

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД  
«ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО МОЗ УКРАЇНИ»**

Підсумкова LX науково-практична конференція

**«ЗДОБУТКИ КЛІНІЧНОЇ ТА  
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ»**  
(присвячена 60-річчю ТДМУ)

*14 червня 2017 року*

Тернопіль  
ТДМУ  
«Укрмедкнига»  
2017

років – 13,3. Поширеність хронічного гастриту та дуоденіту – у дітей віком 0-6 років – 2,6 у дітей віком 7-14 років – 11, виразкової хвороби шлунка у дітей віком 7-14 років та у підлітків – 0,26 .

У дорослого населення найвища поширеність хронічного гастриту та дуоденіту – 53, на другому місці виразкова хвороба – 35,8, на третьому хронічний холецистохолангіт – 33,8.

**Висновки.** Функціональна патологія органів травлення переважає у дітей віком до 6 років. Поширеність хронічних захворювань органів травлення зростає у дорослого населення в 4-10 разів, що можна пояснити нерегулярністю харчування, шкідливими звичками, стресами. Тому важлива роль повинна бути відведена санітарно-освітній роботі серед населення щодо профілактики хронічних захворювань органів травлення із використанням даних статистичного дослідження.

УДК:617.75 – 02:613.955

## **ФУНКЦІОНАЛЬНІ МОЖЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ БІНОКУЛЯРНИХ МЕХАНІЗМІВ ЗОРОВОЇ СИСТЕМИ У ПІДЛІТКІВ**

**Маслова Н.М., Литовченко В.В.**

*Харківський національний медичний університет*

*Комунальний заклад охорони здоров'я «Обласна клінічна лікарня –  
Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф»,*

**Актуальність.** Одним з найважливіших показників функціонування бінокулярних механізмів є фузійні резерви. Вони характеризують гнучкість і міцність механізмів фузії, здатність зорової системи зберігати єдиний бінокулярний образ об'єкта. Граничні кути конвергенції і дивергенції, перевищення яких призводить до зриву фузії і розпаду бінокулярного образу на два монокулярних, використовують для характеристики фузійних резервів випробуваного.

Величина фузійних резервів (конвергентних (Фрк) та дивергентних (Фрд)) є істотною характеристикою зорової системи, що дозволяє робити висновок про стан бінокулярного зору. Чим вищі фузійні

резерви, тим більш міцні біокулярні функції. Якщо ж фузійні резерви низькі, то в зоровій системі, при несприятливих умовах зорового сприйняття, можливі порушення в апараті біокулярного зору.

**Метою** нашої роботи є дослідження функціональних можливостей показників біокулярних механізмів зорової системи у підлітків.

**Методи дослідження.** Фузійні резерви визначаються як для зору вдаль, так і для зору зблизька за допомогою призми Гершеля. Якщо при біокулярній фіксації об'єкта приставити до одного з очей призму, то зображення об'єкта в цьому оці зміститься з центральної ділянки сітківки, тобто опиниться на диспаратній ділянці сітківки. Виникає двоїння. Щоб позбутися нього, око робить фузійний рух, і зображення у оці знову потрапляє на центральну ділянку сітківки.

Дослідження фузійних резервів учнів 1–11 класів проводилося на базі НВК м. Харкова. У дослідженні брали участь 1139 учнів.

Результати дослідження. За даними наукової літератури, конвергентні фузійні резерви повинні складати до моменту завершення формування зорової системи 15–25 і більш пр. дптр., а дивергентні – 5–6 пр. дптр.

По результатам досліджень на початку навчання у школі конвергентні фузійні резерви у дівчаток трохи вищі ( $9.56 \pm 0,5$  пр.дптр.) , ніж у хлопчиків ( $8,8 \pm 0,4$  пр.дптр.). Далі цей показник зростає і до 12–13 років стає практично однаковим у дівчаток і хлопчиків. У 14–15 років (що відповідає початку пубертатного періоду в хлопчиків) фузійні резерви в групі дівчат вірогідно вищі ( $12.3 \pm 0,7$  пр.дптр.). У юнаків до 16 років конвергентні фузійні резерви трохи збільшуються ( $11.3 \pm 0,6$  пр.дптр.), але, як і раніше, нижчі, ніж у дівчат.

Дивергентні фузійні резерви в молодших вікових групах мають тенденцію до збільшення як у хлопчиків ( $2.8 \pm 0,3$  пр.дптр.), так і у дівчаток ( $4.5 \pm 0,4$  пр.дптр.), досягаючи максимального значення до 10–11 років . Далі цей показник вірогідно знижується, маючи більш високі значення в дівчаток ( $1.9 \pm 0,3$  пр.дптр.).

Було здійснено розподіл досліджуваних за групами залежно від величини фузійних резервів: конвергентних – менш 10 пр. дптр., дивергентних – менш 5 пр. дптр. Вибір таких пограничних значень зумовлений тим, що максимальні значення цих показників, практично

не перевершують граничні, а для дивергентних резервів – набагато менші від граничних. Так, конвергентні резерви менші за граничні тільки у 37 % дівчаток і 52 % хлопчиків молодшої групи, а дивергентні – у 43 % дівчаток. З віком кількість осіб, які мають конвергентні фузійні резерви нижче, ніж 10 пр. дптр., як у групі дівчаток, так і в групі хлопчиків знижується, причому до 16 років у хлопчиків тільки 15 % осіб мають цей показник нижчим від граничного. У групі дівчаток таких осіб майже удвічі більше. Кількість осіб з низькими дивергентними резервами з віком зростає, досягаючи до 16 років 90–95 %.

**Висновки.** Як конвергентні, так і дивергентні фузійні резерви, які є в учнів, значно нижчі за вікові норми. Це говорить про низькі функціональні можливості їх біокулярної зорової системи і про істотну роль якості зорового навантаження в кожен з вікових періодів. Особливо це стосується вікових груп, старших 12–15 років. Таких значень цього показника не відзначено практично в жодній з вікових груп. Це свідчить про те, що функціональні можливості біокулярної зорової системи у сучасних дітей та підлітків досить низькі. Поставлена в несприятливі умови зорового сприйняття зорова система може не справлятися біокулярно з запропонованим навантаженням, що призводить до порушень в апараті біокулярного зору. Альтернативні варіанти функціонування – це монокулярний чи поперединний зір. Ці обидва способи функціонування, описані у літературі, зумовлюють у тому оці, що не працює, порушення зорових функцій (при монокулярному функціонуванні) чи виникнення значного зорового дискомфорту (при змаганні полів зору – позмінне функціонування), що викликає зорові астенопії.

## Секція 4. «ОХОРОНА МАТЕРИНСТВА І ДИТИНСТВА»

### Підсекція Б. ПЕДІАТРІЯ»

<i>Боярчук О.Р., Кінаш М.І., Галіяш Н.Б., Сагаль І.Р.</i> АНАЛІЗ ОБІЗНАНОСТІ ЩОДО ПЕРВИННИХ ІМУНОДЕФІЦИТІВ СЕРЕД ЛІКАРІВ ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСТІ.....	245
<i>Завальнюк О.Л.</i> СТАН ІНФЕКЦІЙНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ДІТЕЙ В УКРАЇНІ.....	246
<i>Колпаков І.Є., Зигало В.М.</i> КОРЕКЦІЯ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ДІТЕЙ-МЕШКАНЦІВ РАДІОАКТИВНО ЗАБРУДНЕНИХ ТЕРИТОРІЙ ДОНАТОРАМИ ОКСИДУ АЗОТА.....	248
<i>Кондратьєв В.О., Порохня Н.Г.</i> ОСОБЛИВОСТІ ВНУТРІШНЬОСЕРЦЕВОЇ ГЕМОДИНАМІКИ ПРИ ЕНДОКАРДИТАХ У ДІТЕЙ.....	250
<i>Максимів Х.</i> АНАЛІЗ ПОШИРЕНОСТІ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ В ДИТЯЧОМУ ТА ДОРОСЛОМУ ВІЦІ .....	251
<i>Маслова Н.М., Литовченко В.В.</i> ФУНКЦІОНАЛЬНІ МОЖЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ БІНОКУЛЯРНИХ МЕХАНІЗМІВ ЗОРОВОЇ СИСТЕМИ У ПІДЛІТКІВ.....	252
<i>Овчаренко Л.С., Шелудько, Д.М., Вертегел А.О.</i> ОЦІНКА ВПЛИВУ ЕЛЕКТРОННИХ ЗАСОБІВ КОМУНІКАЦІЇ НА ПОКАЗНИК АКТИВНОСТІ РЕГУЛЯТОРНИХ СИСТЕМ У ДІТЕЙ.....	255
<i>Павлишин Г.А., Ковальчук Т.А., Фурдела В.Б., Галіяш Н.Б., Горішна І.Л., Козак К.В., Лучишин Н.Ю., Никитюк С.О., Сарапук І.М., Слива В.В.</i> ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ОЖИРІННЯ СЕРЕД ШКОЛЯРІВ МІСТА ТЕРНОПОЛЯ.....	256
<i>Ткач Б.Н., Недоступ І.С., Глов'як В.Г., Костишин Н.С.</i> ПЕРЕВАГИ СКРИНІНГОВИХ МЕТОДІВ ДІАГНОСТИКИ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ ТА ХРОНІЧНОГО ГАСТРОДУОДЕНІТУ В ПЕДІАТРИЧНІЙ ПРАКТИЦІ.....	258
<i>Федоренко В.І., Кіцула Л.М.</i> ОЦІНКА ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ.....	261
<i>Школьна І.І.</i> ОСОБЛИВОСТІ ВМІСТУ ТОКСИЧНИХ МІКРОЕЛЕМЕНТІВ У ВОЛОССІ ЖІНОК ТА ЇХ ДІТЕЙ, ЯКІ НАРОДИЛИСЯ ЗІ ЗВУР .....	262