

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

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.

Аналіз захворюваності показав, що в структурі всіх ВЛІ за питомою вагою домінують гнійно-септичні інфекції, далі у порядку убывання: гнійно-септичні інфекції новонароджених, постін'єкційні ускладнення, гострі кишкові захворювання, гепатит В, інфекції сечовивідних шляхів.

Нами були проведені дослідження за три роки (2014-2016) для виявлення патологічної колонізації. Були вивчені фекалії від 1880 новонароджених з групи ризику в акушерських стаціонарах м. Дніпро. Виявлено зростання патологічної колонізації умовно-патогенної мікрофлори (УПМ) в 3 рази в 2016 році в порівнянні з 2014 роком. Пейзаж виділених культур наступний: гриби *Candida* - в 26%; *K.pneumonia* - 16%; *E. cloacae* - 11%, гемолітична *E. coli* - 13%; *E. faecalis* v. *Zym* - 22%. Серед умовно-патогенної мікрофлори ще виділяють стафілококи, стрептококи, синьогнійну паличку, псевдомонади, грамнегативні бактерії і їх токсини (кишкова паличка, протей та ін.). Нерідкими стали випадки внутрішньолікарняного зараження грибковою інфекцією, ВЛІ-інфекцією, цитомегаловірусом, представниками найпростіших.

Збудники інфекції знаходяться в резервуарах (джерелах інфекції). Резервуаром ВЛІ (госпітальної) є: руки персоналу, кишечник, сечостатева система, носоглотка, шкіра, волосся, порожнина рота як пацієнта, так і персоналу; навколишнє середовище: пил, вода, продукти харчування; інструментарій, обладнання, лікарські засоби, дезінфектанти низької концентрації.

Джерелами ВЛІ можуть бути самі пацієнти, медичний персонал і студенти, родичі і інші відвідувачі, працівники харчоблоку, а також технічний персонал, що обслуговує медичну апаратуру.

Для поліпшення якості медичного обслуговування населення в лікувально-профілактичних установах рекомендуємо наступні напрямки: проведення інфекційного контролю за ВЛІ, зміцнення матеріально-технічної бази ЛПЗ, стандартизацію методів визначення чутливості збудників до антибіотиків, хіміопрепаратів та дезінфектантів, розробку і впровадження експрес-методів лабораторної діагностики ВЛІ, скорочення кількості інвазивних і лікувальних маніпуляцій, розробку і впровадження в практику ефективної апаратури для стерилізації, використання нових високо ефективних дезінфікуючих засобів.

## ДОДАТОК ДЛЯ МОБІЛЬНИХ ПРИСТРОЇВ ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНОЇ ФОРМИ САЛЬМОНЕЛЬОЗУ

*Чемич О.М., Жиленко Т.І., Кудрявцев А.М., Чемич М.Д.*

*Сумський державний університет*

**Актуальність.** В умовах розвитку страхової медицини, інтенсифікації роботи лікаря виникає необхідність об'єктивізації критеріїв встановлення діагнозу (ступеня тяжкості), прискорення проведення розрахунків без використання дороговартісного устаткування та додаткових ресурсів.

**Мета роботи** - створення мобільного додатку для операційної системи Android, який допоможе швидко визначити індекси інтоксикації та тяжкість гастроінтестинальної форми сальмонельозу.

**Матеріали і методи.** Для створення мобільного додатку використано інтегроване середовище розробки (IDE) для платформи Android – Android Studio. Дана програма є повністю безкоштовною і поширюється під ліцензією Apache 2.0. Android Studio створена на базі IntelliJ IDEA Community Edition, що підтримується компанією JetBrains. Використано мову програмування Kotlin

**Результати.** Для встановлення ступеню тяжкості сальмонельозу з врахуванням клінічних симптомів (частоти випорожнень за добу, температури тіла хворого) та показників клінічного аналізу крові нами було розроблено додаток для мобільних пристроїв. Основними вимогами до мобільного додатку є: можливість вводити дані, виконувати обрахунки індексів інтоксикації і визначення стану пацієнта, сучасне оформлення, зручне використання.

Додаток для операційної системи Android це набір класів та форм. Кожна форма є об'єктом класу Activity, взаємозв'язок між якими здійснюється за допомогою об'єкту класу Intent. Основним призначенням першої форми є отримання необхідної інформації від користувача і вона використовується для вводу даних лікарем. У цій формі лікар вводить дані, які потрібні для визначення ступеня тяжкості сальмонельозу. У другій формі відображаються загальні відомості про індекси інтоксикації. У третій формі відображаються результати розрахунків та інформація про ступінь тяжкості сальмонельозу.

Для зміни форми використовується об'єкт класу Intent. Допоміжні елементи EditText необхідні для введення даних, а кнопка «Розрахувати» ініціює виклик іншої форми і записує результати обрахунків у статичні змінні у класі Result. Після цього результати доступні у формі, у якій виводиться результат.

Змінні, які мають модифікатор static є глобальними змінними. Під час ініціалізації об'єктів класу не створює копій статичної змінної. Усі екземпляри класу спільно використовують одну статичну змінну. Для доступу до статичної змінної не обов'язково створювати об'єкт класу.

Для імітації натискання кнопки не обов'язково створювати обробник подій. Було використано спеціально розроблений під Android атрибут – OnClick. Це сучасний підхід у програмування на Android, який дозволяє спростити розробку і скоротити кількість строк у коді.

Для початку роботи з додатком необхідно ввести коректні дані (лейкоцитарну формулу, кількість випорожнень, температуру тіла), після чого слід натиснути кнопку «Розрахувати», що запускає перевірку заповнення усіх полів. Якщо поля не заповнені, з'явиться попередження і вони заповняться нулями. Після заповнення усіх полів програма розраховує результат, який з'являється на екрані (показники лейкоцитарного індекса інтоксикації, гематологічного показника інтоксикації, індекса зсуву лейкоцитів, показника інтоксикації та ступінь тяжкості).

**Висновок.** Додаток дозволяє автоматизувати роботу лікаря, зменшити витрати часу та об'єктивізувати визначення ступеню тяжкості гастроінтестинальної форми сальмонельозу.