

наявність грибів роду *Candida*. У 44 (40,74 %) жінок гриби були виділені із піхви, у 22 (20,37 %) жінок – із ротової порожнини та у 6 (5,55 %) жінок - із шкіри молочної залози. *Candida albicans* виділяли у 91,67 %, *Candida tropicalis* – у 2,78 %, *Candida kefyr* – у 5,55 %. Серед *Candida albicans* до ністатину були чутливі 92,15 % штамів, до клотримазолу – 54,41 %, до амфотерицину В - 87,25 % штамів, до флуконазолу були чутливими та мали дозозалежну чутливість 56,19 %, до ітраконазолу були чутливі або мали дозозалежну чутливість 50,47 % штамів. Серед *Candida tropicalis* до ністатину та клотримазолу були чутливі 100 % штамів, до амфотерицину В - 66,67 %, до флуконазолу 100 % мали дозозалежну чутливість, а до ітраконазолу 100 % були нечутливими. Серед *Candida kefyr* до ністатину, клотримазолу, амфотерицину В були чутливими 85,71 % штамів, до флуконазолу мали проміжну чутливість 66,67 % штамів, а до ітраконазолу були чутливими 33,33 % штамів.

Отже, отримані нами результати свідчать про виникнення значної кількості стійких до клотримазолу, флуконазолу та ітраконазолу штамів, що, можливо, пов'язано з їх широким, неконтрольованим використанням. Найбільш висока чутливість серед виділених штамів була до ністатину, тому ми вважаємо доцільним використання саме цього препарату.

М.О. Гортинський
ПОМИЛКИ ПРИ НАПРАВЛЕННІ В ГЕПАТОЛОГІЧНИЙ
ЦЕНТР СОКІЛ

Сумська обласна клінічна інфекційна лікарня
ім. З.Й. Красовицького

За 9 місяців 2005 року направлено в гепатологічний центр з ЛПЗ м. Сум та районів Сумської області 2631 особа, з них м. Суми – 1907, райони області – 724.

Загальними недоліками при направленні в гепатоцентр СОКІЛ були:

1 Недостатній обсяг лабораторних та інструментальних досліджень. У 84 випадках при направленні з діагнозом хронічний гепатит не проведено дослідження на HBsAg і анти HCV (поліклініка УВС – 15 направлень, Краснопільський район – 1, Сумський район – 4, Охтирський, Роменський – по 1, 1-ша міська лікарня – 4). У 2 випадках (5-та міська лікарня) не проведено дослідження на трансамінази.

2 Довготривалий субфебрилітет. Усього направлено за 9 міс. 2005 року 24 особи. Проведені стандартні дослідження: клінічний аналіз крові, сечі, флюорографії легень, УЗД ОЧП. У 2 випадках відсутні обстеження крові на гемокультуру, стерильність (1-ша міська лікарня, Сумська ЦРЛ).

При обстеженні в 3 випадках виявлено хронічну цитомегаловірусну інфекцію генералізованої форми (підтверджено ІФА, ПЛР), у 2 – герпетичну інфекцію HSV1, у 1 – хронічний набутий токсоплазмоз, 1 – урогенітальний хламідіоз, в 1 – (імовірно обстеження не закінчено) Епштейн-Барр інфекція, у 2 – лямбліоз, холецистит, у 1 – хронічний вірусний гепатит С. У 11 випадках встановлено етіологічний фактор субфебрилітету. В 13 випадках інфекційний агент як етіологічна причина довготривалого субфебрилітету не виявлений.

Виходячи з вищенаведеного, до стандарту обстежень необхідно внести обстеження на TORCH-інфекції (ЦМВ, HSV1-2, хламідіоз, мікоплазмоз, GBV), маркери вірусних гепатитів, паразитози.

3 TORCH-інфекції. Основним недоліком при направленні є несвочасність проведених обстежень у вагітних, у 5 % випадків обстеження проведено після 35 тижнів, що виключає проведення поглибленого обстеження і необхідні лікувальні заходи. У 35 % випадків не зазначено в направленнях вид антитіл (IgM або IgG), цифрові показники, порівняння зі стандартом.

У 65 % дослідження проведені в неповному обсязі (відсутні обстеження на IgM, А, ПЛР). У 3 випадках хворі направлені на консультацію без урахування тяжкості стану (хронічний гепатит

з переходом у цироз печінки у фазі субкомпенсації і декомпенсації, з ознаками печінково-клітинної недостатності II), у т. ч. 2 направлені із районів (Кролевець, Путивль), а 1 – з м. Сум (ОДРЗН).

Н.В. Дем'яненко

НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ІНФЕКЦІЙНИМ ХВОРИМ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ: ПОМИЛКИ ТА ЗАХОДИ ЩОДО ЇХ УСУНЕННЯ

Сумська обласна клінічна інфекційна лікарня ім. З.Й. Красовицького

Основними заходами в системі ефективної профілактики інфекційної захворюваності в області є рання їх діагностика і лікування. Нами проаналізовані помилки на догоспітальному етапі в осіб, які лікувалися в обласній клінічній інфекційній лікарні ім. З.Й. Красовицького.

З усіх госпіталізованих протягом 9 місяців 2005 року помилки на догоспітальному етапі встановлено у 46 % осіб, при цьому основними помилками були розходження діагнозів (2,1 %), надання медичної допомоги на догоспітальному етапі без відповідності до стандартів (25 %), неякісне оформлення документації (40 %). Як свідчить аналіз розходження діагнозів між ЛПЗ, що направляють хворих, та діагнозом стаціонару СОКІЛ, мало місце при диференціації гарячок різного походження, жовтяниць паренхіматозної та підпечінкової етіології, захворювань шлунково-кишкового тракту інфекційної та хірургічної природи. При цьому відмічалось зменшення показника розходження діагнозів з 2,5 % у першому кварталі 2005 року до 2,1 % у третьому кварталі 2005 року. Найвищий відсоток розходжень спостерігався при направленні хворих з Сумської ЦРЛ (3,8 %), станції швидкої допомоги (3,2 %), поліклінік міста Сум (1,9 %). Найменший відсоток розходжень при направленні хворих з обласних ЛПЗ – 1,6 %. Виявлено недостатність обґрунтування діагнозів грипу та ГРВІ. У ряді