

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



## **МАТЕРІАЛИ**

**96 – ї**

**підсумкової наукової конференції  
професорсько-викладацького персоналу  
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

**16, 18, 23 лютого 2015 року**

**Чернівці – 2015**

УДК 001:378.12(477.85)  
ББК 72:74.58  
М 34

Матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2015. – 352 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція – професор, д.мед.н. Бойчук Т.М., професор, д.мед.н. Іващук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Кравченко О.В.  
доктор медичних наук, професор Давиденко І.С.  
доктор медичних наук, професор Дейнека С.Є.  
доктор медичних наук, професор Денисенко О.І.  
доктор медичних наук, професор Заморський І.І.  
доктор медичних наук, професор Колоскова О.К.  
доктор медичних наук, професор Коновчук В.М.  
чл.-кор. АПН України, доктор медичних наук, професор Пішак В.П.  
доктор медичних наук, професор Гринчук Ф.В.  
доктор медичних наук, професор Слободян О.М.  
доктор медичних наук, професор Тащук В.К.  
доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.  
доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.

ISBN 978-966-697-588-4

© Буковинський державний медичний  
університет, 2015



блювотою, артеріальною гіпертензією, брадикардією і відчуттям тривоги. Поява даної симптоматики наголошується при падінні рівня натрію в крові нижче 125 мекв/л і пов'язане з реабсорбцією рідини під час операції. Ризик виникнення Тур-синдрому прямо пропорційний тривалості операції, оскільки в процесі резекції відбувається абсорбція ірригаційної рідини.

На основі аналізу клінічних і лабораторних даних у хворих на ДГПЗ під час трансуретральної резекції простати, розробити рекомендації щодо профілактики та метафілактики ТУР-синдрому.

В ендурологічному центрі ЛШМД м.Чернівці обстежено 35 хворих на ДГПЗ, у яких під час операції виникав ТУР-синдром. Ці дані щодо стану електролітного обміну натрію під час оперативного лікування проаналізовані та статистично оброблені. Вік хворих коливався від 55 до 79 років. Усі хворі були обстежені лабораторно (клінічні та біохімічні аналізи крові та сечі) і сонографічно (УЗД нирок, сечового міхура, простати, вимірювання залишкової сечі).

В обох групах хворих спостерігали достовірне зниження доопераційної швидкості клубочкової фільтрації за ендogenousним креатиніном. Це говорить про скомпрометовану функцію нирок та їх зменшену здатність підтримувати електролітний баланс. Відмічена чітка взаємозалежність між розвитком ТУР-синдрому та часом виконання операції. Продовження оперативного втручання після 90 хвилинної операції несе в собі значну вірогідність розвитку ТУР-синдрому. Рівень натрію сироватки крові під час його розвитку складав  $98 \pm 5,7$  ммоль/л. Корекція даного стану проводилась введенням гіпертонічного розчину NaCl, гіперосмолярних розчинів (Реосорбілакт, Сорбілакт), диуретиків та глюкокортикоїдів (гидрокортизон).

В якості ірригаційної рідини необхідно використовувати ізотонічні розчини. Необхідно намагатися скоротити час оперативного втручання (за рахунок вдосконалення хірургічної техніки, використання більш досконалого обладнання). При значному порушенні функціонального стану нирок доцільно проводити доопераційну підготовку з використанням препаратів, що покращують нирковий кровообіг та посилюють клубочкову фільтрацію у поєднанні з нефропротекторами. Під час оперативного втручання проводити метафілактику екстравазації ірригаційної рідини шляхом досконалого гемостазу та підтримки стало підвищених показників артеріального тиску.

**Федорук О.С., Візнюк В.В., Владиченко К.А., Степанченко М.С.**

#### **ОЗОНОТЕРАПІЯ ТА ФУНКЦІЯ НИРОК У ХВОРИХ ІЗ СЕЧОКАМ'ЯНОЮ ХВОРОБОЮ**

*Кафедра хірургії та урології*

*Буковинського державного медичного університету*

Сечокам'яна хвороба (СКХ) на даний час є однією з найчастіших урологічних хвороб і за даними багатьох досліджень залишається однією з актуальних проблем сучасної урології. Будь-хто може захворіти на дану патологію. Урологічне поняття сечового каменя визначається як камінь, який є симптоматичним, тобто його наявність фіксується з допомогою додаткових методів дослідження. За даними ряду авторів (Н.К. Дзеранов, А.В. Лыков, И.Н. Волков, 2003; В.Я. Фарбинович з співавт., 2001) в 90-100% випадків, піелонефрит супроводжує СКХ та відноситься до числа найбільш частих його ускладнень, так як відбуваються істотні зміни гемодинаміки, які носять оборотний характер, але їх буває достатньо для активації перебігу хронічного піелонефриту.

Метою нашого дослідження є вивчення впливу озонотерапії на функцію нирок в комплексному лікуванні сечокам'яної хвороби.

Обстежено 27 хворих із СКХ, які перебували на стаціонарному лікуванні. При цьому 26% (7) з яких склали чоловіки та 74% (20) жінки. Вік хворих коливався в межах 20 – 45 років. Діагноз підтверджений з допомогою лабораторних та інструментальних методів дослідження (УЗД, оглядова та екскреторна урографія). Хворих розподілено на 2 групи: 1 група – 15 хворих, яким проводилася традиційна превентивна антибактеріальна, протизапальна та дезінтоксикаційна терапія; 2 група – 12 хворих, яким проводилася традиційна терапія (протизапальна та дезінтоксикаційна на терапії) в комплексі із озонотерапією, але без антибактеріальної.

Озонотерапія проводилася з допомогою апарату «Бозон – Н», методом внутрішньо-венних інфузій озонованого розчину NaCl 0,9% 200 мл № 7 щодня при цьому концентрація озону в розчині складала від 1.5 до 7,0 мг/л. В/в введення озонованого розчину проводили через 3-5 хв після його отримання.

Проведені дослідження стану прооксидантної системи крові показали, що до початку лікування у першій ( $2,76 \pm 0,06$  Е 232/мл крові) та другій ( $2,92 \pm 0,04$  Е 232/мл крові) групах спостерігали вірогідне збільшення ДК. Відповідно і показники МА становили вірогідно вищі величини в першій ( $3,23 \pm 0,07$  мкмоль/л) та другій ( $3,42 \pm 0,07$  мкмоль/л) групах. Ці дані вказують на зміщення балансу у бік надмірної активації прооксидантної системи. Під час проводимої терапії продовжувалось зростання даних показників в першій та другій групах: ДК  $2,99 \pm 0,18$  та  $3,06 \pm 0,06$  Е 232/мл крові; та МА  $3,43 \pm 0,23$  та  $3,45 \pm 0,07$  мкмоль/л відповідно. Але на 7 добу терапії дані показники в першій групі вірогідно знизилися (ДК -  $2,56 \pm 0,06$  Е 232/мл крові, МА -  $3,22 \pm 0,07$  мкмоль/л), та найбільше зниження показників спостерігалось в другій групі (ДК -  $2,49 \pm 0,06$  Е 232/мл крові, МА -  $3,20 \pm 0,07$  мкмоль/л).

Високу активність ферментів антиоксидантної системи, а саме каталази (К) (I група-  $15,13 \pm 0,43$  ммоль/1гНб за 1хв, II група-  $15,19 \pm 0,43$  ммоль/1гНб за 1хв) та ГВ (I група –  $0,80 \pm 0,02$  ммоль/л, II група –  $0,79 \pm 0,02$  ммоль/л) до початку лікування встановлено в досліджуваних групах в однаковій мірі. В 2 групі після



початку терапії в комплексі з озонотерапією відмічено зростання показників антиоксидантної системи (каталаза -  $17,85 \pm 0,43$  ммоль/1гНб за 1хв; ГВ -  $0,83 \pm 0,02$  ммоль/л), та на 7 добу лікування рівень досліджуваних показників вірогідно знизився в 2 групі (каталаза -  $14,47 \pm 0,43$  ммоль/1гНб за 1хв; ГВ -  $0,77 \pm 0,02$  ммоль/л) у порівнянні з першою (каталаза -  $15,01 \pm 0,43$  ммоль/1гНб за 1хв; ГВ -  $0,79 \pm 0,02$  ммоль/л).

У відповідь на в/в введення в тканини озонованого розчину в тканині нирок відбувається компенсаторне підвищення активності ферментів антиоксидантної системи та продуктів перекисного окислення ліпідів. Полідуока активація ферментних та неферментних антиоксидантних систем організму спричинює зниження досліджуваних показників на 7 добу лікування даних хворих.

Отримані результати свідчать про те, що в умовах розвитку ренальної дисфункції при сечокам'яній хворобі, застосування традиційної дезінтоксикаційної та протизапальної терапії в комплексі з озонотерапією сприяє зменшенню гломерулярно-тубулярної дезінтеграції та має здатність нівелювати вплив оксидативного стресу що свідчить про його нефропротекторний вплив. Застосування традиційного лікування в поєднанні з озонотерапією з метою нефропротекції є більш ефективним ніж терапія стандартне лікування без застосування озонотерапії.

#### **Хомко О.Й., Хомко Л.П., Сидорчук Р.І. \*, Сидорчук Л.П. \*\*, Хомко Б.О. КВАНТОВА ТЕРАПІЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З ХВОРОБОЮ RAYNAUD**

*Кафедра догляду за хворими та ВМО*

*Кафедра загальної хірургії\**

*Кафедра сімейної медицини\*\**

*Буковинський державний медичний університет*

Хвороба Raynaud (Рейно) - це захворювання невиясненої етіології, що характеризується нападами спазмів артерій пальців кистей, рідше стоп, що виявляється їх зблідненням, болями і парестезіями. Розлад вегетативної регуляції, є основним чинником що викликає хворобу Рейно. Цей фактор, так само як і що має місце, при даному захворюванні, ішемія дистальних відділів кінцівок, справляють істотний вплив на структуру симпатичних нейронів. Лікування пацієнтів із хворобою Raynaud (Рейно) повинно бути комплексним (медикаментозна терапія, дієто- та фітотерапія, місцеве медикаментозне лікування), але квантовій терапії належить провідна роль.

Перед нами постало завдання покращити результати комплексного лікування пацієнтів з хворобою Raynaud (Рейно).

Квантову терапію застосовано у комплексному лікуванні 23 хворих з хворобою Raynaud (Рейно). Групу порівняння склали 18 пацієнтів із аналогічними трофічними порушеннями.

Квантова терапія при даному захворюванні проводиться на тильній поверхні долонь. Використовувана частота 50 Гц, час сканування 5-10 хв. На 1-й курс лікування 8-10 щоденних сеансів (в домашніх умовах лікування можна проводити вранці і ввечері, час сканування при цьому, скорочується до 5 хв.). Крім цього, квантова терапія проводиться на область шийного та верхньогрудного відділів симпатичного стовбура на стороні ураження або з 2-х сторін при двосторонньому ураженні. Вплив здійснюється по паравертебральних лініях (відступивши у бік від остистих відростків на 2-3 см) на рівні III-VI шийних і I-III грудних хребців. Частота 50 Гц, час впливу на 1 зону 2 хвилини. Сеанси проводяться 1 раз в день. На 1-й курс 8-10 сеансів. Таким чином, паралельно з дією на уражені ганглії, проводиться і квантова гемотерапія оскільки в зону впливу потрапляють паравертебральні судини.

При IVa і IVb стадіях, коли з'являються трофічні виразки на кінцівках квантова терапія на цю область проводиться за тією ж методикою, що й при хронічній венозній недостатності. Локальна дія на трофічні виразки проводиться з метою поліпшення мікроциркуляції в трофічній виразці та прилеглих тканинах. Вплив проводиться методом сканування на частоті 50 Гц. Час сканування залежить від розмірів виразки і коливається від 5 до 10 хв. Сеанси проводяться щодня, один раз в день. У домашніх умовах сеанси можна проводити два рази на день (вранці та ввечері). Загальне число сеансів на 1-й курс лікування 8-10. 2-й і 3-й курси проводяться через 3-4 тижні після закінчення попереднього. Число сеансів в них може бути збільшено до 10-15. Профілактичні курси проводяться 3-4 рази на рік.

Позитивний перебіг хвороби клінічної симптоматики досягнуто у 54% хворих, поліпшення - у 28 %, решидиви протягом року відмічені у 18% хворих. Квантову терапію доцільно включати в комплексне лікування пацієнтів з хворобою Raynaud (Рейно).

**Шеремет М.І., Ткачук Н.П., Шеремет А.М.**

#### **ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ ТА КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ АВТОІМУННОГО ТИРЕОЇДИТУ**

*Кафедра хірургії*

*Буковинський державний медичний університет*

Аутоімунний тиреоїдит (АІТ) представляє собою автоагресивне захворювання, морфологічним субстратом якого є лімфоїдна і плазмочитарна інфільтрація щитоподібної залози (ЩЗ) з подальшим її руйнуванням і заміщенням сполучною тканиною; процес обумовлений аутоімунізацією тиреоїдними антигенами. Аутоімунний тиреоїдит відноситься до однієї з найважливіших і актуальних проблем сучасної ендокринології з недостатньою ясністю патогенетичних механізмів, відсутністю об'єктивних і надійних методів





діагностики, включаючи імунологічні. АІТ-ом страждають 3-4% населення земної кулі. У патогенезі лежать як порушення процесів імунологічних контролів, так і зміни в клітинах самих ендокринних залоз, які можуть бути генетично детерміновані або індукуватись зовнішніми факторами: погіршенням екологічних умов проживання; дефіцитом або надлишком йоду; радіоактивним забрудненням місцевості; наростаючою загальною алергізацією населення і інфікування його вірусами. Генетична схильність при АІТ доведена за результатами багаторічних спостережень за тисячами моно- та дизиготних близнюків у багатьох країнах світу.

На теперішній час, у хворих на аутоімунний тиреоїдит (АІТ), визначено три групи показань до операції: онкологічні, хірургічні (які визначаються патогенетичним впливом гіпертрофованої щитоподібної залози (ЩЗ) на навколишні тканини) і показання, зумовлені декомпенсацією імунопатологічного процесу. Обсяг операцій у хворих АІТ визначається показами до операції: онкологічні - тиреоїдектомія, хірургічні - резекція щитоподібної залози, а при декомпенсації - видалення максимально зміненої тканини органа. Корекція обсягу операцій проводиться на підставі результатів термінового дослідження мікропрепарату і морфології видаленої тканини щитоподібної залози. Проведеними спостереженнями встановлено, що тиреоїдектомія, при декомпенсації імунопатологічного процесу, усуває або різко зменшує патогенний вплив локальної лімфоїдної інфільтрації тканини на загальну імунологічну реактивність організму хворого. Інші дослідники вважають, що пацієнтів з верифікованим діагнозом АІТ хірургічне лікування показано тільки у випадках наявності яскраво вираженого компресійного синдрому або довгострокового (що не піддається консервативному лікуванню) гіпертиреозу, а також наявності псевдовузлової форми аутоімунного тиреоїдиту з ознаками найбільшої ймовірності малігнізації або неможливості проведення адекватних пункцій на доопераційному етапі з призначенням в наступному замісних доз тиреоїдної терапії. Методом вибору в цих випадках вважають субтотальну резекцію ЩЗ.

Ми вважаємо, що хірургічне лікування АІТ-у необхідно проводити за наступними показаннями: збільшення щитоподібної залози до II-III ст. з нерівномірною її щільністю та за відсутності можливості виключити наявність вузла; симптоми стиснення і звуження трахеї та стравоходу; наявність вузлів; прогресуюче зростання зоба, незважаючи на проведену протягом 1-1,5 років консервативну терапію; підозра на злоякісне переродження, основане на даних біопсії; косметична деформація шиї. Проводиться тотальна струмектомія. Ми наполягаємо на необхідності повного видалення щитоподібної залози, а не часткової резекції, що пояснюється наступними обставинами: аутоімунний тиреоїдит є органоспецифічним аутоімунним захворюванням, а при видаленні органу-мішені (тобто щитоподібної залози) обривається аутоімунна ланцюгова реакція; після резекції ЩЗ часто спостерігаються рецидив, а компенсація гіпотиреозу однаково можлива як при екстирпації щитоподібної залози, так і при економній її резекції. Після операції хворим призначається довічна терапія тиреоїдними препаратами в оптимальних дозах, що призводить до нормалізації функції ЩЗ.

**Шварковський І.В., Антонюк Т.В.**

#### **ВИКОРИСТАННЯ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ КАВІТАЦІЇ ТА ВАКУУМНОЇ ТЕРАПІЇ У ЛІКУВАННІ ГОСТРИХ ГНІЙНО-НЕКРОТИЧНИХ ПРОЦЕСІВ**

*Кафедра хірургії та урології*

*Буковинський державний медичний університет*

Гострі гнійно-некротичні процеси м'яких тканин (абсцеси, флегмони, карбункули, нагноєння післяопераційних ран, нагноєні гематоми) належать до категорії хірургічної патології, яка має критично високі рівні захворюваності, схильність до генералізації та рецидивного перебігу. Щорічно в країнах СНД реєструється близько 5 млн. хворих із гнійно-запальними захворюваннями. У сучасному світі гострі гнійно-запальні процеси виявляються у 35-40% пацієнтів хірургічного профілю, післяопераційні гнійні ускладнення – у 30%, у 7-50% померлих у стаціонарі ці захворювання були основною причиною смерті. Ускладнення, які супроводжують гнійно-некротичні процеси, збільшують показники летальності, обсяг витрат на лікування, кількість додаткових днів, проведених у стаціонарі.

Мета дослідження – покращити результати хірургічного лікування гострих гнійно-некротичних процесів м'яких тканин шляхом використання вакуум-кавітаційної санації із застосуванням антисептика та розчину сорбенту.

На базі хірургічного відділення № 1 КМУ "Лікарня швидкої медичної допомоги" м. Чернівці проведено лікування 102 осіб з гострими гнійно-некротичними процесами м'яких тканин. Всіх пацієнтів розподілено на дві основні групи та групу контролю. Група I, що включала в себе 36 (35,29%) пацієнтів, яким проводили ультразвукову кавітацію рани з вакуумною терапією та заливкою антисептиком "Октенісепт" у розведенні 1:1 0,9% розчином хлориду натрію; та II група, що включала в себе 34 (33,34%) пацієнти, яким проводили ультразвукову кавітацію рани з вакуумною терапією та заливкою розчином сорбенту "Полісорб МП" (12 гр), що розчиняли в 200 мл 0,9% розчину хлориду натрію. У групі контролю було 32 (31,37%) пацієнти, яким проводили лікування за загальноприйнятими методиками згідно зі стандартами та протоколами ведення хворих з відповідною нозологією.

При аналізі розподілу хворих за нозологічними формами привертає увагу те, що більшість пацієнтів лікувалися з приводу абсцесів різної локалізації – 51 (49,98%), флегмони стегна – 16 (15,68%) та карбункулів – 11 (10,78%). У 7 (6,86%) осіб була флегмона тулуба, 6 (5,88%) пацієнтів – з нагноєнням післяопераційної рани, у 5 (4,90%) пацієнтів – нагноєння гематоми, 4 (3,92%) – з флегмоною гомілки і по 1 (0,98%) пацієнту – з флегмоною стопи та флегмоною передпліччя.



При надходженні всім пацієнтам було проведено оперативне лікування – розкриття та дренивання гнійника.

У контрольній групі пацієнтів лікування передбачало загальноприйнятій комплекс, який застосовується у хворих із гнійно-некротичними процесами м'яких тканин.

У пацієнтів основних груп, після розкриття та дренивання гнійного вогнища, на другу добу видаляли дренажі і тампони, проводили заливку порожнини гнійника препаратом "Октенісепт" у розведенні 1:1 0,9% розчином хлориду натрію або сорбентом "Полісорб МП" (12 грам), який розчиняли в 200 мл 0,9% розчину хлориду натрію, і обробляли рану низькочастотним ультразвуком (апарат хірургічний ультразвуковий для санації біологічних об'єктів УРСК 7Н-22) з резонансною частотою 26,5 кГц і потужністю 0,2 Вт/см. Тривалість процедури залежала від розміру ранової поверхні і в середньому становила 1 хв. на 1 см<sup>2</sup>. Рану повторно промивали розчином антисептика або сорбенту. Після чого у ранах розташовували змодельовану до її форми та розміру поролонову губку (розмір пор 500-1500 мікрметрів) з перфорованим дренажем всередині губки. Дренаж виводили через окремий розтин шкіри на віддаленні від країв рани та фіксували капшуківним швом, що дозволяло краще герметизувати порожнину. Рану закривали зовні клейкою плівкою для досягнення повної герметичності. Зовнішній кінець дренажу під'єднували до вакуумного пристрою (Аспиратор хірургічний ЕЛЕМА-Н-АМ-1), що дозволяло підтримувати від'ємний тиск на рівні 0,7-1,0 атм. З метою кращої санації рани проводили заливку антисептика або сорбента в наступні дві доби, без розгерметизації системи, на 60 хв. із подальшою 23-годинною аспірацією.

Повторні сеанси ультразвукової кавітації та вакуумної терапії проводили через три доби. Кількість сеансів залежала від тяжкості процесу, розміру рани, кількості некротичнозмінених тканин, кількості виділеного ексудату.

У післяопераційному періоді досліджували інтенсивність больового синдрому, термін очищення рани, кількість та характер ранового ексудату, наявність перипроцесу (набряк, гіперемія), наявність та характер грануляцій, епітелізацію, швидкість загоєння рани, динаміку кількості мікробних тіл у біоптаті рани, мазки-відбитки ранових поверхонь, тривалість післяопераційного ліжко-дня.

Використання запропонованого способу – ефективний засіб у комплексному лікуванні хворих із гострими гнійно-некротичними процесами різної етіології, що може бути рекомендований для використання практичними лікарями. Ультразвукова кавітація та вакуумна терапія добре переносяться хворими, побічні ефекти при застосуванні мінімальні. Вакуум-кавітаційна санація може використовуватися на будь-якій стадії ранового процесу. Застосування методу сприяло більш швидкому очищенню рани, зменшенню мікробної контамінації, зменшенню площі ранової поверхні, пришвидшенню розвитку грануляційної тканини і процесу епітелізації. Використання розробленого методу лікування гострих гнійно-некротичних процесів дозволило скоротити термін стаціонарного лікування на 5-8 днів.

#### **СЕКЦІЯ 8**

#### **ГІГІЄНА СЕРЕДОВИЩА І ВИВЧЕННЯ НОВИХ АНТИМІКРОБНИХ РЕЧОВИН В ЕКСПЕРИМЕНТІ І КЛІНІЦІ**

**Бендас В.В.**

#### **ОСОБЛИВОСТІ ЧУТЛИВОСТІ ДО АНТИБІОТИКІВ МІКРООРГАНІЗМІВ, ЩО ВИДІЛЕНІ З НОСОВОЇ ПОРОЖНИНИ ХВОРИХ НА СИНУЇТ**

*Кафедра мікробіології та вірусології*

*Буковинський державний медичний університет*

Перешкоджаючи розвитку «випадкової» флори нормальна мікрофлора організму є своєрідним біологічним бар'єром. Незважаючи на сталість мікрофлори в носовій порожнині відзначають зміни як кількісного так і якісного складу мікроорганізмів, внаслідок процесів що в ній відбуваються. Якісний склад мікрофлори при захворюваннях носа та придаткових пазух відрізняється від такого в здорових осіб. Чільне місце в етіологічній структурі посідають грам-позитивні мікроорганізми роду *Staphylococcus*. Відомо, що представники цього роду характеризуються високим рівнем природної чутливості до антибактеріальних препаратів (бета-лактамів, аміноглікозидів, макролідів, лінкозамідів, глікопептидів, рифампіцину тощо). Проте після широкого впровадження антибіотиків у клінічну практику почали з'являтися антибіотикостійкі мікроорганізми. В умовах сучасних методів боротьби зі стафілококовою інфекцією проблема резистентності до антибактеріальних препаратів постає досить гостро. Тому виникає необхідність вивчення антибіотикограм для культур, що виділяються при обстеженні, у нашому випадку, з носової порожнини.

Метою даної роботи було встановлення таксономічного складу мікробіоти носової порожнини пацієнтів із гострим синуситом та вивчення її чутливості до сучасних антибактеріальних засобів.

Бактеріологічним методом вивчено таксономічний склад мікробіоти вмісту порожнини носа хворих на синусит і встановлена методом стандартних дисків чутливість кожного виду до 20 сучасних антибіотиків. У дослідженні було використано 53 культури, що виділені із носової порожнини при захворюванні придаточних пазух носа.

Ми знаємо, що мікробіоциноз носової порожнини, в основному, представлений автохтонними облигатними мультифункціональними за роллю у мікробіоценозі біфідобактеріями, лактобактеріями, пропіоновокислими бактеріями і непатогенними видами стрептококів, пептострептококами та ін. У нашому