

Выводы

В подготовительном периоде по сравнению с восстановительным наблюдались адаптационные перестройки, обусловленные тенденцией к возрастанию вагусных влияний и увеличению влияния высших вегетативных центров на сердечно-сосудистый подкорковый центр и снижению активности симпатического канала у большинства обследованных девушек. Соревновательный период характеризовался продолжением возрастания вагусных влияний, а также повышением симпатического тонуса относительно подготовительного периода, что вероятно связано со стрессом вызванным соревнованиями.

Результаты, полученные в проведенном исследовании, подтверждают данные описанные в литературе [1, 3].

ЛИТЕРАТУРА

1. *Артеменков, А. А.* Динамика вегетативных функций при адаптации к физическим нагрузкам / А. А. Артеменков // Теория и практика физической культуры. — 2006. — № 4. — С. 59–61.
2. *Баевский, Р. М.* Ритм сердца у спортсменов / Р. М. Баевский, Р. Е. Мотылянская. — М.: Физкультура и спорт, 1986. — 144 с.
3. Типологические особенности variability сердечного ритма у школьников 7–11 лет в покое и при занятиях спортом / Е. Н. Сапожникова [и др.] // Вестник Удмуртского университета. — 2012. — № 2. — С. 79–88.

УДК 616.833-002-008.6-08

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ РЕТРОБУЛЬБАРНЫХ НЕВРИТОВ ПО МАТЕРИАЛАМ ГОМЕЛЬСКОГО ОБЛАСТНОГО ЦЕНТРА МИКРОХИРУРГИИ ГЛАЗА

Кузнецова Г. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Л. В. Дравица

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Ретробульбарный неврит — это воспалительное заболевание, при котором наблюдается прогрессирующее ухудшение зрения вследствие патологических изменений в одном из участков или на всем протяжении зрительного анализатора [1]. Сообщения об этом заболевании впервые появились в Японии в XIX в. Неврит рассматривался как проявление бери-бери. В японских лагерях для военнопленных это состояние обычно встречалось в совокупности с орогенитальным синдромом и акродинией. Лечение проводилось дрожжевыми препаратами и концентратами витаминов В в сочетании с общим улучшением рациона. В легких случаях зрение постепенно восстанавливалось, но в тяжелых потеря зрения оставалась необратимой. Изучением этиологии ретробульбарного неврита занимались Лангенбек (1914) и Цибис (1939), которые выявили большой процент случаев развития заболевания на фоне рассеянного склероза (Е. Ж. Трон, 1955). После Второй мировой войны было опубликовано всего лишь несколько статей, посвященных этому заболеванию.

Цель

Оценить эффективность лечения пациентов с ретробульбарным невритом по материалам Гомельского областного центра микрохирургии глаза.

Материал и методы исследования

Проведен анализ 37 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в Гомельском областном центре микрохирургии глаза (2013–2015 гг.), с диагнозом ретробульбарный неврит. Из них 26 (70,3 %) женщин и 11 (29,7 %) мужчин в возрасте от 18 до 58 лет.

Дизайн офтальмологического исследования включал визометрию, офтальмоскопию, периметрию, УЗИ глазных яблок и ретробульбарного пространства, КЧСМ, МРТ головного мозга, рентгенографию черепа и рентгенографию придаточных пазух носа.

Результаты исследования и их обсуждение

По возрасту пациенты распределились следующим образом: 18–20 лет — 6 (16,2 %) пациентов; от 21 до 30 лет — 14 (37,8 %); от 31 до 40 лет — 9 (24,3 %); от 41 до 50 лет —

5 (13,5 %); от 51 до 58 лет — 3 (8,1 %). Из 37 случаев у 10 пациентов имел место рецидивирующий характер заболевания. Частота рецидивов колебалась от 1 до 2 раз в течение 4 лет. Максимальный срок от первичной манифестации заболевания составил 4 года.

На момент госпитализации у 79,5 % пациентов имелась жалоба на резкое снижение зрения, 40,5 % отмечали боль при движении за глазными яблоками; центральная скотома беспокоила 13 пациентов (35 %); в двух случаях отмечалось сужение полей зрения и диплопия; у 1 пациента было нарушено цветовосприятие.

На момент госпитализации острота зрения колебалась от счета пальцев у лица до 0,09 у 22 пациентов, что составляет 59,5 %. У 15 пациентов острота зрения варьировала от 0,1 до 0,9.

При наружном осмотре у 35 пациентов выявлена ортофория, в двух случаях отмечалось непостоянное сходящееся косоглазие до 5° с периодическим наличием одновременно зрительного. Функция экстраокулярных мышц не нарушена, однако отмечается болезненность при движении за глазными яблоками. Репозиция глазных яблок не затруднена. Биомикроскопия переднего отрезка в норме.

Офтальмоскопически выявлены гиперемия диска зрительного нерва, незначительная ступенчатость границ у 12 пациентов. В 14 случаях патологии на глазном дне не выявлено и у 3 пациентов (с наличием рецидива заболевания) отмечены бледные, атрофичные диски зрительных нервов.

По результатам периметрии у всех пациентов обнаружено концентрическое сужение полей зрения на 5–15 градусов. Из них у 13 выявлена абсолютная, у 4 относительная скотома на белый цвет; у 6 пациентов — скотома на красный цвет и у 5 — на зеленый цвет. У 3 пациентов выявлено нарушение цветовосприятия. При УЗИ глазных яблок и ретробульбарного пространства изменений не выявлено.

Показатели критической частоты слияний мельканий (КЧСМ) (минимальная частота вспышек света, при которой возникает ощущение равномерного непрерывного свечения, нормальные показатели от 40 до 46 Гц [3]) нарушены у 11 пациентов из 13 обследованных.

Для выяснения этиологии заболевания в 23 случаях проведена магнитно-резонансная томография (МРТ), позволяющая выявить очаговые изменения в белом веществе головного мозга [2], в 12 случаях обзорная рентгенография черепа и в 9 — рентгенография придаточных пазух носа. По данным МРТ 18 пациентов отмечены очаги демиелинизации в белом веществе; у 4 пациентов выявлены пальцевые вдавления, округлая тень в области турецкого седла, склерозирование задней части спинки турецкого седла; у 5 пациентов обнаружено затемнение гайморовых пазух. В итоге в 18 случаях причиной заболевания послужил рассеянный склероз, в 5 — верхнечелюстной синусит.

Всем пациентам проводилась консервативная терапия, включающая инстилляцию в конъюнктивальную полость антибиотиков, эмоксипина; субконъюнктивальные инъекции гормональных и антибактериальных препаратов; внутривенно введены препараты дексаметазона, эмоксипина, пентоксифиллина, винпоцетина, пирацетама, а также цефалоспорины 3 поколения; внутримышечно введены антибиотики, кокарнит, мильгамма, витамины группы В.

Пациенты осмотрены неврологом. У 18 пациентов выставлен диагноз демиелинизирующего заболевания нервной системы. У 5 пациентов осмотр оториноларинголога в этиологической структуре подтвердил верхнечелюстной синусит.

В результате проведенного лечения получено улучшение остроты зрения у 25 пациентов (67,6 %), в 8 случаях острота зрения не изменилась; снижение — у 4 пациентов. Офтальмоскопически у 17 пациентов выявлено восстановление картины глазного дна до нормы; в 19 — динамики не получено и в 1 случае отмечена отрицательная динамика — прогрессирующее побледнение диска зрительного нерва.

Выводы

1. Заболевание «ретробульбарный неврит» в исследуемой нами группе чаще встречался у женщин (70,3 %) в возрасте от 21 до 30 лет.

2. В этиологии ретробульбарного неврита превалирует рассеянный склероз (48,6 %); 13,5 % — верхнечелюстной синусит; 37,9 % — этиологию выяснить не удалось.

3. Проведенная традиционная консервативная терапия позволила улучшить или стабилизировать процесс у 33 (89,2 %) пациентов и только в 4 (10,8 %) случаях отмечена отрицательная динамика: развитие и прогрессирование атрофии зрительного нерва.

ЛИТЕРАТУРА

1. Густов, А. В. Практическая нейроофтальмология / А. В. Густов, К. И. Сигрианский, Ж. П. Столярова. — Н. Новгород, 2003. — С. 109.
2. Чупров, А. Д. Заболевания сетчатки и зрительного нерва / А. Д. Чупров, Ю. В. Кудрявцева. — Киров, 2007. — С. 56.
3. Шамминова, А. М. Функциональные методы исследования в офтальмологии / А. М. Шамминова, В. В. Волков. — М., 1999. — С. 89–90.

УДК 614.3

ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ САНИТАРНОГО ДЕЛА В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Кузьминич С. Н.

Научный руководитель: директор *Г. В. Солонец*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский колледж»

г. Гомель, Республика Беларусь

*Светлой памяти моего отца Солонца В. К.
Г. В. Солонец*

В современных условиях социально-экономического развития государственный санитарный надзор Республики Беларусь реализует задачи, поставленные Главой государства, Советом Министров, Министерством здравоохранения.

Их выполнение требует максимального профессионализма в работе по всей вертикали службы, полной отдачи и консолидации усилий, эффективного использования научного, кадрового потенциала, материально-технических и финансовых ресурсов.

А начиналось развитие санитарно-эпидемиологического дела в Белоруссии с введения приказов общественного призрения в Могилеве и Полоцке (1781), в Минске (1796), в Витебске (1802). С 1797 г. функционировали губернские и уездные врачебные управы.

В период 1801–1803–1824 гг. по инициативе отдельных врачей, местных оспенных комитетов с помощью Вольного экономического общества внедрено оспопрививание по методу Дженнера. Со стороны городских, уездных врачей и отдельных «войсковых лекарей» проявился интерес к составлению медико-физических, медико-топографических описаний уездов, отдельных городов и местечек Белоруссии.

В 1903 г. впервые законодательно оформилась обязанность местных органов управления земским хозяйством «попечения об улучшении в уездах санитарных условий и предупреждения эпидемических болезней».

14 марта 1911 г. царским правительством введены выборные земства в Витебской, Минской и Могилевской губерниях.

Земские управления и обратили внимание на причины высокой заболеваемости. Поощряли санитарно-статистические исследования, отпускали некоторые средства на противоэпидемические мероприятия, содержание отдельных санитарных врачей и санитарных учреждений. В губернских центрах и ряде уездов вводили должности земских санитарных врачей, учреждали медико-санитарные советы, открывали санбаклаборатории, пастеровские станции, дезинфекционные камеры и т. д.

После Октябрьской революции начался этап утверждения советского здравоохранения. При Советах рабочих, солдатских и крестьянских депутатов создаются здравотделы, а в их составе санитарно-противоэпидемическая служба (санэпидподотделы).

1 января 1919 г. «Манифестом Временного революционного рабоче-крестьянского правительства Белоруссии» было провозглашено создание Белорусской Советской Социалистической Республики, а 20 января 1919 г. был учрежден Народный комиссариат здравоохранения БССР с санитарно-эпидемиологическим отделом. Последний возглавил всю санитарно-противоэпидемическую работу в республике.