



В умовах пульмоалергологічного відділення ОДКЛ м. Чернівці, проведено визначення неспецифічної гіперсприйнятливості бронхів у 42 дітей підліткового віку, що хворіють на БА. Обстеження проводили у міжпападному періоді, коли в дитини були повністю відсутні клінічні прояви обструкції бронхів, і відмінялися медикаменти, котрі могли вплинути на точність оцінки неспецифічної гіперсприйнятливості до прямих і непрямих стимулів. У більшості дітей обстеження проводилися багаторазово в динаміці спостереження.

Виявлено, що гіперчутливість бронхів була меншою за середньо тяжкого перебігу БА ніж за тяжкого її варіанту, і становила (ПК20Г)  $1,58 \pm 0,5$  мг/мл, проти  $1,04 \pm 0,4$  мг/мл. Реактивність бронхів за даними дозозалежної кривої становила відповідно  $2,01 \pm 0,14$  ум.од. проти  $2,19 \pm 0,12$  ум.од., що свідчило про вищий ступінь реактивності дихальних шляхів при тяжкому перебігу захворювання в підлітків. По мірі посилення тяжкості захворювання у підлітків зростає лабільність бронхів (ПЛБ). Так при легкому перебігу захворювання ПЛБ дорівнює  $9,26 \pm 0,13\%$  (95% ДІ:0,12-1,45), при середньотяжкому  $13,18 \pm 3,93\%$  (95% ДІ:12,9-25,3), а при тяжкому перебігу БА  $27,7 \pm 4,2\%$  (95% ДІ:12,8-26,1), ( $P < 0,05$ ). За середньотяжкого варіанту ПЛБ зростає переважно за рахунок індексу бронходиляції  $10,37 \pm 3,18\%$  (95% ДІ:10,5-20,5), а за тяжкої – також і за рахунок виникнення бронхоспазму фізичної напруги  $12,3 \pm 3,34\%$  (95% ДІ:9,5-20,4).

Отже, гіперсприйнятливість дихальних шляхів до прямих і непрямих стимулів у післяпападному періоді, мабуть, поєднує спільні механізми, до яких, перш за все, слід віднести запалення дихальних шляхів, а неспецифічну гіперреактивність бронхів у дітей підліткового віку, слід розглядати як мультифакторний феномен, а скоріше – епіфеномен, бронхіальної астми.

**Яковець К.І.**

### **РОЛЬ МІКРООРГАНІЗМІВ ТА ЇХ АСОЦІАЦІЙ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ГНІЙНОМУ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНОМУ СИНУЇТІ У ХВОРИХ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 1-ГО ТИПУ**

*Кафедра дитячої хірургії та отоларингології  
Буковинський державний медичний університет*

Метою роботи було визначення якісного і кількісного складу мікробіоти у хворих на хронічний гнійний верхньощелепний синуїт (ХГВС) з цукровим діабетом 1 (ЦД 1) типу.

Бактеріологічними та мікрологічними методами проведено визначення якісного і кількісного складу асоціантів мікробіоти біотопу порожнини верхньощелепних пазух у 50 хворих на ХГВС з ЦД 1 та 37 хворим на ХГВС такого ж віку без супутньої патології. У вмісті порожнини верхньощелепних пазух хворих на ХГВС, поєднаний з ЦД 1 типу, виділено та ідентифіковано 175 штамів різних видів мікроорганізмів, що відносяться до 24 різних таксономічних груп, які у біотопі формують різні за якісним складом мікробні асоціації, що складаються із 3-х різних видів у 58% хворих, із 4-х видів у 34,0% та із п'яти різних таксонів – у 8,0% хворих.

ХГВС у пацієнтів з ЦД 1 типу порушує мікробні асоціації. У хворих на ХГВС зростає кількість асоціацій, що складаються з 3-х видів у 2,7 рази, але зменшується на 11,76% кількість асоціацій, що складаються із 4-х видів мікроорганізмів. Кількість асоціацій, що складаються з 5-ти видів у хворих зменшується у 3,5 рази. Серед найбільш численних асоціацій, що складаються із 3-х видів патогенних та умовно патогенних автохтонних факультативних мікроорганізмів, частіше зустрічаються асоціації наступних представників: *M. catarrhalis*, *S. aureus* і *Bacteroides* spp.; *Prevotella* spp., *S. viridans* і *S. salivarius*; *M. catarrhalis*, *Prevotella* spp. і *S. epidermitis*; *H. influenzae*, *Prevotella* spp. і *S. epidermitis*.

Асоціації, що складаються із 4-х видів виявлені у 34% хворих і складаються з *S. pneumoniae*, *M. catarrhalis*, *S. pyogenes*, *Fusobacterium* spp; *S. pneumoniae*, *E. coli*, *S. aureus* і *Candida* spp.; *S. pneumoniae*, *E. coli* Hly+, *S. viridans* і *Candida* spp.

У хворих на ХГВС, поєднаний з ЦД 1 типу з тяжким перебігом були наявними асоціації, що склалися із *S. pneumoniae*, *M. catarrhalis*, *Candida* spp. і *S. epidermitis*; *S.*



pneumoniae, M. catarrhalis, S. pyogenes, S. epidermitis; Bacteroides spp., H. influenzae, S. pyogenes, Enterobacter spp.; Bacteroides spp., H. influenzae, S. pyogenes, Candida spp. Перераховане вище може свідчити про вплив не тільки етіологічного агента, а також і певної асоціації мікроорганізмів на тяжкість перебігу ХГВС, поєднаного із ЦД 1 типу. У хворих на ХГВС, поєднаний з важким перебігом ЦД 1 типу були виявлені асоціації мікроорганізмів, що склалися із 5-ти видів. Їхній склад був різним, але у всіх був виділений та ідентифікований збудник S. pneumoniae у високому популяційному рівні, умовно патогенні облигатні анаеробні бактерії роду Bacteroides і Prevotella, Fusobacterium, стрептококи і золотистий стафілокок.

За індексом постійності та домінування Бергера-Паркера домінуючими збудниками хронічного запального процесу у верхньощелепних пазухах є S. pneumoniae, H. influenzae, M. catarrhalis. Інші бактерії (S. pyogenes, S. aureus, E. coli Hly+, B. fragilis) являються додатковими або ж випадковими (E. coli Hly+, B. fragilis) збудниками. Всі основні збудники персистують у біотопі в асоціації. Мікроорганізми, в залежності від їх ролі у нормобіоценозі, можуть інгібувати патогенетичну активність провідного збудника або ж, навпаки, активувати його патогенетичну роль, що необхідно враховувати при виборі лікувальної тактики.

#### СЕКЦІЯ 14

### АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ, АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ ТА ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ

**Akentieva S.O.**

#### PLASMOSORPTION IN HEPATIC-RENAL FAILURE

*Department of Anesthesiology and Resuscitation*

*Bukovinian State Medical University*

The objective of the paper is to optimize the treatment of patients with severe hepatic-renal insufficiency using the method of plasma sorption (PS). PS (55) was performed in 26 patients: 12 men and 14 women. By age: up to 30 years - 2; to 40 - 1; up to 50-3; to 60 - 11; over 60 – 9 individuals. This group included patients with leptospirosis, toxic hepatitis, mechanical jaundice, pancreatic necrosis, sepsis, peritonitis, acute cholecystopancreatitis. PS was performed on the first 1-2 days of the patients' admission to the intensive care unit against a background of oliguria or oligoanuria in a usual intermittent way. The "HSDG" sorbent with a capacity of 100 ml known in its quality characteristics was used to purify plasma. During one session 1400-1600 ml of plasma was purified and returned to the patient in parallel with the return of the formed elements. Inclusion criteria: presence of mixed liver and kidney failure (total blood bilirubin - 240-260  $\mu\text{mol} / \text{l}$ ; urea - 18-30  $\text{mmol} / \text{l}$ ; creatinine - 430-520  $\text{micromol} / \text{l}$ ; diuresis  $<1\text{L} / \text{day}$ ). Exclusion criteria: independent hepatic and renal insufficiency syndromes, fulminant forms, critical states (shocks, terminal states). Comparison groups: a) 26 patients with similar nosologies, who underwent hemosorption (HS); b) 11 patients who underwent plasmapheresis (PP). Criteria for using repeated sessions (RS): ineffectiveness of 1 session of the PS - preservation of the patient's previous state and of the level of metabolites in the blood. Criteria for termination of PS sessions: improvement of the general condition of the patient, a decrease in jaundice, itchy skin, weakness and tiredness, absence of a "drainage" effect on the level of blood metabolites, their gradual decrease in the blood, appetite improvement, increased diuresis, increased sensitivity of the body to drugs. Basic therapy: infusion therapy (glucose, albumin, Dextran, etc.), diuretics, antiagregants, antibiotics, vitamins, hepatoprotectors, antioxidants. As a result, 80% of patients experienced a significant improvement: they had a stabilized condition or there was a regression of endotoxemia, there was a positive dynamics of the level of metabolites (a gradual decrease in total bilirubin and its fractions starting with the 3-4<sup>th</sup> days, nitrogenous slugs - from the 2-3<sup>rd</sup> days) and medium sized molecular oligopeptides, there was a stability of the content of protein in the blood, decreased jaundice, unbearable itching of the skin stopped and the appetite improved. An important and perhaps a turning point in the treatment was an increase in diurnal diuresis:  $874.0 \pm 52.0$  in the FS, and on the third day -  $1600.0 \pm 65.0$  ml, which correlated with the dynamics of metabolites and "middle