

Волков И.К. и др. // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. - 2008.- №3 (14).- С. 71-74.

4. Современные режимы дозирования пероральных антибиотиков // Клинич. микробиология и антимикробная химиотерапия. - 2004. - № 6. - С. 224-231.

5. Удосконалення імунореабілітації дітей з рецидивуючою патологією респіраторного тракту / Овча-

ренко Л.С., Вертел А.О., Андрієнко Т.Г., Прочан Л.Б. // Перинатологія та педіатрія.- 2005. - № 1-2 (23), ч.2. - С.32-32.

6. Цодінова О.А. Особливості мукозального імунітету верхніх дихальних шляхів у часто хворіючі та ГРВІ дітей при різних типах адаптаційних реакцій //Перинатологія та педіатрія.- 2005. - № 1-2 (23), ч.2.- С.44-45.



УДК 616.5-001/.002:616.993:615.33:616.345-008.8

**М.І. Шкільна,
О.В. Покришко**

АНТИБІОТИКОЧУТЛИВІСТЬ ТА СТАН МІКРОФЛОРИ ТОВСТОЇ КИШКИ ХВОРИХ НА АЛЕРГІЧНИЙ ДЕРМАТИТ І ЛЯМБЛІОЗ

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я.Горбачевського

Ключові слова: лямбліоз, мікрофлора кишечника, антибіотикорезистентність
Key words: lamblia, intestinal microflora, antibiotic-resistance

Резюме. Представлены результаты изучения микрофлоры кишечника у больных аллергическим дерматитом и лямблиозом, проведена оценка антибиотикорезистентности кишечной флоры. Результаты исследования показали, что наличие лямблий может быть индикатором дисбактериоза кишечника.

Summary. The results of investigation of intestinal microflora in patients with allergic dermatitis and lamblia are presented; assessment of antibiotic-resistance of intestinal microflora was carried out. Results of investigation showed that lamblia presence may be an indicator of intestinal disbacteriosis.

Однією з актуальних проблем сучасної дерматології та паразитології є розвиток алергодерматозів на тлі лямбліозної інвазії, що перебігає у вигляді дисфункції кишечника або як безсимптомне паразитозносьтво.

Лямблії є суворими паразитами, вони не можуть харчуватися оформленими харчовими частками. Вегетативні форми можуть існувати тільки на поверхні слизової оболонки верхнього відділу тонкої кишки, механічно блокують слизову оболонку тонкої кишки, порушуючи пристінкове травлення, ушкоджують рухову активність тонкої кишки. Може спостерігатися посилене розмноження бактерій і дріжджових клітин, що приводить до порушення мікробноасоціативних зв'язків у кишечнику та розвитку явища дисбактеріозу [1, 2]. З огляду на часте виникнення вторинної бактеріальної інфекції, у схемі лікування хворих на алергодерматози із супутнім лямбліозом необхідно визначати наявність дисбактеріозу й враховувати чутливість мікрофлори кишечника до антибіотиків.

Метою роботи було вивчення стану мікрофлори товстого кишечника й дуоденального вмісту у хворих на алергічний дерматоз, який

супроводжувався лямбліозною інвазією, та визначення антибіотикочутливості представників цих мікробіоценозів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

З метою вивчення стану мікробіоценозів товстого кишечника обстежено 16 хворих на алергічний дерматит із лямбліозною інвазією.

Мікрофлору кишкових випорожнень досліджували відповідно до методичних рекомендацій “Мікробіологіческая диагностика дисбактеріозів” [3]. Матеріал забирали із останньої порції фекалій стерильним шпателем і поміщали в пробірку. Від моменту взяття матеріалу до початку засіву проходило не більше 2 год. Із матеріалу готували гомогенат у фарфоровій ступці з фізіологічним розчином із розрахунку 10:1 (об'єм/вага), готували серійні розведення від 10² до 10¹¹ та по 0,1 мл висівали на елективні середовища: Ендо, жовтково-соляний, кров'яний, модифіковане середовище Блаурока, середовище для росту лактобактерій та у конденсаційну воду свіжоскошеного агару. Питомий вміст кожної групи мікроорганізмів виражали кількістю колонієутворюючих одиниць (КУО) в 1г фекалій з розрахунком $M \pm m$.

Мікроорганізми ідентифікували згідно з класифікацією Bergey [4].

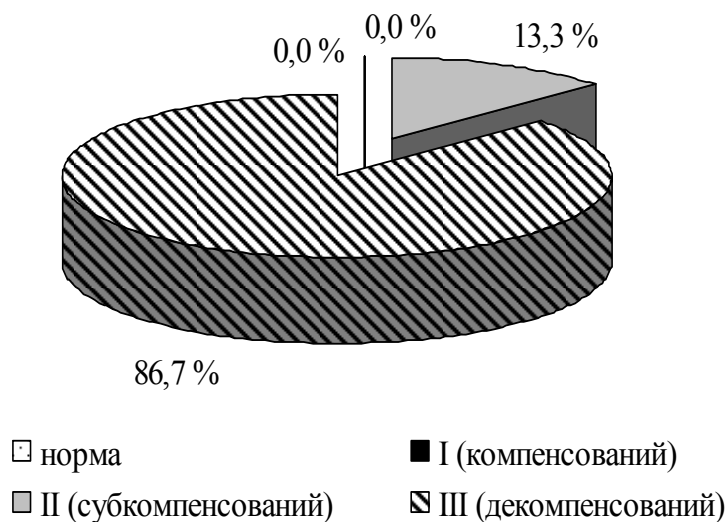
Чутливість одержаних штамів до антибіотиків визначали на середовищі Мюллера-Хінтона з використанням комерційних дисків (ООО "Аспект", м.Київ) до 9 антибактеріальних препаратів (β -лактамів, цефалоспоринових різних генерацій, фторхінолонів, тетрацикліну, карбеніциліну). Штами залежно від розміру зон затримки росту культури відносили до чутливих (S), помірно стійких (I) або резистентних (R) згідно з МВ 9.9.5-143-2007 „Визначення чутливості мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів” (2007).

Діагноз лямбліозу верифікували за МКХ-10 згідно зі діагностичною програмою «Протокол

надання медичної допомоги хворим на лямбліоз», затвердженою МОЗ України від 03.07.06. за № 434.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Проведені дослідження показали, що в 100 % випадків у фекаліях знайдено цистні форми лямблій. Усього виділено 642 штами аеробних і факультативно анаеробних мікроорганізмів 13 видів, які створювали мікрофлору кишкових випорожнень. У всіх хворих за даними копрологічного дослідження відмічався субкомпенсований чи декомпенсований дисбактеріоз. У більшості обстежених (86,7 %) діагностовано дисбактеріоз III ступеня тяжкості (рис.).



Наявність та ступені тяжкості дисбактеріозу товстої кишки у хворих на лямбліоз

Практично в усіх обстежених, у порівнянні з нормою, відмічено зниження популяційного рівня біфідо- і молочнокислих бактерій (у середньому до 10^5 та 10^3 КУО/г фекалій відповідно). У більшості хворих спостерігали понижений вміст *E. coli*, причому в 20 % випадків висівали кишкові палички із гемолітичними властивостями. У половини обстежених виділяли колонії лактозонегативних представників сімейства *Enterobacteriaceae* у титрах, що були вище нормальних показників. Частота виділення УПМ (кокоподібних та паличкоподібних бактерій, зокрема *Staphylococcus* spp., *Streptococcus* spp., *Bacillus* spp.) перевищувала припустимі значення. Причому 38,9 % виділених мікроорганізмів мали гемолітичні властивості в титрах 10^5 - 10^6 КУО/г фекалій, які вищі за норму. У 26,7 % випадків виявлено підвищений вміст дріжджоподібних

грибів роду *Candida* (в середньому у титрі 10^7 КУО/г фекалій).

Найефективнішими антибіотиками щодо виділених мікроорганізмів виявилися фторхінолони (офлоксацин та ципрофлоксацин), до яких були чутливими 96,2 % - 100 % штамів відповідно та цефалоспоринових I, III генерацій. До них чутливість зберігали від 89,6 % - 98,9 % мікрофлори товстого кишечника. Половина виділених штамів була резистентною до оксациліну (55,5%).

ВИСНОВКИ

1. Результати дослідження показали, що наявність лямблій може бути індикатором дисбактеріозу кишечника.

2. Найбільш ефективними препаратами, які застосовуються для антимікробної терапії, є фторхінолони та цефалоспоринових I, III генерацій.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Ардатская М.Д., Дубинин А.В., Минушкин О.Н. Дисбактериоз кишечника: современные аспекты изучения проблемы, принципы диагностики и лечения // Терапевтический архив. – 2001. – № 2. – С. 67–72.
2. Дисбактериоз кишечника: вопросы биологической терапии / А.И. Парфёнов, И.Н. Ручкина, Г.А. Осипов, Ю.К. Калоев // Трудный пациент. – 2007. №5 – http://www.t-pacient.ru/archive/tp5-2007/tp5-2007_308.html
3. Мікробіологічна діагностика дисбактеріозів: Методичні рекомендації / В.А.Знаменський, Н.Г.Дегтяр, С.Н. Кузьмінський та ін. – К., 1986. – 27 с.
4. Определитель бактерий Берджи. В 2-х т. / Пер с англ. Под ред. Дж. Хоулта, Н. Крига, П. Снита и др. – М.: Мир, 1997.



УДК 615-33:616-085

*И.М. Белай,
И.В. Русанов,
А.И. Белай,
Е.С. Пругло*

Запорожский государственный медицинский университет

Ключевые слова:
*антибактериальная терапия,
фармакокинетика*
Key words: *antibacterial therapy,
pharmacokinetics*

К КЛИНИЧЕСКОЙ ФАРМАКОЛОГИИ АНТИБИОТИКОВ: ПРИНЦИПЫ РАЦИОНАЛЬНОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ

Резюме. *В статті узагальнено сучасні підходи до раціональної антибіотикотерапії з позицій фармакодинаміки та фармакокінетики препаратів. Розглянуті питання формування вторинної антибіотикорезистентності, а також небажаних побічних ефектів при застосуванні антимікробних засобів.*

Summary. *In the article modern approaches to a rational antibiotic therapy in the context of drug pharmacodynamic and pharmacokinetics are generalized. Questions of formation of a secondary antibiotic-resistance as well as unfavorable side effects while using antimicrobial agents are considered.*

Более 50% заболеваний имеют инфекционную природу. На долю противoinфекционных препаратов приходится 20% от всех лекарств, применяемых в настоящее время в медицине. Наиболее важное место среди этих препаратов занимают антибиотики.

Основные правила применения антибиотиков были сформулированы еще Паулем Эрлихом и Александером Флемингом.

Первый принцип: антибиотики — это этиотропные препараты специфического действия, которые надо назначать в соответствии с чувствительностью к ним возбудителей заболеваний.

Антибиотики влияют на бактерии, спирохеты, микоплазмы, хламидии, риккетсии и грибы, но не оказывают действия на вирусы и прионы.

При инфекционном заболевании необходимо произвести идентификацию инфекционного агента. Однако ответ врач получит не ранее чем через 4-5 дней. Нередко высеять и идентифицировать микроорганизм вообще не удастся. Поэтому назначение антибиотика приходится

делать по предполагаемой флоре, основываясь на следующих сведениях:

1. Данные микроскопии мазка, окрашенного по Грамму.

2. Клиническая картина. Известно, что микроорганизмы имеют определенную тропность к тканям, обусловленную их адгезивной способностью. Отсюда и разная локализация очага инфекции.

3. Возраст больного. Многие инфекционные болезни вызываются условно патогенной флорой, т. е. возбудителями, которые вегетируют в организме здоровых лиц. Характер этой флоры меняется с возрастом, что во многом объясняется иммунологическими факторами.

4. Эпидемическая обстановка. Врач должен выяснить эпидобстановку в яслях, детском саду, школе, на работе и т. д. Существуют специальные понятия «домашняя» или «уличная» инфекции, «госпитальная» инфекция и ее разновидности: «хирургическая», «нозокомиальная» и т. п.

5. Предшествующее лечение, которое меняет