложнений на основе данных бактериального зеркала в остром периоде ожоговой болезни.

Материалы и выводы. Исследования проведены на базе ожогового центра КУЗ «ХГКБСНМП имени проф. А.И.Мещанинова». В исследования были включены пациенты с площадью ожога 20% и более (N = 64). Критерии включения в исследование: возраст 18-60 лет, время поступления от момента травмы – первые 24-48 часов. Ретроспективная группа состояла из 73 чел. Материалом для анализа служили кровь и другие виды биоматериалов, с использованием традиционных методов выделения, идентификации микроорганизмов и определения их чувствительности к антибиотикам. Статистическая обработка проведена с использованием пакета Microsoft Excel 2010. При сравнении групп выбран критерий Манна-Уитни, для динамических различий внутри групп – критерий Уилкоксона.

Результаты. Ретроспективный анализ и данные настоящего исследования свидетельствовали, что на протяжении ряда лет наиболее частыми изолятами являются *Staphylococcus aureus* – 81,25 %, *Proteus* – 6,25 %, грибы рода *Candida* – 7,8 %, *Acinetobacter* – 4,7 %. Анализ антибиотикограмм показал, что *Staphylococcus aureus* (более 60%) была резистентной к метициллину, была выявлена чувствительность *Staphylococcus aureus* к меропенему. Стартовая антимикробная терапия начиналась с назначения меропенема в дозе 1 г через 6 часов в течение первых 3-4 суток до получения данных бактериального зеркала пациента как вариант эмпирической деэскалационной антибиотикотерапии. Результаты *in vitro* коррелировали с данными *in vivo*. Уже со 2-3-го дня применения препарата наблюдались клиническое улучшение состояния больных, нормализация клинико-лабораторных показателей. Пребывания

пациента на койке в среднем сократилось на $4,56 \pm 1,23$ суток, количество раннего тяжелого сепсиса снизилось на 10,5%.

Выводы. В ходе исследования определена высокая частота стафилококковой септицемии у пациентов с ожоговой болезнью. Отмечено, что ранняя антимикробная терапия препаратами с высокой активностью к MRSA, устойчивому *Staphylococcus aureus* позволяет снизить процент тяжелых септических осложнений и снизить общую летальность.

Старкова И.В., Романенко А.А.

НОВЫЕ АСПЕКТЫ В ЛЕЧЕНИИ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ГОНОРЕИ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Гонококковая инфекция у жителей Украины занимает одно из лидирующих мест среди группы инфекций, передаваемых половым путем. Вместе с тем наблюдается устойчивость *Nisseria gonorrhoeae* к воздействию традиционной антибактериальной терапии, что приводит к развитию осложнений и распространению заболевания гонореей в популяции. Исходя из сказанного, проблема лечения гонококковой инфекции не теряет своей актуальности.

Целью работы явилось изучение эффективности двухкомпонентной терапии гонококковой инфекции при неосложненной гонорее шейки матки и уретры у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы. Обследовано 40 женщин в возрасте 20-30 лет с впервые диагностированной неосложненной гонококковой инфекцией шейки матки и уретры. *Nisseria gonorrhoeae* определялась в отделяемом из уретры и канала шейки матки культуральным методом или с помощью полимеразной цепной реакцией. Пациентки распределены в две идентичные по количеству наблюдений клинические группы. Первая (основная) группа включала женщин,

которым проводилась двухкомпонентная терапия с одновременным использованием макролида и цефалоспорина третьего поколения. Во второй (контрольной) группе пациенток применялось лечение одним антибактериальным препаратом из представленных групп. У всех обследованных женщин не было выявлено других видов инфекции из группы передаваемых половым путем. До контрольного определения *Nesseria gonorrhoeae* всеми женщинами соблюдался половой покой.

Результаты. Оценку эффективности лечения гонококковой инфекции осуществляли на 14-й день после окончания лечения. В первой группе излеченность от инфекционного агента составила 100%, в то время как у второй *Nesseria gonorrhoeae* обнаружена в 4-х случаях (20%), что требовало продолжения проведения антибактериальной терапии со сменой препарата.

Вывод. Проведенные исследования показали, что двухкомпонентная терапия неосложненной гонококковой инфекции шейки матки и уретры с одновременным использованием макролида и цефалоспорина третьего поколения эффективна и может быть использована в клинической практике.

Степанов О.А., Шалимова А.С.

ПРИМЕНЕНИЕ БИФИДОБАКТЕРИЙ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПИЩЕВОЙ ТОКСИКОИНФЕКЦИИ

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Кафедра клинической фармакологии

В настоящее время препараты, содержащие в своем составе бактерии, широко используются в медицине. Своим применением они нашли в акушерстве и гинекологии, гастроэнтерологии, урологии и т.д. С клинической точки зрения представляет интерес изучение схем назначения бифидобактериальных

препаратов для снижения длительности лечения пациентов и профилактики дисбактериоза кишечника при пищевой токсикоинфекции (ПТИ).

Цель работы: изучение эффективности назначения препарата, содержащего бифидобактерии, в комплексном лечении ПТИ.

Материалы и методы: Обследовано 20 пациентов с ПТИ: 10 человек вошли в основную группу и 10 человек – в контрольную группу. Пациенты основной группы на фоне базисной терапии (регидрон, индометацин, фестал) получали Бифидумбактерин-форте (в своем составе содержит живые бифидобактерии и бифидогенный фактор (лактоза), способствующий росту бактерий) совместно с иммобилизатором (активированный уголь). Пациенты контрольной группы получали только базисную терапию.

Схема назначения бифидумбактерина-форте с иммобилизатором представлена в таблице 1.

Таблица 1. Схема назначения бифидумбактерина в комбинации с активированным углем

Препарат	1 сутки		2 сутки	3 сутки	4-7 сутки
	1-й прием	2-й прием (через 12 ч)	2 раза в сутки через 12 ч.	1 раз в сутки	1 раз в сутки
Бифидумбактерин Форте (не менее 5x10 ⁸)	12 доз	6 доз	8 доз	6 доз	4 дозы
Активированный Уголь (0,5 гр в 1 табл.)	10 табл.	5 табл.	6-7 табл.	5 табл.	3 табл.

Результаты: У пациентов основной группы, получавших лечение согласно вышеуказанной схеме, отмечалось достоверно более быстрое снижение основных симптомов ПТИ по сравнению с контрольной группой (таблица 2).

Таблица 2. Сравнение эффективности схем лечения в основной и контрольной группах пациентов

Группы пациентов	Длительность симптомов у пациентов (в днях)			
	Боли в животе	Интоксикация	Лихорадка	Расстройство стула
Основная	1,1	1,1	1	2
Контрольная	1,9	2,2	2	3,3

Выводы: Использование Бифидумбактерина-форте с активированным углем на фоне базисной терапии позволило повысить эффективность лечения ПТИ.

Терьошин В.О., Меркулова Н.Ф., Гасанова А.І.

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ БАКТЕРІОФАГУ СТАФІЛОКОКОВОГО В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ГОСТРОГО ТОНЗИЛІТУСТАФІЛОКОВОЇ ЕТІОЛОГІЇ

Харківський національний медичний університет, Україна

Виходячи з результатів сучасних епідеміологічних і медико-статистичних досліджень встановлено, що на сьогодні відзначається істотне збільшення захворюваності на гострий тонзиліт (ГТ) стафілококової етіології (СЕ), розвиток ускладнень даного захворювання та виникнення в подальшому хронічних форм, що робить розробку раціональних підходів до лікування ГТ важливим завданням клінічної медицини. Важливу роль у розвитку даної патології має зростаюча антибіотикорезистентність збудників, яка обумовлює недостатню ефективність лікування, що проводиться. У цьому плані актуальним та важливим завданням практичної медицини є пошук нових ефективних схем лікування даного захворювання. В цьому плані нашу увагу

привернула можливість використання в комплексі лікування хворих з ГТ СЕ в якості антибактеріального засобу бактеріофагу.

Метою роботи було вивчення ефективності бактеріофагу стафілококового (БС) при лікуванні хворих на ГТ СЕ.

Для реалізації мети дослідження було обстежено 64 хворих на ГТ СЕ у віці 20-55 років, з них 34 пацієнти (1-ша група) отримували додатково БС для полоскання порожнини рота по 10-20 мл 3 рази на день на протязі 7-10 діб, а 30 хворих (2-га група) – тільки базисну терапію. В ході динамічного спостереження було встановлено, що тривалість лихоманки від початку захворювання у осіб, які отримували додатково БС, склала в середньому $3,3 \pm 0,53$ днів, в той час як у хворих 2-ої групи – в середньому $3,8 \pm 0,50$ днів ($p > 0,05$). Симптоми інтоксикації у хворих 1-ої групи реєструвалися протягом $5,5 \pm 0,32$ днів проти $6,9 \pm 0,35$ днів (хворі 2-ої групи). Болі в горлі реєстрували на протязі $4,0 \pm 0,35$ днів у хворих 1-ої групи, та $5,5 \pm 0,40$ днів – у пацієнтів 2-ої групи, нальоти на мигдаликах візуалізувалися в середньому $3,5 \pm 0,11$ і $4,2 \pm 0,15$ днів відповідно. Збільшення регіонарних лімфатичних вузлів спостерігали протягом $5,7 \pm 0,35$ днів у хворих 1-ої групи, та трохи довше - $6,8 \pm 0,40$ днів - у хворих 2-ої групи ($p > 0,05$). Середній ліжко-день склав в 1-ій групі $7,5 \pm 0,49$ днів, у 2-ій - $10,2 \pm 0,30$ днів.

Таким чином, отримані дані дозволяють констатувати клінічну перспективність БС у комплексній терапії ГТ СЕ.

Терьошин В.О., Меркулова Н.Ф., Могиленець О.І., Гордієнко А.І.

**ЗАСТОСУВАННЯ СУЧАСНИХ ТАБЛЕТОВАНИХ ФОРМ
ЕНТЕРОСОРБЕНТІВ НА ОСНОВІ ДІОКСИДУ КРЕМНІЮ В
КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ**

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

В даний час гострі кишкові інфекції (ГКІ) залишаються однією з найбільш актуальних проблем сучасної інфектології. В цілому актуальність даної проблеми обумовлена високим рівнем захворюваності, повсюдним поширенням, виникненням групових випадків захворювання, а також формуванням в подальшому сприятливого фону для розвитку хронічної запальної патології кишечника. Суттєвою проблемою при лікуванні хворих на ГКІ продовжує залишатися широке і часто нераціональне застосування антибактеріальних препаратів, що веде до порушення мікробіоценозу організму, формуванню резистентних штамів збудників, розвитку хронічних захворювань шлунково-кишкового тракту. У зв'язку з цим особливого значення набуває вдосконалення патогенетичної терапії. При розробці раціональних підходів до оптимізації лікування хворих на ГКІ, нашу увагу привернула можливість застосування такого еферентного методу терапії як ентеросорбція. В даний час в своїй лікувальній діяльності найбільше значення автори даних тез приділяють використанню ентеросорбентів, які створені на основі діоксиду кремнію (SiO₂), оскільки ці препарати мають ряд позитивних фармакологічних ефектів, в порівнянні з іншими сорбентами, а саме значну сорбційну ємність мікроорганізмів і бактеріальних токсинів, що важливо саме при проведенні ентеросорбції у хворих з гострою патологією кишечника, викликаній інфекційними агентами; можливість прийому помірних терапевтичних доз ентеросорбентів, завдяки великій площі їх активної поверхні.

Метою роботи було вивчення ефективності застосування сучасних ентеросорбентів на основі діоксиду кремнію «Біле вугілля» при лікуванні ГКІ.

Обстежено 34 пацієнта з ГКІ, які в комплексі лікування ГКІ додатково до базисної терапії приймали ентеросорбент «Біле вугілля» по 2-3 таблетки за 30-40 хвилин до прийому їжі або лікарських препаратів 3-4 рази на день протягом 5-7 днів (основна група) і 32 хворих з ГКІ, які отримували базисну терапію та пористі ентеросорбенти (група зіставлення). Діагноз захворювання встановлювали на підставі клініко-епідеміологічних даних з верифікацією етіології ГКІ бактеріологічним і серологічним методами. У всіх пацієнтів був встановлений діагноз «гостра кишкова інфекція, середній ступінь тяжкості».

Всі хворі відзначали гострий початок захворювання з підвищення температури тіла від 37 °С до 38,5 °С. Переважна кількість хворих пред'являли скарги на виражену загальну слабкість (83,3%), головний біль (59,1%), нудоту (65,1%), блювання (57,5%), болі в животі (84,8%), діарею (100%). При аналізі клінічного перебігу захворювання з урахуванням проведеної терапії встановлено, що тривалість гарячкового періоду склала у хворих на ГКІ основної групи в середньому $3,15 \pm 0,35$ дня, у пацієнтів групи зіставлення - $4,15 \pm 0,45$ дня, тривалість діареї у хворих на ГКІ основної групи склала в середньому $3,75 \pm 0,15$ дня, у пацієнтів групи зіставлення - $5,47 \pm 0,27$ дня; больовий абдомінальний синдром мав місце у хворих на ГКІ основної групи в середньому протягом $3,9 \pm 0,24$ діб, у пацієнтів групи зіставлення – протягом $5,8 \pm 0,35$ діб. Встановлено, що при застосуванні препарату «Білий вугілля» ні в жодному з випадків не було відзначено розвиток будь-яких побічних явищ або небажаних реакцій.

Таким чином, отримані дані дозволяють констатувати переваги застосування комплексної терапії з використанням ентеросорбенту на основі діоксиду кремнію «Біле вугілля».

Ткаченко В.Г.¹, Гойденко А.А.²

АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК В ПРАКТИКЕ ВРАЧА- ИНФЕКЦИОНИСТА

¹Харьковский национальный медицинский университет, Украина

²Областная клиническая инфекционная больница, г. Харьков, Украина

Анафилактический шок относится к аллергическим реакциям немедленного типа, которая возникает вследствие повторного введения в организм аллергена при взаимодействии лекарственных веществ или их метаболитов с организмом человека. Практически любой из лекарственных препаратов может стать причиной сенсибилизации организма и развития анафилактического шока. При возникновении лекарственной аллергии чаще поражаются кожа, респираторный или желудочно-кишечный тракт, кровь и кровеносные сосуды. Assem [Davied (ed.), 1981] выделяет особенности в аллергических реакциях на препараты – аллергические реакции отличаются от фармакологических эффектов, не коррелируют с дозой препарата (небольшие дозы могут вызвать тяжелые реакции) и часто проявляются сыпями, ангионевротическим отеком, сывороточной болезнью, анафилаксией. Частота случаев анафилактических реакций в год в Европе 1-3 случая на 10 000 населения, смертность до 2 % среди всех больных с анафилаксией. В России из всех анафилактических реакций 4,4% проявляются анафилактическим шоком.

Приводим случай развития анафилактического шока у пациента Н., 20 лет, поступившего в областную инфекционную больницу г. Харькова 23.04.14 на 2-й день болезни с диагнозом: острая респираторная инфекция (фаринготрахеобронхит); негоспитальная пневмония справа в нижней доле? Заболел остро 22.04.14, когда появилась слабость, повысилась до 39°С температура тела, стал отмечаться малопродуктивный кашель и чувство нехватки воздуха. Из общежития, где проживает, бригадой экстренной медпомощи был доставлен и госпитализирован в инфекционную клинику. В эпидемиологическом анамнезе – без особенностей, в анамнезе жизни –

респираторные и детские капельные инфекции. Аллергические реакции на лекарственные препараты отрицал, но отмечал реакцию на пыльцу растений. По данным рентгенограммы была диагностирована очаговая пневмония справа в нижней доле, над которой отмечалось стетоакустически ослабление дыхания, а перкуторно – притупление перкуторного звука.

Вечером того же дня через 15-20 мин. после прекращения инфузии лефлацина в дозе 500 мг и реополиглюкина в объеме 200 мл у пациента появилась одышка с частотой дыхательных движений 36/мин, тахикардия 136/мин, усилился малопродуктивный кашель, резко снизилось АД до 60/0 мм. рт. ст. и сатурация до 84%. Вышеуказанные препараты пациенту вводились впервые в жизни. Объективно был выявлен цианоз губ, пульс слабого наполнения и напряжения. Над передними отделами легких выслушивалось жесткое дыхание, а также сухие и мелкопузырчатые влажные хрипы на вдохе с удлинением последнего. Тоны сердца были резко приглушены, выраженная тахикардия, артериальная гипотензия. Состояние расценивалось как тяжелое, с проявлениями дыхательной и сосудистой недостаточности вследствие развития гемодинамического и обструктивного варианта анафилактического шока, в связи с чем пациент был переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии. Пациенту была назначена следующая терапия: 12 мг дексазона и 10 мл 2%-го р.-ра эуфиллина внутривенно струйно, 200 мг дофамина, разведенного на 200 мл физиологического р.-ра со скоростью 5-7 мкг/кг·мин, дотация увлажненного кислорода. Только спустя полтора суток состояние пациента улучшилось за счет регрессии проявлений дыхательной и сосудистой недостаточности, в связи с чем он был переведен обратно в профильное отделение.

Таким образом, симптомы анафилактического шока обычно возникают в течение первого часа после контакта с причинно-значимым аллергеном, но чаще всего в течение первых минут. Чем раньше они возникают, тем больше вероятность тяжелого течения анафилактического шока. Наиболее часто анафилактический шок вызывают лекарственные препараты, укусы насекомых

и пищевые продукты. Прогноз анафилактического шока определяется степенью его тяжести, своевременностью и адекватностью лечения.

Фролова Т.В., Охалкіна О.В., Стенкова Н.Ф., Новікова Д.П.

ПРОБЛЕМИ ПОЛПРАГМАЗІЇ У ПЕДІАТРИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета дослідження: аналіз лікування дітей з гострою респіраторною патологією на догоспітальному етапі.

Всього досліджено 120 історій хвороб дітей віком від 1 міс до 14 лет, які знаходились на стаціонарному лікуванні у педіатричному відділенні ХМКБЛ №17. Діти потрапляли до стаціонару переважно на 4-6 день хвороби. С діагнозом гострий назофарингіт поступили 4,7% дітей; гострий простий бронхіт – 31,6%, гострий обструктивний бронхіт – 38,4%; пневмонія – 25,3%. Аналіз призначеної терапії свідчив, що кількість препаратів на одного хворого до моменту госпіталізації у середньому складала 3,7. У переважній більшості діти отримували симптоматичне лікування (жарознижувальні, відхаркувальні засоби, тощо). Препарати з противірусною дією призначались у 25,5% випадків; гомеопатичні – 17,8%, рослинного походження – 4,6%; десенсибілізуючі (усі – за відсутності показань) – 2,1%; антибіотики - 16,7%. Оцінка обґрунтованості призначення антибіотиків на підставі аналізу даних анамнезу в історії хвороби була не зовсім правомірною, але враховуючі вік дитини, тривалість і характер лихоманки, діагноз при направленні до стаціонару, дійшли висновку, що у 51,7% дітей антибіотики призначались необґрунтовано. У той же час дітям з підтвердженим діагнозом пневмонія (співпадіння складало – 52,3%) антибіотики призначались у 31,6% випадків, переважно – пероральні форми.

Результати проведених досліджень було порівняно з аналогічними даними, отриманими чотири роки тому. Це дозволило зробити висновок, що під

час лікування дітей з гострою респіраторною патологією на догоспітальному етапі зменшилася кількість призначення гомеопатичних препаратів, зовсім відсутні відволікаючі засоби; майже на третину (26,8%) зменшилося призначення антибіотиків, однак медикаментозне навантаження на організм дітей при лікуванні гострої неускладненої респіраторної патології залишається досить високим.

Ходак Л.А., Браилко В.И., Кухарь Д.И.

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ У ДЕТЕЙ

*Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина
Областная детская инфекционная клиническая больница, г. Харьков, Украина*

Инфекционный мононуклеоз (ИМ) – это герпесвирусное заболевание, этиологическим фактором которого являются вирус Эпштейна-Барр, цитомегаловирус, вирус герпеса человека 6-го типа. Чаще болеют дети дошкольного и школьного возраста.

Каждый думающий врач задает себе вопрос «Нужна ли антибактериальная терапия больному с ИМ»?

Цель работы. Определить целесообразность назначения антибиотиков при ИМ в амбулаторных условиях.

Материалы и методы. Проанализировано лечение ИМ у 46 детей в возрасте от 4 до 9 лет. Амбулаторно диагноз ИМ преимущественно был установлен на основании клинических симптомов заболевания, гематологических изменений. У 6 детей были выявлены маркеры к вирусу Эпштейна-Барр, у остальных вирусологические исследования не проводились. Все дети до обращения за консультативной помощью в ОДИКБ лечились дома в течение 5-10 дней. 43 ребенка при выполнении врачебных назначений или самостоятельно получали антибактериальную терапию. Только 3 детям

антибиотики не назначались. Цефалоспорины II-III поколения получили 22 ребенка, макролиды – 16 детей, у 5 детей использовались ампициллины (у 3-х из них отмечалась экзантема). Специфическую противовирусную терапию с назначением ацикловира ни один ребенок не получал. У 15 детей противовирусная терапия проводилась интерферонами.

Результаты. Только у 9 детей из 46 отмечался регресс клинической симптоматики. У остальных – сохранялась субфебрильная температура тела, синдром лимфаденопатии, у 7 – стойкие изменения в клиническом анализе крови (лимфо- и моноцитоз, ускоренное СОЭ). У 5 детей при назначении биохимических проб печени выявлены синдром цитолиза и холестаза. 3 детей направлены на консультацию к гематологу, 2 – госпитализированы в инфекционную больницу.

Всем детям с лабораторно подтвержденным диагнозом инфекционный мононуклеоз (при выявлении методом ИФА EBV-VCA IgM, EBV-EA IgG, EBV-NA IgG, CMV IgM, CMV IEA IgG, CMV IgG, HHV-6 Ig G) были назначены антигерпетика (гевиран, герпевир, вальтровир, ацик) в течение 7-10 дней. Наблюдение в катамнезе за детьми в течение 1 месяца позволило отметить положительную динамику и регресс клинической симптоматики.

Выводы. Наши немногочисленные наблюдения позволяют сделать вывод, что назначение антибиотиков в амбулаторных условиях при ИМ является нецелесообразным. Антибиотики не влияют на вирусы и затрудняют лечение таких больных в условиях стационара. Препаратом выбора при ИМ должны стать антигерпетика, а не интерфероны. Отрицательный результат исследования на вирусы не является подтверждением бактериальной этиологии заболевания. Для дифференциальной диагностики ИМ и бактериального тонзиллита можно использовать клинический анализ крови – соотношение лимфоцитов/лейкоцитов (L/WCC). Показатель выше 0,40 у детей старше 3-х лет указывает в пользу ИМ.

Чабан Т.В.¹, Герасимова Н.А.², Єсипенко С.В.²

ПРОБЛЕМА ТУБЕРКУЛЬОЗУ І ХІМІОРЕЗИСТЕНТНІСТЬ

¹Одеський національний медичний університет, Україна

²КУ «Одеський обласний протитуберкульозний диспансер», Україна

Активне безконтрольне використання антимікробних препаратів сьогодні призводить до стрімкого формування антибіотикорезистентності у достатньо широкого круга збудників різних хвороб. Швидке розповсюдження полірезистентних штамів багатьох мікроорганізмів ставить під загрозу всі існуючі досягнення у боротьбі з інфекційною захворюваністю. Все частіше діагностуються випадки не лише монорезистентності, але й асоційованої резистентності, полірезистентності, а порою – й панрезистентності.

За оцінкою ВООЗ, у 2014 р. зареєстровано близько 480 000 випадків туберкульозу з множинною лікарською резистентністю, що потребує застосування більш триваліших і менш ефективних курсів лікування, ніж при звичайному туберкульозі. Лікування таких хворих досягло успіху лише у половині випадків.

Особливо тривогу викликає той факт, що останніми роками в Одеській області значно зросло виявлення хворих з хіміорезистентними формами туберкульозу. За даними КУ «Одеський обласний протитуберкульозний диспансер» у 2011 році таких хворих було 305, а за 9 місяців 2016 року ця цифра зросла до 599 чоловік. Тобто, кількість хворих збільшилась майже у 2 рази. На наш погляд, такі дані пов'язані з тим, що в Одеському регіоні проведена значна робота:

- налагоджена чітка реєстрація хворих;
- у рамках співпраці обласного управління охорони здоров'я та проекту USAID «Посилення контролю за туберкульозом в Україні» введено в експлуатацію другий Gene Xpert для швидкої молекулярно-генетичної діагностики туберкульозу;

- на базі двох обласних протитуберкульозних лікарень відкриті відділення для лікування пацієнтів з хіміорезистентним туберкульозом.

Згідно Уніфікованого клінічного протоколу №620 лікування хворих на хіміорезистентний туберкульоз здійснюється з урахуванням тесту медикаментозної чутливості до препаратів 2-го ряду, а також з урахуванням анамнезу попереднього лікування (тривалість прийому кожного антимікобактеріального препарату 1 та 2 ряду). Нажаль, деякі протоколи надання медичної допомоги хворим нетуберкульозного профілю рекомендують в якості антибактеріальної терапії призначати фторхінолони. Це є неприпустимим, тому що вже заздалегідь буде формуватися стійкість до цього ряду препаратів та у разі виявлення туберкульозу у пацієнта лікування виявиться не ефективним, що призведе до розширеної стійкості та переведенню його в категорію паліативної допомоги.

Таким чином, лікування хворих хіміорезистентним туберкульозом є проблемою, що загрожує національній безпеці, потребує пильної уваги, подальшого вивчення та комплексного розв'язання.

Чабан Т.В., Майстренко О.Н, Буйко Е.А., Гулла Е.В., Жураковская Н.А.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРОСА НАСЕЛЕНИЯ Г. ОДЕССА О САМОСТОЯТЕЛЬНОМ ПРИМЕНЕНИИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ СРЕДСТВ

Одесский национальный медицинский университет, Украина

Во всех странах мира проблема антибиотикорезистентности микроорганизмов представляет угрозу национальной безопасности. По причине резистентности в Европе ежегодно умирает 25 тыс. человек, в США настоящий показатель превышает отметку в 90 тыс человек, при этом дополнительные расходы составляют более 1,5 млрд. евро. В Украине такие исследования, к сожалению не проводились.

Увеличение экономических затрат связано с тем, что инфекционные заболевания, вызванные устойчивыми штаммами бактерий, характеризуются более длительным течением, чаще требуют госпитализации и увеличивают продолжительность пребывания больного в стационаре. В таких случаях нередко оказываются малоэффективными антибактериальные препараты первой линии, что вынуждает врача прибегать к более дорогим, менее безопасным и не всегда доступным с экономической точки зрения антибиотикам второго и третьего ряда.

Согласно мнению экспертов одной из ключевых причин развития резистентности является широкое и бесконтрольное применение антибиотиков. Значительную часть антимикробных средств пациенты получают без назначения врача. Широкая доступность антибиотиков (вследствие безрецептурного отпуска), «профилактическое» их назначение при вирусных инфекциях, неверный выбор антибиотика, режима его дозирования или длительности лечения, а также несоблюдение пациентами врачебных рекомендаций приводят к формированию и распространению антибиотикорезистентных штаммов микроорганизмов, что на сегодняшний день является глобальной проблемой для всех стран мира.

Цель исследования - изучить частоту, причину самостоятельного применения антибактериальных средств жителями г. Одесса, а так же установить наиболее часто используемые антибиотики.

Материалы и методы. Исследование проводилось путем анкетирования среди населения в возрасте 18 – 70 лет. В ходе анкетирования опрошены 250 человек, относящиеся к различным социально-экономическим группам. Респондентам была представлена анкета, содержащая 15 вопросов.

Результаты. На имеющийся опыт приобретения и применения антибактериальных препаратов без назначения врача указали 88,8 % респондентов. Рекомендации по выбору антибактериальных препаратов наиболее часто давали аптечные работники – 52 %, информацией из СМИ (в

т.ч. из интернета) воспользовались 24,8 % респондентов, на знания знакомых и медицинские издания положились 15,6 % и 2,8 % опрошенных соответственно.

Среди антибактериальных препаратов, применяемых для самолечения, наиболее часто указывались: азитромицин (Сумамед) - 38 %, амоксициллин (Амоксил, Флемоксин) – 36,4 %, амоксициллин+клавулановая кислота (Амоксиклав, Аугментин) - 20 %, цефиксим (Цефикс) – 10 %, доксициклин – 8 %, левомицетин – 2 %.

Частыми причинами самостоятельного применения антибактериальных средств населения были: грипп, ОРВИ, боль в горле – 64 %, боли в животе, жидкий стул – 16 %, нарушение или боль при мочеиспускании – 14 %, лечение кожных заболеваний – 10,4 %, ИППП – 5,2 %. Среди прочих причин приобретения антибиотиков опрашиваемые отмечали зубную боль, недомогание, повышение температуры. На фоне приема антибактериальных препаратов отмечали хороший эффект – 20 % опрошенных, средний эффект – 12 %. На появление побочных эффектов указали 31,2 % респондентов.

Таким образом, более 60 % респондентов нерационально применяют антибактериальные препараты, что вызывает особую тревогу в плане дальнейшего формирования антибиотикорезистентных штаммов микроорганизмов.

Чабан Т.В., Роганкова А.Л., Скрипник Л.М., Павленко Е.В., Пясецкий Б.Н.

ПРОБЛЕМЫ РАЦИОНАЛЬНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИБИОТИКОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Одесский национальный медицинский университет, Украина

Лечение инфекционных болезней сегодня требует особенного подхода всех специалистов, задействованных в данном процессе. Это связано с отсутствием чувствительности к тем антибактериальным средствам, которые используются для лечения острой инфекционной патологии.

Рассмотрим данную проблему на примере острых кишечных инфекций, так как в структуре инфекционных болезней эти пациенты занимают одно из ведущих мест по данным не только мировой, но и Европейской статистики.

В Европе ежегодно регистрируется от 0,8 до 2 эпизодов инфекционных диарей у каждого ребенка младше 6 лет. В настоящее время в Украине лечение не всегда соответствует рекомендованному протоколу в силу разных причин, частота назначения антимикробных препаратов, особенно у госпитализированных пациентов, остается на высоком уровне.

По этой причине возникла необходимость изучить эффективность воздействия антибиотиков на организм и выяснить получаем ли мы ожидаемый результат: уменьшение выраженности клинических симптомов, сокращение продолжительности заболевания, прекращение выделения возбудителя, предупреждение дальнейшего распространения инфекции.

Доказано, что использование антибиотиков при бактериальной диарее не всегда эффективно и безопасно. Это может привести к длительной персистенции бактерии в ЖКТ не только как результат подавляющего влияния на нормальную микрофлору кишечника, но и прямого иммуносупрессивного действия. В частности это касается сальмонеллезной инфекции. По данным отечественных и зарубежных исследователей, затяжное реконвалесцентное выделение сальмонелл формируется у значительного числа пациентов, получавших антибиотики в острую фазу инфекции, по сравнению с лицами, получавшими патогенетическую терапию и биоспорин как самоэлиминирующийся антагонист. При сравнении 2-х групп пациентов, первая из которых получала антибиотик и патогенетическую терапию (18 человек) со второй группой (18 больных разных возрастных групп), которые получали патогенетическую терапию с биоспорином, статистически доказано преимущество во 2-ой группе по срокам выздоровления и элиминации возбудителя.

Таким образом, использование патогенетической терапии с биоспорином без применения антибиотиков можно рекомендовать как основной метод лечения сальмонеллезной инфекции.

Чернякова Г.М., Мінухін В.В.

ПРОБЛЕМА ВИБОРУ АНТИБАКТЕРІАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ОПІКОВОЮ ІНФЕКЦІЄЮ

Харківський національний медичний університет, Україна

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології

Опікова інфекція становить серйозну медичну, соціальну та економічну проблему. Удосконалення методів лікування призвело до зменшення частоти розвитку сепсису і поліпшило результати надання медичної допомоги.

Призначення антибактеріальних препаратів обпаленим повинно ґрунтуватися на комплексній оцінці їх стану з урахуванням площі ушкодження та його глибини, стадії опікової хвороби та її ускладнень, ступеня обсіменіння мікрофлорою опікових ран, характеру та ступеня вторинного імунодефіциту, а також віку хворого, характеру і тяжкості супутньої патології.

Зазвичай мікрофлора інфікованої опікової рани представлена в більшості випадків асоціаціями грам-позитивної та грам-негативної флори, найчастіше це *P. aeruginosa* та *S. aureus*. В період септикотоксемії в опікових ранах відбувається зміна збудника, рани колонізуються полірезистентними «госпітальними» штамми мікроорганізмів.

У зв'язку з цим особливо важливо проводити антибактеріальну терапію в цей період суворо на підставі антибіотикограми з урахуванням чутливості виділеної мікрофлори.

Якщо гнійне ускладнення опікової рани викликали декілька мікроорганізмів, терапію слід проводити, орієнтуючись на чутливість основних збудників опікової інфекції до антибіотиків. Це дозволяє досягти елімінації

частини компонентів асоціації та знизити рівень мікробного обсіменіння рани, а відповідно і ризик можливих ускладнень.

На сучасному етапі препаратами вибору для лікування гнійно-септичних ускладнень опіків є напівсинтетичні антибіотики пеніциліни (ампіцилін, карбеніцилін) та їх комбінація з інгібіторами бета-лактамаз (амоксіцилін + клавуланова кислота, ампіцилін + сульбактам), цефалоспорини III покоління (цефотаксим, цефтазідим, цефтизоксим, цефтріаксон, цефоперазон), комбінація цефоперазону з сульбактамом, аміноглікозиди (гентаміцин, тобраміцин і сізоміцин), фторхінолони (офлоксацин, пефлоксацин і ломефлоксацин). При глибоких опіках з ураженням кісткових структур доцільно призначати лінкоміцин, при виявленні анаеробної неклостридиальної інфекції - кліндаміцин і метронідазол.

При відсутності антибіотикограми, антибактеріальну терапію хворим з великими глибокими опіками слід починати з внутрішньовенного введення гентаміцину. Неефективність терапії на тлі тяжкого перебігу інфекції і підозра на грамнегативних збудників вимагає негайного початку комбінованої антибактеріальної терапії - гентаміцином в поєднанні з карбеніцилліном.

Деякі протимікробні засоби слід розглядати як препарати резерву, які можуть використовуватися при неефективності перерахованих вище антибактеріальних препаратів та їх комбінацій. До них належать: уреїдопеніциліни - пиперацилін, меєлоцілін і аєлоцілін; комбінація піперациліну з тазобактамом; цефалоспорин IV покоління - цефліром; аміноглікозиди - амікацин і нетилміцин; фторхінолони - ципрофлоксацин; рифампіцин; ристоміцин і ванкоміцин; діоксидин і фузидін.

Таким чином, контроль мікрофлори опікових ран з визначенням чутливості бактерій до антибіотиків надзвичайно важливий. Його слід проводити не рідше 1 разу на 7 - 10 днів. Тільки такий підхід дозволить своєчасно, враховуючи чутливість мікрофлори, проводити в разі необхідності зміну антибактеріального препарату, корегуючи, таким чином, процес лікування.

Чопорова О.І.

**ПАТОГЕНЕТИЧНІ СКЛАДОВІ КОНТРОЛЮ БЕЗПЕКИ
АНТИМІКОБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ
ЛЕГЕНЬ З ГЕПАТОТОКСИЧНИМИ РЕАКЦІЯМИ,
ЯКІ ВАЖКО ПІДДАЮТЬСЯ КОРРЕКЦІЇ**

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета: проаналізувати характер змін внутрішньопечінкової гемодинаміки (ВПП) у хворих на вперше діагностований туберкульоз легень (ВДТЛ) при виникненні гепатотоксичних реакцій, які важко піддаються корекції, та динаміку інволюції туберкульозних змін в легенях під час антибактеріальної терапії (ІАБТ).

Завдання: співставити результати реовазогепатографічного обстеження (РВГО), характер гепатотоксичних побічних реакцій (ПР) з ефективністю лікування хворих на ВДТЛ.

Матеріали і методи. Під спостереженням було 89 хворих на ВДТЛ, чоловіки (87%), середній вік ($39,3 \pm 4,7$) років, переважно з інфільтративною формою у фазі розпаду з бактеріовиділенням, які на 1-му місяці ІАБТ мали гепатотоксичні реакції, які важко піддавались корекції. Проаналізовані клінічні та лабораторні маркери гепатотоксичних реакцій, рентгенологічні ознаки остаточного розсмоктування легеневої інфільтрації відносно даних РВГО хворих на туберкульоз легень.

Результати та їх обговорення. За даними РВГО виявлено два типи порушень ВПП. У 41 (46,0%) пацієнта виявлена гіпокінетична дистонія судин печінки (ДСП), у 32 (36,0%) пацієнтів - гіперкінетична ДСП, причому перший тип порушення ВПП відповідав більшій активності ВДТЛ. Ймовірність виникнення ПР на фоні ІАБТ залежала від стану ВПП. Токсико-алергічні ПР при гіперкінетичній ДСП виникали у $(15,60 \pm 0,06)\%$ хворих, що у 2,1 рази частіше ($p < 0,05$), ніж при гіпокінетичній ДСП. Токсичні реакції виникали при гіпокінетичній ДСП у $(26,82 \pm 0,07)\%$ хворих, що у 1,5 рази частіше ($p < 0,05$), ніж

при гіперкінетичній ДСП. Встановлено, що зміни ВПГ негативно впливають на ефективність ІАБТ: при гіпотонії судин, які кровонаповнюють печінку, вилікування туберкульозу легень досягнуто майже у 2 рази менше, ніж при їх віднощній констрикції.

Аналіз показника максимального кровонаповнення печінки відносно якості остаточного розсмоктування інфільтрації легень дозволив виявити між ними стійкий достовірний зворотній зв'язок: чим нижче значення максимального кровонаповнення печінки, тим частіше спостерігається неповне розсмоктування інфільтрації легень. При гіперкінетичній дистонії судин печінки повна інволюція запалення легень зареєстрована у 1,6 раз($p < 0,05$) частіше, ніж при гіпокінетичній дистонії судин печінки. Можливо, при гіпотонії судин мікроциркуляції печінки достовірно повільніше відбувається розсмоктування інфільтрації легень через більше пригнічення білок- і фосфоліпид- синтетичної функції печінки, необхідних для репарації легеневої паренхіми, ніж при спазмі судин печінки. За кореляційним аналізом зв'язку між показником максимального кровонаповнення печінки, тонуусу судин печінки дрібного та середнього калібру і аналізу ефективності ІАБТ хворих на туберкульоз легень і нормалізації функції печінки встановлено, що гіпокінетична дистонія судин печінки від початку ІАБТ негативно впливає на її ефективність. Збереження підвищеного тонуусу судин печінки з 2-го місяця лікування не сприяє нормалізації функції печінки і вилікуванню туберкульозу легень.

Таким чином, у хворих на туберкульоз з гепатотоксичними реакціями, які важко коригуються, виявлені зміни внутрішньопечінкової гемодинаміки (гіпокінетична і гіперкінетична дистонія судин печінки), які ускладнюють перебіг побічних реакцій, пригнічують білок - та фосфоліпид- синтетичну функцію печінки, якості остаточного розсмоктування інфільтрації легень і ефективності лікування туберкульозу, підкреслює важливість врахування стану внутрішньопечінкової гемодинаміки при корекції гепатотоксичних реакцій у хворих даного профілю.

Чумаченко Т.А., Семшев В.И.

**КОМПЛЕКСНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ
С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, КАК КЛЮЧЕВАЯ
СТРАТЕГИЯ СДЕРЖИВАНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ
АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ**

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель работы. Оценить роль комплексных профилактических и противоэпидемических мероприятий в лечебно-профилактических учреждениях для предупреждения формирования устойчивости к антибактериальным препаратам у возбудителей инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП).

Материалы и методы. Проведено обобщение данных научной литературы и собственных исследований развития эпидемического процесса ИСМП в условиях стационаров разного профиля и распространения резистентных к антибиотикам штаммов бактерий.

Результаты. Теория саморегуляции паразитарных систем, разработанная В.Д. Беляковым, утверждает, что движущей силой функционирования паразитарной системы эпидемического процесса является взаимообусловленная изменчивость биологических свойств взаимодействующих генотипически и фенотипически гетерогенных популяций паразита (возбудителя инфекции) и хозяина. Одним из направлений изменчивости возбудителей является формирование антибиотикорезистентности. Антибиотикорезистентность – приспособительный признак, обеспечивающий существование возбудителей инфекций, в том числе ИСМП, в разнообразных условиях среды обитания. Применение антибактериальных препаратов, особенно в недостаточных дозах и недостаточным по длительности курсом, приводит к селекции штаммов патогенных бактерий, которые являются носителями R – плазмид, определяющих устойчивость к антибиотикам и другим лекарственным препаратам и активно влияющих на экологию микроорганизмов. В настоящее

время широкое употребление антимикробных средств как в гуманной, так и в ветеринарной медицине, привело к значительному распространению таких плазмид в популяциях различных патогенных бактерий. Среди них формируются новые эпидемические клоны патогенных бактерий, в лечебно-профилактических учреждениях могут сформироваться госпитальные штаммы возбудителей, которые обладают не только значительной устойчивостью к антибактериальным препаратам, дезинфектантам, но и высокой вирулентностью, что утяжеляет течение инфекционного процесса.

В сложившейся ситуации особо важное значение приобретает соблюдение правил инфекционного контроля, направленных на предупреждение возникновения или прекращение существования эпидемического процесса. Используется комплексный подход, включающий мероприятия в отношении источника инфекции, восприимчивого организма, а также направленные на разрыв путей передачи. Кроме стандартных подходов, необходимо снижать риски инфицирования пациентов путем уменьшения времени пребывания пациента в стационаре, снижения числа инвазивных процедур, разделения потоков больных и т.п., используя научно аргументированные подходы к профилактике, обоснованные исследованиями, проведенными в соответствии с принципами доказательной медицины. Наши исследования показали, что при надлежащем соблюдении противоэпидемического режима и правил инфекционного контроля основная часть случаев ИСМП связана с эндогенной инфекцией. Предотвращение эпидемических вспышек ИСМП снижает частоту выделения антибиотикорезистентных штаммов.

Выводы. Таким образом, благоразумное применение антибактериальных препаратов для лечения больных и проведение комплекса мероприятий по инфекционному контролю в лечебно-профилактических учреждениях являются ключевой стратегией профилактики селекции и передачи антибиотикорезистентных штаммов бактерий – возбудителей ИСМП,

распространения R-плазмид в популяциях бактерий, формирования госпитальных штаммов возбудителей и возникновения вспышек ИСМП.

Чумаченко Т.О., Бережна А.В.

**ОЦІНКА ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ, ІНФІКОВАНИХ
БАКТЕРІЯМИ РОДУ KLEBSIELLA, В УМОВАХ ФОРМУВАННЯ
АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ**

Харківський національний медичний університет, Україна

Актуальність. За даними літератури 8 % усіх внутрішньолікарняних інфекцій в країнах США та Європи спричиняють мікроорганізми роду *Klebsiella*. *K. pneumoniae* може викликати інфекції сечовивідних шляхів, респираторного тракту, інфекцій центрального кровотоку.

Клебсіели є частою причиною внутрішньолікарняної грамнегативної бактеріємії та неонатального сепсису. Це обумовлює необхідність вивчення рівня їх резистентності до антибактеріальних препаратів для вибору ефективної тактики лікування.

Мета роботи. Оцінити можливості лікування пацієнтів, інфікованих бактеріями роду *Klebsiella*, на підставі порівняльного аналізу рівня антибіотикорезистентності штамів *Klebsiella*, що циркулюють в країнах Європи, Україні та хірургічних стаціонарах Харківської області.

Матеріали і методи. Проведено аналіз даних Європейської мережі нагляду за антибіотикорезистентністю (EARS-Net – European Antimicrobial Resistance Surveillance Network), мікробіологічного моніторингу збудників інфекцій, пов'язаних з наданням медичної допомоги штамів, в Україні та Харківської області у 2014 - 2015 рр.

Результати. За останніми даними EARS-Net в Європі спостерігається зростання актуальності антибіотикорезистентних штамів *K. pneumoniae*. Більш ніж одна третина ізолятів *K. pneumoniae*, виділених в Європейських клініках,

були резистентні не менш ніж до однієї групи антибіотиків (фторхінолонів, цефалоспоринів третього покоління, аміноглікозидів або карбапенемів). Найчастіше відмічалась комбінована стійкість до трьох та більше груп антибіотиків. Стійкість до трьох груп антибіотиків – фторхінолонів, цефалоспоринів третього покоління та аміноглікозидів – зростає з 17,7 % в 2012 р. до 18,6 % в 2015 р. В більшості країн Європи спостерігався низький рівень стійкості ізолятів *K. pneumoniae* до карбапенемів від 6,2 % в 2012 р. до 8,1 % в 2015 р. Більшість карбапенем-резистентних ізолятів мали додаткову резистентність до фторхінолонів, цефалоспоринів третього покоління та аміноглікозидів.

В Україні виявлена висока стійкість штамів *K. pneumoniae* до цефалоспоринів (100 % резистентних штамів) та карбапенемів (63,6 – 82,4 % резистентних штамів). В Харківській області резистентність ізолятів *K. pneumoniae* до цефалоспоринів третього покоління склала 50 %. Виявлена висока резистентність ізолятів до препарату групи карбапенемів іміпенему (87,5 %), однак, частка ізолятів, резистентних до іншого представника цієї групи – меропенему, була вдвічі менша та склала 38,2 %. Резистентність до аміноглікозидів гентаміцину та амікацину склала 35,6 % та 34,7 % відповідно. Виділені ізоляти були стійкі до макролідів в середньому в 87,5 % випадків. Резистентність до препарату з групи глікопептидів ванкоміцину спостерігалась у 87,5 % ізолятів. Питома вага ізолятів *K. pneumoniae*, резистентних до препаратів пеніцилінового ряду, коливалась від 37,5 % (ампіцилін/сульбактам) до 81,3 % (амоксицилін) та в середньому склала 58,4 %. Питома вага ізолятів *K. pneumoniae*, резистентних до фторхінолонів, в середньому склала 26,5 %. Найменшу стійкість ізоляти мали до левофлорксацину – 13 %. Відмічено досить низьку резистентність виділених бактерій до кліндаміцину з групи лінкозамідів (21,4 %) та до протитуберкульозного препарату рифампіцину (12 %).

Висновки. Таким чином, спостерігається зростання стійкості до антибіотиків клінічних ізолятів *K. pneumoniae*. Викликає занепокоєність появлення карбапенем-стійких штамів *K. pneumoniae*, та ізолятів, резистентних

до трьох і більше груп антибактеріальних препаратів. Лікарі обмежені у виборі ефективної терапії пацієнтів з інфекціями, які викликані штамми *K. pneumoniae* з множинною антибіотикорезистентністю. Для розробки ефективних стратегії та тактики терапії пацієнтів необхідно проведення в лікувально-профілактичних закладах постійного мікробіологічного моніторингу з визначенням чутливості до антибіотиків циркулюючих штамів та створення реєстру збудників.

Швець О.М., Чувуріна Н.О., Полуєктова І.В.

СТАН ПРОБЛЕМИ ХІМІОРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ В ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Харківський національний медичний університет, Україна

Кафедра фтизіатрії та пульмонології

Хіміорезистентний туберкульоз (ХРТБ) є несприятливою прогностичною ознакою щодо взяття під контроль епідемії туберкульозу. За статистичними даними, в Україні частота первинної резистентності мікобактерій туберкульозу (МБТ) до протитуберкульозних препаратів (ПТП) складає від 7,0 до 20,0 % у різних регіонах, а вторинна резистентність сягає 75,0 %.

Мета роботи: проаналізувати сучасний стан захворюваності на хіміорезистентний туберкульоз в Харківській області.

Матеріали і методи: проведений аналіз інформації стосовно хіміорезистентного туберкульозу наведений в аналітично-статистичному довіднику «Туберкульоз в Україні» за 2011 - 2015 роки.

Результати: В цілому показники захворюваності на ХРТ в Харківській області є нижчими ніж в середньому по Україні (табл.1).

Табл. 1. Кількість випадків туберкульозу, які зареєстровані до 4 категорії

	Абсолютна кількість					На 100 тисяч населення				
	2011	2012	2013	2014	2015	2011	2012	2013	2014	2015
Харківська область	356	459	474	361	340	13,0	16,8	17,4	13,3	12,5
Україна	5513	8411	9650	8432	8440	12,1	18,5	21,3	19,7	19,7

За останні п'ять років по області спостерігається тенденція щодо зниження рівня захворюваності на ХРТБ. Так, в 2015 році він склав 340 випадків (12,5 на 100 тис.населення), що на 5,8% менше ніж в попередньому році. Пік реєстрації захворювання припав на 2012-2013 роки (459 (16,8 на 100 тис.населення) та 474 (21,3 на 100 тис.населення) випадки відповідно), що пов'язане з удосконаленням методів діагностики ХРТ, а саме, введення в експлуатацію системи ВАСТЕС MGIT 960 та GeneXpert.

Проте, аналізуючи результати лікування хворих на ХРТБ, зареєстрованих у Харківській області в 2012 та 2013 роках, простежується динаміка зниження ефективності протитуберкульозної терапії за рахунок зростання випадків невдалого (10,6 проти 13,6 на 100 тис.населення) та перерваного лікування (9,0 та 12,3 на 100 тис.населення відповідно). Така ж ситуація склалася і в цілому по Україні (невдале лікування: 15,0 проти 17,0 на 100 тис. населення, перерване лікування: 13,9 проти 18,0 на 100 тис.населення). Зберігаються високі показники рівня смертності серед цієї категорії хворих 32,4 та 26,3 на 100 тис.населення відповідно, в той час як в цілому у державі рівень смертності від ХРТБ в 2012 та 2013 роках дещо знизився (29,7 проти 21,7 на 100 тис.населення).

Висновок: незважаючи на загальну тенденцію щодо поступового зниження рівня захворюваності на ХРТБ, епідситуація в Харківській області та в Україні в цілому залишається несприятливою, про що свідчить зростання кількості хворих з негативними результатами лікування (перерване лікування, невдале лікування) серед тих, які розпочали курс протитуберкульозної терапії в 2012 та 2013 роках.

Отже, питання боротьби з ХРТБ й надалі повинно залишатися одним з пріоритетів державної політики у сфері охорони здоров'я та соціального розвитку.

*Шостакович-Корецька Л.Р.¹, Шевченко-Макаренко О.П.¹, Суремченко М.С.¹,
Ревенко Г.О.¹, Галущенко С.А.¹, Чемерис О.Л.², Гавриленко Л.А.²,
Никуленко О.А.², Данилина Е.С.³*

ВИВЧЕННЯ СПЕКТРУ АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ САЛЬМОНЕЛ У ДНІПРОПЕТРОВСЬКОМУ РЕГІОНІ

¹ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро, Україна

²КЗ «Дніпропетровська міська клінічна лікарня № 21 ім. проф. Є.Г. Попкової»
ДОР», м. Дніпро, Україна

³КЗ «Дніпропетровська міська клінічна лікарня №16», м. Дніпро, Україна

Мета роботи - визначити сучасний спектр сальмонел серед хворих на гострі кишкові інфекції та рівень чутливості сальмонел до антибіотиків різних груп і виявити можливі випадки антибіотикорезистентності сальмонел.

Матеріали й методи. Обстежено 824 хворих на гострі кишкові інфекції, які знаходились на стаціонарному лікуванні в КЗ «Дніпропетровська міська клінічна лікарня № 21 ім. проф. Є.Г. Попкової» ДОР» (інфекційна лікарня) за 9 місяців 2016 року. Діагноз був встановлений на підставі сукупності клінічних та епідеміологічних даних, результатів бактеріологічного дослідження. Детально було вивчено мікробний пейзаж фекалій, що найчастіше серед групи патогенних ентеробактерій були виділені сальмонели. Другим етапом дослідження, у разі виділення сальмонел, вивчалась чутливість збудника до класичних антибіотиків методом дисків та виявлення антибіотикорезистентності.

Результати. Серед обстежених хворих на гострі кишкові інфекції в групі патогенних ентеробактерій було виділено 95 сальмонел (11,5%), з яких

найбільша частка – сальмонели групи D. Як і у попередні роки досліджень, стабільно переважали сальмонели групи D *S. Enteritidis* – 86 випадків (90,5%). Також, було виявлено і рідкісні для нашого регіону варіанти сальмонел, а саме - *S. Typhimurium* (5 випадків), *S. Dublin* (2 випадки), *S. Derby* (2 випадки).

При вивченні чутливості збудника до антибіотиків (антибіотикограми), виявлена чутливість (s) у різній мірі до класичних антибіотиків, а саме, до цефтріксону, цефотаксиму, цефтазидиму, ципрофлоксацину. Слід зазначити, що в деяких випадках сальмонели проявляли стійкість (резистентність – r) до гентаміцину, або ампіциліну, або доксицикліну, або левоміцетину (всього – 9 випадків – 9,5%). Позитивним моментом при цьому є те, що полірезистентних штамів виявлено не було.

Висновки. Таким чином, сальмонельоз не втрачає своєї актуальності серед загального рівня захворюваності на гострі кишкові інфекції. В етіологічній структурі вагома роль належить *S. Enteritidis* – 86 випадків (90,5%). Виявлений спектр чутливості (s) сальмонел до «класичних кишкових» антибіотиків, таких як, цефтріксон, цефотаксим, цефтазидим, ципрофлоксацин. В 9,5% випадків виявлялась антибіотикорезистентність (r) сальмонел до гентаміцину, ампіциліну, доксицикліну та левоміцетину, попри те, не було виявлено полірезистентних штамів, що може бути корисним практикуючому лікарю при призначенні емпіричної терапії гострих кишкових інфекцій, а саме, при підозрі у хворого сальмонельозу – до отримання результатів лабораторних досліджень у пацієнтів в нашому регіоні, враховуючи близькі властивості циркулюючих штамів патогенних ентеробактерій на одній території.

Шумова Н.В., Мороз А.М., Москаленко Л.А.

РАЦІОНАЛЬНА БАКТЕРІАЛЬНА ТЕРАПІЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ В ПОЄДНАННІ З ПАТОЛОГІЄЮ ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ

Харківський національний медичний університет, Україна

КЗОЗ «Харківська міська клінічна лікарня №27», Україна

Проблема бронхіальної астми (БА) має світове значення та перебуває у центрі уваги клініцистів різних спеціальностей. Сьогодні на БА страждає біля 300 мільйонів людей в усьому світі, а її поширеність зростає в середньому на 50% кожного десятиліття.. Поширеність БА в Україні, як і в Західній та Центральній Європі, за останні десятиліття збільшилася майже вдвічі.

Серед основних причин загострення БА процент інфекційний факторів добігає 80%, з яких етіологічна роль бактеріальних агентів складає близько 50%. Патологія верхніх відділів дихальних шляхів доволі часто проводить до загострення БА. Інфекційне загострення БА можна визначити як декомпенсацію респіраторного статусу хворого внаслідок перевищення порогу бактеріального навантаження слизової бронхів, що проявляється погіршенням клінічної симптоматики, посиленням бронхіальної обструкції, погіршенням якості життя. Як і в попередні роки залишаються відкритими питання успішного лікування БА.

При обстеженні в умовах алергологічного відділення 135 хворих на БА в поєднанні з патологією верхніх дихальних шляхів (хронічними ринітами, тонзилітами, фарингітами, синуситами) були виділені основні збудники бактеріальних інфекцій: *St.aureus* +++, *S.piogenes* +++, *S.pneumoniae* ++, *Klebsiella pneumoniae* ++. Визначення чутливості збудників до найбільш поширених у застосуванні при даній патології антибіотиків (макролідів, пеницилінів, цефалоспоринів, фторхінолонів) виявило, що найбільш чутливі виявлені патогени до пеницилінів, цефалоспоринів та фторхінолонів.

Виходячи з цього в лікуванні хворих на БА у поєднанні з патологією верхніх дихальних шляхів при емпіричному лікуванні перевагу слід надавати

цефалоспорином та фторхінолоном. Слід підкреслити, що хворим на БА не показані антибіотики з групи пеніциліну із-за їх високої алергізуючої активності.

Щербина І.Н., Куричева Н.Ю., Дынник А.А.

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Маточные кровотечения (МК) в перименопаузальном периоде отличаются многообразием симптомов и клинических проявлений. Особенности МК в перименопаузальном периоде чаще всего являются их ацикличность, гиперполименорея, возникновение на фоне сопутствующей гинекологической и экстрагенитальной патологии. В связи с изменением гормонального фона в период перименопаузы наиболее часто МК связанные с развитием гиперпластических процессов эндометрия (ГПЭ).

Цель работы - улучшить результаты лечения пациенток с МК на фоне ГПЭ в периоде перименопаузы на основании патогенетически обоснованного дифференцированного алгоритма лечебно-диагностических мероприятий, а также разработка и внедрение патогенетически обоснованного метода лечения МК на фоне ГПЭ в зависимости от определенных особенностей их развития.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 58 женщин с маточными кровотечениями на фоне ГПЭ в перименопаузальном периоде.

Среди обследованных у 38 пациенток была диагностирована железистая и железисто-кистозная гиперплазия эндометрия (I группа), у 12 женщин - атипичная гиперплазия эндометрия (II группа), у 8 пациенток - железисто-фиброзные и фиброзные полипы эндометрия (III группа). Все пациентки находились в возрасте от 44 до 54 лет, средний возраст составил $49,6 \pm 4,3$ лет.

Клиническое обследование включало традиционные методы: общий осмотр, оценку телосложения и конституциональных особенностей, состояние сердечно-сосудистой, дыхательной, нервной, эндокринной, мочевыделительной систем, молочных желез.

Материал для бактериоскопического исследования забирался из уретры, цервикального канала, заднего свода влагалища.

С целью идентификации возбудителя и определения чувствительности к антибиотикам проводилось бактериологическое исследование содержимого нижней трети цервикального канала. Во всех случаях положительных посевов определялась чувствительность выделенных штаммов к антибиотикам методом стандартных дисков.

Материал для цитологического исследования забирался из полости матки с помощью атравматической внутриматочной аспирационной кюретки. Кюретаж проводился в амбулаторных условиях по общепринятой методике после соответствующей обработки без расширения цервикального канала. После чего в обязательном порядке проводилась антибиотикотерапия (антибактериальными препаратами цефалоспоринового ряда).

Результаты исследований и их обсуждение. Основным клиническим симптомом у всех пациенток были маточные кровотечения, преморбидный фон у пациенток всех групп характеризовался высокой частотой разносистемных экстрагенитальных заболеваний и однонаправленностью общесоматической заболеваемости. Практически у каждой четвертой пациентки оказывались нейроэндокринные нарушения (31,3%), у каждой третьей - нарушение функционального состояния сердечно-сосудистой системы (38,3%).

Пятая часть обследованных нами женщин (20,9%) пользовались внутриматочной контрацепцией, а пациентки с полипами и железистой и железисто-кистозной гиперплазией эндометрия использовали внутриматочную контрацепцию достоверно чаще (в 1,8 и 2,0 раза), что, по мнению некоторых авторов, является причиной развития асептического воспаления, лейкоцитарной и лимфоцитарной инфильтрации, нарушения проницаемости

сосудистой стенки и застойных явлений, наиболее выраженных в местах прилегания ВМК к участкам эндометрия. В результате развития указанных нарушений создается благоприятный фон для возникновения как воспалительных, так и пролиферативных процессов эндометрия.

Выводы. На основании полученных данных усовершенствованы принципы и методы терапии маточных кровотечений при ГПЭ у женщин в ПМП. Выяснено, что дифференциальная оценка состояния эндометрия в ПМП позволяет выработать этиопатогенетически оптимально подходит к терапии МК на фоне ГПЭ.

Щербина М.О., Салтовський О.В., Курічова Н.Ю.

МІСЦЕ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ БАКТЕРІАЛЬНИХ ВАГІНОЗІВ

Харківський національний медичний університет, Україна

Необґрунтоване та безконтрольне застосування антибіотиків останнім часом призводить до частих дисбактеріозів, розвитку антибіотикорезистентних штамів патогенних мікроорганізмів, частого розвитку ятрогенних алергічних реакцій, що погіршує стан здоров'я населення та значно ускладнює лікування запальних захворювань. Дана проблема потребує застосування сучасних підходів до призначення антибіотиків з розробкою альтернативних методів лікування запальних захворювань.

Метою роботи стала розробка оптимальних методів лікування бактеріальних вагінозів з мінімізацією застосування антибіотиків.

В дослідженні приймали участь 32 хворі з бактеріальним вагінозом. Їх вік був у межах 18-35 років. Клінічно мали місце ознаки вульвовагініту, при аналізі виділень зі статевих шляхів було виявлено підвищення рН, переважання кокової флори, у деяких випадках були наявні крупні палички та ключові клітини, що свідчило на користь гарднерельозу, часом траплявся міцелій грибів

роду *Candida*. Під час проведення бактеріологічного дослідження з визначенням чутливості до антибіотиків відмічалася чутливість умовно патогенної флори вмісту піхви до більшості антибіотиків широкого спектру.

Усі жінки були поділені на 2 клінічні групи. 15 жінкам I групи проводилося комплексне лікування: інтравагінально застосовувалися супозиторій з лакто- та біфідобактеріями бактерії та естрогенвмісні препарати, системно перорально застосовувалися лакто- та біфідобактерії та імуномодулятори рослинного походження на протязі 7 діб. 20 жінкам II групи інтравагінально та перорально призначалися антибіотики широкого спектру та лакто- та біфідобактерії на протязі 7 діб.

Під час контролю через 2 тижня після лікування у 12 жінок (80%) I клінічної групи були відсутні скарги та клінічні прояви бактеріального вагінозу, у 3 пацієток, враховуючи відсутність ознак покращення стану, було призначено антибактеріальну терапію; у 15 жінок (75%) II групи також відмічалися нормалізація стану, але у 5 пацієток спостерігався розвиток кандидозу, у 4 – диспепсичні розлади, у 1 – алергічна реакція на призначений антибіотик.

Результати дослідження свідчать про необхідність призначення антибактеріальної терапії у випадках бактеріальних вагінозів лише у крайньому випадку, коли етіопатогенетично обґрунтоване призначення молочнокислих бактерій для відновлення піхвового вмісту неефективне, що дозволить уникнути небажаних побічних ускладнень.

**PLASMODIUM FALCIPARUM MALARIA IN TURKISH TRAVELLERS:
IMPORTANCE OF THE DIAGNOSTIC METHODS**

*Department of Parasitology, Faculty of Medicine, University of Cukurova
01130, Balcalı, Sarıcam, Adana, Turkey*

Introduction

Imported malaria has become an increasing problem in many countries secondary to increases in international travel and immigration combined with the development and spread of drug-resistant parasites (1).

To evaluate *Plasmodium falciparum* malaria cases, comparison of diagnostic methods and treatment success in a series of identified 16 cases among individuals who were presumed to have travelled to regions where *Plasmodium falciparum* malaria is endemic.

Materials and methods

In University of Cukurova, Faculty of Medicine, Department of Parasitology, Adana, Turkey; 16 *Plasmodium falciparum* malaria suspected cases (all of them men and with the history of travel to Africa) were diagnosed during the 7-year period between 2008 and 2015. The mean age of the patients was 34.8 years (age range: 17-55).

Diagnosis were established and compared with thick and thin peripheral blood smears, rapid diagnostic test (Diamed OptiMAL, Cressier, Switzerland), and real-time polymerase chain reaction for the diagnosis of *Plasmodium falciparum* malaria. The real time PCR and species identification were performed as described by Perandin et al (2).

Results

All cases demonstrated the typical pattern of fever with chills. Fever (100%), splenomegaly (88%), hepatomegaly (56%), anemia (66%), leukopenia (52%), thrombocytopenia (54%), a rise in sedimentation rate (98%), and abnormalities in hepatic enzymes (42%) were determined in the patients.

Plasmodium falciparum was detected in 15 patients with thick and thin peripheral blood smears (Definitive diagnosis of cases was performed with the detection of ring and/or gametocytes forms of the parasite in Giemsa-stained peripheral blood smears), in 14 patients with rapid diagnostic test (evaluated specific band for *Plasmodium falciparum* on immunochromatography) and in 16 patients with real time PCR.

Travel destinations included Nigeria (31%), Guinea (25%), Uganda (19%), Senegal (12.5%), and Sudan (12.5%).

In the treatment, arthemeter/lumefantrin combination was used in 14 patients, while quinine-tetracycline combination was given to two patients, resulting these regimens cured all cases of *Plasmodium falciparum* malaria without complications.

Conclusion

Although domestic malaria cases have been eradicated in Turkey recently, cases caused by *Plasmodium falciparum* have increased due to the frequent travelling to Africa (3). It is found that malaria cases in Turkey 285 in 2013, and 233 in 2014 (4). Data from Health Ministry revealed that the most common (approximately 100%) species in Turkey is *Plasmodium falciparum* and all of the cases are imported in 2015.

Compared to the gold standard thick and thin peripheral blood smears, real time PCR, had sensitivities and specificities 100% for the detection of *Plasmodium falciparum*.

Every febrile patient with a history of travel to the regions where malaria is endemic should raise the suspicion of malaria. It was concluded that, providing sufficient information on *Plasmodium falciparum* malaria and prophylaxis to people travelling to the endemic areas are crucial for protection. *Plasmodium falciparum* real time PCR should be considered as one of the alternative diagnostic method in *Plasmodium falciparum* malaria, especially in cases with inconclusive microscopy or rapid diagnostic test.

References

1. Pieroni P, Mills CD, Ohrt C, Harrington MA, Kain KC. Comparison of the ParaSight F test and the ICT Malaria Pf test with the polymerase chain reaction for the diagnosis of Plasmodium falciparum malaria in travellers. *Trans Roy Soc Trop Med Hyg*, 1998; 92:166-169.
2. Perandin F, Manca N, Calderaro A, Piccolo G, Galati L, Ricci L, Medici MC, Arcangeletti MC, Snounou G, Dettori G, Chezzi C. Development of a real-time PCR assay for detection of Plasmodium falciparum, Plasmodium vivax, and Plasmodium ovale for routine clinical diagnosis. *J Clin Microbiol*. 2004; 42(3): 1214-9.
3. Caskurlu H, Pakır E, Colak A. Evaluation of malaria cases in individuals after traveling to endemic regions of the world. *Turk J Med Sci*, 2014; 44: 168-170.
4. http://www.thsk.gov.tr/dosya/birimler/strateji_db/dokumanlar/faaliyet_raporu/2014_faaliyet_raporu.pdf

Kozko V.N., Iurko K.V., Rudenko S.S., Solomennik G.O.

METABOLIC DISORDERS IN PATIENTS CO-INFECTED WITH HIV/HCV

Kharkiv National Medical University, Ukraine

According to recent studies, the factors indicative of the progression of metabolic disorders in patient's co-infection with HIV/HCV include, namely insulin resistance (IR), obesity, hypertension, dyslipidemia and hyperuricemia. Among the factors indicative of the progression of chronic hepatitis C (CHC), the leading position belongs to hepatic steatosis and IR, which may be virus-induced, and metabolic. Viral IR is diagnosed in CHC patients without obesity with normal lipid metabolism and metabolic IR is associated with lipid metabolism disorders. HCV-induced liver steatosis is recorded in 40% of patients with CHC. When infected with the third HCV genotype, hepatic steatosis often has a viral origin, and when infected with HCV genotype 1, metabolic steatosis with IR is more common.

The main risk factors for the metabolic syndrome in HIV-infected individuals are high viral load, use of drugs lopinavir/ritonavir and didanosine, increased body weight, increased levels of LDL cholesterol and/or triglyceride levels, patient age, and co-infection with HIV and HCV. Thus, HCV-infection in HIV-infected individuals is one of the major risk factors for metabolic disorders which plays a leading role in the pathogenesis and progression of the disease and proves the feasibility of a comprehensive study of carbohydrate metabolism in patients co-infected with HIV/HCV.

Materials and methods. The study of insulin in the blood serum was conducted with immunofluorescence assay using a reagent kit from the company «Tosoh Bioscience» (Japan), the determination of glycosylated hemoglobin (HbA1C) was carried out by ion-exchange chromatography using a reagent kit from the company «Humam» (Germany) on the biochemical analyzer «BTS» (Spain). Determination of glucose in the blood serum was carried out by a colorimetric method using a reagent kit from the company "SpainLab" (Spain) on photocolormeter KFK2 UHL42. The IR HOMA index was determined, which was calculated by the formula: [(fasting glucose) x (fasting insulin)] mmol / l / 22.5. Statistical analysis was performed using the software package «Statistica for Windows», 8.0.

The Results. Glucose in patients of all groups was significantly higher than in control subjects. For example, in HIV-infected persons, it was $(5,16 \pm 0,11 \text{ mmol/l})$ in patients with chronic hepatitis C - $5,35 \pm 0,15 \text{ mmol/l}$, and in patients co-infected with HIV/HCV - $5.95 \pm 0,15 \text{ mmol/L}$. The insulin content was also increased in patients of all groups - in HIV-infected persons $9,26 \pm 0,24 \text{ MKOD/ml}$, in patients with chronic hepatitis C - $10,6 \pm 0,89 \text{ mU/L}$, and in patients co-infected with HIV/HCV - $11,9 \pm 0,81 \text{ MKOD / ml}$, respectively.

HbA1C levels in HIV-infected individuals was $6,18 \pm 0,14\%$, in patients with chronic hepatitis C - $6,36 \pm 0,13\%$, and in patients co-infected with HIV/HCV - $7,05 \pm 0,15\%$. These values were significantly higher than in the control group ($5,74 \pm 0,17\%$).

HOMA-IR index in the studied patients was increased as compared with the control subjects, and in HIV-infected persons it was $2,51 \pm 0,21$, in patients with chronic hepatitis C - $2,45 \pm 0,17$ and co-infection with HIV/HCV - $3,16 \pm 0,24$ respectively.

The greatest manifestation of disorders of carbohydrate metabolism was in patients with established co-infection with HIV/HCV, and the lowest - in HIV-infected individuals.

Conclusions.

1. In HIV-infected patients with chronic hepatitis C and co-infection with HIV/HCV significant increases in serum glucose, insulin, glycosylated hemoglobin and insulin resistance index values were observed. This indicates a violation of carbohydrate metabolism in patients examined.
2. The most significant manifestations of disorders of carbohydrate metabolism were observed in patients co-infected with HIV/HCV ($t = 27,4$; $p < 0,001$), which exceed the specified changes in patients with chronic hepatitis C in 1,53 times ($t = 17,9$; $p < 0,001$) and HIV-infected patients ($t = 12,8$; $p < 0,001$) 2,14 times.

ЗМІСТ	
Андрєєва І.А., Остромецька В.М. ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ РАЦІОНАЛЬНОГО ВИКОРИСТАННЯ АНТИБАКТЕРІАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ	3
Андрєєва І.А., Чемерис О.Л. РОЛЬ МІКРОБІОЛОГІЧНОЇ ЛАБОРАТОРІЇ В СИСТЕМІ ГЛОБАЛЬНОЇ БЕЗПЕКИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	4
Антонян И.М., Мегера В.В., Геглюк О.Н., Горленко Т.Н. ОСОБЕННОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ИНФЕКЦИЯХ НИЖНИХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ	7
Бабаджан В.Д., Кравчун П.Г. ПРОФІЛАКТИКА, ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ АЛЕРГІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ	9
Балак А.К., Габышова Л.С., Днестрянская Л.И., Светличная К.В., Петренкова Е.А. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ И ПОКАЗАНИЯ К АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ	11
Беловол А.Н., Ткаченко С.Г., Береговая А.А., Татузян Е.Г., Колганова Н.Л., Николаева В.Б. РАЦИОНАЛЬНАЯ ТОПИЧЕСКАЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ПИОДЕРМИЙ	13
Березняков И.Г., Березняков В.И. ОПРОС ВРАЧЕЙ УКРАИНЫ И КАЗАХСТАНА О СТУПЕНЧАТОЙ ТЕРАПИИ	15
Бобронникова Л.Р., Аль-Травнех Е.В. ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА	16
Бобронникова Л.Р., Бабенко Ю.В., Семенчук К.В. АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОМ	18
Бобронникова Л.Р., Долгополова А.В., Котлик Я.В. АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ГОСПИТАЛЬНЫХ ШТАММОВ ENTEROCOCCUS SPP.	20
Бобронникова Л.Р., Кузьминова В.В., Чепель И.А. АНАЛИЗ ВЫБОРА АНТИБИОТИКОВ У СТАЦИОНАРНЫХ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	21
Бобронникова Л.Р., Петросова О.А. ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ	22

СТАФИЛОКОККА К АНТИБИОТИКАМ У БОЛЬНЫХ ТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ	
Бойко В.В., Григоров Ю.Б., Макаров В.В., Ріга А.С. ОСОБЛИВОСТІ ПРИЗНАЧЕННЯ ЕМПЕРІЧНОЇ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ УСКЛАДНЕНИХ ІНТРААБДОМІНАЛЬНИХ ІНФЕКЦІЯХ	23
Бондаренко А.В., Кацапов Д.В., Гаврилов А.В. РАЦІОНАЛЬНА ТЕРАПІЯ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ТОКСОПЛАЗМОЗУ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ХВОРИХ	25
Бондаренко А.В., Могиленець О.І., Кацапов Д.В. АНТИБІОТИК-АСОЦІЙОВАНА ДІАРЕЯ: МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ ТА МОЖЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ	27
Бутов Д.О., Кужко М.М., Бутова Т.С. ВМІСТ ІНТЕРФЕРОНУ-Г ТА ІНТЕРЛЕЙКІНУ-10 У ХВОРИХ НА РЕЦИДИВ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ ПІД ВПЛИВОМ СТАНДАРТНОЇ АНТИМІКОБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД НАЯВНОСТІ ДЕСТРУКТИВНИХ ЗМІН	29
Висеканцев І.П., Бабінець О.М., Марценюк В.П. ТЕРАПЕВТИЧНА ДІЯ ПРОБІОТИКІВ, ІММОБІЛІЗОВАНИХ НА ЕНТЕРОСОРБЕНТАХ, ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ ДИСБІОЗІ	30
Вовк О.О., Александрова К.В., Журавльова П.В. УСКЛАДНЕННЯ АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА МУКОВІСЦИДОЗ	32
Волкова Ю.В., Михневич К.Г., Баусов Є.О., Дубівська С.С., Кудінова О.В., Бітчук М.Д. ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ВАЖКИХ НОЗОКОМІАЛЬНИХ ІНТРААБДОМІНАЛЬНИХ ІНФЕКЦІЯХ	34
Гайворонська С.І., Старкова І.В. ВПЛИВ СТАТЕВИХ ІНФЕКЦІЙ НА РОЗВИТОК АНОМАЛЬНИХ МАТКОВИХ КРОВОТЕЧ	35
Григоров С.Н., Рекова Л.П., Сторожева М.В. АНТИБІОТИКОТЕРАПІЯ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГІИ У БОЛЬНЫХ С ОТЯГОЩЕННЫМ АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИМ АНАМНЕЗОМ	37
Грицко Р.Ю., Задорожний А.М., Орфін А.Я., Прикуда Н.М. ПОБІЧНА ДІЯ АНТИБІОТИКІВ	39
Гуйда П.П., Молотягина С.П. ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ ПРИ СИСТЕМНЫХ	41

ЗАБОЛЕВАНИЯХ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ	
Давиденко В.Б., Пащенко Ю.В., Мішина М.М., Штикер С.Ю., Давиденко Н.В., Пащенко К.Ю. СУЧАСНІ ПРИНЦИПИ ПОКРАЩЕННЯ ПРОТИМІКРОБНОГО ЛІКУВАННЯ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ	43
Дащук А.М., Чернікова Л.І. АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНІСТЬ В ПРАКТИЦІ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА	44
Дащук А.М., Чернікова Л.І. СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ШКІРНИХ ІНФЕКЦІЙ ТА АНТИМІКРОБНОЇ ТЕРАПІЇ	46
Деркач С.А., Воронкіна І.А., Крилова І.А., Габишева Л.С. АНАЛІЗ АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ РЕГІОНАЛЬНИХ ПОЗАЛІКАРНЯНИХ ШТАМІВ S. AUREUS	48
Дяченко В.Ф., Марющенко А.М., Чигиринська Н.А. ВИВЧЕННЯ ДІЇ КОМБІНАЦІЙ АНТИБІОТИКІВ НА БІОПЛІВКИ ШТАМІВ СИНЬОГНІЙНОЇ ПАЛИЧКИ	50
Єрмак О.С., Амер Л.Б., Гришина І.А. АНАФІЛАКТИЧНИЙ ШОК – НАЙТЯЖЧЕ АЛЕРГІЧНЕ УСКЛАДНЕННЯ ЛІКУВАННЯ В-ЛАКТАМАМИ	52
Журавлев А.С., Ященко М.И., Бондаренко О.В., Дзыза А.В. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРИМЕНЕНИЮ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ЛОР ПРАКТИКЕ	53
Журба Е.П., Шалимова А.С. ПРОБЛЕМА ФОРМИРОВАНИЯ РЕЗИСТЕНТНОСТИ МИКРООРГАНИЗМОВ К АНТИБИОТИКАМ КЛАССА КАРБАПЕНЕМОВ	55
Замятин П.Н., Иванова Ю.В., Соловей Ю.Н., Трубочанин А.И. ВЫБОР АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ АБДОМИНАЛЬНОГО СЕПСИСА	56
Іванченко Н.О. АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНІСТЬ КЛІНІЧНИХ ШТАМІВ STAPHYLOCOCCUS AUREUS У ХІРУРГІЧНИХ СТАЦІОНАРАХ ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ	58
Квітко В.В., Косілова О.Ю. ВИКОРИСТАННЯ АНТИБІОТИКІВ ПРИ ВНУТРІШНЬОЛІКАРНЯНИХ ІНФЕКЦІЯХ У ВІДДІЛЕННЯХ РЕАНІМАЦІЇ ТА ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ	60
Клименко В.А., Яновська К.О., Пасічник О.В., Дробова Н.М. ПРОБЛЕМИ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА МУКОВІСЦИДОЗ У ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ	61
Козько В.М., Бондар О.Є., Соломенник Г.О. ГЕМАТОЛОГІЧНІ ПОРУШЕННЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С ТА ЇХ КОРЕКЦІЯ	63

Козько В.М., Могиленець О.І., Бондаренко А.В., Терьошин В.О., Соломенник Г.О., Меркулова Н.Ф., Єкімова Н.А., Дуднік А.Ю. ОПТИМІЗАЦІЯ ПІДХОДІВ ДО ПРИЗНАЧЕННЯ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ГОСТРІ РЕСПІРАТОРНІ ІНФЕКЦІЇ	64
Козько В.М., Соломенник Г.О., Бондар О.Є., Юрко К.В. ЗАСТОСУВАННЯ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ФУЛЬМІНАНТНИЙ ГЕПАТИТ В	66
Козько В.М., Соломенник Г.О., Терьошин В.О., Могиленець О.І., Меркулова Н.Ф., Винокурова О.М., Лихач В.В. ЗАСТОСУВАННЯ ІНТЕГРАЛЬНИХ МАТЕМАТИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ГЕМОГРАМИ У РАННІЙ ДІАГНОСТИЦІ ДИФТЕРІЇ	67
Козько В.М., Христенко Н.Є., Юрко К.В., Соломенник Г.О. ОЦІНКА ВМІСТУ СТАТЕВИХ ГОРМОНІВ У СИРОВАТЦІ КРОВІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С	70
Козько В.Н., Кузнецова А.А., Соломенник А.О. ПРИМЕНЕНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ТОКСОПЛАЗМОЗА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ ПАЦИЕНТКИ НА ФОНЕ ВЫСОКОАКТИВНОЙ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ	72
Козько В.Н., Марковский В.Д., Градиль Г.И., Губина-Вакулик Г.И., Терешин В.А., Могиленець Е.И., Лобойко К.Н., Юрченко И.С., Борзенкова И.В., Дудник А.Ю. АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ПРИ ПНЕВМОНИЯХ ІV ГРУППЫ: КЛЕБСИЕЛЛЕЗНАЯ ИНФЕКЦИЯ, ГРИПП	74
Козько В.Н., Соломенник А.О., Гаврилов А.В., Никитина В.В., Дудник А.Ю. ВЫБОР ЭТИТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛИЦ	78
Козько В.Н., Сохань А.В., Юрко Е.В., Гвоздецкая М.Г., Гаврилов А.В. ИНФЕКЦИОННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ	80
Колеснікова І.П., Біломеря Т.А., Дараган Г.М., Степанський Д.О. МОНИТОРИНГ ЗА ВНУТРІШНЬОЛІКАРНЯНИМИ ІНФЕКЦІЯМИ ТА РОЗПОВСЮДЖЕННЯМ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНИХ ШТАМІВ У ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	83
Коновал А.О., Калиновская О.И. РАННИЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ И АНТИБИОТИКИ	85

Коновал А.О., Каліновська О.І. СУЧАСНІ АСПЕКТИ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ НЕСПЕЦИФІЧНОГО САЛЬПІНГООФОРИТУ	87
Копейченко Т.С., Кузнецов С.В., Татаркина А.Н., Бурма Я.И., Белоконова Л.А., Глебова Л.Н. АНАЛИЗ ОШИБОК ДИАГНОСТИКИ РЕСПИРАТОРНОГО МИКОПЛАЗМОЗА У ДЕТЕЙ	89
Корнійко П.І., Павлова В.М., Кузік Л.О., Ламико І.М., Корх Л.В., Пащенко О.В., Манюхіна Н.В. ЗВ'ЯЗОК САНІТАРНО-ГІГІЄНИЧНОГО НАВЧАННЯ ДЕКРЕТОВАНИХ ГРУП ПРАЦІВНИКІВ З РІВНЯМИ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ	91
Кочнева О.В., Бесаєва Т.М. ВСТАНОВЛЕННЯ АНТИБІОТИКОЧУТЛИВОСТІ ШТАМІВ STAPHYLOCOCCUS AUREUS, ВИДІЛЕНИХ ВІД СТУДЕНТІВ МЕДИКІВ	93
Кочнева О.В., Огінська М.К. РОЛЬ АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНИХ ШТАМІВ STAPHYLOCOCCUS AUREUS У ВИНИКНЕННІ ГОСПІТАЛЬНИХ ІНФЕКЦІЙ	95
Круглова О.В., Руденко І.В., Андрущенко О.М., Бондаренко Я.В. ЕФЕКТИВНІСТЬ ТАБЛЕТОВАНИХ ФОРМ ЕНТЕРОСОРБЕНТІВ НА ОСНОВІ ОКСИДУ КРЕМНІЮ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ РОТАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ	97
Крушинська Т.Ю. ПИТННЯ АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ БАКТЕРІЙ У ПІДГОТОВЦІ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ	99
Кузнецов С.В., Зимина М.С., Кузнецова В.М., Букий С.Н., Вовк Т.Г. ИМУННЫЕ МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ТЕЧЕНИЯ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА У ДЕТЕЙ	101
Кузнецов С.В., Жаркова Т.С., Колесник Я.В. ЗНАЧЕННЯ ФАКТОРІВ ГУМОРАЛЬНОГО ІМУНІТЕТУ ДІТЕЙ ХВОРИХ НА БАКТЕРІАЛЬНІ КИШКОВІ ІНФЕКЦІЇ	103
Кучеренко Е.О., Ольховская О.Н., Гришина И.Я., Кучеренко М.В. АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ РЕСПИРАТОРНОГО ХЛАМИДИОЗА У ДЕТЕЙ	104
Лактіонова В.І., Косілова О.Ю. СЕПСИС НОВОНАРОДЖЕНИХ - ПРИЧИНИ ТА ЛІКУВАННЯ	106
Лантухова Н.Д., Кудинова О.В. ПЕРИОПЕРАЦИОННАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯХ	107

Липко О.Н., Нагута Л.А., Скорбач Е.И. ПРОФИЛАКТИКА БАКТЕРИАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ	109
Макеева Н.И., Яровая Е.К., Головачева В.А., Мишина М.М. СПОСОБНОСТЬ УРОПАТОГЕНОВ К ФОРМИРОВАНИЮ БИОПЛЕНОК И АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ	110
Матвеева С.Л. ЭФФЕКТ СЕЛЕНА НА РЕЗУЛЬТАТЫ ХИМИОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ С ТИРЕОПАТИЯМИ	112
Мінухін В.В., Коваленко Н.І., Замазій Т.М., Новікова І.В., Тараненко Г.П. АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНІСТЬ ЗБУДНИКІВ ЗОВНІШНІХ ОТИТІВ	115
Немцова В.Д., Бобронникова Л.Р., Шапошникова Ю.Н., Ильченко И.А. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЦЕФУРОКСИМА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	117
Овчаренко І.А., Шевченко О.С., Боровок Н.М., Смірнов С.О. АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ СТАНДАРТНИМИ СХЕМАМИ ХВОРИХ НА МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНІВ ІЗ ДОДАТКОВИМ ЗАСТОСУВАННЯМ ІЗОНІАЗИДУ ТА БЕЗ ЙОГО ЗАСТОСУВАННЯ	119
Ольховский Е.С., Кузнецов С.В. ЗНАЧЕНИЕ ВЫХОДНОГО ФОНА ДЕТЕЙ В ФОРМИРОВАНИИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ЭШЕРИХИОЗА И ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ	121
Парафейник Т.Г. РОЛЬ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЙ ИНТЕГРАЦИИ В ФОРМИРОВАНИИ ЗНАНИЙ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ КОЛЛЕДЖЕЙ ПО АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ	123
Писаренко Г.Н., Лантухова Н.Д. РОЛЬ КАРБОПЕНЕМОВ В ЛЕЧЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ	124
Погорелова О.О. ПРОБЛЕМИ ХІМІОРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ В УКРАЇНІ ТА СВІТІ	126
Сладкова Л.М., Семеняк М.В., Дарич Е.В. ПРОЯВЛЕНИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А (ВГА) НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ	128
Соколов А.С., Волкова Ю.В., Ієвлева В.І., Талахан А.А., Мороз К.Р., Резнікова А.С. ОТОРИНОГЕННИЙ МЕНІНГІТ	129

АСОЦІЙОВАНИЙ З СТАФІЛОКОКОВОЮ ІНФЕКЦІЄЮ	
Соколов А.С., Коршунов А.В., Дубовская С.С., Битчук Н.Д., Ламааши Э.М. ПОДБОР АДЕКВАТНОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ	131
Старкова И.В., Романенко А.А. НОВЫЕ АСПЕКТЫ В ЛЕЧЕНИИ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ГОНОРЕИ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	133
Степанов О.А., Шалимова А.С. ПРИМЕНЕНИЕ БИФИДОБАКТЕРИЙ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПИЩЕВОЙ ТОКСИКОИНФЕКЦИИ	134
Терьошин В.О., Меркулова Н.Ф., Гасанова А.І. ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ БАКТЕРІОФАГУ СТАФІЛОКОКОВОГО В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ГОСТРОГО ТОНЗИЛІТУСТАФІЛОКОВОЇ ЕТІОЛОГІЇ	136
Терьошин В.О., Меркулова Н.Ф., Могиленець О.І., Гордієнко А.І. ЗАСТОСУВАННЯ СУЧАСНИХ ТАБЛЕТОВАНИХ ФОРМ ЕНТЕРОСОРБЕНТІВ НА ОСНОВІ ДІОКСИДУ КРЕМНІЮ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ	138
Ткаченко В.Г., Гойденко А.А. АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ИНФЕКЦИОНИСТА	140
Фролова Т.В., Охупкіна О.В., Стенкова Н.Ф., Новікова Д.П. ПРОБЛЕМИ ПОЛІПРАГМАЗІЇ У ПЕДІАТРИЧНІЙ ПРАКТИЦІ	142
Ходак Л.А., Браилко В.И., Кухарь Д.И. АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ У ДЕТЕЙ	143
Чабан Т.В., Герасимова Н.А., Єсипенко С.В. ПРОБЛЕМА ТУБЕРКУЛЬОЗУ І ХІМІОРЕЗИСТЕНТНІСТЬ	145
Чабан Т.В., Майстренко О.Н, Буйко Е.А., Гулла Е.В., Жураковская Н.А. РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРОСА НАСЕЛЕНИЯ Г. ОДЕССА О САМОСТОЯТЕЛЬНОМ ПРИМЕНЕНИИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ СРЕДСТВ	146
Чабан Т.В., Роганкова А.Л., Скрипник Л.М., Павленко Е.В., Пясецкий Б.Н. ПРОБЛЕМЫ РАЦИОНАЛЬНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИБИОТИКОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ	148
Чернякова Г.М., Мінухін В.В. ПРОБЛЕМА ВИБОРУ АНТИБАКТЕРІАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ОПІКОВОЮ ІНФЕКЦІЄЮ	150
Чопорова О.І. ПАТОГЕНЕТИЧНІ СКЛАДОВІ КОНТРОЛЮ	152

БЕЗПЕКИ АНТИМІКОБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ З ГЕПАТОТОКСИЧНИМИ РЕАКЦІЯМИ, ЯКІ ВАЖКО ПІДДАЮТЬСЯ КОРРЕКЦІЇ	
Чумаченко Т.А., Семишев В.И. КОМПЛЕКСНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, КАК КЛЮЧЕВАЯ СТРАТЕГИЯ СДЕРЖИВАНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ	154
Чумаченко Т.О., Бережна А.В. ОЦІНКА ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ, ІНФІКОВАНИХ БАКТЕРІЯМИ РОДУ KLEBSIELLA, В УМОВАХ ФОРМУВАННЯ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ	156
Швець О.М., Чувуріна Н.О., Полуектова І.В. СТАН ПРОБЛЕМИ ХІМОРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ В ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ	158
Шостакович-Корецька Л.Р., Шевченко-Макаренко О.П., Суременко М.С., Ревенко Г.О., Галущенко С.А., Чемерис О.Л., Гавриленко Л.А., Никуленко О.А, Данилина Е.С. ВИВЧЕННЯ СПЕКТРУ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ САЛЬМОНЕЛ У ДНІПРОПЕТРОВСЬКОМУ РЕГІОНІ	160
Шумова Н.В., Мороз А.М., Москаленко Л.А. РАЦІОНАЛЬНА БАКТЕРІАЛЬНА ТЕРАПІЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ В ПОЄДНАННІ З ПАТОЛОГІЄЮ ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ	162
Щербина И.Н., Куричева Н.Ю., Дынник А.А. АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ	163
Щербина М.О., Салтовський О.В., Курічова Н.Ю. МІСЦЕ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ БАКТЕРІАЛЬНИХ ВАГІНОЗІВ	165
Ismail Soner Koltas PLASMODIUM FALCIPARUM MALARIA IN TURKISH TRAVELLERS: IMPORTANCE OF THE DIAGNOSTIC METHODS	168
Kozko V.N., Iurko K.V., Rudenko S.S., Solomennik G.O. METABOLIC DISORDERS IN PATIENTS CO-INFECTED WITH HIV/HCV	169