

ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ
“ВСЕУКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ ІНФЕКЦІОНІСТІВ”

**ФАРМАКОТЕРАПІЯ І
ПРОФІЛАКТИКА
ІНФЕКЦІЙНИХ ТА
ПАРАЗИТАРНИХ ХВОРОБ**

**Матеріали Всеукраїнської
науково-практичної інтернет-конференції
інфекціоністів**

(жовтень 2014 року)

Тернопіль
ТДМУ
Укрмедкнига
2014

О.М. Чемич, Л.В. Бєлай, О.В. Холодило

ЗМІНИ МІКРОБІОТИ КИШЕЧНИКУ В ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ САЛЬМОНЕЛЬОЗУ

Університет, медичний інститут,
Міська клінічна лікарня № 4, м. Суми

ВООЗ серед десяти провідних причин смертей у світі вказує на діарейні захворювання. За даними державної ветеринарної та фітосанітарної служби України, за останнє десятиліття захворюваність на сальмонельоз у світі зросла у шість разів, а в країнах СНД – у сім. При цьому більшість виділених штамів сальмонел є полірезистентними до 8-10 хімотерапевтичних препаратів різних груп: ампіциліну, карбеніциліну, левоміцетину, тетрацикліну, доксицикліну, метацикліну, цефалоспоринів I-II покоління, фторхінолонів тощо. При сальмонельозі порушуються процеси травлення і всмоктування, що, очевидно, пов'язано з вираженим дисферментозом, дисбактеріозом, і це нерідко призводить до хронізації патологічного процесу.

Мета роботи – встановити мікробіотичні зміни кишкової мікрофлори в гострому періоді при сальмонельозі.

Під спостереженням було 125 хворих на сальмонельоз, госпіталізованих у СОІКЛ ім. З.Й. Красовицького, середній вік яких склав $(43,97 \pm 1,56)$ року, переважали чоловіки (79 осіб, 63,2%). Пацієнти госпіталізовані на $(2,36 \pm 0,10)$ -ий день від початку захворювання. Недуга спричинена *S. enteritidis* (67,2%) і *S. typhimurium* (32,0%), в 1 випадку діагноз встановлено клінічно (0,8%). Ймовірними факторами передавання, на які вказували обстежені, були яйця птиці (40,8%), м'ясо і рибопродукти (40,8%), молокопродукти (36,8%) тощо. Серед клінічних варіантів сальмонельозу переважали гастроентеритний (41,6%) і гастроентероколітний (40,0%), ентероколітний зустрічався у 2,5 разу рідше (16,0%), а гастритний і ентеритний у поодиноких випадках (1,6 і 0,8% відповідно). Усі особи мали середньотяжкий перебіг захворювання.

За даними анамнезу життя та об'єктивного огляду, супровідна патологія шлунково-кишкового тракту і гепатобіліарної системи в усіх пацієнтів на момент обстеження була відсутня. Крім загальноклінічних обстежень визначали мікробіоценоз товстої кишки до початку лікування. Контрольну групу склали 20 клінічно і

анамнестично здорових донорів із Сумського обласного центру служби крові і трансфузіології віком ($37,95 \pm 1,72$) року.

Основними скаргами при ушпиталенні були: нудота (86,4%), блювання (73,6%), біль у животі (100,0%), пронос до ($9,65 \pm 0,57$) раз за добу (98,4%), слабкість (99,2%), підвищення температури тіла до ($38,65 \pm 0,07$) °С (96,8%). З патологічних домішок у калі хворих при копрологічному дослідженні виявляли слиз (у 63,2% осіб), еритроцити (у 48,0%), лейкоцити (у 70,4%).

Вивчення мікробіоценозу товстої кишки здорових осіб вказувало на переважання нормальної кишкової мікрофлори: біфідобактерії ($7,90 \pm 0,07$) lg КУО/г, лактобацили ($7,75 \pm 0,10$), загальна кількість *E. coli* – ($7,51 \pm 0,12$) lg КУО/г, інші умовно-патогенні мікроорганізми (УПМ) – ($0,51 \pm 0,35$) lg КУО/г, гриби роду *Candida* – ($0,35 \pm 0,24$) lg КУО/г, гемолізуювальні *E. coli* – відсутні.

У той же час при госпіталізації хворих на сальмонельоз відбувалось зменшення вмісту біфідобактерій, лактобацил і загальної кількості *E. coli* – відповідно ($6,12 \pm 0,10$), ($6,05 \pm 0,14$) і ($6,53 \pm 0,10$) lg КУО/г. Спостерігали значне збільшення гемолізуювальної *E. coli* ($1,20 \pm 0,09$) lg КУО/г, інших УПМ – ($3,46 \pm 0,19$) lg КУО/г і грибів роду *Candida* – ($2,75 \pm 0,16$) lg КУО/г ($p < 0,05-0,001$). Крім цього виділяли стафілококи: золотистий у 17 осіб – ($2,23 \pm 0,27$) lg КУО/г і з гемолітичною активністю у 13 – ($1,46 \pm 0,18$) lg КУО/г.

Таким чином, у гострому періоді сальмонельозу відбуваються зміни мікробіоценозу товстої кишки, які проявляються зменшенням кількості біфідо- і лактобактерій, загальної кількості кишкової палички; збільшенням гемолізуювальної *E. coli*, інших УПМ і грибів роду *Candida*, появою стафілококів.

О.М. Чемич, М.Д. Чемич

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ТА ЕТІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СУЧАСНОГО САЛЬМОНЕЛЬОЗУ

Університет, медичний інститут, м. Суми

Актуальність питання обумовлена достатньо високим рівнем захворюваності на сальмонельоз, можливістю виникнення внутрішньолікарняних спалахів, антибіотикорезистентністю збудників,