

З одного боку, відомо, що серед найбільш уживаних засобів, які здатні змінювати склад кишкової мікрофлори і таким чином впливати на рівень імунної відповіді, є препарати з антибактеріальними властивостями. Дуже невелика кількість мікроорганізмів нормофлори є стійкими до дії їх терапевтичних доз. Але, з іншого боку, імунний статус хворих на АД, як правило, скомпрометований внаслідок механізмів розвитку патологічних процесів, і привносить додаткові негативні фактори недоцільно. До того ж секретія мікроорганізмом токсинів – суперантигенів (ентеротоксини А і В, токсин синдрому токсичного шоку) стимулює одночасно декілька ланок імунної відповіді, що призводить до підвищеної продукції прозапальних цитокінів та посилює реакцію алергійного запалення. Саме тому хворі на АД потребують виключно таргетного підбору антибіотиків з прицільною дією та високою активністю щодо даного мікроорганізму і мінімумом побічних ефектів.

У зв'язку з вищевказаними причинами **метою дослідження** обрано мікробіологічне визначення максимально ефективних засобів з антистафілококовою активністю для таргетного застосування у хворих на АД.

Матеріали та методи

Бактеріологічні дослідження для ізоляції лабораторних штамів *S. aureus* з визначенням чутливості вилучених збудників до антибактеріальних препаратів різних груп проводили згідно з міжнародними протоколами та нормативними документами МОЗ України. Резистентні та помірно-резистентні мікроорганізми було об'єднано в групу нечутливих штамів.

Результати

До групи ввійшли 50 хворих на АД, у яких в результаті досліджень була визначена наявність *S. aureus*. Було здійснено аналіз результатів, отриманих при вивченні антибіотикочутливості вилучених лабораторних штамів даного мікроорганізму для виявлення таких антибактеріальних препаратів, котрі приводили до найбільш повної елімінації збудника. Звернуло на себе увагу виявлення 76,0 % штамів, резистентних до пеніциліну, при цьому 22,0 % з них становили так звані MRSA-штами, наявність котрих унеможливує призначення будь-яких β-лактамічних антибіотиків. Ізольовані штами виявили помірну чутливість до аміноглікозидів, лінкозамідів і тетрациклінів (у межах 50–54 %) та досить низьку – до макролідів (26,0 %).

Також звертає на себе увагу поява у структурі антибіотикорезистентності ванкоміцин-стійких штамів (4,0 %), що свідчить про підвищення агресивного потенціалу отриманих збудників. Показники чутливості вилучених патогенів були найбільш високими до препаратів фузидевої кислоти та фторхінолонів – 88,0 та 70,0 % штамів відповідно. Необхідно зазначити, що стосовно останнього класу антибіотиків наведений середній показник, взагалі рівні чутливості штамів до різних представників фторхінолонів відрізнялись між собою. Зокрема, необхідно зазначити, що було проведено пілотне дослідження такого засобу, як геміфлоксацин, і хоча досліді піддано усього 14 штамів, в результаті виявлено високу антистафілококову активність щодо вилучених збудників.

Відомо, що застосування одного класу антибіотиків може збільшувати ризик розвитку резистентності до іншого класу, тому на наступному етапі дослідження було здійснено комплексну оцінку резистентності вилучених штамів *S. aureus* з урахуванням поширеності полірезистентних штамів. На підставі проведеного моніторингу виявлено наявність 54 % MDR-штамів та 4 % XDR-штамів. Суттєве значення має повна відсутність PDR-штамів, тобто мікроорганізмів, резистентних абсолютно до всіх класів відомих антибіотиків.

Висновки

Таким чином, у результаті порівняльного вивчення антибіотикочутливості лабораторних штамів *S. aureus* встановлено, що високу антибактеріальну активність проявили геміфлоксацин та препарати фузидевої кислоти. Отже, неухильне зростання кількості резистентних штамів та різні показники стійкості/чутливості до антибіотиків мають істотне значення в контексті застосування антибактеріальних засобів, яке, особливо в разі хронічних та рецидивних уражень, має проводитись лише на основі даних визначення чутливості збудників до антибактеріальних препаратів, що сприятиме запобіганню необґрунтованого призначення антибіотиків.

УДК 616.972-078.33

Оцінка ефективності обстеження хворих соматичних стаціонарів на сифіліс «швидкими тестами»

В.В. Кутова, О.М. Білоконь, І.М. Нікітенко, Т.В. Осінська, Т.В. Губенко

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків

Відомо, що серологічна діагностика – найважливіший етап у боротьбі з поширенням сифілісу, яка забезпечується завдяки організації широкомасштабного скринінгового обстеження населення, пацієнтів соматичних стаціонарів і осіб, що входять до різних груп ризику. Проте складність, громіздкість, тривалість та висока собівартість постановки загальноприйнятого комплексу серологічних реакцій (КСР) істотно обмежує застосування вказаних реакцій в сучасних умовах. Згідно з Наказом МОЗ України № 997 від 22.11.2013 р. «Сучасні підходи до лабораторної діагностики сифілісу», пропонується можливість заміни КСР компактнішим і досить чутливим комплексом «швидких тестів», у зв'язку з чим апробація цих методів діагностики є актуальною.

Мета дослідження: порівняльна оцінка діагностичної ефективності «швидких тестів» на сифіліс із загальноприйнятим КСР.

Матеріали та методи

Дослідження проведені зі зразками сироватки крові від 353 пацієнтів соматичних стаціонарів. Застосовували трепонемні тести: реакція зв'язування комплекменту з трепонемним антигеном (РЗКт), реакція гемаглютинації (РПГА) ДС-РПГА-Анти-Люїс, метод імуноферментного аналізу (ІФА) DIA-IgG-IgM-Треп, реакція непрямой імунофлуоресценції (РІФ) Люмі-Бест антипалідум та «швидкі тести»: імунохроматографічний метод (ІХГ) СІТО TEST Syphilis, New vision diagnostics Профітест, OnSaite Rapid Test.

Результати

Як показали наші дослідження, імунохроматографічні експрес-тести з трепонемним антигеном поєднують у собі швидкість і простоту безриборного аналізу з чутливістю і специфічністю, близькими за відповідними показниками до ІФА, РПГА, РІФ. Прикладом ІХГ можуть служити трепонемні експрес-тести СІТО TEST Syphilis, New vision diagnostics Профітест, OnSaite Rapid Test.

При проведенні аналізу може бути використана як сироватка і плазма, так і цільна кров. Імунохроматографічні експрес-тести можуть служити альтернативою тестам ІФА, РПГА, РІФ, РЗКт в соматичних стаціонарах, якщо проведення останніх ускладнене з будь-яких причин або потрібно швидке отримання результатів.

За своєю чутливістю і специфічністю експрес-тест на сифіліс ІХГ (98,1 %) не поступався загальноновизнаним методам лабораторної діагностики: РЗКт (92,6–96,9 %), ІФА (98,9 %), РПГА (98,5 %), РІФ (98,5 %). Позитивні значення в двох або трьох із застосованих реакцій, до яких входить метод ІХГ, давали змогу провести верифікацію сифілісу за допомогою серологічних методів у всіх обстежених соматичних пацієнтів і показали можливість і своєчасність заміни рутинного РЗКт сучасними, доступнішими, швидшими у використанні і досить чутливими методами лабораторної діагностики. Слід зазначити, що кожна із застосованих тест-систем – СІТО TEST Syphilis, New vision diagnostics Профірест, OnSaite Rapid Test – має низку своїх переваг.

Висновки

Отримані порівняльні результати постановки трепонемних методів у поєднанні з ІХГ дозволяють рекомендувати його впровадження до складу серологічних реакцій на сифіліс у соматичних стаціонарах. Впровадження в лабораторну практику імунохроматографічних експрес-тестів з обов'язковим підтвердженням позитивних результатів у дерматовенерологічних закладах розширює можливості серодіагностики, забезпечує ефективніше виявлення сифілісу на всіх його стадіях, особливо у пацієнтів першого та другого рівня обстеження і осіб, що входять до груп ризику.

УДК 616.527-085.357-06-084

Обґрунтування профілактики ускладнень глюкокортикостероїдної терапії у хворих на акантолітичну пухирчатку

В.А. Літвінов, В.П. Федотов

Запорізький державний медичний університет

Акантолітична пухирчатка – тяжкий системний дерматоз, частота якого становить 1 % хворих в загальній структурі дерматологічної патології і в основі якого залишається автоагресія з розвитком акантолізису. Провідним препаратом для імуносупресивного впливу на автоалергічні процеси є глюкокортикостероїди, які призначаються на досить тривалий період, нерідко довільно, що призводить до появи багатьох серйозних ускладнень з боку різних органів і систем.

Мета роботи: обґрунтувати показання та методику поетапного використання методів профілактики ускладнень терапії глюкокортикостероїдами хворих на акантолітичну пухирчатку.

Було проведено чотирьохразове дослідження 25 хворих на вульгарну пухирчатку: до лікування, на 2–3-му тижнях прийому високих доз глюкокортикостероїдів (І етап), після 1,0–1,5 міс лікування при зниженні доз гормонів (ІІ етап) і через 3–4 міс після виписки зі стаціонару, коли хворий отримував підтримувальну терапію глюкокортикостероїдними препаратами амбулаторно (ІІІ етап). Вивчали клінічні особливості та перебіг дерматозу, функцію печінки, жировий, вуглеводний та білковий обміни, оксидативний стрес і систему оксиду азоту, а також проводили біфункціональний моніторинг добового артеріального тиску і частоти пульсу за допомогою системи CardioTens (Meditech, Угорщина).

Для комплексного лікування використовували як загальноприйняті препарати (глюкокортикостероїди, антибіотики, вітаміни, дезінтоксикаційні препарати, антицади, препарати Са, К, антимікотики та ін.), так і деякі засоби, які ми рекомендуємо за даними наших досліджень. Дозу глюкокортикостероїдів визначали на основі віку, статі та ваги хворих, суцільної та перенесеної патології та ін. Спочатку призначали високі ударні дози від 60–100 до 150–300 мг на добу преднізолонного еквіваленту. Потім, після регресу шкірних проявів дозу гормону дуже обережно і поступово знижували, поки не досягли мінімальної підтримувальної ефективної дози, яка забезпечує ремісію захворювання впродовж досить тривалого часу (1–2 таблетки на добу). Іноді у разі розвитку повної ремісії можливо повністю відмінити гормони.

На основі вивчення добового тиску, який виявив статистично значуще збільшення кількості хворих з недостатнім нічним зниженням артеріального тиску non-dipper і групінight reakers, а також консультації кардіолога вранці призначали Мікардіс (чи мікопрес) по 80 мг і ввечері – амлодипін (Стамло, Аген) по 5 мг. Ми рекомендуємо використовувати статини на ІІІ етапі, коли різко знижуються активність синтази оксиду азоту під впливом глюкокортикостероїдів. Прийом статинів (Роксера 10 мг ввечері 1 раз на добу), за нашими даними, підвищує рівень NO-синтази, що позитивно впливає на відновлення низки важливих функцій організму, а також нормалізацію рівня холестерину, особливо низької щільності, знижує частоту інфарктів і інсультів, зменшує запалення в судинах.

Також рекомендуємо використовувати 1 % розчин реамбирину на ІІ і ІІІ етапах лікування пухирчатки (це добре збалансований полііонний розчин з додаванням янтарної кислоти). Дія препарату обумовлена здатністю підсилити компенсаторну активацію аеробного гліколізу, знижувати рівень пригнічення окисних процесів. Реамберин вводиться внутрішньовенно крапельно по 400 мл (через добу – 2 інфузії, а потім 2 рази на тиждень, № 8–10). Ми знову звернулись до ізотонічних розчинів натрія хлориду, який вводили внутрішньовенно крапельно по 400 мл на ІІ етапі лікування з метою стимуляції функції наднирників, а також дезінтоксикації, нормалізації порушень нервової системи та кровообігу.

З профілактичною метою було проведено зниження згортальної здатності крові за допомогою призначення інгібіторів агрегації тромбоцитів – Зілт 75 мг або Плагрил (Д-р Реддіс) 75 мг – вранці одноразово на ІІ і ІІІ етапах лікування для профілактики тромбоутворення і можливої емболії. Сечогінні засоби призначали одноразово вранці натще – трифас 5 мг, 1 раз на 1–2 тиж на ІІ і ІІІ етапах лікування – як для нормалізації артеріального тиску, так і для виведення рідини з організму для профілактики недостатності серцевої діяльності. Для регуляції мікрофлори кишечника рекомендовані пробіотики (ентерожерміна) по 1–2 флакони 1 раз на добу, 14 днів на кожному етапі лікування. Гепатопротектори необхідні на всіх етапах лікування. Так, на першому етапі ми рекомендуємо прийом есенціале-Н по 1 капсулі тричі на добу, а на ІІ і ІІІ етапах – гепабене по 1 капсулі двічі на добу. Показаний АТФ на І і ІІ етапах лікування внутрішньом'язово по 1 флакону (10 мл), який покращує метаболізм і енергозабезпечення тканин, підсилює мозковий та коронарний кровообіг. Прийом АТФ доцільно чередувати через добу з кокарбоксілазою внутрішньом'язово по 3,0 (0,05 г коферменту), яка нормалізує діяльність серцево-судинної системи, коронарний кровообіг, а також при ацидозі.

Необхідно проводити контроль діурезу, рівня глюкози у крові та сечі, аналіз калу на приховану кров.

Ми не вважаємо за доцільне у хворих на пухирчатку використовувати анаболічні стероїди, седативні та заспокійливі препарати, антидепресанти.

Висновки

1. Рекомендовано з метою профілактики ускладнень глюкокортикостероїдної терапії поетапний прийом як стандартних, так і рекомендованих нами засобів в залежності від доз гормонів.