



При надходженні всім пацієнтам було проведено оперативне лікування - розкриття та дренивання гни іка.

У контрольній групі пацієнтів лікування передбачало загальноприйнятій комплекс, який застосовується у хворих із гнійно-некротичними процесами м'яких тканин.

У пацієнтів основних груп, після розкриття та дренивання гнійного вогнища, на другу добу видаляли дренажі і тампони, проводили заливку порожнини гнійника препаратом "Октенісепт" у розведенні 1:1 0,9% розчином хлориду натрію або сорбентом "Полісорб МП" (12 грам), який розчиняли в 200 мл 0,9% розчину хлориду натрію, і обробляли рану низькочастотним ультразвуком (апарат хірургічний ультразвуковий для санації біологічних об'єктів УРСК 7Н-22) з резонансною частотою 26,5 кГц і потужністю 0,2 Вт/см. Тривалість процедури залежала від розміру ранової поверхні і в середньому становила 1 хв. на 1 см². Рану повторно промивали розчином антисептику або сорбенту. Після чого у ранах розташовували змодельовану до її форми та розміру поролонову губку (розмір пор 500-1500 мікромметрів) з перфорованим дренажем всередині губки.

«аж виводили через окремих розтин шкіри на віддаленні від країв рани та фіксували капшуківим швом, що дозволяло краще герметизувати порожнину. Рану закривали ззовні клейкою плівкою для досягнення повної герметичності. Зовнішній кінець дренажу поєднували до вакуумного пристрою (Аспиратор хирургический ЗЛЕМА-Н-АМ-1), що дозволяло підтримувати від'ємний тиск на рівні 0,7-1,0 атм. З метою кращої санації рани проводили заливку антисептика або сорбента в наступні дві доби, без розгерметизації системи, на 60 хв. із с дальшою 23-годинною аспірацією.

Повторні сеанси ультразвукової кавітації та вакуумної терапії проводили через три доби. Кількість сеансів залежала від тяжкості процесу, розміру рани, кількості некротичнозмінених тканин, кількості виділеного ексудату.

У післяопераційному періоді досліджували інтенсивність больового синдрому, термін очищення рани, кількість та характер ранового ексудату, наявність перипроцесу (набряк, гіперемія), наявність та характер фануляцій, епітелізацію, швидкість загоєння рани, динаміку кількості мікробних тіл у біоптаті рани, мазки-І: лбитки ранових поверхонь, тривалість післяопераційного ліжко-дня.

Використання запропонованого способу - ефективний засіб у комплексному лікуванні хворих із гострими гнійно-некротичних процесами різної етіології, що може бути рекомендований для використання тактичними лікарями. Ультразвукова кавітація та вакуумна терапія добре переноситься хворими, побічні ефекти при застосуванні мінімальні. Вакуум-кавітаційна санація може використовуватися на будь-якій стадії "ІНОВОГО процесу. Застосування методу сприяло більш швидкому очищенню рани, зменшенню мікробної шнтамінації, зменшенню площі ранової поверхні, пришвидшенню розвитку грануляційної тканини і процесу епітелізації. Використання розробленого методу лікування гострих гнійно-некротичних процесів дозволило коротити термін стаціонарного лікування на 5-8 діб.

СЕКЦІЯ 8

ПІГІЄНА СЕРЕДОВИЩА І ВИВЧЕННЯ НОВИХ АНТИМІКРОБНИХ РЕЧОВИН В ЕКСПЕРИМЕНТІ І КЛІНІЦІ

Бендас В.В.

ОСОБЛИВОСТІ ЧУТЛИВОСТІ ДО АНТИБІОТИКІВ МІКРООРГАНІЗМІВ, ЩО ВИДІЛЕНІ З НОСОВОЇ ПОРОЖНИНИ ХВОРИХ НА СИНУЇТ

Кафедра мікробіології та вірусології

Буковинський державний медичний університет

Перешкоджаючи розвитку «випадкової» флори нормальна мікрофлора організму є своєрідним етіологічним бар'єром. Незважаючи на сталість мікрофлори в носовій порожнині відзначають зміни як кількісного так і якісного складу мікроорганізмів, внаслідок процесів що в ній відбуваються. Якісний склад мікрофлори при захворюваннях носа та придаткових пазух відрізняється від такого в здорових осіб. Чільне місце в етіологічній структурі посідають грам-позитивні мікроорганізми роду *Staphylococcus*. Відомо, що представники цього роду характеризуються високим рівнем природної чутливості до антибактеріальних препаратів (бета-лактамів, аміноглікозидів, макролідів, лінкозамідів, глікопептидів, рифампіцину тощо). Проте застосування широкого впровадження антибіотиків у клінічну практику почали з'являтися антибіотикостійкі мікроорганізми. В умовах сучасних методів боротьби зі стафілококовою інфекцією проблема резистентності до антибактеріальних препаратів постає досить гостро. Тому виникає необхідність вивчення антибіотикограм для штамів, що виділяються при обстеженні, у нашому випадку, з носової порожнини.

Метою даної роботи було встановлення таксономічного складу мікробіоти носової порожнини пацієнтів із гострим синуїтом та вивчення її чутливості до сучасних антибактеріальних засобів.

Бактеріологічним методом вивчено таксономічний склад мікробіоти вмісту порожнини носа хворих на синуїт і встановлена методом стандартних дисків чутливість кожного виду до 20 сучасних антибіотиків. У результаті дослідження було використано 53 культури, що виділені із носової порожнини при захворюванні придаточних синусів носа.

Ми знаємо, що мікробіоценоз носової порожнини, в основному, представлений автохтонними бактеріями: мультифункціональними за роллю у мікробіоценозі біфідобактеріями, лактобактеріями, піоновокислими бактеріями і непатогенними видами стрептококів, пептострептококами та т. У нашому



випадку мікробіоциноз порожнини носа представлений стафілококами та умовно-патогені ентеробактеріями.

У результаті проведеного дослідження встановлено: у 50 (94,3 %) випадках виділено бактерії *Staphylococcus*, які представлені трьома видами - *S.aureus* - 18 (36 %) культур, *S.epidermidis* - 30 (60 %) ку. *S.saprophyticus* - 2 (4 %) культури. По одному випадку ідентифіковано *Citrobacter freundii* 1 (1,9 %), *Klebsiella pneumoniae* 19 (1,9 %), та *Enterobacter aerogenes* 1 (1,9 %).

Всі 53 штами було досліджено на чутливість до антибіотиків. При оцінюванні результатів встановлено:

- *S.aureus* чутливий до тетрацикліну, доксацикліну, цефтріаксону, норфлораксину, іміпінему; по чутливий до ломефлораксину, азтреонаму, перфлораксину, цефамандолу; не чутливий до лінкомі оксациліну, амоксациліну, амікацину, цефіксиму, пефазоліну, цефтазидину, гентаміцину, офлораксину.

- *S.epidermidis* чутливий до ломефлораксину, доксацикліну, тетрацикліну, іміпінему, цефамандолу, норфлораксину, перфлораксину; помірно чутливий до офлораксину; не чутливий до лінкоміцину, оксациліну, амоксациліну, амікацину, азтреонаму, цефтазидину, цефтріаксону, цефіксиму.

- *S.saprophyticus* чутливий до доксацикліну, тетрацикліну, іміпінему, лінкоміцину, амоксациліну, левофлораксину, офлораксину; помірно чутливий до цефіксиму; не чутливий до цефтріаксону, цефтазидину, амоксациліну, амікацину.

- *Citrobacter freundii* виявився чутливим тільки до цефтріаксону; не чутливий до лінкомі оксациліну, амоксациліну, амікацину, цефіксиму, левофлораксину, доксацикліну, тетрацикліну, цефамандолу, іміпінему.

- *Klebsiella pneumoniae* чутлива до оксациліну, амоксациліну, цефіксиму, доксацикліну, тетрацикліну, цефамандолу; помірно чутлива до іміпінему, цефтазидину, левофлораксину, амікацину, лінкоміцину, чутлива до норфлораксину.

- *Enterobacter aerogenes* чутливий до левофлораксину, норфлораксину; помірно чутливі цефамандолу; не чутливий до лінкоміцину, оксациліну, амоксациліну, амікацину, цефіксиму, цефтазидину, доксацикліну, тетрацикліну, іміпінему.

Отже, антибіотиками вибору при стафілококової інфекції повинні бути доксациклін, тетрациклін, іміпінем. Всі стафілококи резистентні до цефіксиму та лінкоміцину. Антибіотиками вибору ентеробактеріальної інфекції повинні бути цефтріаксон, норфлораксин, левофлораксин. У межах одного в штами з різною чутливістю до дії одного і того ж антибіотика.

Бліндер О.О./, Бліндер О.В.** , Дейнека С.Є. *

ДИНАМІКА ФАКТОРІВ АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ ВЕНТЕРОБАКТЕРІЙ, ОСНОВ ГРУПИ ЗБУДНИКІВ ІНФЕКЦІЙ СЕЧОВОЇ СИСТЕМИ

Кафедра мікробіології та вірусології*,

Буковинський державний медичний університет,

Сектор мікробіологічних досліджень відділу медико-екологічних і інших проблем

ДП „Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки

імені академіка Л. І. Медведя МОЗ України **-*

Антибіотикорезистентність основних збудників інфекційних захворювань є однією з найбільш проблем сучасної медицини. Згідно з даними Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я, швидке підвищення стійкості мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів (АБП) загрожує підірвати основні досягнення охорони здоров'я, зроблені медичною наукою протягом останніх 50 років. Доведено, що одними з заходів, які обмежують використання АБП успіху в боротьбі з резистентністю до антибіотиків не досить. Необхідний цілий комплекс заходів, серед яких чільне місце займає моніторинг резистентності мікроорганізмів (МО) у межах країни, регіону, лікувального закладу і, навіть, відділення.

Серед факторів, що зумовлюють наявність стійкості до антибіотиків у збудників інфекційних захворювань важливу роль грають ферменти, які розщеплюють (3-лактамі АБП - (3-лактамази (описано 50 видів цього ферменту)- Найбільше практичне значення мають бета-лактамази класу С та бета-лактамази розширеного спектру (БЛРС). Найчастіше БЛРС виявляють у штамів *E. coli* та *K. pneumoniae*, хоча їх можна виявити практично серед усіх представників родини *Enterobacteriaceae*.

Оскільки ентеробактерії найчастіше викликають інфекції сечової системи (ІСС), вивчення розповсюдженості вищезгаданих факторів антибіотикорезистентності у збудників, виділених із сечі важливим діагностичним завданням.

Проведено аналіз даних чутливості до антибіотиків культур ентеробактерій, отриманих при вибірковій бактеріологічній дослідженні сечі пацієнтів з підозрою на ІСС.

Була вивчена поширеність фенотипових ознак, що вказували на наявність БЛРС у пп ентеробактерій, які були виділені із сечі в етіологічно значимих кількостях, а також їх динаміка за два спостереження. Особливо була вивчена поширеність факторів резистентності до АБП у бактерій роду *Proteus*. Відсоток виділення штамів ентеробактерій (без урахування роду *Proteus*) підозрілих на продукцію БЛРС досить високим і коливались у межах 55,6-89,3%. Частіше штами підозрілі на продукцію БЛРС виділялися пацієнтів чоловічої статі. Серед штамів роду *Proteus* підозрілі на наявність БЛРС зустрічались значно рідше - 10 разів), ніж серед інших ентеробактерій. Проте і серед них виявлена залежність від статі - у пацієнтів