

Дизайн обследования: визометрия, автокераторефрактометрия, пневмотонометрия, биомикроофтальмоскопия, фундускопия, оптическая когерентная томография на аппарате Stratus OCT 3000 фирмы Carl Zeiss.

Результаты исследования и их обсуждение

Лазерное лечение заболевания было проведено в 29 случаях, из них в шести после витреоретинальной хирургии макулярного разрыва. По данным OCT макулярной зоны дооперационный диаметр макулярного разрыва составил в среднем $757,3 \pm 327,7$ мкм, min — 174 мкм, max — 1800 мкм. В 19 случаях диаметр разрыва превышал 400 мкм. Макулярный разрыв на парном глазу был выявлен у 3 больных.

В 6 случаях в связи с отсутствием эффекта от витреоретинальной хирургии пришлось прибегнуть к лазерному лечению. Средний возраст пациентов этой группы составил $52,83 \pm 10,89$ лет; диаметр макулярного отверстия до лазерной хирургии варьировал от 281 до 1471 мкм, в среднем $664,3 \pm 364,4$ мкм. Центральный разрыв у них отягощался травматической отслойкой сетчатки в 2-х случаях, влажной формой ВМД в одном и сопутствующей фокальной отслойкой сетчатки у троих человек.

Среди остальных 23 пациентов фокальная ОС выявлена еще в 1 случае. Дооперационный диаметр макулярного разрыва в данной группе составил в среднем $357,7 \pm 97,01$ мкм, min — 187 мкм, max — 648 мкм.

Сравнительный анализ до- и послеоперационных данных OCT макулярной зоны был проведен в 11 случаях. Группа включала 8 женщин и 3 мужчины в возрасте от 55 до 75 лет.

Для оценки динамики патологического состояния оценивались следующие показатели ОКТ: толщина сетчатки фовеальной области, общий объем сетчатки макулярной области, расхождение краев разрыва, а также проводилась оценка архитектоники сетчатой оболочки, наличие тракционных компонентов, также обследовались парные глаза. Результаты анализа приведены в таблице 1.

Таблица 1 — Оценки динамики патологического состояния

Дооперационные данные	Срок наблюдения после лазерной хирургии			
	1,5 месяца	4,5 месяца	8 месяцев и более	
Показатели OCT заднего отрезка лазероперированных глаз				
Толщина сетчатки фовеальной области (мкм):				
— ср. знач.	$337,2 \pm 84,9$	$381,0 \pm 98,9$	$271,8 \pm 19,1$	$279,8 \pm 46,48$
— max	608	663	310	396
— min	187	262	255	215
Общий объем сетчатки макулярной области (мм ³):				
— ср. знач.	$8,38 \pm 1,61$	$8,63 \pm 2,08$	$7,192 \pm 0,448$	$7,077 \pm 0,617$
— max	14,36	13,6	7,94	8,23
— min	6,05	6,27	6,69	5,99
Расхождение краев разрыва (мкм):				
— ср. знач.	$690,7 \pm 174,5$	$759,0 \pm 304,3$	$794,3 \pm 84,75$	$1110,5 \pm 436,3$
— max	1190	1285	898	1983
— min	174	224	699	698
Показатели OCT заднего отрезка парных глаз				
Толщина сетчатки фовеальной области (мкм):				
— ср. знач.	$200,76 \pm 48,37$	$206,43 \pm 61,76$	$171,8 \pm 11,38$	$186,3 \pm 17,75$
— max	404	367	189	209
— min	157	143	149	167
Общий объем сетчатки макулярной области (мм ³):				
— ср. знач.	$6,45 \pm 0,74$	$6,56 \pm 0,6$	$6,53 \pm 0,38$	$6,28 \pm 0,6$
— max	7,70	7,48	7,00	7,09
— min	4,89	5,85	6,14	5,31

В большинстве случаев патологические изменения архитектоники сетчатой оболочки при макулярном разрыве включали кистозную дегенерацию средних слоев сетчатки и краев разрыва, истончение и очаговую деструкцию пигментного эпителия.

Вывод

Использование методики ОСТ позволяет определить размеры макулярного разрыва и наблюдать в динамике за формированием процесса рубцевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лыскин, П. В. Патогенез и лечение идиопатических макулярных разрывов. Эволюция вопроса / П. В. Лыскин, В. Д. Захаров, О. Л. Лозинская // Офтальмохирургия. — 2010. — № 3. — С. 52–55.
2. Родин, А. С. Биомикроретинометрия / А. С. Родин. — М.: Памятники исторической мысли, 2006. — 96 с.
3. Выбор способа интраоперационного закрытия идиопатического макулярного разрыва большого диаметра / М. М. Бикбодров [и др.] // Офтальмохирургия. — 2010. — № 1. — С. 25–29.

УДК 616.98:576.851.232] – 02 – 08

МЕНИНГОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ: КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ТЕРАПИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Сидоров В. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры инфекционных болезней Е. Л. Красавцев

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В Республике Беларусь (РБ) ежегодно регистрируется около 300 только генерализованных форм. Подавляющее число заболевших составляют дети до 14 лет — около 70 %, причем до 2-х лет — 40–50 %. Таким образом, именно дети первых 2-х лет жизни являются наиболее уязвимым контингентом по заболеванию генерализованными формами менингококковой инфекции (МИ).

В РБ уровень летальности от различных форм генерализованной МИ составляет в зависимости от региона от 7,2 до 18,8 %, т. е. в среднем те же 9–10 %. Ни одной стране мира до настоящего времени радикально снизить данный показатель на сколько-нибудь продолжительный период не удалось. Так в Австралии при достаточной длительности наблюдения он составляет 8,6 %, в США 10–13 %, в странах Скандинавии — 8,6 %, в Англии при смешанной форме МИ — 11 %, при менингококкемии без менингита — даже 19 %.

Таким образом, снижение числа умерших от МИ — это, в первую очередь, защита детей первых 2-х лет жизни. Вторая по значимости группа риска — подростки 15–19 лет.

Наиболее опасной формой МИ является молниеносная менингококкемия. Течение заболевания имеет настолько катастрофический характер, что с самого начала терапия нередко является бесперспективной, летальность составляет более 80 %, а, по мнению ряда исследователей, даже близка к 100 %.

В текущем году наблюдается снижение заболеваемости менингококковой инфекцией во всех регионах республики. Наиболее высокие уровни заболеваемости менингококковой инфекцией зарегистрированы в Гомельской (1,58 на 100 тыс. населения) и Могилевской (1,52) областях. В РБ за 11 месяцев 2011 г. зарегистрировано 106 случаев заболеваемости менингококковой инфекцией, в том числе в Гомельской области 24 случая, из которых 4 случая закончились смертельным исходом.

Цель исследования

Было изучить клинические особенности и терапию на догоспитальном этапе летальных исходов менингококковой инфекции в ГОКИБ на протяжении периода с 2004 по 2009 гг.

Материалы и методы исследования

Произведена ретроспективная оценка 10 историй болезни пациентов, умерших от менингококковой инфекции в ГОИКБ за период с 2004 по 2009 гг. Для статистического анализа были использованы программы «Excel» и «Statistica» 6.0.

Результаты исследования и их обсуждение

Среди умерших было 7 мальчиков ($70 \pm 15,28\%$) и 3 девочки ($30 \pm 15,28\%$). Возрастная структура: до 1 года — 3 человека ($30 \pm 15,28\%$); от 1 года до 3 лет — 4 человека ($40 \pm 16,33\%$); с 3 до 10 лет — 1 человек ($10 \pm 10\%$); старше 10 лет — 2 человека ($20 \pm 13,33\%$).

Установлено, что в первые сутки от начала болезни было госпитализировано 6 человек ($60 \pm 16,33\%$), на вторые сутки 4 человека ($40 \pm 16,33\%$).

Анализ сроков обращения за медицинской помощью от начала заболевания показал, что в первые 12 часов за помощью обратилось 8 пациентов ($80 \pm 13,33\%$), через 12–24 часа — 2 человека ($20 \pm 13,33\%$). Тогда, как сопоставляя сроки летальных исходов от начала заболевания с тяжестью состояния при первом обращении за медицинской помощью, установлено, что только у 6 человек ($60 \pm 16,33\%$) летальный исход наступил в первые сутки, несмотря на то, что тяжелейшее состояние было у всех пациентов, а у 4 пациентов ($40 \pm 16,33\%$) на вторые сутки. Таким образом, тяжелое состояние пациентов не является для них приговором, а служит руководством к действию и проведению адекватных терапевтических и организационных мероприятий.

Анализ непосредственных причин летальных исходов анализируемых случаев показал, что во всех случаях имело место развитие инфекционно-токсического шока, синдрома Уотерхауса-Фридериксена, что и привело к летальному исходу.

Анализ времени появления геморрагической сыпи от начала болезни показал, что в первые 12 часов сыпь появилась у 7 человек ($70 \pm 15,28\%$), через 12–24 часа у 3 человек ($30 \pm 15,28\%$). У 5 человек ($50 \pm 16,67\%$) первые элементы сыпи появились на туловище, в 3 случаях ($30 \pm 15,28\%$) — на лице, а в 2 случаях ($20 \pm 13,33\%$) на верхних и нижних конечностях.

Несмотря на типичное начало, менингококковая инфекция была заподозрена на первичном этапе медицинской помощи только у 5 пациентов ($50 \pm 16,67\%$). Диагноз ОРИ был поставлен в 4 случаях ($40 \pm 16,33\%$), а в 1 случае ($10 \pm 10\%$) — пищевая токсикоинфекция. Из этого следует, что необходимо совершенствовать знания медицинского персонала по клинической диагностике менингококковой инфекции в современных условиях.

Во всех исследуемых случаях развилась генерализованная форма менингококковой инфекции (молниеносная менингококкемия).

Только 1 пациенту с диагнозом «Менингококковая инфекция» на догоспитальном этапе проводилась инфузионная терапия в должном объеме, остальным же пациентам она вообще не проводилась.

Выводы

Согласно результатам проведенного исследования было выяснено, что объективная оценка тяжести полиорганных нарушений не всегда проводилась с помощью шкал, широко применяемых в международной практике и позволяющих определять объем и целесообразность терапевтического вмешательства при ИТШ и полиорганных нарушений. Из этого следует, что необходимо использовать международный опыт ведения больных с гипертоксическими формами МИ. Внедрение в рутинную работу ГОИКБ шкалы оценки органной недостаточности, связанной с сепсисом (SOFA), и прогностических индексов Глазго (GMSPS) позволит объективизировать тяжесть состояния пациентов и определить объем высокотехнологической медицинской помощи, что сведет к минимуму частоту летальных исходов, связанных с человеческим фактором. На основании данного исследования установлено, что объем и характер лечения на догоспитальном этапе при подозрении на МИ не соответствовали нормам, закрепленным в соответствующих протоколах лечения МИ. Поэтому организационные аспекты оказания неотложной помощи при МИ на догоспитальном этапе должны соответствовать нормативно закрепленным документам.

ЛИТЕРАТУРА

1. Избранные лекции по анестезиологии и интенсивной терапии / В. В. Курек [и др.]. — Минск, 1999–2000. — Т. 1–2.
2. Pathophysiology of meningococcal meningitis and septicaemia / N. Pthan [et al.] // Arch Dis Childhood. — 2003. — Vol. 88.
3. Платонов, А. Е. Эпидемиология и инфекционные болезни / А. Е. Платонов, С. К. Николаев. — Минск, 2007. — № 3. — С. 10–17.
4. <http://yelsk.gomel-region.by/ru/zozh/materialy?id=9631>.

УДК: 613.99

ВЛИЯНИЕ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА ЗДОРОВЬЕ РАБОТАЮЩИХ ЖЕНЩИН

Синкевич Е. В.

Научный руководитель: д.м.н., доцент, заведующий кафедрой И. А. Наумов

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

В процессе всей трудовой деятельности на человека воздействуют факторы производственной среды различной этиологии. И, несмотря на то, что в настоящее время уровень технического прогресса в различных сферах промышленности и улучшение условий труда значительно снизили рост заболеваемости на производстве, использование новых химических веществ и современных технологий все еще оказывают негативное влияние на организм работников.

Особого внимания заслуживают условия труда женщин. Проблема охраны их здоровья на протяжении всей трудовой деятельности в нашей стране является актуальной, так как на предприятиях Гродненской области на 01.01.2011 г. работали 97303 женщины, что составило 36,7 % от общего числа работающих. Причем, примерно 2/3 из них — репродуктивного возраста. В связи с этим, оценка риска возникновения нарушений репродуктивного здоровья женщин в результате воздействия на организм вредных факторов производственной среды и их первичная профилактика остаются одним из наиболее важным направлением гигиены труда.

Цель исследования

Провести анализ условий труда и заболеваемости женщин, работающих на промышленных и сельскохозяйственных объектах Гродненской области.

Материал и методы исследования

Изучены результаты производственного лабораторного контроля по физическим и химическим показателям санитарно-гигиенических исследований воздуха рабочей зоны на промышленных и сельскохозяйственных объектах Гродненской области и проведен анализ условий труда и заболеваемости женщин, а также их влияние на состояние здоровья работниц. Все исследования проводились на лабораторной базе ГУ «Гродненский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья», которое располагает современным поверенным оборудованием и аккредитовано для выполнения данного вида работ.

Результаты исследования

В процессе своей трудовой деятельности в 2010 г. на предприятиях Гродненской области с вредными производственными факторами контактировали 32599 женщин (2009 г. — 33071), что составляет от общего числа работающих на данных предприятиях соответственно 33,5 % (2009 г. — 33,3 %). По результатам проведенного производственного лабораторного контроля (ПЛК) за фактическим уровнем производственных факторов, в условиях не соответствующих требованиям гигиенических нормативов работали 13454 женщины, что составляет 41,3 % от числа женщин, контактирующих в