

микроорганизмов, относящихся к роду *Legionella*. По данным ВОЗ, из 31 государства, составившего группу по изучению легионеллезной инфекции (ЛИ), 28 подали результаты: в Европе регистрируется в среднем 1442 случая (1998); отмечена тенденция роста показателей ЛИ в последние годы, связанные со вспышками в Испании; 1998 -2005 отмечено увеличение ЛИ на 100 случаев в Дании, Англии и Уэльсе, Италии, Испании; средний уровень заболеваемости ЛИ в Европе 4,3 случая на 1млн. населения; максимальный уровень заболеваемости ЛИ в Дании 20,4 случая на 1 млн., в Германии- 20, Швейцарии – 11, Швеции – 8,6, Шотландии – 8,2 случая на 1 млн.; показатель летальности от ЛИ колеблется от 6 -42 % (ВОЗ,1998г).

Первые легионеллы выделены в 70-х годах прошлого века. Название связано со вспышкой в 1976г в Филадельфии тяжёлого респираторного заболевания (по типу пневмонии), унесшего жизни 34 из 220 заболевших делегатов съезда Американского легиона. Выделенный возбудитель назван *Legionella pneumophilla*.

L.pneumophilla наряду с другими атипичными возбудителями, играет ведущую роль в возникновении респираторных инфекционных заболеваний (пневмония, ХОЗЛ, хронический необструктивный бронхит, бронхиальная астма, инфекции верхних дыхательных путей).

Ведущее место занимает тяжёлая пневмония (болезнь легионеров). Патологические изменения охватывают не менее одной доли лёгкого и протекают в виде сливной пневмонии, воспалительный процесс распространяется на терминальные бронхиолы и альвеолы (более проксимальные отделы обычно интактны), отмечается выраженный отёк интерстициальной ткани. Разработаны клинические ключи к легионеллезной пневмонии: наличие эпидемии или документальное подтверждение возбудителя; присутствие неврологических или гастроинтестинальных симптомов; отсутствие ответа на лечение бета-лактамами антибиотиками или аминогликазидами; окрашивание мокроты по Грамму выделяет много нейтрофилов, но отсутствуют патогенные бактерии; рентгенография ОГК: несимметричные, двусторонние периферические крупноочаговые инфильтраты с тенденцией к быстрому слианию.

В лабораторной диагностике используют микробиологический метод, подтверждённый иммунологическим тестом, а в проблемных случаях, молекулярным анализом. Прямое определение бактериального антигена в моче достаточно информативно, но только для серогруппы 1.

Клиническая практика показала, что наименьший показатель смертности отмечается при использовании в лечении макролидов (азитромицин, кларитромицин, ровамицин, эритромицин), а также фторхинолонов в обычных терапевтических дозах.

СЕПТИЧНІ ФОРМИ ГОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМІЄЛІТУ У ДІТЕЙ

Солейко Д.С.

З 1993-го по 2004 рік у Вінницькій обласній дитячій лікарні проліковано 130 дітей з приводу септичних форм гострого гематогенного остеомієліту, що становило 28% від загальної кількості таких хворих (465). 66,2 % (86 хворих) склали хлопчики і 33,8 % (44) – дівчатка. Їх віковий склад: до одного місяця 28 дітей (21,6 %); до 3 років – 22 (16,9 %); до 7 – 13 (10 %); до 15 – 67 дітей (51,5%).

У більшості випадків первинним вогнищем була стегнова кістка - 48 (36,1 %), кістки голілки - 36 (27,1 %), плечова кістка – 11 (8,3 %), кістки передпліччя - 12 (9%), інші кістки - 26 (19,5 %). Метастатичні вогнища локалізувались в кістковій тканині (41 пацієнта), в легенях (87), в м'яких тканинах (83). 62 дитини мали комбіноване поєднання двох або трьох метастатичних вогнищ різної локалізації. Зі 178 висівів, взятих у хворих підчас лікування з основного та метастатичних вогнищ, було виділено: золотистий стафілокок – у 83-х (46,6 %), епідермальний стафілокок – в 29 (16,3 %), синьо-гнійну паличку – в 9 (5,1 %), кишкову паличку – в 26 (14,6 %) інші мікроорганізми – в 1 (0,5 %). Ріст мікроорганізмів був відсутній у 30 випадках (16,9 %). У 27 дітей (20,8 %) була виділена патогенна мікрофлора з інших ділянок (ніс, зів та ін.).

Проаналізовано 109 перших висівів з основного та 58 з метастатичних вогнищ. В основному вогнищі в першому висіві золотистий стафілокок був виділений у 72 випадках (66,1

%), епідермальний стафілокок – в 14 (12,8 %), кишкова паличка – в 3 (2,75 %), синьо-гнійна – в 3 (2.75 %), стрептокок – в 1 (0,9 %). В 16 висівах (14,7 %) ріст мікрофлори на звичайних середовищах був відсутній.

3 метастатичних вогнищ в першому висіві золотистий стафілокок було виділено в 21 висіві (36.2 %), епідермальний стафілокок – в 4 (6,9 %), сапрофітний стафілокок – в 1 (1.7 %), кишкова паличка – в 12 (20.7 %), синьо-гнійна паличка – в 2 (3.5%), протей – в 1 (1.7 %), гемолітичний стрептокок – в 2 (3.5%), гриби роду кандиди – в 6 (10.3 %). Ріст мікрофлори був відсутній у 8 випадках (15,5 %). Високу чутливість золотистого стафілококу з первинного вогнища до лінокміцину визначено у 59 висівих (17.1 %), до оксациліну – в 53 (15,4 %), до еритроміцину – в 53 (15.4 %), до гентаміцину – в 45 (13 %), до тетрацикліну – в 40 (11.6 %), до рифампіцину – в 25 (7,2%), до інших антибіотиків - в 70 (20,3%). Мікрофлора з метастатичних вогнищ мала чутливість, близьку до чутливості основного вогнища.

91 хворий (70%) переніс одне оперативне втручання з приводу основного захворювання, 23 (17,7%) були оперовані двічі, понад два оперативних втручання з приводу запальних вогнищ кісткової тканини було виконано 3 пацієнтам (2,3 %). 13 (10%) дітям антибактеріальний препарат підводився безпосередньо до кістки. Із зазначених оперативних втручань 91 було виконане в повному об'ємі – розкриття та дренивання параосальної флегмони, накладання остеоперфоратції, внутрішньо-кісткова постановка голок. 39 операцій мали мінімальний об'єм – розкриття та дренивання параосальної флегмони (при необхідності в поєднанні з остеоперфоратцією) або тільки внутрішньокісткова постановка голок. Оперативні втручання з приводу інших метастатичних вогнищ (абсцеси, флегмони, перитоніт та інші) було виконано 26 пацієнтам.

До трьох курсів антибактеріальної терапії отримали 10 дітей (7,7 %), 3 курси – 9 (6,9 %), 4 – 18 (13,8 %), 5 – 23 (17,7 %), понад 5 - 70 (53,9 %). З одужанням виписано 73 дитини (56.2 %), з покращенням – 37 (28,5 %), з хронізацією процесу – 14 (10,7 %). Летальність від всіх форм гострого гематогенного остеомиєліту за період з 1993 до 2004 рік складає 1,3 %, тоді як від септичних форм ГГО - 4,6%.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА АНТИСЕПТИЧНИХ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ

Сорокоумова Л. К.

Широкий та різноманітний арсенал найсучасніших антимікробних препаратів не вирішив у повній мірі проблем профілактики і лікування захворювань мікробного походження. Це обумовлено швидким розповсюдженням у природі явища антибіотикорезистентності, особливостями фармакокінетики препаратів, які не дозволяють створити необхідної концентрації препарату у вогнищі запалення, великою кількістю побічних ефектів та протипоказань і зрештою, високою вартістю.

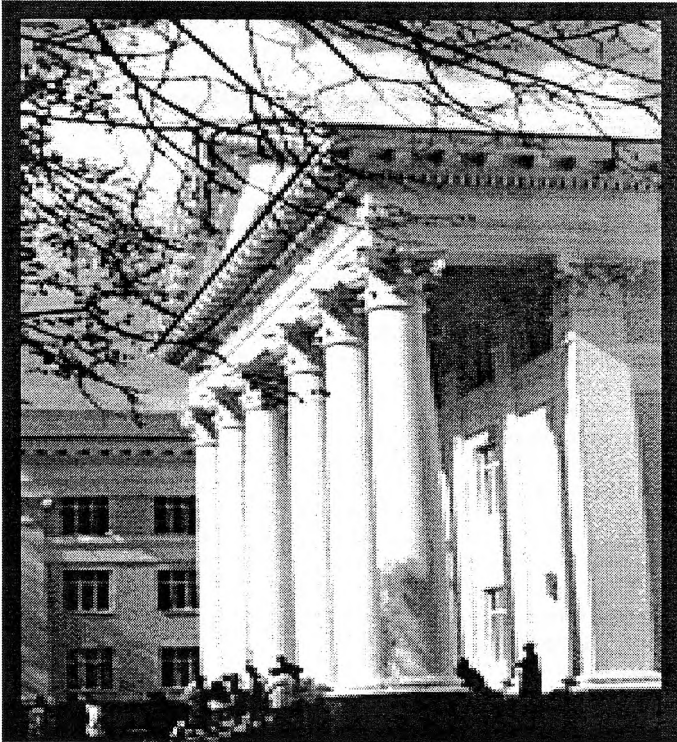
Найбільш доступними і високоефективними засобами лікування гнійно – запальних захворювань залишаються препарати для місцевої антисептикотерапії. Важливе значення має застосування препаратів даної групи з профілактичною метою. Магістральним напрямком сучасної хіміотерапії, котрий дозволяє в певній мірі попереджувати розвиток стійкості у збудників, розширяє спектр протимікробної активності препаратів, є комбіноване застосування антибактеріальних та антисептичних препаратів. При виборі протимікробного хіміотерапевтичного препарату важливим є чутливість збудника, яка з часом змінюється. Другою проблемою є значне збільшення кількості грамнегативних збудників, котрі призводять до швидкого руйнування епітелію.

В роботі наведено результати вивчення протимікробних властивостей антисептичних крапель (офтадек, ціделон, норфлуксацин, левоміцетин, ріносепт), до складу яких входить декаметоксин, що застосовується в офтальмології. Дослідження проводили на 40 клінічних штаммах мікроорганізмів, з них *S. aureus* – 15, *E. coli* – 12, *C. albicans* – 13, виділених у осіб з різними захворюваннями. Вивчення чутливості до антибіотиків свідчить про їх виражену полірезистентність до цих препаратів.

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ім.
М.І.ПИРОГОВА**

РАДА МОЛОДИХ ВЧЕНИХ ТА ФАХІВЦІВ

**ХІ УНІВЕРСИТЕТСЬКА (ХХХХІ ВУЗІВСЬКА)
НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ
МОЛОДИХ ВЧЕНИХ ТА ФАХІВЦІВ**



МАТЕРІАЛИ КОНФЕРЕНЦІЇ

18 ТРАВНЯ 2005 РОКУ

Вінниця – 2005