

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ ТА НАУКИ УКРАЇНИ  
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ



**ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОЇ НАУКИ І ОСВІТИ**

ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ  
ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-МЕТОДИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ,  
що присвячена 25-річчю Медичного інституту Сумського державного університету  
(м. Суми, 16-17 листопада 2017 року)

Суми  
Сумський державний університет  
2017

чутливості в динаміці. Чутливість ацинетобактерій до захищеного сульбактамом ампіциліну становила в середньому (43,7±9,6) %. Встановлено прогностичне покращення показників чутливості до даного антибіотика (70,6 % - 2015р; 46,9 % – 2016 р.). Клінічні ізоляти *A. baumannii* володіли низькою чутливістю до меропенему (35,3±7,7) % та іміпенему (40,3±5,4) %. Прогностична математична модель чутливості до карбапенемів *A. baumannii* мала характер синусоїдальної кривої зі зниженням показників чутливості в динаміці. Дослідженнями встановлено низьку чутливість до амікацину (11,3±1,8) %, а параболічний характер кривої засвідчив деяке відновлення чутливості у 2012-2014 рр. з прогностичним зниженням чутливості менше 9,8 % (2015 р.).

У клінічних ізолятів *A. baumannii* встановлено високу чутливість до ДКМ. Так, його мінімальна бактерицидна концентрація (МБцК) щодо ацинетобактерій не перевищувала (31,25±2,08) мкг/мл. За антисептичною активністю щодо штамів *A. baumannii* ХГ поступався ДКМ в 2,3 рази ( $p < 0,001$ ). ПЙ проявляв бактерицидну дію на *A. baumannii* в присутності (3639,71±484,75) мкг/мл. Таку концентрацію вважали ефективною, оскільки вона знаходилась в межах робочих концентрацій лікарської форми препарату.

**Висновки.** Клінічні штами *A. baumannii*, які спричиняють інфекційні ускладнення в пацієнтів з опіковою хворобою, володіють низькою чутливістю до цефтазидиму, цефоперазону/сульбактаму, карбапенемів, амікацину, яка прогностично має тенденцію до подальшого зниження. Антисептики ДКМ, ПЙ, ХГ володіють ефективною антимікробною дією на ацинетобактерії в робочих концентраціях лікарських форм препаратів.

## МІКРОФЛОРА ПРИ ГНІЙНОМУ НЕКРОТИЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ

*Поточилова В.В.<sup>1</sup>, Войцеховський В.Г.<sup>2</sup>*

1. Комунальний заклад Київської обласної ради „Київська обласна клінічна лікарня”

2. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

**Вступ.** При некротичному панкреатиті з гною що утворився в підшлунковій залозі виділені анаеробні і факультативно анаеробні мікроорганізми. Які були виділені впродовж доби від початку захворювання, так і в подальші періоди. Це свідчить про певну роль мікроорганізмів у патогенезі панкреонекрозу, хоча їх роль потребує подальшого вивчення.

**Матеріали і методи.** Гнійний вміст з підшлункової залози відбирався у кожного пацієнта як при ендоскопічному дослідженні так і під час оперативних втручань і при санаціях черевної порожнини.

Для виділення мікроорганізмів використовували селективні та елективні поживні середовища і розсівали матеріал за методом Голда.

Ідентифікацію мікроорганізмів проводили за допомогою мікробіологічного аналізатора VITEK 2 compact 5 (Франція).

**Результати.** При обстеженні 86 пацієнтів з гнійного вмісту було виділено 254 штами мікроорганізмів. З них 151 штамп виділено з матеріалу отриманого при ендоскопічному обстеженні. Під час оперативних втручань та при санаціях черевної порожнини виділено ще 103 штами мікроорганізмів. Виділені штами мікроорганізмів були представлені в основному факультативно-анаеробними бактеріями, що віднесено до видів: *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii*, *Enterobacter cloacae*, *Burkholderia cepacia*, *Enterococcus avium*, *Enterococcus faecalis*, *Enterococcus faecium*, *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus pseudintermedius*, *Streptococcus sanguinis*, *Kocuria kristinae*, *Kocuria rosea*, *Leuconostoc mesenteroides ssp cremoris*, *Bacillus cereus*.

Крім того, були виділені облигатно-анаеробні мікроорганізми, які віднесено до видів: *Anaerococcus prevotii*, *Veillonella spp*, *Clostridium group*, *Clostridium innocuum*, *Clostridium sordellii*, *Peptoniphilus asaccharolyticus*, *Bacteroides ureolyticus*, *Fusobacterium ssp*. Окрім вищезазначених мікроорганізмів були виділені 2 штами *Candida ssp*.

Кількісний склад виділених мікроорганізмів як при ендоскопічному обстеженні так і під час оперативних втручань та при санаціях черевної порожнини різнився. Кількість облигатно-анаеробної більшою ніж під час оперативних втручань та санацій черевної порожнини.

**Висновки.** Мікрофлора при гострому некротичному панкреатиті не стабільна, але види мікроорганізмів, що виділені, є основними збудниками гнійних ускладнень гострого панкреатиту у обстежених хворих.

Одержані результати підтверджують, що бактеріальна транслокація з просвіту кишечника, внаслідок порушення бар'єрної функції кишкової стінки, вважається основним механізмом виникнення гнійно-септичних ускладнень гострого некротичного панкреатиту.

## АНАЕРОБНІ БАКТЕРІЇ ПРИ ГНІЙНОМУ НЕКРОТИЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ ТА ЇХ ЧУТЛИВІСТЬ ДО АНТИБАКТЕРІАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ.

*Поточилова В.В.<sup>1</sup>, Войцеховський В.Г.<sup>2</sup>, Ісламов А.В.<sup>2</sup>*

1. Комунальний заклад Київської обласної ради „Київська обласна клінічна лікарня”

2. Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця

**Вступ.** Постійне зростання кількості хворих на гострий панкреатит, особливо його деструктивні та ускладнені форми, висока частота ускладнень з системними наслідками, а також висока смертність визначають актуальність даної проблеми.

Незважаючи на актуальність проблеми, роль мікроорганізмів, як етіопатогенетичних чинників гнійного некротичного панкреатиту, залишається недостатньо з'ясованою. Важливим є визначення видів анаеробних та факультативно анаеробних мікроорганізмів що беруть участь у патологічному процесі під час різних етапів захворювання.

**Матеріали та методи.** У період 2011-2016 рр. до Комунального закладу Київської обласної ради «Київська обласна клінічна лікарня» поступило та перебувало на лікуванні 86 пацієнтів з діагнозом гострий некротичний панкреатит.

Одним з першочергових завдань мікробіологічного дослідження було виділення з гнійного вмісту тканини підшлункової залози та оточуючої парапанкреатичної клітковини анаеробних мікроорганізмів. Кількісний склад мікроорганізмів визначали у гнійному вмісті, отриманому при ендоскопічному обстеженні, а також під час оперативних втручань та при санаціях черевної порожнини.

Умов анаеробіозу досягали в анаеростатах «GENbox 7,0 L» та «GENbox 2,5 L» виробництва Biomerieux, Франція, з використанням анаеропакетів «GENbox anaer» виробництва Biomerieux, Франція. Контроль анаеробіозу здійснювали індикатором «Anaer Indikator» виробництва Biomerieux, Франція.

**Результати.** Досліджували культури анаеробних мікроорганізмів виділених з матеріалу при ендоскопічному обстеженні і під час оперативних втручань та при санаціях черевної порожнини. Всього з гнійного вмісту хворих на гострий некротичний панкреатит було виділено 63 культури анаеробних мікроорганізмів.

Висока чутливість представників анаеробної мікрофлори виявлена в осовному до ванкоміцину - 83,8%, іміпенему - 88,7%, колістину - 80,6%, меропенему - 82,2%. Результати наших досліджень вказують на доцільність більш широкого застосування цих препаратів та їх аналогів при анаеробній інфекції у пацієнтів з гострим некротичним панкреатитом.

Данні літератури та наші дослідження дещо відрізняються стосовно ефективності метронідазолу. Нами виявлено, знижену чутливість виділених штамів (66,1%) до метронідазолу у порівнянні з даними, представленими іншими авторами у літературі.

**Висновки.** 1. При аналізі результатів досліджень анаеробних мікроорганізмів виділених при гострому некротичному панкреатиті виявлено високий рівень їх чутливості до ванкоміцину - 83,9%, іміпенему - 88,7%, колістину - 80,6% та меропенему - 82,3%. 2. Встановлено знижену чутливість виділених штамів до метронідазолу (66,1%), у порівнянні з такою представленою іншими авторами у літературі (99,2%).

## РЕЦИДИВУЮЧА БЕШИХА: КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ

*Саєнко О. С.*

*Науковий керівник – д. мед. наук, проф. Чемич М.Д.*

*Сумський державний університет*

**Актуальність.** Сучасні проблеми бешихи обумовлені значною захворюваністю, чітко вираженою тенденцією до розвитку рецидивів недуги, розвитком ускладнень. За частотою реєстрації бешиха займає четверте місце серед інфекційних хвороб. За офіційними даними Державного управління статистики, захворюваність на бешиху серед населення України складає 43,0 на 100 тис. чоловік. За відсутності ефективних методів первинної імунопрофілактики стрептококових захворювань, зниження захворюваності на бешиху можливе тільки за рахунок зменшення частоти її рецидивів.

**Мета дослідження** – визначити клінічні та епідемічні особливості бешихи, виразність ендогенної інтоксикації, рівень реактивності організму залежно від частоти хвороби.

**Матеріали та методи.** Обстежено і опрацьовано медичні карти стаціонарних хворих на бешиху, що перебували на лікуванні у СОІКЛ імені З. Й. Красовицького. Хворі були поділені на три групи по 25 осіб у кожній. Перша – пацієнти з первинною бешихою, друга – з повторною, третя – з рецидивуючою.

**Результати.** У всіх досліджуваних групах переважали жінки: у першій і третій по 80 %, другій – 76 %. Локалізація запалення реєструвалася переважно на нижніх кінцівках у кожній з груп, відповідно у першій та другій по 60 %, третій – 96 %. Найчастіше виявляли еритематозну форму бешихи: у першій групі – у 64 % хворих, другій – у 80 %, третій – у 72 %.

Проведено аналіз гематологічних та інтегративних показників ендогенної інтоксикації, а також імунореактивності у гострому періоді хвороби. Отримані результати співставлені між досліджуваними групами та встановленими нормами для здорових осіб. У всіх обстежених були підвищені інтегративні індекси інтоксикації: ЛШ, ГПШ, ІЗЛК, ПШ, РВН ( $p < 0.05$ ). Індекси неспецифічної реактивності: ІСЛМ, Ілімф, ІСЕЛ, ІА достовірно знижені ( $p < 0.05$ )

Найвищі показники ендогенної інтоксикації були у пацієнтів III групи (ЛШ –  $(6,07 \pm 0,37)$ , ГПШ –  $(20,53 \pm 2,17)$ , ІЗЛК –  $(2,63 \pm 0,21)$ ), у 1,2 – 2,3 раза вони були нижчі у хворих I і II груп (I група: ЛШ –  $(5,19 \pm 0,44)$ , ГПШ –  $(9,06 \pm 0,44)$ , ІЗЛК –  $(2,19 \pm 0,37)$ ; II група: ЛШ –  $(4,76 \pm 0,28)$ , ГПШ –  $(14,66 \pm 1,47)$ , ІЗЛК –  $(2,43 \pm 0,34)$ ). Найнижчий показник РВН - у групі II ( $18,21 \pm 1,36$ ), I –  $(23,70 \pm 1,82)$ , III –  $(25,78 \pm 1,17)$ , що свідчить про крайні межі компенсованої ендогенної інтоксикації. Найнижчі показники реактивності були у пацієнтів III групи (ІПР –  $(3,00 \pm 0,32)$ , ІСЛМ –  $(2,86 \pm 0,22)$ , Ілімф –  $(0,29 \pm 0,08)$ , ЯІ –  $(0,21 \pm 0,02)$ ), у 1,2 – 2,2 раза вони були вищими у хворих I та II груп (I група: ІПР –  $(4,22 \pm 0,34)$ , ІСЛМ –  $(4,06 \pm 0,32)$ , Ілімф –  $(0,37 \pm 0,07)$ , ЯІ –  $(0,26 \pm 0,02)$ ; II група: ІПР –  $(4,90 \pm 0,22)$ , ІСЛМ –  $(4,80 \pm 0,24)$ , Ілімф –  $(0,34 \pm 0,09)$ , ЯІ –  $(0,46 \pm 0,02)$ ).

**Висновки.** На бешиху хворіють частіше жінки (79 %) з локалізацією ураження на нижніх кінцівках (72 %) з переважанням еритематозної форми (71 %). Підвищення індексів ендогенної інтоксикації свідчить про активний запальний процес, активацію тканинного розпаду, системну імунну відповідь, які більше виражені при рецидивній бешисі.

## ДО МІКРОБІОЛОГІЧНОГО МОНІТОРИНГУ ВНУТРІШНЬОЛІКАРНЯНИХ ІНФЕКЦІЙ

*Сладкова Л.М., Жаданос Н.М., Пономарьова-Герасимюк Т.М.*

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»,*

*Централізована бактеріологічна лабораторія Лівобережжя,*

*КЗ «Дніпропетровська МКЛ № 9 ДОР»*

Забезпечення інфекційної безпеки в лікувально-профілактичних закладах (ЛПЗ) є попередження внутрішньолікарняної (ВЛІ) інфекції. Проблема ВЛІ залишається в числі пріоритетних у всьому світі. Приєднання ВЛІ до основного захворювання зводять «нанівець» результати операцій на життєво важливих органах, перекреслюють зусилля, витрачені на виживання новонароджених, підвищують післяопераційну летальність і тривалість перебування в стаціонарі на 6-8 і більше днів.