

Міністерство освіти та науки України
Сумський державний університет
Медичний інституту



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Topical Issues of Clinical and Theoretical
Medicine

Збірник тез доповідей
IV Міжнародної науково-практичної конференції
Студентів та молодих вчених
(Суми, 21-22 квітня 2016 року)

ТОМ 2

Суми
Сумський державний університет
2016

За даними УЗД, у більшості пацієнтів розміри печінки збільшені (92,31 %), при цьому більш ніж у половини обстежених її ехогенність підвищена (64,61 %), ущільнення судин печінки спостерігалось у 53,84 % осіб. При обстеженні жовчного міхура виявлено ущільнення стінки – у кожного другого (52,3 %), наявність пристінкового шару – у 60 %, наявність конкрементів – у 7,93 %. Розміри підшлункової залози здебільшого у межах норми (96,82 %), лише у незначної частки вона збільшена (3,17 %), при цьому переважає її однорідна структура (58,73 %).

Майже у половини обстежених (46,15 %) виявлено хронічний холецистит. У 43,07 % виставлено діагноз гастродуоденіт, з них у (64,29 %) – у стадії загострення зі збереженою секреторною функцією шлунка. Кожний четвертий (24,62 %) хворів на хронічний холецистохолангіт у стадії загострення. У 21,54 % пацієнтів діагностовано хронічний гепатит неуточнений, у 4,52 % – вірусні гепатити. Невелика частка хворих (13,85 %) мала дискінезію ЖВШ за гіпокінетичним типом. У 6,15% зустрічався дуоденогастральний рефлюкс, у 3,07 % – виразка дванадцятипалої кишки, у 3,07 % – хронічний панкреатит у стадії нестійкої ремісії.

Висновки. Серед обстежених пацієнтів переважали чоловіки середнього віку. Недуга мала хронічний перебіг середнього ступеню тяжкості з мінімальним ступенем інвазії. Хворі найчастіше скаржились на загальну слабкість, біль і тяжкість у правому підребер'ї, нудоту, печію, проноси, що змінювалися закрепамі. При дослідженні клініко-лабораторних показників виявилось, що середні рівні лейкоцитів, еозинофілів, ШОЕ не відрізнялося від норми та показників групи порівняння. УЗД показало, що у більшості пацієнтів печінка збільшена, ехогенність її підвищена та судини ущільнені. У кожного другого у жовчному міхурі виявлялося ущільнення стінки, конкременти були лише у незначної частки хворих. Найбільш частим ускладненням виявився хронічний холецистит та гастродуоденіт середнього ступеню тяжкості у стадії загострення зі збереженою секреторною функцією.

МІКРОБІОТИЧНІ АСПЕКТИ САЛЬМОНЕЛЬОЗУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТЕРАПІЇ

Чемич О. М.

Науковий керівник: д-р мед. наук, професор Мороз Л. В.

*Сумський державний університет. Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією
Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова. Кафедра інфекційних
хвороб з курсом епідеміології*

В Україні існують екологічні та соціально-економічні передумови для існування гострих кишкових інфекцій. У результаті широкого застосування антибактеріальних препаратів, постала проблема зростання чисельності полірезистентних штамів, пригнічення нормальної мікрофлори.

Мета роботи. Встановити мікробіотичні зміни вмісту товстої кишки при сальмонельозі в залежності від терапії.

Матеріали і методи. Обстежено 165 хворих, госпіталізованих у СОІКЛ імені З. Й. Красовицького, середній вік яких склав $(43,97 \pm 1,56)$ року. Було 104 чоловіків і 61 жінка. Пацієнти ушпиталізовані на $(1,91 \pm 0,10)$ день від початку захворювання.

Усі особи мали середньотяжкий перебіг захворювання. Крім загальноклінічних обстежень було досліджено мікробіоценоз товстої кишки до початку лікування і на $(5,98 \pm 0,18)$ добу з моменту госпіталізації. Хворих було поділено на 3 групи. Пацієнти, які отримували лише базисну терапію увійшли у групу А, іншим до базисної терапії було введено пробіотик лакто – група Б і пацієнти які не отримували антибактеріальної терапії – група В. Контрольну групу склали 20 клінічно здорових донорів.

Результати дослідження. При дослідженні мікробіоценозу товстої кишки до лікування встановлено, що в усіх групах хворих кількість біфідобактерій і лактобацил була на два порядки меншою, ніж у контрольній групі, а рівень інших представників умовно патогенної мікрофлори (УПМ) був збільшений ($p < 0,05-0,001$).

Встановлено, що в періоді ранньої реконвалесценції різні лікувальні препарати неоднаково впливали на мікробіоценоз товстої кишки. Так, у хворих які отримували лише

базисну терапію, дисбіотичні зміни поглибилися – кількість біфідобактерій і лактобацил була нижчою, порівняно з гострим періодом недуги ($p < 0,05$) і меншою за значення групи пацієнтів, пролікованих без використання антибіотиків, найвищими були показники в групі де використовували пробіотик ($p < 0,05$). При цьому у пацієнтів групи А рівень інших представників УПМ залишився на попередньому рівні ($p > 0,05$), в осіб групи В зменшився ($p < 0,05$), але був нижчим, ніж у пацієнтів групи Б. У хворих групи В, порівняно з пацієнтами групи А, кількість умовно патогенних мікроорганізмів та грибів роду *Candida* зменшилась ($p < 0,05$). У всіх обстежених під впливом лакто відбулася елімінація гемолізуювальної *E. coli* та зниження рівню грибів роду *Candida* і інших УПМ.

Висновки. У гострому періоді сальмонельозу відбуваються зміни мікробіоценозу товстої кишки, які супроводжуються зменшенням кількості біфідо- і лактобактерій, загальної кількості кишкової палички, збільшенням інших вмісту умовно патогенних мікроорганізмів і грибів роду *Candida*. Після проведеного базисного лікування дисбіотичні зміни посилюються – відбувається подальше зменшення біфідо- і лактобактерій. Без використання антибактеріальних препаратів зміни менш виражені. При використанні пробіотика показники є найкращими - відбувається збільшення кількості біфідо- і лактобактерій, загальної кількості кишкової палички, елімінація гемолізуювальної кишкової палички, зменшення інших умовно патогенних мікроорганізмів і грибів роду *Candida*.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ, СПРИЧИНЕНИХ *KLEBSIELLA PNEUMONIAE*

Чемич О. М., Ваглай Ю. С., Масалітін І. М.

Сумський державний університет

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією

В Україні зростає захворюваність на гострі кишкові інфекції, викликані умовно патогенними мікроорганізмами. До них відноситься і *K. pneumoniae*. При порушенні функціонування органів шлунково-кишкового тракту чи зовнішньої дії можливе значне збільшення кількості клебсієл і розвиток недуги. При призначенні антибіотиків не завжди враховують їх дію на мікробну флору кишечнику, що веде до дисбактеріозу, виникнення симптомів гострих кишкових інфекцій (ГКІ), а також розвитку полірезистентності мікроорганізмів до лікарських засобів.

Мета роботи - дослідити особливості клінічного перебігу гострих кишкових інфекцій, спричинених *K. pneumoniae*.

Матеріали та методи. Проведено клініко-епідеміологічне та лабораторне обстеження 40 хворих із середньотяжким перебігом харчових токсикоінфекцій (ХТІ) (60,0 %) і ГКІ (40,0 %), збудником яких була *K. pneumoniae*, госпіталізованих у СОІКЛ ім. З. Й. Красовицького. Середній вік склав ($34,40 \pm 2,31$) роки. Переважали жінки – 22 (55,0 %), чоловіків було 18 (45,0 %). Пацієнти госпіталізовані на ($1,95 \pm 0,20$) добу від початку захворювання.

Результати. Серед клінічних форм у хворих найчастіше зустрічалась гастроентеритна (60,0 %), ентероколітна (17,5 %), рідше гастроентероколітна та гастритна (відповідно 12,5 %; і 7,5 %), з ентеритною був лише 1 хворий. Серед скарг при госпіталізації у всіх пацієнтів спостерігалась діарея до ($6,54 \pm 0,66$) рази на добу у 92,5 % обстежених, слабкість - у 90,0 %, нудота – у 70,0 % і блювання ($4,77 \pm 1,08$) рази на добу у 72,5 %. Біль у животі при пальпації спостерігався у 80,0 % хворих і локалізувався переважно в епігастральній (40,0 %), та мезогастральній (32,5 %) ділянках, рідше права та ліва здухвинна ділянки, гіпогастрій (відповідно 7,5 %; 5,0 %; 2,5 %). Ознаки зневоднення спостерігались у 90,0 % обстежених. Такий симптом як бурчання в животі при пальпації виявляли у 30,0 % пацієнтів, збільшення печінки було незначним ($1,75 \pm 0,30$) см і виявляли у 20,0 %, спазм сигмоподібної кишки - у 5,0 %. У 10,0 % спостерігався головний біль, у 5,0 % головокружіння. На догоспітальному етапі 97,5 % хворих відмічали підвищення температури до ($37,76 \pm 0,16$) °C.

Зникнення клінічної симптоматики відбувалося в наступному порядку: блювання на ($1,35 \pm 0,13$) добу, підвищеної температури – на ($2,5 \pm 0,22$) добу, бурчання в животі при пальпації – на ($2,70 \pm 0,21$), зневоднення – на ($2,77 \pm 0,20$), слабкість – на ($3,43 \pm 0,30$),