Висновок. Найбільш характерне положення СНЩС у сітці Gelb 4/7-1/4 (40%), тобто положення голівки СНЩС знаходиться вище норми; положення 1/3-26% – тобто передньо-верхнє положення відносно норми; в сегменті 2/5-6,67% – задньо-верхнє положення відносно норми;

Серед усієї групи досліджених лише у 2 випадках було зафіксоване нормальне положення суглобових голівок (4/7 по Gelb) – 6,67%.

ВПЛИВ МУЛЬТИЕКРАННОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ НА СТАН СЛІЗНОЇ ПЛІВКИ

Дун Фан Хуі, Троценко І.В.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Безкоровайна І.М.

Кафедра оториноларингології з офтальмологією

Українська медична стоматологічна академія

Актуальність: Хвороба сухого ока (ХСО) поширена серед молодих людей, у зв'язку з щоденним впливом різноманітних екранів у всіх сферах їх життєдіяльності (Пимениди М.К. и др., 2010; Arita R. et al., 2015). Однак, недостатньо висвітлена проблема змін специфічних якісних характеристик слізної плівки, що аргументує доцільність проведення сучасних досліджень.

Мета роботи: Вивчити зміни поверхні ока у людей з мультиекранним способом життя.

Матеріали та методи: Нами було обстежено 184 чоловіка (368 очей) від 19 до 29 років. Виділені три групи по тривалості безперервного навантаження гаджетів: Ігр. (1 год) – 136 очей; IIгр. (2 год) – 120 очей; IIIгр. (до 6 год) – 112 очей; Всім проводили інтерферометрію, вимір висоти слізного меніску, неінвазивний час розриву слізної плівки на апараті SBM ICP Tearscope (Італія) та iPad Pro (США), тест Ширмера, та тест LIPCOF

Результати: На початку дослідження у 34% (62 чоловіка) були встановленні скарги, характерні для ХСО. Висота слізного меніску склала <0,22 мкм у 46%, що свідчило про вже наявні початкові прояви хвороби «сухого ока»; ≥0,22 мкм – у 56%. Інтерферометрично визначали товщину ліпідного шару (ТЛШ) слізної плівки: 15нм у 10%, 30 нм у 24%; від 30 до 80 нм у 32%; 80 нм у 22%; від 80 до 120 нм у 12%. Час першої деформації слізної плівки складав від 3 до 20 с, із середнім значенням 11,23±8,57.

В залежності від тривалості цифрового навантаження спостерігали кореляційне зменшення висоти слізного меніску (r)=0,65 (p<0,05). Також достовірно зменшувалася якість ліпідного шару слізної плівки від тривалості цифрового навантаження (r) = 0,69 (p<0,05).

Тож, проведеним дослідженням встановлено, що слізну плівку молодих людей, котрі ведуть мультиекранний спосіб життя, характеризує зменшення товщини ліпідного шару, скорочення часу її розриву та зменшення висоти слізного меніску.

Висновки: 1. Тривалість роботи за екраном гаджетів безпосередньо впливає на зміни показників слізної плівки ока.

2. Показники ТЛШ слізної плівки та NIBUT достовірно корелюють з часом перебування за екраном гаджетів (r) = 0,69 (p<0,05).

3. Показники висоти слізного меніску достовірно зменшуються зі збільшенням часу перебування за екраном гаджетів (r) = 0,65 (p<0,05).

ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С У ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА

Єргаєв В.В., Луговкіна І.Ю., Старцева Н.В., Христич Н.А., Юркевич А.В.

Наукові керівники: проф. Скрипнікова Т.П., к.мед.н. Хавалкіна Л.М.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Українська медична стоматологічна академія

Актуальність: Зростання та поширення у світі інфекцій, спричинених HCV та іншими збудниками хронічних вірусних гепатитів, надзвичайно висока частота їх негативних наслідків обумовлюють актуальність вивчення не тільки патогенезу, клінічних форм, а й лабораторної діагностики, лікування, ускладнень та наслідків цих хвороб. Найчастішим чинником хронічний вірусний гепатит (ХВГ), у тому числі й в Україні, на разі вважається саме HCV, який, в залежності від субтипу, викликає хронізацію хвороби у 60 – 90% випадків. Цим збудником інфіковано, за різними оцінками, від 250 до 400 млн. населення планети, серед яких не менш, як у 170 млн. є ознаки хронічного ураження печінки, із них щороку гинуть більше 10 млн. Якщо не прийняти невідкладні заходи, то через 10 – 20 років смертність від HCV – інфекції та її наслідків збільшиться в 3 рази і значно перевищить цей показник при ВІЛ - інфекції.

Найчастіше інфікується і хворіє вірусними інфекціями молодший і середній медичний персонал, що становить в загальній структурі захворівших 75-80%, лікарі уражаються дещо рідше - 20-25%.

Гепатит С - це інфекційне захворювання, що вражає печінку і є одним з найбільш поширених видів гепатиту. Гепатит С, симптоми якого протягом тривалого часу можуть взагалі не проявлятися, часто протікає з пізнім його виявленням, що призводить до прихованого його носійства хворими при паралельному поширення вірусу.

Основною особливістю гепатиту С є те, що він генетично мінливий, крім цього, у нього висока схильність до мутацій. На даний момент існує 6 генотипів цього вірусу.

Хронічний гепатит С протягом останніх п'яти років займає лідируючі позиції серед захворювань, що також відноситься і до його ускладнень.

Прояви гепатиту С в порожнині рота: зовнішня поверхня губ гіперемована на початку жовтяничного періоду; бліда, анемічно-рожевого кольору в кінці жовтяничного періоду; відмічається сухість губ, злущування епітелію. Внутрішня поверхня губ має рожево-цегляний відтінок на початку захворювання, блідість в фазі його розвитку.

СОПР завжди «втягується» в патологічний процес при хронічному гепатиті С. У продромальному періоді спостерігається сухість СО, нарос-