



other - laterally. However, the relief of the mucous membrane is not affected - the outer surface of the sink remains smooth. It protrudes into the nasal cavity at 1150-1250 microns. Its anteroposterior size reaches 4500 microns. The cartilage plate of the lower nasal conch has an irregular S-shape. It gives away a number of outgrowths. The first is at the base of the sink and is pointing up and medially. The distal end of the sink expands to form two more outgrowths. One of them goes to the top, the other - laterally. Front-Back the size of the sink reaches 5600 microns.

At the beginning of the pre-fetal period of human development due to the protrusion of the epithelium of the lateral walls of the nose in the adjacent mesenchyme, the nasal shells and nasal passages are formed.

At the end of the pre-fetal period of ontogeny due to the differentiation of the mesenchyme, the cartilage skeleton of the lateral walls of the nose is formed.

**Безрук В.В.**  
**РЕГІОНАЛЬНА АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНІСТЬ**  
**ТА РАЦІОНАЛЬНА АНТИБІОТИКОТЕРАПІЯ**  
**ХВОРОБ ГРУПИ «ІНФЕКЦІЇ НИРОК»**

*Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини*  
*Вищий державний навчальний заклад України*  
*«Буковинський державний медичний університет»*

В умовах сучасної медичної практики для раціональної антибактеріальної терапії обов'язково слід враховувати можливі зміни чутливості збудників, зокрема уропатогенів, у часі. Виявлення регіональних особливостей антибіотикорезистентності збудників інфекцій сечової системи (ІСС) дає змогу покращити результати лікування пацієнтів із даною патологією.

Мета роботи – дослідження особливостей антибіотикорезистентності збудників ІСС серед дитячого населення Чернівецької області з метою проведення раціональної антибіотикотерапії хвороб групи «Інфекції нирок».

Проведено вивчення регіональної етіологічної структури збудників ІСС та їх спектру антибіотикочутливості, проведено бактеріологічне дослідження зразків сечі 3089 дітей (0-18 р. включно) Чернівецької області: скринінгове бактеріологічне дослідження зразків сечі 2432 дітей-пацієнтів лікувальних закладів Чернівецької області, які обстежувалися з метою верифікації ІСС (0-18 р. включно) та аналіз антибактеріальної резистентності уропатогенів, ідентифікованих у 657 зразках сечі пацієнтів, яким надавалася спеціалізована медична допомога в нефрологічному відділенні КНП «Міська дитяча клінічна лікарня» м. Чернівці: до основної групи обстежених дітей (n=482) увійшли пацієнти із ІСС та групи порівняння (n=175) включені пацієнти із неінфекційними захворюваннями сечостатевої системи.

Серед дітей Чернівецької області із захворюваннями інфекційно-запального та неінфекційного генезу сечостатевої системи спостерігаються достовірні відмінності у етіологічній структурі виділених уропатогенів, зокрема у виділенні грампозитивних коків (*E. faecalis*, *S. aureus*, *S. viridans*,  $p < 0,05$ ), ентеробактерій (*E. coli*, *P. mirabilis*, *P. rettgeri*, *P. vulgaris*,  $p < 0,01$ ) та резидентної флори (*Bacillus spp.*, *Corynebacterium spp.*, *Lactobacillus spp.*, *Micrococcus spp.*, *S. saprophyticus*, *S. epidermidis*,  $p < 0,01$ ). У хворих на ІСС провідними уропатогенами є штами родини *Enterobacteriaceae*; серед дитячого населення регіону із ІСС спостерігалася «хвилеподібна» крива динаміки антибіотикорезистентності уропатогенів родини *Enterobacteriaceae* з тенденцією зниження до «препаратів вибору»: напівсинтетичних пеніцилінів (амоксцилін / клавуланат –  $\chi^2=7,694$ ,  $p < 0,01$ ), цефалоспоринів II-III покоління (цефуроксим –  $\chi^2=4,807$ ,  $p < 0,01$ ; цефтазидім –  $\chi^2=15,07744$ ,  $p < 0,01$ ; цефтриаксон –  $\chi^2=5,633$ ,  $p < 0,01$ ; цефепім –  $\chi^2=12,971$ ,  $p < 0,01$ ; цефоксігін –  $\chi^2=20,940$ ,  $p < 0,01$ ) і препаратів фторхінолонового ряду (офлоксацин –  $\chi^2=6,023$ ,  $p < 0,01$ ; ципрофлоксацин –  $\chi^2=5,876$ ,  $p < 0,01$ ; левофлоксацин –  $\chi^2=4,338$ ,  $p < 0,01$ ).

Таким чином, серед дітей, що проживають у Чернівецькій області та хворіють на хвороби групи «Інфекції нирок», слід виважено підходити до емпіричного вибору



патогенетичної терапії – антибіотиків, представників напівсинтетичних пеніцилінів, цефалоспоринів II-III поколінь та препаратів фторхінолонового ряду, як стартової антибактеріальної терапії у зв'язку із підвищенням регіональної антибіотикорезистентності уропатогенів до цих препаратів. Подальшу корекцію антибактеріальної терапії хвороб групи «Інфекції нирок» слід проводити враховуючи дані регіонального моніторингу щодо антибіотикорезистентності основних груп уропатогенів, що циркулюють серед дитячого населення Чернівецької області. При неускладненій інфекції сечової системи у дітей доцільно уникати застосування антибіотиків широкого спектра дії і використовувати, для лікування та профілактики, альтернативні заходи – антибактеріальні препарати рослинного походження або використання спеціалізованих урологічних вакцин.

**Безруков Л.О.**

### **ЧИ ВПЛИВАЄ ВМІСТ УЛЬТРАМАЛИХ ЧАСТОЧОК РОЗМІРОМ 10-20 НМ В АТМОСФЕРНОМУ ПОВІТРІ НА ПЕРЕБІГ НЕОНАТАЛЬНОГО СЕПСИСУ У ДІТЕЙ?**

*Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Проблема неонатального сепсису й надалі займає одне з провідних місць у неонатальній практиці, а удосконалення діагностики та лікування сепсису у новонароджених залишається актуальною метою сучасної неонатології.

Метою роботи було оцінити вплив вмісту ультрамалих часточок розміром 10-20 нм в атмосферному повітрі на перебіг неонатального сепсису у дугей.

Для оцінки впливу вмісту ультрамаленьких часточок (УМЧ) в атмосферному повітрі під час внутрішньоутробного розвитку новонароджених, які захворіли на сепсис, проаналізовані ключові його показники перебігу. I групу сформували 17 хворих неонатальним сепсисом в яких в один з вказаних періодів вміст УМЧ розміром 10-20 нм у повітрі перевищував 1,0. У II групу увійшли 35 новонароджених з сепсисом у яких в одному з вказаних періодів вміст часточок 10-20 нм в атмосферному періоді був менше 1,0.

Отримані дані свідчать про те, що вміст в атмосферному повітрі УМЧ величиною 10-20 нм в період внутрішньоутробного розвитку дітей суттєво не впливає на їх гестаційний термін та гостру адаптацію до умов поза утробного життя.

Тривалість лікування в стаціонарі новонароджених вказаних клінічних груп суттєво не відрізнялась і склала в середньому в I підгрупі - 43,9±6,2 діб та в II підгрупі - 42,2±2,6 діб ( $p>0,05$ ). Відмічено, що у дітей першої підгрупи при лікуванні сепсису штучна вентиляція легень в середньому використовували 9,7±0,3 (95%ДІ 6,5-13,0) діб, а інотропні препарати - впродовж лікування 2,4±0,3 (95%ДІ 1,6-3,1) діб. В групі порівняння тривалість вказаних методів інтенсивного лікування склала в середньому 10,4±1,9 (95%ДІ 6,1-14,7) дітей ( $p>0,05$ ) та 2,7±0,3(95%ДІ 1,2-4,1) діб ( $p>0,05$ ) відповідно.

Несприятливі екологічні стимули в будь-якому періоді життя внутрішньоутробного розвитку можуть викликати зміни в імунній системі новонароджених. Так у дітей I групи, відмічається певний дисбаланс маркерів системної запальної відповіді організму на інфекцію у вигляді суттєвого зниження протизапального Іл-10. У цих же хворих відмічено підвищений вміст в сироватці крові пресепсина, який відображає зменшення фагоцитарної активності фагоцитів. Так в I підгрупі вміст пресепсину склав 907,1± 198,2 пг/мл, а в групі порівняння 672,6 ±152, 4 пг/мл ( $p>0,05$ ). Вміст в сироватці крові імуноглобулінів А, G, M в групах порівняння суттєво не відрізнявся. Так в перший день захворювання сепсисом у хворих I групи вміст Ig A склав 1,26±0,29г/л, Ig G -5,54±1,1 гл та Ig M – 0,52±1,1 г/л. У хворих II групи вміст в сироватці крові цих імуноглобулінів відповідно склав: Ig A -1,1±0,19г/л, Ig G - 4,69±0,61 г\л та Ig M – 0,49±0,05 г/л ( $p>0,05$ ).

Таким чином, несприятливі екологічні фактори в період внутрішньоутробного розвитку можуть викликати структурні зміни в органах, метаболічні порушення і