

Висновки. Епідемія грипу 2015-2016 років з високим рівнем летальності (0,58 % серед дорослих) ще раз продемонструвала актуальність цієї інфекції та показала, що ігнорування проблеми може привести до тяжких клінічних та епідемічних наслідків.

Чемич Оксана Миколаївна

**КЛІНІКО-МІКРОБІОТИЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ТЕРАПІЇ
САЛЬМОНЕЛЬОЗУ**

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Л. В. Мороз
Сумський державний університет, м. Суми, Україна

Chemych Oksana Mykolaivna

**CLINICAL AND MICROBIOCENOSIS SIGNS OF
SALMONELLOSIS TREATMENT EFFICACY**

*Department of Infectious Diseases and Epidemiology
Scientific supervisor: d. med. sc., prof. L. V. Moroz
Sumy State University, Sumy, Ukraine
E-mail: info@kinf.sumdu.edu.ua; Chemych O. M.*

Актуальність. Сальмонельоз є одною з найпоширеніших кишкових інфекцій у світі. Актуальною залишається проблема гострих кишкових інфекцій для України, а саме сальмонельозів, рівень захворюваності якими в ряді міст і областей країни має тенденцію до зростання. Питома вага сальмонельозів становить 7,3 % від усіх випадків гострих кишкових інфекцій.

Мета роботи. Встановити клініко-мікробіотичні особливості перебігу сальмонельозу залежно від проведеної терапії.

Матеріали та методи. Обстежено 190 хворих на сальмонельоз, госпіталізованих у СОІКЛ імені З. Й. Красовицького, середній вік яких склав $(43,93 \pm 1,32)$ року. Було

120 чоловіків і 70 жінок. Пацієнти ушпиталізовані на $(1,91 \pm 0,08)$ 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 4 групи. Пацієнти, які отримували лише базисну терапію, увійшли у групу А, які не отримували антибактеріальної терапії, але отримували пробіотик Лакто – група Б, іншим до базисної терапії було введено пробіотик Лакто – група В та пацієнти, які отримували базисну терапію та інші пробіотики - Д. Контрольну групу склали 20 клінічно здорових донорів крові.

Результати дослідження. У більшості обстежених етіологічним чинником захворювання була *Salmonella enteritidis* (73,7 %, 140 осіб), *Salmonella typhimurium* виявлялась у 2,8 раза рідше (26,3 %, 50). Збільшення числа госпіталізованих відбувалось з квітня по вересень, з досягненням максимуму у серпні. Найчастіше зустрічався гастроентеритний (50,5 %) та гастроентероколітний (34,2 %) варіанти недуги, рідше ентероколітний, ентеритний, гастритичний (11,1 %; 3,2 %; 1,1 % відповідно). Основними скаргами при госпіталізації у всіх групах були: слабкість (97,7 %), діарея (97,4 %), підвищення температури тіла (97,4 %), нудота (78,9 %), блювання (64,2 %), головний біль (46,3 %), домішки слизу (34,7 %) та крові (14,2%) у калі. При об'єктивному обстеженні у більшості виявлялися: підвищення температури тіла (96,3 %), біль у животі при пальпації (91,1 %), урчання (73,2 %), зневоднення (71,6 %), збільшення розмірів печінки (34,2 %), спазм сигмоподібної кишки (7,9 %). Біль переважно локалізувався у мезогастральній (64,7 %), епігастральній (62,6 %) та правій здухвинній ділянках (51,6 %), рідше у гіпогастрії (32,1 %) та у лівій здухвинній ділянці (31,1 %). Температура була вищою на догоспітальному етапі – $(38,6 \pm 0,06)^\circ\text{C}$, при госпіталізації не піднімалась вище

позначки $(37,9 \pm 0,07)^\circ\text{C}$ ($p < 0,001$). Частота випорожнень складала $(9,1 \pm 0,4)$ рази на добу, блювання $(2,3 \pm 0,2)$.

Повне зникнення симптомів відбувалося на 7-му добу. Найдовше симптоматика спостерігалася у групі А: нормалізація випорожнень відбувалась на $(5,69 \pm 0,28)$, розмірів печінки на $(7,4 \pm 0,20)$, зникнення болю в животі при пальпації на $(5,41 \pm 0,25)$, слабкості на $(6,35 \pm 0,46)$ та слизу у калі на $(3,89 \pm 0,42)$ добу ($p < 0,001$). Найшвидше нормалізувалися у групах Б і В випорожнення відповідно на $(3,8 \pm 0,22)$ та $(3,71 \pm 0,11)$ добу, зникав спазм сигми на $(2,67 \pm 0,33)$ та $(2,6 \pm 0,40)$ добу, слабкість на $(4,18 \pm 0,40)$ та $(4,13 \pm 0,15)$ добу, домішки слизу у калі на $(2,89 \pm 0,31)$ та $(2,39 \pm 0,14)$ добу ($p < 0,001$). Зникнення болю в животі при пальпації найшвидше відбувалося в групі В на $(3,51 \pm 0,12)$ добу ($p < 0,05$).

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 ($p < 0,05-0,001$) (дивись таблицю).

Таблиця – Зміни мікробіоценозу товстої кишки залежно від лікування та періоду хвороби ($M \pm m$)

Група		Мікроорганізми (lg КУО/г)/ % хворих					
		Біфідо- бакте- рії	Лакто- бацили	Заг. кільк. E. coli	Гемолі- зуваль- на E. coli	Інші УПМ	Гриби роду Candida
Контрольна (n=20)		7,90± 0,07	7,75± 0,10	7,51± 0,12	0,00± 0,00	0,51± 0,35	0,35± 0,24
Хворі, гострий період	А (n=52)	5,6± 0,22/ 100	6,03± 0,16/ 100	5,69± 0,21/ 100	2,19± 0,26/ 30,8	4,41± 0,28/ 42,3	2,42± 0,23/ 36,5
		a	a	a	a	a	a

Хворі, реконвалесценція	Б (n=30)	5,5± 0,31/ 100 a	5,64± 0,34/ 100 a	5,71± 0,3/ 100 a	2,0± 0,3/ 33,3 a	4,7± 0,47/ 33,3 a	2,63± 0,26/ 26,7 a
	В (n=83)	5,48± 0,15/ 100 a	5,41± 0,17/ 100 a	5,83± 0,12/ 100 a	1,79± 0,13/ 41,0	4,2± 0,16/ 48,2 a	2,74± 0,12/ 50,6 a
	Д (n=22)	5,87± 0,22/ 100 a	6,13± 0,19/ 100 a	5,27± 0,18/ 100 a	1,67± 0,33/ 12,0 a	4,0± 0,63/ 20,0 a	2,6± 0,24/ 20,0 a
	А (n=52)	6,21± 0,17/ 100 a, в	6,57± 0,17/ 100 a	5,96± 0,19/ 100 a	1,40± 0,16/ 19,2 a, в	2,95± 0,15/ 42,3 a, б, в	1,90± 0,23/ 19,2 a, в
Хворі, реконвалесценція	Б (n=30)	7,29± 0,19/ 100 б, в	7,47± 0,13/ 100 б, в	7,25± 0,17/ 100 б, в	1,80± 0,20/ 16,7 a	1,33± 0,17/ 30,0 a, в	1,13± 0,13/ 26,7 a, в
	В (n=83)	7,43± 0,07/ 100 б, в	7,48± 0,07/ 100 б, в	7,23± 0,11/ 100 б, в	0,00± 0,00 б, в	1,30± 0,11/ 24,1 a, в	1,11± 0,33/ 10,8 a, в
	Д (n=22)	6,60± 0,19/ 100 a, в	6,67± 0,21/ 100 a, в	7,07± 0,12/ 100 б, в	0,00± 0,00 б, в	2,0± 0,19/ 32,0 a, в	1,88± 0,30/ 32,0 a, в
	А (n=52)	6,21± 0,17/ 100 a, в	6,57± 0,17/ 100 a	5,96± 0,19/ 100 a	1,40± 0,16/ 19,2 a, в	2,95± 0,15/ 42,3 a, б, в	1,90± 0,23/ 19,2 a, в

Примітка. А – базисна терапія, Б – без а/б препаратів + Лакто, В – баз. тер. + лакто, Д – баз. тер. + інші пробіотики. Достовірна різниця показників ($p < 0,05-0,001$): а – щодо контрольної групи; б – між групами; в – щодо гострого періоду в групі

Встановлено, що в періоді ранньої реконвалесценції різні лікувальні препарати неоднаково впливали на мікробіоценоз товстої кишки. Так, у хворих, які отримували лише базисну терапію, показники не покращились порівняно з гострим періодом недуги ($p > 0,05$). У хворих групи Б та В рівні біфідобактерій, лактобацил та загальної кількості кишкової палички прийшли до норми ($p < 0,05$), рівні грибів роду *Candida* і інших УПМ мали тенденцію до нормалізації. В групі В гемолізувальна *E. coli* зникла ($p < 0,05$). У групі Д нормалізувався лише рівень загальної кількості кишкової палички та зникли гемолізувальні мікроорганізми ($p < 0,05$), рівні грибів роду *Candida* і інших УПМ мали тенденцію до нормалізації.

Висновки. На сальмонельоз страждають переважно чоловіки працездатного віку. Провідними збудниками є *S. enteritidis* і *S. typhimurium*. Основна клінічна форма – гастроінтестинальна з превалюванням гастроентеритного і гастроентероколітного варіантів середнього ступеня тяжкості. Серед клінічних симптомів переважали: слабкість, підвищення температури, діарея, зневоднення, біль у животі при пальпації, наявність патологічних домішок у калі. У гострому періоді сальмонельозу відбуваються зміни мікробіоценозу товстої кишки, які супроводжуються зменшенням кількості біфідо- і лактобацил, загальної кількості кишкової палички; збільшенням гемолізувальної *E. coli*, інших умовно патогенних мікроорганізмів і грибів роду *Candida*. Залучення комбінованого пробіотика до терапії сальмонельозу призводить до швидшої нормалізації випорожнень, скорочення тривалості болювого синдрому. При використанні комбінованого пробіотика Лакто в лікуванні зменшується виразність запально-деструктивних змін у ШКТ і проявів дисбактеріозу кишечника. Найшвидше нормалізується мікробіоценоз у пацієнтів, які отримували Лакто. Тенденція до нормалізації спостерігається в осіб, пролікованих

іншими пробіотиками. Найгірші показники отримані при базисній терапії.

Шандиба Ірина Олександрівна
**РЕЦИДИВНА БЕШИХА: КЛІНІЧНІ ТА
ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ.
ПРОБЛЕМИ ПРОФІЛАКТИКИ**

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією
Науковий керівник: к-т мед. наук, доцент Н. І. Ільїна
Сумський державний університет, м. Суми, Україна

Shandyba Iryna Oleksandrivna
**RECURRENT ERYSIPELAS: CLINICAL AND
EPIDEMIOLOGICAL FEATURES. PREVENTION PROBLEMS**
Department of Infectious Diseases and Epidemiology
Scientific supervisor: PhD, associate professor N. I. Il'yina
Sumy State University, Sumy, Ukraine
E-mail: irenalex90@mail.ru; Shandyba I. O.

Актуальність. Рецидивна форма бешихи є важливою проблемою як з медичної так і соціально-економічної точки зору. Актуальним є диспансерне спостереження пацієнтів з факторами ризику рецидивів та розробка методів вторинної профілактики.

Вирішення даних проблем неможливе без дослідження клінічного перебігу, гендерних особливостей, наявності супутньої патології, ускладнень захворювання, профілактичних заходів у осіб групи ризику щодо виникнення рецидивів та хворих на рецидивну форму бешихи.

Мета роботи. Вивчити клініко-епідеміологічні особливості перебігу рецидивної бешихи на сучасному етапі. Провести