



місті. Індикатором тяжкості ураження кардіоваскулярної системи при неонатальному сепсисі виступала потреба у застосуванні в перші дні після народження інотропних препаратів для підтримки стабільності гемодинаміки. Залежно від цього всі новонароджені були розподілені на дві групи: до I групи увійшли немовлята, яким призначали інотропні засоби (40%), відповідно до II групи - новонароджені, в лікуванні яких такі засоби не застосовувались (60%). Проведена оцінка діагностичної цінності активності ЛДГ як маркера ураження серцево-судинної системи при сепсисі у новонароджених дають підстави вважати, що рівень ЛДГ > 300 Од/л володіє специфічністю 66,7% (95%ДІ=56,54-75,84) та чутливістю 60,0% (95%ДІ=49,72-69,67). Також виявлено, що при рівні ЛДГ > 300 Од/л шанси ушкодження кардіоваскулярної системи у новонароджених з сепсисом достовірно зростають у 3 рази (СШ = 3,0; 95%ДІ=1,69-5,35).

Таким чином, отримані дані дають підстави вважати, що проаналізований вище біохімічний маркер (ЛДГ) не може бути самостійно використаний для верифікації ураження серцево-судинної системи у новонароджених з сепсисом, оскільки не володіє достатньою діагностичною цінністю. Проте, при рівні ЛДГ > 300 Од/л шанси ушкодження кардіоваскулярної системи у новонароджених з сепсисом достовірно зростають у 3 рази, що обумовлює необхідність рутинного використання цього біохімічного показника у хворих на неонатальний сепсис.

Левицька С.А.

ЧУТЛИВІСТЬ І СПЕЦИФІЧНІСТЬ ТИМПАНОМЕТРІЇ ПРИ КОНДУКТИВНІЙ ПРИГЛУХУВАТОСТІ У ДІТЕЙ

Кафедра дитячої хірургії та отоларингології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Розвиток стійкої кондуктивної приглухуватості в дітей із гіпертрофією глоткового мигдалика і тривалою обструкцією слухових труб, має місце у 8,3-10% пацієнтів із аденоїдними вегетаціями. Стійке порушення вентиляції середнього вуха здатне призвести до розвитку в дитини ексудативного отиту із накопиченням в'язкого секрету в барабанній порожнині, порушенням рухливості системи «барабанна перетинка – слухові кісточки». Допоміжним методом у діагностиці ексудативного отиту є тимпанометрія, котра дозволяє оцінити акустичний імпеданс.

Проте тимпанограма типу «В», що визначає відсутність рухів барабанної перетинки у відповідь на акустичний сигнал, може засвідчити не тільки накопичення в барабанній порожнині ексудату, але й розвиток важкого адгезивного процесу, різкого зменшення об'єму барабанної порожнини тощо. У таких випадках зростає ймовірність хибнопозитивних діагнозів ексудативного отиту і зайвих інвазійних втручань на середньому вусі.

У 48-ми дітей із аденоїдними вегетаціями II-III ступенів і зниженням слуху проведено визначення чутливості, специфічності, відношення правдоподібності, прогностичної цінності основних симптомів ексудативного отиту. За результатами тимпанотомії ексудативний отит підтверджений у 26-ти дітей, спростований – у 22-х. Більшість клінічних діагностичних ознак мали високу чутливість, але малу специфічність. Отоскопічні і тимпанометричні ознаки ексудативного отиту виявили найбільшу чутливість (92%). Діагностична специфічність тимпанометрії становила 18%, що не дає можливості діагностувати ексудативний отит тільки на підставі визначення акустичного імпедансу. Встановлена висока прогностична цінність негативного результату діагностичних тестів. Відсутність характерних отоскопічних ознак дозволяє спростувати діагноз ексудативного отиту з ймовірністю 80%. Ефективність діагностики зростала при аналізі комбінацій клінічних критеріїв і діагностичних тестів. Так, чутливість комбінації приглухуватості, отоскопічних ознак ексудативного отиту і характерних змін тимпанометричної кривої становила 63%, специфічність – 88%.



Таким чином, при діагностуванні ексудативного отиту тільки на підставі даних тимпанометрії імовірність правильного рішення не перевищує 50%.

Мазур О.О.

**МІКРОБІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНІЧНОГО ГНІЙНОГО
ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНОГО СИНУСИТУ У ХВОРИХ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 1-ГО
ТИПУ СЕРЕДНЬОГО І ВАЖКОГО СТУПЕНЮ.**

*Кафедра дитячої хірургії та отоларингології
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Метою роботи було визначення видового і популяційного складу мікробіоти хронічного гнійного верхньощелепного синуситу у хворих на цукровий діабет 1-го типу середнього і важкого ступеню.

Бактеріологічними та мікологічними методами проведено дослідження видового, популяційного рівня та кількісної характеристики мікробіоти та асоціантів біотопу порожнини верхньощелепних пазух у 38 хворих на хронічний гнійний верхньощелепний синусит (ХГВС) з цукровим діабетом (ЦД) 1-го типу та 10 хворим на ХГВС такого ж віку без супутньої патології. У вмісті порожнини верхньощелепних пазух хворих на ХГВС з ЦД 1-го типу, виділено та ідентифіковано 176 штамів різних видів мікроорганізмів, що відносяться до 22 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-го типу порушує мікробні асоціації. У хворих на ХГВС зростає кількість асоціацій, що складаються з 3-х видів у 2,7 рази, але зменшується в 1,4 рази 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 з ЦД 1-го типу з перебігом середнього ступеню важкості 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.

У хворих на ХГВС, поєднаний з важким перебігом ЦД 1-го 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 провідні збудники персистують у біотопі в асоціації. Асоціанти, в залежності від їх ролі у нормобіоценозі, можуть інгібувати патогенетичну активність провідного збудника або ж, навпаки, активувати його патогенетичну роль.