

Результати дослідження. У результаті проведених досліджень встановлено, що загальна розповсюдженість *E.coli* серед усіх обстежених з різними нозологіями досягла $14,2 \pm 1,5$ %. Не було відзначено відмінностей за кількісними показниками вилучення по роках, відсотки виділення штамів за трирічний період були пропорційними, без різких підйомів та спадів. Серед 359 жінок з встановленими діагнозами вульвовагініту та кольпіту кишкова паличка у вагінальному відділяемому була ідентифікована у 54 жінок ($15,0 \pm 1,9$ %). Серед 170 жінок з гострими та рецидивуючими циститами *E.coli* була знайдена у сечі у 21 випадку ($12,4 \pm 2,5$ %). В основному для вилучених штамів кишкової палички були притаманні високі показники щільності колонізації, у більшості випадків вони перевищували діагностичні рівні та досягали 10^6 - 10^8 КУО/мл. Достатньо часто у ідентифікованих представників даного виду спостерігалися гемолитичні властивості, що є характерною ознакою більш патогенних штамів. Особливо часто подібні риси виявляли у штамів, вилучених при циститах. Результати вивчення чутливості ізолюваних штамів до антибактеріальних препаратів засвідчили наявність збудників, резистентних до β -лактамних антибіотиків. Питома вага усіх штамів *E.coli*, стійких до цефалоспоринів, склала $28 \pm 5,2$ %. У пацієнтів з вульвовагінітами відсоток ізолюваних мікроорганізмів, нечутливих до антибіотиків цього класу, сягав $25,9 \pm 5,9$ %. При циститах відсоток вилучених штамів був відносно вищим – $33,3$ %, але враховуючи їх невелику кількість, результат є статистично невірогідним. Крім цефалоспоринів, ми також спостерігали наявність резистентності *E.coli* до фтохінолонів, ампіциліну та ко-тримоксазолу.

Висновок. результати проведених досліджень демонструють необхідність постійного моніторингу рівня резистентності чинників запальних захворювань сечостатевої системи до антибактеріальних препаратів різних груп з метою призначення адекватної терапії та мінімізації ризику хронізації запального процесу.

ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ ІМУНОБЛОТИНГУ ПРИ ДІАГНОСТИЦІ СИФІЛІСУ

В.В Кутова., О.М. Білоконь

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»

Сучасна серологічна діагностика сифілісу, за виключенням скринінгового обстеження, має комплексний характер. Слід зазначити, що на теперішній час ні один серологічний метод який використовується не володіє 100 % специфічністю. У ряді випадків, на фоні відсутності клінічних проявів інфекції, для постановки діагнозу необхідним є залучення всього арсеналу специфічних (трепонемних) діагностичних тестів. В зв'язку з цим, актуальною проблемою сифілідології є отримання достовірного результату з використанням специфічних методів, які володіють високою чутливістю і специфічністю та направлені на зменшення об'єму необхідних серологічних досліджень.

Метою даної роботи явилось вивчення ефективності методу лінійного імуноблотінгу (ІБТ) для діагностики та верифікації лабораторного діагнозу «сифіліс».

Матеріали і методи. Було обстежено 32 пацієнта, які мали позитивні результати при попередньому дослідженні на сифіліс в нетрепонемних та трепонемних тестах. Матеріалом для дослідження слугувала сироватка крові, аналіз проводився із застосуванням тест-наборів «*Treponema pallidum* IgG Вестерн-блот», «*Treponema pallidum* IgM Вестерн-блот», Euroimmun AG, Германия.

Результати дослідження. Імуноблотінг - спосіб діагностики сифілісу, що включає використання тестових стрипів з електрофоретично розділеними антигенами *Treponema pallidum*: мембранних білків *p15*, *p17*, *p45*, *p 47* та неспецифічного білку *p22*. Стрипи блокують та інкубують із зразком розведеної сироватки або плазми пацієнта, під час чого специфічні антитіла

зв'язуються з антигенами, потім застосовують ферментний кон'югант, завдяки цьому відбувається кольорова реакція, яка вказує на позитивний результат.

Всі зразки сироватки крові були обстежені на присутність специфічних імуноглобулінів IgM та IgG. Результати постановки реакції розділяли на негативні, невизначені та позитивні. При інтерпретації результатів детекції IgM-антитіл у випадку наявності лише однієї вираженої смуги специфічного антигену було достатньо, щоби результат розцінювався як позитивний. При інтерпретації результатів IgG, зразки з однією смугою розцінювали як невизначені, а зразки з двома і більше чітких смуг специфічних білків (p15, p17, p45, p 47), розцінювалися як позитивні, що було лабораторним критерієм для постановки клінічного діагнозу «сифіліс».

Результати дослідження показали, що 3,12 % (n= 1) зразків були позитивні по IgM, і 31,25 % (n= 10) по IgG.

В 6,25 % (n= 2) результати виявилися невизначеними по IgM та по IgG. В інших випадках - 40,62 % (n= 13) та 12,5 % (n= 4) відповідно де були відсутні специфічні полоси, робився висновок про негативний результат.

Висновки. Таким чином, перевагами застосування методу імуноблотінгу є висока специфічність отриманого результату, завдяки якості антигенів, які використовуються в даному методі. Окрім того, подальше визначення та виключення хибно позитивних результатів не потрібне, так як даний метод дозволяє напряду відрізняти специфічні антигени від неспецифічних, що прискорює та вказує позитивний вплив на діагностику.

Використання методу дає можливість відмовитися від трудомістких та суб'єктивних методів, які пов'язані з небезпечними маніпуляціями (робота з патогенною блідою трепонемою при постановці реакцій, культивування штамів *Treponema pallidum*), підвищує ефективність діагностики та зменшує кількість хибно позитивних результатів,

пов'язаних з неспецифічною реактивністю сироваток. Все це визначає перевагу методу імуноблотінгу перед іншими трепонемними тестами для діагностики сифілісу, зокрема, РІФ та РІБТ.

МАКРОЛИД ДЖОЗАМИЦИН И ЦЕФАЛОСПОРИН ЦЕФИКСИМ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ СМЕШАННОЙ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ

¹Г.И. Мавров, ²В.И. Миронюк

¹ГУ «Институт дерматологии
и венерологии НАМН Украины»

¹Харьковская медицинская
академия последипломного
образования МЗ Украины

²Ровенский областной
кожно-венерологический диспансер

Одним из наиболее активных макролидов является джозамицин. Он обладает высокой активностью против грамположительных кокков (*S. Pyogenes*, *S. aureus*). Он хорошо действует на возбудителя эриотразмы (*Corynebacterium minutissimum*), моракселлу (*Moraxella catarrhalis*), легионеллы (*Legionella spp.*), кампилобактеры (*Campylobacter spp.*), листерии (*Listeria monocytogenes*), хламидии (*Chlamydia trachomatis*), микоплазмы (*Mycoplasma hominis et genitalium*), уреоплазмы (*Ureaplasma urealyticum*). Джозамицин активен против гемофильной палочки (*Haemophilus influenzae*), боррелий (*Borrelia burgdorferi*), возбудителей раневой инфекции при укусах животных (*Pasteurella multocida*, *Eikenella corrodens*) и некоторых бактериоидов, включая *Bacteroides fragilis*. Джозамицин обладают довольно высокой активностью против большинства хламидий, микоплазм и уреоплазм (Таблица).