

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



## **МАТЕРІАЛИ**

**96 – ї**

**підсумкової наукової конференції  
професорсько-викладацького персоналу  
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

**16, 18, 23 лютого 2015 року**

**Чернівці – 2015**

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2015. – 352 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція – професор, д.мед.н. Бойчук Т.М., професор, д.мед.н. Іващук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Кравченко О.В.

доктор медичних наук, професор Давиденко І.С.

доктор медичних наук, професор Дейнека С.Є.

доктор медичних наук, професор Денисенко О.І.

доктор медичних наук, професор Заморський І.І.

доктор медичних наук, професор Колоскова О.К.

доктор медичних наук, професор Коновчук В.М.

чл.-кор. АПН України, доктор медичних наук, професор Пішак В.П.

доктор медичних наук, професор Гринчук Ф.В.

доктор медичних наук, професор Слободян О.М.

доктор медичних наук, професор Тащук В.К.

доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.

доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.

ISBN 978-966-697-588-4

© Буковинський державний медичний  
університет, 2015



Звичайно діагностична цінність КТ з контрастним посиленням зображення вища, ніж нативного КТ, особливо при виявленні пухлин. Проте, з появою сучасних мультиспіральних комп'ютерних томографів, що дозволяють аналізувати зрізи товщиною до 1мм, висококваліфікований фахівець може виявити патологію на підставі прямих і непрямих ознак навіть без контрастного посилення, а в сумнівних випадках направляти хворого на біопсію патологічного вогнища з подальшим гістологічним дослідженням матеріалу. Не слід забувати і про те, що у сумнівних випадках завжди є можливість після нативного провести КТ з контрастним посиленням зображення, що, враховуючи приблизно п'ятикратну різницю в променевому навантаженні, істотно не відрізнятиметься від того, якби пацієнту відразу було проведено КТ з контрастним посиленням.

Що стосується інвазивності, обтяжливості для хворого, можливості алергічних реакцій і навіть анафілактичного шоку під час внутрішньовенного введення йодованих препаратів, довгого списку протипоказів, то це є ще одним негативним пунктом у використанні КТ з контрастним посиленням зображення. Вища і вартість процедури КТ з контрастним посиленням. Так, у приватних діагностичних центрах вартість КТ з контрастним посиленням вища в 2-3 рази за нативне КТ.

Провівши порівняльний аналіз можна зробити висновок про переваги нативного КТ над КТ з контрастним посиленням зображення за трьома з чотирьох пунктів діагностичних критеріїв, а перевага у кращих діагностичних можливостях КТ з контрастним посиленням нівелюється можливістю застосування усього комплексу інших неіонізуючих методів досліджень, в тому числі лабораторних і інструментальних.

Завдання радіолога полягає і в тому, щоби якомога більш повно і чесно інформувати лікарів інших спеціальностей про плюси і мінуси кожного методу променевої діагностики, в тому числі і комп'ютерної томографії, розширюючи можливості вибору. Здійснюючи вибір, радіолог та лікуючий лікар у кожному конкретному випадку повинен враховувати вищенаведені критерії вибору і комплексно підходити до вибору методу комп'ютерної томографії, як сучасного методу променевої діагностики, з урахуванням актуальних тенденцій.

**Крук Т.В., Пересунько О.П.**

#### **ГЕНОТИПУВАННЯ МУТАЦІЙ ГЕНІВ ГЛУТАТІОН-S-ТРАНСФЕРАЗИ У ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ ТА ЇХ РОДИЧІВ У ЧЕРНІВЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ**

*Кафедра онкології та радіології*

*Буковинський державний медичний університет*

Рак молочної залози – гетерогенне за етіологією захворювання, від 5% до 18% випадків якого є генетично детермінованими. За даними молекулярно-генетичних досліджень, мутації таких генів, як p53, BRCA1 та BRCA2, GST, PTEN та інші, пов'язані з високим ризиком розвитку раку молочної залози. Глутатіон-S-трансфераза (GST) (фермент II фази детоксикації ксенобіотиків) відіграє суттєву роль у забезпеченні захисту клітин від вільних радикалів, регуляції процесів перекисного окиснення ліпідів, алкілюванні білків, метаболізмі великої групи ксенобіотиків, у тому числі хіміотерапевтичних препаратів. Гени GST характеризуються вираженим природним поліморфізмом, зумовленим відмінностями в послідовності нуклеотидів. Нині найбільш вивченим є поліморфізм генів GSTT1, GSTM1 та GSTP1. Приблизно половина осіб європейської раси – гомозиготи за делецією гена GSTM1, близько 15% – за делецією гена GSTT1. У літературі існує багато праць щодо вивчення поліморфізму генів GST для визначення молекулярно-генетичних факторів прогнозу токсичності хіміотерапевтичного лікування хворих на РМЗ. Подальші дослідження необхідні для розробки не тільки індивідуального підходу до призначення хіміотерапії, але й для визначення ризику розвитку раку.

Метою дослідження було вивчити варіанти мутації гена глутатіон-S-трансферази (GST) - GSTT1 та GSTP1 у хворих на рак молочної залози, родичів I ступеня спорідненості та практично здорових жінок. Генотипування мутацій 313A→G у гені GST P1, GST-T1del у гені GST T1 та CGC→CCC проведені в крові 101 хворої на РМЗ, 50 родичів I ступеня спорідненості, 50 пацієнтів – практично здорові (група порівняння).

Для виявлення поліморфізму в генах, GST P1отримані продукти ПЛР обробляли рестриктазами. Для гена GST P1 використовували рестриктазу Alw 26I; Отримані рестриктні фрагменти аналізували методом електрофорезу в 10% поліакриламідному гелі у випадку коротких фрагментів або 2% агарозному гелі в інших випадках. Виявлення делецій у гені GSTT1 здійснювали методом мультиплексної полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР). Як позитивний контроль успішності ПЛР використовували ампліфікацію фрагментів гена BRCA1. Гомозиготні форми із делецією обох копій гена GSTT1 ідентифікували за відсутністю відповідного фрагмента на електрофореграмі. Відповідно, наявність цих фрагментів на електрофореграмах свідчила про гомо- або гетерозиготність за нормальною копією гена. Очікувані довжини фрагментів ДНК та розташування сайтів пізнавання застосованих рестриктаз проводили за допомогою пакета програм комп'ютерної обробки даних DNASTAR.

При визначенні частоти алелів, генотипів, генотипів простого одонуклеотидного поліморфізму GSTP1 промоторної зони гена GST у хворих на рак молочної залози вивчено наступне: Встановлено, що „дикий” алель траплявся в досліджуваних хворих на рак молочної залози у 49,5% (n=50), тоді як патологічний „мутантний” P1 варіант ідентифікувати у 8,9% (n=9) випадків. Серед жінок контрольної групи „дикий” алель траплявся в 48% (n=24), а мутація в гомозиготі - 4% (n=4). Статистична обробка отриманих результатів засвідчила, що „мутантний” алель однаково часто траплявся як серед хворих на РМЗ, так і серед практично здорових осіб групи порівняння (p>0,05). Розподіл генотипів за поліморфним варіантом GTSP1 гена GST серед досліджуваних відповідає очікуваному при рівновазі Харді-Вайнберга. Серед досліджуваних хворих однаково



часто виявлені як гомозиготи за домінітними алелями (50%), так і гетерозиготи (41,6%). При аналізі груп дослідження встановлено, що домінуючим генотипом серед хворих на РМЗ був гомозиготний іі - варіант (49,5%), у той час як частки інших двох – меншими (41,6% гетерозигот і 8,9% T-„мутантних” гомозигот відповідно. Група характеризувалася вищим відсотком гомозигот (48%; n=24) при менших частках гетерозигот за іv - варіантом генотипів (44%; n=22). У той же час частка гомозигот за мутантним іі – генотипом (8%; n=4) практично збігалася з аналогічними показниками у хворих на РМЗ (8,9%; n=9). Аналіз розподілу часток генотипів за поліморфним віріантом GSTP1 гена GST засвідчив, що в контрольній групі даний розподіл відповідає очікуваному при рівновазі Харді-Вайнберга при наявності тенденції до збільшення рівня гетерозиготності (p>0,05). Серед хворих на РМЗ відмічене статистично вірогідне збільшення фактичної гетерозиготності (p>0,05). Також нами проведено вивчення частоти алелів, гаплотипів, генотипів простого одонуклеотидного поліморфізму промоторної зони гена GSTT1 у хворих на РМЗ, родичів та групи порівняння. Серед 101 хворої на РМЗ у 33 випадках були виявлені мутації гена GSTT1 (32,7%). У контрольній групі ці мутації спостерігалися у 22% випадків (n=11). У родичів хворих мутаційно алель траплявся у 12% (n=6). У результаті молекулярно-генетичного дослідження встановлено, що „дикий” алель виявлено в більшості досліджуваних: у 67,3% (n=68) випадків, тоді як патологічний „мутантний” варіант ідентифікували у 32,7% (n=33) випадків. Характерним для групи порівняння було переважаання дикого алеля – 78% (n=39).

Вперше проведене генотипування мутацій генів глутатіон-S-трансферази показало наявність мутантних гомозиготних варіантів за GSTP1 – у 9(8,5%) хворих на рак молочної залози, 3 (6%) родичів, 4 (8%) пацієнток контрольної групи; за GSTT1 – у 33 (23,7%) хворих на рак молочної залози, 6 (12%) родичів, 11 (22%) пацієнток контрольної групи. Високі значення показників GSTP1, GSTT1 не тільки у хворих на рак молочної залози, але й у практично здорових родичів та контрольній групі – можуть бути рекомендовані як додатковий молекулярно-генетичний маркер високого ризику захворювання на рак молочної залози як прогноз для жінок Карпатського регіону України.

**Сенютович Р.В., Івашук О.І., Унгурян В.П.**  
**ХІМІОТЕРАПІЯ РАКУ ШЛУНКА. МЕТААНАЛІЗИ**

*Кафедра онкології та радіології*

*Буковинський державний медичний університет*

В українській літературі ми не зустріли рандомізованих контрольованих досліджень з хіміотерапії раку шлунка. Українські онкологи не провели жодного метааналізу з цієї проблеми. Це пояснюється як труднощами набору клінічного матеріалу (відсутність університетських клінік), так і відсутністю фінансування для проведення великих за обсягом і громіздких робіт із метааналізу.

Метою даної роботи був огляд метааналізів хіміотерапії раку шлунка останніх трьох років (2010-2013). Проаналізовано публікації в інтернеті за сайтами cancer, stomach, chemotherapy, metaanalysis, Google та Pubmed).

Наводимо схеми МакДональда і Меджик, які набули найбільшого поширення за рубежом:

Схема МакДональда (Mc Donald, 2001): ХТ+Операція + опромінення+ХТ; ХТ. 5фторурацил 425 мг на м<sup>2</sup>, дні 1-5; лейковорин 20 мг<sup>2</sup> на м<sup>2</sup>, дні 1-5. ХПТ. 1.8 гр в день, 25 фракцій, 5 тижнів. Початок – 28 день після ХТ. 5фторурацил 400 мг на м<sup>2</sup>, перші 4 дні і останні три дні опромінення разом з лейковорином.

Схема Меджик (Magic, 2006): ХТ+операція+ХТ; Епірубіцин 50 мг на м<sup>2</sup>, болюс 1 день, цисплатина 60 мг на м<sup>2</sup> 1 день, 5фторурацил 200мг на м<sup>2</sup>, дні 1-21. Перерва 3 тижні. Три доопераційні та три післяопераційні курси.

Представлені вище метааналізи з різних аспектів хіміотерапії раку шлунка дають неоднозначні заключення. В першу чергу це стосується неoad'ювантною хіміотерапії. Дані з паліативної хіміотерапії більш однотипні – ця терапія подовжує життя хворих на кілька місяців, але не виліковує хворих. Ад'ювантна хіміотерапія – малоефективна в подовженні життя оперованих пацієнтів. Проведені метааналізи не підтвердили переваг вартісних схем поліхіміотерапії з включенням іринотекану, оральних фторпіримідинів, оксаліплатину, та інших препаратів. Це важливий висновок для українського онколога, який під час сумнівається в ефективності 5-фторурацилвмісних режимів і рекомендує хворим часто фінансово не підйомні для них схеми хіміотерапії.

Таким чином, неoad'ювантну хіміотерапію раку шлунка слід призначати всім хворим за винятком I та II стадії хвороб. Паліативну хіміотерапію слід проводити, не орієнтуючи хворого на зайвий оптимізм. Ефективність АХТ сумнівна. Слід продовжувати регулярні метааналізи з хіміотерапії раку шлунка, досліджуючи найбільш сучасні роботи.

**Шульгіна В.В.**

#### **ОСОБЛИВОСТІ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ РАКУ ПРЯМОЇ КИШКИ ТА АНАЛЬНОГО КАНАЛУ СЕРЕД ЖИТЕЛІВ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ**

*Кафедра онкології та радіології*

*Буковинський державний медичний університет*

Проведено статистичний аналіз захворюваності та смертності за амбулаторними картами 356 хворих на рак прямої кишки та анального каналу, які перебували на лікуванні та диспансерному обліку в Чернівецькому обласному клінічному онкологічному диспансері на протязі 2011 – 2013 років.





За даними Всесвітнього Фонду реєстрації Раку у більшості розвинутих країн світу колоректальний рак (КРР) серед найбільш розповсюджених злоякісних новоутворень займає третє місце, як у чоловіків так і у жінок. У світі щорічно реєструється біля 600 тис. випадків КРР. В США, Канаді та Великобританії КРР займає друге місце після раку передміхурової залози у чоловіків та раку молочної залози у жінок, і становить 15% від усіх злоякісних пухлин. За даними ВОЗ у країнах західної Європи захворюваність складає від 34 на 100 тис. у жінок до 45 на 100 тис. у чоловіків. В Україні захворюваність пухлинами цієї локалізації становить 33 на 100 тис. (17,7 ободової та 16,5 прямої кишки) досягаючи найбільших показників (35-38 на 100 тис.) в південно-східних регіонах нашої країни. У хворих Чернівецької області на рак прямої кишки та анального каналу з 2011 по 2013 роки спостерігалась наступна захворюваність: у 2011 році - 14,8 на 100 тис. нас. (захворіло 120 осіб); у 2012 - 13,4 на 100 тис. нас. (zareєстровано 121 випадок); у 2013 - захворюваність становила 12,7 на 100 тис. нас. (захворіло 115 осіб).

Розподіл по стадіям вперше виявленого раку прямої кишки та анального каналу по роках був наступним: у 2011 році I і II стадії виявлені у 81 хворого (67,5%), 2012 рік - 80 хворих (66,12%), 2013 рік - 40 хворих (44,94%). III стадію було встановлено у 2011 році у 22 хворих (18,33%), 2012 році у 20 хворих (16,53%), 2013 - у 25 хворих (28,09%). Четверту стадію було діагностовано у 2011 році у 17 хворих (14,17%), у 2012 - у 21 пацієнта (17,35%) та у 2013 році в 24 хворих (26,97%).

З 2011 по 2013 рік у Чернівецькій області були зафіксовані наступні показники смертності від раку прямої кишки та анального каналу: 2011 рік - 9,5 на 100 тис. нас. (померло 56 чоловіків та 30 жінок), у 2012 році - 9,9 на 100 тис. нас. (померло 56 чоловіків та 36 жінок) та у 2013 смертність становила 10,1 на 100 тис. нас. (померло 47 чоловіків та 44 жінки). У 2013 році - проведено аналіз літератури, статистичний аналіз захворюваності та смертності від раку прямої кишки та анального отвору серед хворих, які перебували на лікуванні та диспансерному обліку в Чернівецькому обласному клінічному онкологічному диспансері протягом 2011 - 2013 років.

При аналізі вперше виявленого раку прямої кишки та анального каналу, у жителів Чернівецької області відмічалась негативна динаміка, тобто зменшення кількості вперше виявленого раку I і II стадій у 2013 році в порівнянні з попередніми роками, навпаки відмічається збільшення кількості III і IV стадій.

**Шумко Б.І.**

#### **РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ РАКУ ГОРТАНІ ТА ГОРТАНОГЛОТКИ З УРАХУВАННЯМ СТАДІЇ ЗАХВОРЮВАННЯ**

*Кафедра онкології та радіології*

*Буковинський державний медичний університет*

Рак гортаноглотки - найбільш важка і прогностично несприятлива форма раку, для якої характерна неспецифічність ранніх клінічних проявів, складність анатомо-топографічної будови, розповсюженість ураження, висока частота регіонарного метастазування, низька ефективність вживаних методів лікування (Давыдов М.И., Норматович В.А., 2003).

Питома вага злоякісних пухлин гортаноглотки в структурі онкозахворювань залишається відносно високою - 1,3-2,6%, а серед злоякісних пухлин ЛОР органів - 10-16%. Статистичні дані, що стосуються ЛОР - онкозахворювань на Україні, указують на збільшення цієї онкопатології. Серед усіх відділів глотки її нижній поверх уражається в 20-25% (Пачес А.И., 2000). При такій частоті реєстрації випадків захворюваності не зменшується інтерес до удосконалення способів лікування раку гортаноглотки. Цьому сприяють і низькі показники виживання хворих з даною локалізацією раку - 5-літня виживаність, за даними більшості авторів, констатується не більш ніж у 30% хворих.

Проведений аналіз результатів лікування 58 хворих зі злоякісними новоутвореннями гортаноглотки, що знаходились на стаціонарному лікуванні у III хірургічному відділенні Чернівецького обласного клінічного онкологічного диспансеру впродовж 2012-2013 року. У всіх хворих діагноз був підтверджений результатами цитологічного або гістологічного дослідження. Узагальнені результати лікування 58 хворих (50 чоловіків і 8 жінок) раком гортаноглотки. Абсолютна більшість пацієнтів була старше 40 років.

Стадія 0: Хворий К., 52 діагноз підтверджено морфологічно під час ендоскопічного дослідження з послідувочою біопсією в Чернівецькому обласному ЛОР центрі. На цій стадії злоякісна пухлина зазвичай не поширюється на навколишні тканини, хоча в деяких випадках можливі виключення. В якості лікування було проведено випалювання зміненого поверхневого шару тканин, що покривають гортаноглотку за допомогою лазерної ексцизії. На сьогоднішній день це є альтернативний метод. Після лікування пацієнт підлягає ретельному спостереженню для виключення рецидиву.

У випадку якщо карциноми *in situ*, не піддається лікуванню за допомогою лазерної ексцизії, і буде спостерігатись рецидив, то пацієнту буде додатково призначено ад'ювантна променева терапія. У 96-100% випадків пацієнти із злоякісними пухлинами на цій стадії мають високу тривалість життя навіть без виконання великих операцій на гортані і гортаноглотці. Ці пацієнти повинні розуміти, що продовження паління підвищує ризик розвитку у них нової пухлини.

Хворим в яких була діагностовано I стадія - променева терапія виявлялась ефективним методом лікування у 80-90% випадків. При II стадії раку гортані в 70-80% випадків. Ефективність оперативного методу лікування характеризувалась аналогічними показниками.



При III і IV стадії раку гортані і гортаноглотки хворим проводили комбіноване лікування, що полягало в поєднанні оперативного лікування з променевою терапією, променевої терапії з хіміотерапією або оперативного лікування з променевою і хіміотерапією. Якщо за допомогою хіміопротропної терапії нам не вдавалось повністю знищити пухлинні вогнища, то ми виконували оперативне втручання. Об'єм операції в області глотки при пухлинах гортаноглотки залежав від міри поширеності пухлини, але у більшості випадків операція полягала в повному видаленні гортані, хоча був випадок коли при раку гортані T3 стадії можливо було провести часткову ларингектомію. Із-за високого ризику враження лімфатичних вузлів завжди виконувалась дисекція лімфовузлів шії.

Комбінована хіміотерапія всім хворим проводилась 2-3 курсами за схемами: PF, PFB і CPFV. У схему PF включалося внутрішньовенне введення препарату цисплатини - 100 мг/м<sup>2</sup> в 1-й день введення на фоні гіпергідратації. Введення 5-фторурацилу здійснювалось в дозі 800-1000 мг/м<sup>2</sup> в 1-5-й дні. При використанні схеми PFB пацієнтам, окрім цисплатини, 5-фторурацилу у вказаних вище дозах, вводили в 1-3-й дні блеомицин по 5-7,5 мг/м<sup>2</sup>. Схема CPFV включала, окрім цисплатини в дозі до 30 мг/м<sup>2</sup> в 1-й день курсу, внутрішньовенне введення карбоплатини в дозі до 120 мг/м<sup>2</sup>. Оцінку ефективності результатів хіміотерапії у пацієнтів раком гортаноглотки проводили за допомогою непрямой фарингоскопії, УЗД та КТ органів шії. Таким чином, проведене хворим комплексне протипухлинне хіміопротропне лікування за наведеними схемами є ефективнішим в порівнянні з використанням хіміо та променевої терапії, як самостійних методів лікування.

Перевагою хіміопротропної терапії є збереження гортані. Ефективність цього методу лікування, не поступається ефективності оперативного лікування. Запропоновані схеми лікування зменшують розміри метастазів та збільшують їх рухливість, що покращує умови подальшого хірургічного лікування метастатичного процесу і сприяє виживанню хворих в цілому.

#### **СЕКЦІЯ 15**

#### **АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ШКІРНО-ВЕНЕРИЧНИХ, ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ ТА ТУБЕРКУЛЬОЗУ**

**Венгловська Я.В., Сидорчук А.С., Богачик Н.А., Сорохан В.Д.**

#### **КЛІНІКО-МІКРОБІОЛОГІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЕНТЕРОЛУ-250 У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ХАРЧОВИХ ТОКСИКОІНФЕКЦІЙ І ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНОГО САЛЬМОНЕЛЬОЗУ НА БУКОВИНІ**

*Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології*

*Буковинський державний медичний університет*

Гострі кишкові інфекції у світі щороку становлять величезну медико-соціальну проблему. Згідно з даними ВОЗ, у світі щорічно реєструється близько 1 млрд хворих на гострі кишкові інфекції, а захворюваність ними має неухильну тенденцію до зростання. В Україні ризик розвитку хвороб, пов'язаних з вживанням їжі, води, різних напоїв, що заражені різноманітними умовно-патогенними мікроорганізмами, патогенними збудниками, вірусами, зростає у літньо-осінню пору.

З огляду на незадовільний стан технічного оснащення для очищення води та водогінної мережі, а також молокозаводів й інших підприємств харчової промисловості, інфляційні процеси в Україні, прискорення еволюції інфекційних хвороб, особливо з групи гострих кишкових інфекцій не дають серйозних підстав очікувати швидкого поліпшення епідемічної ситуації.

Мета дослідження - оцінити ефективність застосування пробіотика Ентерол-250, який відновлює мікрофлору кишечника й має виражену антидіарейну дію, у комплексному лікуванні хворих на харчові токсикоінфекції та гастроінтестинальний сальмонельоз.

Впродовж 2013-2014 рр. на базі інфекційного стаціонару КМУ «Обласна клінічна лікарня м. Чернівці» проведено клініко-епідеміологічні та лабораторні дослідження (загально-клінічні, бактеріологічні з вивчення складу мікрофлори кишечника) у 38 дорослих хворих: 21 пацієнт з харчовою токсикоінфекцією (гендерно 9 - чоловіків, 12 - жінок) та 17 хворих на середньотяжку форму гастроінтестинального сальмонельозу, спричиненого *Salmonella enteritidis* у віці від 20 до 58 років, із наступним гендерним розподілом - 8 осіб чоловічої статі, 9 - жіночої.

Шляхом застосування дескриптивних прийомів епідеміологічної діагностики з'ясовано, що виникнення недуги пацієнти пов'язували зі споживанням різноманітних страв, зокрема гамбургерів, хот-догів, недосмажених яєць, тістечок з кремом, курей гриль, печінкового торта (із майонезом домашнього виготовлення), що підтвердило фекально-оральний механізм, реалізований харчовим шляхом передачі збудника. Впродовж 24 годин від початку захворювання госпіталізовано дванадцятьох осіб, на другий-третій день зверталися більшість захворілих - шістьнадцятьох з кількості обстежених.

У всіх хворих зареєстровано гострий початок хвороби, підвищення температури тіла до фебрильних цифр, озноб, біль голови, загальну слабкість, нудоту, блювання, біль у животі, переважно в епігастрії та у правій здухвинній ділянці, рідкі випорожнення (до десяти разів на добу), у більшості пацієнтів жовтуватого чи зеленуватого кольору з неприємним запахом.

Встановлені зміни мікробіоценозу товстої кишки: зниження кількості лактобактерій < 10<sup>6</sup> КУО/г фекалій; загальної кількості *E.coli* нижче < 10<sup>6</sup> КУО/г. Кількість біфідобактерій наближалася до норми, гриби роду *Candida* - 10<sup>5</sup> КУО/г. Хворі були розподілені на дві групи: пацієнти I групи (23 осіб) отримували базисну