



**Мазур О.О., Плаксивий О.Г., Калуцький І.В., Яковець К.І.**  
**РОЛЬ АСОЦІАЦІЙ МІКРООРГАНІЗМІВ У РОЗВИТКУ ХРОНІЧНОГО ГНІЙНОГО**  
**ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНОГО СИНУЇТУ У ПАЦІЄНТІВ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 1 ТИПУ**

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

Бактеріологічними та мікологічними методами проведено обстеження видового складу, популяційного рівня та кількісної характеристики асоціантів мікробіоти біотопу порожнини верхньощелепних пазух у 50 хворих на хронічний гнійний верхньощелепний синусит з цукровим діабетом 1 типу та 37 хворим на хронічний гнійний верхньощелепний синусит такого ж віку без супутньої патології. У вмісті порожнини верхньощелепних пазух хворих на хронічний гнійний верхньощелепний синусит, 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.

Хронічний гнійний верхньощелепний синусит у пацієнтів з ЦД 1 типу порушує мікробні асоціації. У хворих на хронічний гнійний верхньощелепний синусит 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<sup>+</sup>, *S.viridans* і *Candida* spp.

У хворих на хронічний гнійний верхньощелепний синусит, 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 верхньощелепного синуситу, поєданого із ЦД 1 типу.

У хворих на хронічний гнійний верхньощелепний синусит, 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<sup>+</sup>, *V.fragilis*) являються додатковими або ж випадковими (*E.coli* Hly<sup>+</sup>, *V.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, що необхідно враховувати при виборі лікувальної тактики.

**Мельничук Л.В.**

**ПРОГНОЗУВАННЯ РИЗИКІВ ЗНИЖЕННЯ ТОЛЕРАНТНОСТІ ШКОЛЯРІВ ДО ФІЗИЧНИХ**  
**НАВАНТАЖЕНЬ**

*Кафедра сімейної медицини*  
*Вищий державний навчальний заклад України*  
*«Буковинський державний медичний університет»*

Погіршення здоров'я школярів та проблеми їх шкільної адаптації часто зумовлені не лише спадковістю, біологічним віком дитини, але й комплексом соціально-економічних чинників, частина з яких є керованими. Серед них можна виділити соціально несприятливі умови у сім'ї, зміну харчової поведінки та низьку якість харчування, гіподинамію, збільшення гострої респіраторної захворюваності та відповідно пропусків занять, незадовільні санітарно-гігієнічні умови навчання, нерациональне навчальне навантаження, недосконалість медичного спостереження за дітьми, практичну відсутність системи психолого-педагогічної підтримки школярів при наявності значної кількості стресових ситуацій, дефіцит ефективних освітніх програм, спрямованих на формування у дитини культури здоров'я. Основними завданнями фізичного виховання є підвищення функціональних можливостей організму дітей засобами фізичної культури, сприяння всебічному гармонійному розвитку, відмова від шкідливих звичок, покращання розумової і фізичної працездатності, фізичне самовдосконалення та здоровий спосіб життя. Біля 70 % дітей, які готуються до школи, вже мають порушення стану здоров'я, а 30 % – хронічні захворювання. Понад половини дітей мають таку розумову та фізичну працездатність, що не відповідає їх фізичному та психічному навантаженню в школі.

Нами проведено вивчення толерантності до фізичних навантажень з визначенням індексу Руф'є (IP), вивчення фізичного розвитку школярів віком від 7 до 17 років. Вивчалися питання сімейного анамнезу, ступінь