

10. van Sloten T. T. et al. Peripheral neuropathy, decreased muscle strength and obesity are strongly associated with walking in persons with type 2 diabetes without manifest mobility limitations // *Diabetes Research and Clinical Practice*. – 2011. – Т. 91. – №. 1. – С. 32-39.

11. Гречишкин А. К., Свешников А. А. Минеральная плотность костной ткани у больных с диабетическими поражениями нижних конечностей // *Гений ортопедии*. – 2009. – №. 1. – С. 121-127.

12. Андруша А. Б. Скринінгові методи діагностики остеопорозу та прогнозування перебігу хронічного коліту у хворих на дегенеративні захворювання хребта / А. Б. Андруша, Л. М. Пасішвілі // *Укр. терапевт. журн.* – 2011. – № 3 – С. 42-45.

13. Григор'єва Н. В. Інформативність рентгеноденситометрії кисті та алгоритм FRAX в оцінці структурно-функціонального стану кісткової тканини в жінок у постменопаузальному періоді / Н.В. Григор'єва, В.В. Поворознюк, Вас. В. Поворознюк // *Боль. Суставы. Позвоночник*. – 2011. – № 4. – С. 84-89.

14. Баранова О. В., Малевич Э. Е. Современные возможности лучевых методов диагностики остеопороза // *Медицинские новости*. – 2009. – №. 10. – С. 12-16.

Урумбасва Л.Б.

клінічний ординатор,

Науковий керівник: Абашина Н.М.

доцент,

Львівський національний медичний університет

імені Данила Галицького

ПРОБЛЕМИ ЕКЗОГЕННИХ КЕРАТИТИВ У СТУДЕНТІВ ЛЬВІВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМ. ДАНИЛА ГАЛИЦЬКОГО

Актуальність. Екзогенні кератити призводять до зниження гостроти зору, помутніння рогівки і часто можуть переходити в хронічну рецидивуючу форму [2, с. 3-4]. Збільшення зорового навантаження, особливо у студентів, викликають порушення змочування поверхні ока, зумовлене пошкодженням так званої слізної плівки. В останній час збільшується кількість хворих зі скаргами на сухість ока, причиною якою є «офісний» чи «комп'ютерний» синдром, застосування медикаментів, професійні шкідливі фактори, ендокринні чи неврологічні захворювання та інша офтальмологічна патологія [1, с. 28-29].

Мета. Вивчити зміни органа зору при екзогенних кератитах у студентів Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького.

Матеріал та методи. Під нашим спостереженням з вересня 2017 року по лютий 2018 року знаходилися 18 пацієнтів (19 очей), студенти 1-5 курсу, з них 10 дівчат, 8 хлопців. Проведено повно офтальмологічне обстеження, в тому числі визначення гостроти центрального зору, біомікроскопія, фарбування флуоресцеїном, посів на флору з кон'юнктиви та чутливість до антибіотиків. Для виключення патології слізного апарату проведено проба Ширмера I. Проба Ширмера I – простий діагностичний метод для визначення рівня продукції слізної рідини. Таке обстеження призначається при ряді офтальмологічних патологій, пов'язаних з порушенням утворення слізного секрету. Зокрема, цей тест є невід'ємною діагностичною процедурою при синдромі сухого ока (ССО).

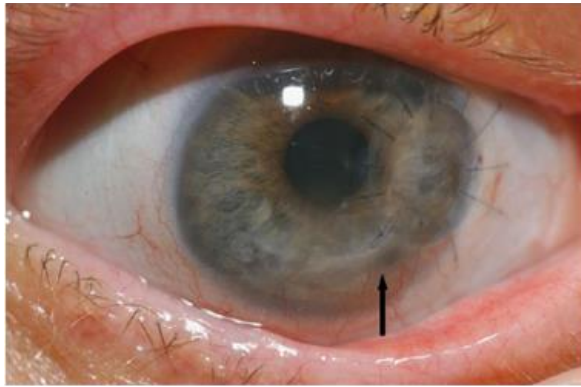
Для його проведення використовуються індикаторні тест смужки, виготовлені з тонкої фільтрувального паперу. Розмір таких смужок не перевищує 5x50 міліметрів. В кожне око пацієнта на кілька хвилин закладаються в кон'юнктивальний мішок нижньої повіки по одній смужці. Після закінчення часу індикатори витягуються, і ступінь їх зволоження оцінюється виходячи з того, яка довжина за цей час встигла просочитися слізної рідиною, норма: ≥ 15 мм (у людей старше 60 років ≥ 10 мм) [4].



Мал. 1. Постановка проби по Ширмеру I. За нижню повіку обох очей пацієнта поміщені смужки фільтрувального паперу (а). Зволожений слезою відрізок смужок змінив свою первинну забарвлення (б)

Результати. Всі хворі звернулись з скаргами слезотеча, світлобоязнь, біль, почервоніння кон'юнктиви. При первинному огляду гострота центрального зору було знижено на 16 очах. При біомікроскопії периферичний помутніння, набряк рогівки виявлено на 12 очах, парацентрального та центрального – на 7 очах. У 7 пацієнтів кератит був пов'язаний з носінням контактних лінз, у 3 пацієнтів – з патологією повік, 8 пацієнтів – мікротравма ока. Рогівка фарбувалась у всіх хворих флуоресцеїном. Проведена проба Ширмера I виявила на 14 очах зниження продукції, при цьому легкого ступеня – 8 очей (гноблення слезообрання: 9-14 мм), середнього ступеня – 4 очей (гноблення слезообрання: 4-8 мм), важкого ступеня – 2 ока (гноблення слезообрання: < 4 мм). Патогенна мікрофлора кон'юнктиви була виявлена на 6 очах. Призначена специфічна антибіотикотерапія, крім того призначена штучна слеза, мидриатики, при глибоких кератитах – кортикостероїди (та інші препарати – згідно протоколу терапії кератитив [3, с. 71-82]). Після лікування гострота зору відновилася у всіх хворих, епітелій на рогівці регенерувався і не фарбувався. У 3 хворих процес був рецидивуючий. Клінічний перебіг загального процесу залежить від основного збудника, тривалості діагностики та призначення специфічної терапії. Виявлена пряма кореляція між важкістю перебігу ССО та екзогенних кератитив.

При анкетуванні студентів виявлено, що у 80% хворих зорове навантаження було більше 5 годин на добу. До окуліста вони зверталися в основному на 2-3 добу після появи скарг з боку очей.



Мал. 2. Помутніння рогівки (показано стрілкою)

Висновки. Проблеми екзогенних захворювань рогівки у студентів дуже актуальна та може бути пов'язана с мікротравмами рогівки, в тому числі при носіння контактних лінз. При цьому у більшості пацієнтів виявлено поєднання зниження продукції слізної рідини, що потребує обов'язкової профілактики та ранньою діагностики ССО.

Список використаних джерел:

1. Абашина Н.М., Морозова Є.А., Бігун Н.М. Наук.-прак. конф. офт. з міжнародною участю «Сучасні методи діагностики і лікування вітреоретинальної патології» 2016 р. – С. 28-29.
2. Сергієнко М.М., Риков С.О. Лемзяков Г.Г. Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України / Екзогенні бактерійні кератити / Учбово-методичні рекомендації, 2002 р.
3. Риков С.О. Організація офтальмологічної допомоги на сучасному етапі, 2008 р., с. 71-82.
4. <https://zrenie1.com/proverka/diagnostika/test-shirmera.html>.

Шишко Д.О.

студент,

Харьковский национальный медицинский университет

ОСОБЕННОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ПРОБИОТИКОВ

Аутопробиотические средства широко применяются в лечении и профилактике заболеваний в современной медицинской практике.

Возможности пробиотической терапии при различных заболеваниях широко обсуждаются в отечественной литературе, а также многоцентровых клинических исследованиях последних десятилетий (М. Ардатская, В. Бабин, А. Дубинин, О. Минушкин, П. Раевский и др.).

В настоящее время в качестве пробиотического компонента используются биотехнологические штаммы микроорганизмов. Доказано, что микробиота каждого человека индивидуальна и обладает большим резервом устойчивости [9], что определяет ряд проблем при назначении в качестве пробиотиков чужеродных индивидууму микроорганизмов. В связи с этим большое значение приобретают исследования современных научных студий, посвященные