

Таким образом, можно установить, что несмотря на весь объем проведенной современной ринохирургической и медикаментозной терапии, а также последующим длительным применением интраназальных глюкокортикостероидов, проблема полипозного риносинусита все еще обусловлена высокой распространенностью с выраженным снижением качества жизни и наличием рецидивов, что зачастую требует проведение повторных оперативных вмешательств.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Пискунов, Г. З. Полипозный риносинусит: 2-е изд. / Г. З. Пискунов, Ю.П. Моисеева. – М.: МЕД-прессинформ, 2021. – 136 с.
2. Клинические рекомендации «Полипозный риносинусит» / Г. З. Пискунов [и др.]. – М., 2022 – 57 с.
3. Чубуков, Ж. А. Непараметрические методы и критерии медико-биологической статистики: учеб.-метод. пособие для студентов 3 курса всех фак-тов мед. вузов / Ж. А. Чубуков, Т. С. Угольник. – Гомель: ГомГМУ, 2012. – 16 с.
4. Чубуков, Ж. А. Описательная статистика: учеб.-метод. пособие для студентов всех факультетов медицинских вузов, аспирантов, магистрантов, соискателей и преподавателей / Ж. А. Чубуков, Т. С. Угольник. – Гомель: ГомГМУ, 2012. – 28 с.

УДК 617.7-007.689:159.942

Г. В. Недбайлов, С. Д. Ковалев

Научный руководитель: ассистент О. В. Ларионова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ФИЗИЧЕСКОЕ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ГЛАУКОМОЙ

Введение

Глаукома – локальная нейродегенеративная офтальмопатология, поражающая 1,5–2,5 % населения в возрасте старше 40 лет, существенно снижающая качество жизни и приводящая в 14–20 % к необратимой слепоте, занимая по этому показателю второе место в мире. Результаты эпидемиологических многоцентровых исследований, проведенных в последнее 10 лет в разных странах, свидетельствуют о значительном росте заболеваемости глаукомой [1, 2, 3]. По данным Всемирной Организации Здравоохранения в настоящее время в мире имеется около 105 млн пациентов с глаукомой, из них слепых на оба глаза 9,1 млн. Глаукома занимает одно из ведущих ранговых мест среди причин утраты зрительных функций и в Республике Беларусь [4]. С момента диагностики глаукома начинает оказывать отрицательное действие на качество жизни пациента, установление диагноза глаукома является стрессовым фактором для человека, вызывая у него беспокойство и тревогу. Степень психоэмоционального воздействия зависит от личностных особенностей пациента, а также от уровня его информированности о данном заболевании, что может влиять на его приверженность к лечению [5]. Участие пациентов с заболеванием глаукома в образовательных программах способствует формированию адекватного представления о механизмах развития болезни, клинических проявлениях заболевания, симптомах декомпенсации процесса, факторах риска развития глаукомы и методах лечения.

Цель

Исследовать показатели физического и психоэмоционального состояния пациентов глаукомного кабинета в городе Гомель.

Материал и методы исследования

Нами был проведен анализ амбулаторных карт, офтальмологического статуса, психоэмоционального и физического состояния здоровья 48 пациентов (96 глаз), находящихся на диспансерном учете городского глаукомного кабинета ГУЗ ГГЦКП № 1 г. Гомель, в возрасте от 21 до 79 лет (средний возраст $53,6 \pm 12,8$ года), среди них 9 мужчин (19 %) и 39 женщин (81 %). Среди всех анкетированных выявлено: 12 пациентов (22 глаза, 25 %) с I стадией, 18 пациентов (30 глаз, 37,5 %) со II стадией, 12 пациентов (23 глаза, 25 %) с III стадией и 6 пациентов (10 глаз, 12,5 %) с IV стадией глаукомы.

У пациентов с I стадией глаукомы средние значения некорректированной остроты зрения (НКОЗ) – $0,4 \pm 0,1$, средняя корригированная острота зрения (КОЗ) – $0,9 \pm 0,1$ ($p < 0,05$). Уровень внутриглазного давления (ВГД) – $16,7 \pm 0,6$ мм рт.ст. (от 12 до 19 мм рт. ст.). Сопутствующая патология: аномалии рефракции – 5 пациентов (41 %), начальная осложненная катаракта – 10 пациентов (83 %), артефакция – 2 пациента (16 %), авитрия – 3 пациента (25 %). 6 пациентов (50 %) находятся на диспансерном учете по поводу глаукомы более 5 лет, 3 пациентов (25 %) – около 2 лет, 3 пациента (25 %) менее 1 года. Для лечения пациенты используются: Sol. Timololi 0,5 % 6 глаз (27 %), Sol. Tafluprosti 15 мкг/мл – 4 глаза (18 %), Sol. Brinzolamidi 10мг/мл – 2 глаза (9 %), Sol. Travaprosti 0,004 % – 6 глаз (27 %), Sol. Latanaprosti 0,005 % – 4 глаза – (18 %). Лазерная хирургия выполнена на 3 глазах (14 %).

Средние значения НКОЗ пациентов с II стадией глаукомы – $0,3 \pm 0,1$ средняя КОЗ – $0,6 \pm 0,4$ ($p < 0,05$). ВГД – $20,6 \pm 0,9$ мм рт.ст. (от 19 до 23 мм рт. ст.). Сопутствующая патология: аномалии рефракции – 4 пациента (22 %), начальная осложненная катаракта – 10 пациентов (56 %), артефакция – 2 пациента (11 %). 6 пациентов (33%) состоят на учете по поводу глаукомы более 10 лет, 7 пациентов (39 %) – около 5 лет, 5 пациентов (28 %) менее 2 лет. Для лечения пациенты используются: Sol. Timololi 0,5 % 4 глаза (13 %), Sol. Tafluprosti 15 мкг/мл – 4 глаза (13%), Sol. Brinzolamidi 10мг/мл – 14 глаз (47 %), Sol. Travaprosti 0,004 % – 10 глаз (33 %), Sol. Latanaprosti 0,005 % – 4 глаза – (13 %). Лазерная хирургия выполнена на 10 глазах (33 %).

У пациентов с III стадией глаукомы средние значения НКОЗ $0,3 \pm 0,3$ средняя КОЗ – $0,6 \pm 0,1$ ($p < 0,05$). ВГД – $23,6 \pm 0,9$ мм рт.ст. (от 19 до 26 мм рт. ст.). Сопутствующая патология: аномалии рефракции – 3 пациента (25 %), начальная осложненная катаракта – 6 пациентов (50 %), периферическая витреохориоретинальная дистрофия (ПВХРД) сетчатки – 3 пациента (25 %). 3 пациента (25 %) находятся на диспансерном наблюдении по поводу глаукомы более 5 лет, 8 пациентов (67 %) – около 2 лет, 1 пациент (8 %) менее 1 года. Для лечения пациенты используются: Sol. Timololi 0,5 % 6 глаз (26%), Sol. Tafluprosti 15 мкг/мл – 4 глаза (17 %), Sol. Brinzolamidi 10мг/мл – 2 глаза (9 %), Sol. Travaprosti 0,004 % – 8 глаз (33 %), Sol. Latanaprosti 0,005 % – 4 глаза – (17 %). Лазерная хирургия выполнена на 8 глазах (35 %), синустрабекулэктомия (СТЭ) – на 2 глазах (9 %).

Средние значения НКОЗ пациентов с IV стадией глаукомы $0,1 \pm 0,0008$, средняя КОЗ – $0,15 \pm 0,0009$ ($p < 0,05$). ВГД – $27,8 \pm 1,7$ мм рт.ст. (от 17 до 36 мм рт. ст.). Сопутствующая патология: аномалии рефракции – 6 пациентов (100 %), начальная осложненная катаракта – 3 пациента (50 %), артефакция – 3 пациента (50 %), авитрия – 3 пациента (50 %). 4 пациента (67 %) более 3 лет находятся на диспансерном наблюдении по поводу глаукомы, 2 пациента (33 %) менее 1 года. Для лечения пациенты используются Sol. Brinzolamidi 10мг/мл – 9 глаз (90 %), Sol. Travaprosti 0,004 % – 3 глаза (30 %). Лазерная хирургия выполнена на 10 глазах (100 %), СТЭ – на 3 глазах (30%).

Для проведения опроса нами был составлен комплексный опросник, состоящий из: «Russia (Russian) EuroQol Group. EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Group», «National Eye Institute Visual Functioning Questionnaire – 25 (VFQ-25)», «QUALITY OF LIFE (WHOQOL) –BREF»

и «SF-36. Анкета оценки качества жизни». Опросник включает в себя 7 вопросов, 8 таблиц и 1 шкалу. Статистическая обработка данных производилась с использованием программного обеспечения: Microsoft Excel и пакета Statistica 10 (StatSoft, Inc., USA). Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимался равным $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Перед началом исследования всем пациентам предлагалось заполнить «Шкалу здоровья», где пациенты в процентном соотношении выражали состояние своего здоровья на сегодняшний день, так у пациентов с I стадией глаукомы состояние здоровья на уровне 55 %, с II стадией – 53 %, с III стадией – 50 % и с IV стадией – 33 %.

При анкетировании пациентов с I стадией глаукомы выяснено, что 9 (75 %) пациентов отмечают повышенную утомляемость при выполнении физической нагрузки. Психологическое состояние пациентов данной группы и их взаимодействие с семьей никак не изменилось. При исследовании влияния наличия глаукомы на качество выполняемой работы и утомляемость в течение рабочего дня было отмечено, что пациенты не испытывают проблем при выполнении своих профессиональных обязанностей.

18 пациентов (100 %) со II стадией испытывают трудности при движении по улице, в такой степени, что приходилось сократить дистанцию. Также отмечают частое обращение за помощью к родственникам при выполнении домашних обязанностей. 11 пациентов (61 %) находится в тревожном состоянии и отмечают увеличение времени проведенного с родственниками, 7 пациентов (39 %) стараются ограничивать контакты с друзьями. 9 пациентов (50 %) вынуждены уволиться с прежнего места работы, 9 пациентов (50 %) отмечают крайнее утомление в конце рабочего дня и увеличение количества времени, затрачиваемого на выполняемую работу.

Из 12 пациентов с III стадией глаукомы 7 (58 %) стараются смотреть только прямо и не совершать дополнительных прогулок, 5 пациентов (42 %) не в состоянии выполнять домашние обязанности. Все 12 пациентов (100 %) данной группы находятся в депрессивном состоянии и это не позволяет им открыто коммуницировать с семьей. Все пациенты с III стадией глаукомы не работают из-за наличия заболевания.

Среди пациентов с IV стадией глаукомы 4 (66 %) выходят из дома только вместе с членом семьи и 2 (33 %) пациента способны выйти на улицу самостоятельно. 4 пациента (66 %) не в состоянии выполнять никакие домашние обязанности, что резко ограничивает их повседневную жизнедеятельность, 2 пациента (33 %) способны минимально ухаживать за собой самостоятельно. Все 6 пациентов (100 %) данной группы постоянно чувствуют себя уставшими, измученными, несчастливыми, что сказывается на общении с окружающими. Все 6 человек не работают из-за наличия заболевания.

Результаты анкетирования продемонстрировали снижение показателей качества жизни у пациентов со всеми стадиями глаукомы, что свидетельствует о ее отрицательном воздействии. Средняя сумма баллов для 1 пациента при теоретически возможном максимуме 193 составила: с I стадией – 146, со II – 119, с III – 103, с IV – 84 балла, что показывает снижение показателей качества жизни параллельно с прогрессированием стадии глаукомы.

Выводы

Использование комплексного опросника является удобным и доступным способом детальной оценки качества жизни и социального функционирования пациентов с различными стадиями глаукомы, находящихся на диспансерном учете глаукомного кабинета. Изучение качества жизни пациентов с глаукомой позволяет получить информацию о психофизическом состоянии пациента и проследить его изменения в процессе лечения. Применение опросника в офтальмологической практике поможет улучшить динамический контроль за эффективностью и комплаентностью лечения, разработать дифференцированный подход к лечению каждого пациента с глаукомой.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Имшенецкая, Т. А. Сохранение качества жизни у пациентов, страдающих терминальной глаукомой / Т. А. Имшенецкая, Г. В. Вашкевич // *Рецепт*. – 2009. – № 2. – С. 173–176.
2. Quigley, H. A. The number of people with glaucoma worldwide in 2010 and 2020 / H. A. Quigley, A. T. Broman // *Br. Ophthalmol.* – 2006. – Vol. 90. – P. 262–267.
3. Нестеров, А. П. Глаукома / А. П. Нестеров. – М.: Медицина, 1995. – 256 с.
4. The association of multiple visual im-pairments with self-reported visual disability: SEE project / G.S. Rubin [et al.] // *Invest. Ophthalmol. Vis. Sci.* – 2001. – Vol. 42 (1). – P. 64–72.
5. Brown G. C. Difference between ophthalmologists and patients perceptions of quality of life associated with agerelated macular degeneration / G. C. Brown, M. M. Brown, S. Sharma // *Can. J. Ophthalmol.* – 2000. – Vol. 35, № 3. – P. 127–133.

УДК 616.22-002.2-07-08

Е. И. Никита

Научный руководитель: д.м.н., профессор О. Г. Хоров

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

РОЛЬ ХРОНИЧЕСКОГО ЛАРИНГИТА В СТРУКТУРЕ ВСЕЙ ПАТОЛОГИИ ГОРТАНИ

Введение

Гортань является компонентом верхних дыхательных путей и выполняет несколько важных функций, включая фонацию, кашлевой рефлекс и защиту нижних дыхательных путей. Патология гортани представляет собой медико-социальную проблему, так как при дисфункции органа нарушается голосообразование и затрудняется речевое общение. Дисфония является ведущим клиническим симптомом всех новообразований в гортани [1].

Актуальность патологии гортани обусловлена высоким уровнем заболеваемости хроническим ларингитом (далее – ХЛ). По оценке специалистов на долю ХЛ приходится 8,4–10 % всей патологии ЛОР-органов и до 34 % всей патологии гортани. Однако точные данные о заболеваемости хроническим ларингитом остаются неизвестными, поскольку в начале заболевания пациенты часто не обращаются за медицинской помощью, связывая изменения голоса с длительным стажем курения.

Существует множество классификаций хронического ларингита. Б. С. Преображенский (1955), В. К. Супрунов (1960) выделяют три формы хронического ларингита: катаральный, гипертрофический и атрофический [2]. А. И. Алимов (1972, 1973) гипертрофический ларингит подразделяет на диффузный и ограниченный. Wendler и соавторы (1997) выделяют две формы хронического ларингита: гиперпластический и атрофический. Из всех форм хронического ларингита наибольшую опасность с точки зрения возможной малигнизации представляет гиперпластическая форма ларингита, причем прогрессия дисплазии в рак напрямую зависит от степени тяжести диспластических изменений. И. Д. Шляга и соавторы (1995) разработали свою клинико-анатомическую классификацию, ХГЛ на специфический и неспецифический [3].

Трудно определить, что явилось первичным: воспаление, вызванное изменением биоценоза слизистой оболочки гортани, или присоединение микрофлоры при наличии хронического воспаления в гортани. Но можно сказать точно, что в основе широкого спектра патологических изменений ларингеального эпителия, лежит длительно существующий воспалительный процесс. Как известно исход воспалительного процесса в норме – регенерация, однако у пациентов с гиперпластическими процессами гортани этот механизм нарушен из-за постоянного воздействия раздражающих факторов (куре-