

ных усилий, настойчивости и активности в достижении успеха. Больные склонны очень часто обвинять себя в происходящих неудачах и недооценивать свой вклад в успех дела, сравнивать себя с другими, более успешными людьми, и всегда не в свою пользу.

Пациенты не живут в неизменном состоянии безнадежности, в обычной жизни они демонстрируют относительное удовлетворение жизнью. Однако, столкнувшись со стрессовым неблагоприятным событием (смерть супруга, потеря работы), непредсказуемыми и неопределенными ситуациями, они склонны испытывать безнадежность, беспомощность и депрессию.

Результаты опросника «Шкала тревоги» Шихана выявили статистически значимые различия по показателю «тревога» ($p = 0,000001$). Интерпретируя полученные данные, можно сделать вывод о том, что в группе больных паническими расстройствами уровень тревоги значительно выше, чем в группе здоровых испытуемых с высокой личностной тревожностью.

Тревога возникает в ситуациях, когда до сих пор нет реальной опасности для человека, но он ее ждет и еще не знает, как справиться с этим. Это длительный и неопределенный страх перед будущими событиями. Этот страх не имеет объективной ориентации и имеет высокую степень опасности. Переживаемые больными ощущения и чувства вызывают у них возрастание тревоги, связанной с опасениями за собственную жизнь и здоровье.

Выводы

Таким образом, мы выявили, что пациенты с паническим расстройством обладают пессимистическим атрибутивным стилем. Он характеризуется объяснением негативно окрашенных событий личными, стабильными характеристиками, а положительно окрашенных событий противоположным образом — временными, относящимися к конкретной области и вызванными внешними причинами. Для больных в ситуации панического расстройства свойственны заниженные ожидания, пассивность перед трудностями, негативное видение жизни, недооценка роли собственных усилий.

Полученные данные необходимо заложить в программу психологического сопровождения больных, страдающих паническими расстройствами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Критерии и алгоритм диагностики панического расстройства / Т. А. Караваева [и др.] // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. — 2015. — № 2.
2. Юров, И. Е. Панические расстройства у лиц молодого возраста. (Клинико-психологические, гемодинамические и патохимические аспекты): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / И. Е. Юров; ММА им. И. М. Сеченова. — М., 2000. — 13 с.

УДК 617.713-001.5-089«2015-2017»

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПРОНИКАЮЩИМИ РОГОВИЧНЫМИ РАНЕНИЯМИ ПО МАТЕРИАЛАМ ГОМЕЛЬСКОГО ОБЛАСТНОГО ЦЕНТРА МИКРОХИРУРГИИ ГЛАЗА ЗА ПЕРИОД 2015–2017 ГГ.

Толкачëва Ю. В.

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Вследствие высокой чувствительности переднего эпителия поверхностные повреждения роговицы сопровождаются выраженной болезненностью и роговичным синдромом [1]. В результате травматического кератита образуются помутнения роговицы с возможным нарушением ее сферичности. Потеря клеток заднего эпителия роговицы в результате травмы ведет к развитию эндотелиально-эпителиальной дистрофии [2]. Частота травматической катаракты колеблется от 25 до 50 % среди исходов травм глазного яблока в мирное время [3].

Цель

Анализ эффективности оказания офтальмологической помощи жителям Гомельского региона с проникающими ранениями роговицы.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ медицинской документации 67 пациентов, обратившихся в Гомельский областной центр микрохирургии глаза (ГЦМХГ) в 2015–2017 гг. с диагнозом «проникающее ранение роговицы», что составило 1,12 % от всех обратившихся в экстренный кабинет ГЦМХГ за 2015–2017 гг. Из них: 65 (97 %) мужчин, женщин — 2 (3 %). Средний возраст пациентов 40 ± 10 лет и колебался от 20 до 69 лет. Жители города — 45 (67,16 %), сельской местности — 22 (32,83 %) пациента. Производственная травма зафиксирована у 1 (22,39 %), бытовая — 52 (77,6 %) пациентов. Госпитализированная заболеваемость составила 1,069 %. Проникающее ранение роговицы без повреждения других структур глаза выявлено у 16 (23,88 %) пациентов, у 4 (25 %) из них с ущемлением инородного тела в роговице. Наблюдались различные сочетания повреждений: проникающее ранение роговицы с повреждением хрусталика у 41 (61,19 %) пациента, из них 12 (17,91 %) с повреждением радужки, 1 (1,49 %) — с отслойкой сетчатки и 8 случаев эндофтальмита. Проникающее ранение роговицы без повреждения хрусталика у 10 (14,92 %) пациентов, из них 8 (11,94 %) с ущемлением радужной оболочки в ране. Статистический анализ данных проведен с помощью программы «Microsoft Excel 2010» методами выборки, построения вариационных рядов.

Дизайн офтальмологического обследования: визометрия, биомикроскопия на щелевой лампе NIDEK SL-1600, УЗИ исследование на аппарате TOMOY Ultrasonic A/B scanner and biometer UD-6000, обзорная рентгенография с протезом Комьерга-Балтина, оптическая когерентная томография на аппарате SOCT Copernicus+.

Результаты исследования и их обсуждение

В течение первых суток с момента получения травмы в кабинет экстренной офтальмологической помощи ГЦМХГ обратились 56 (83,6 %) пациентов, на вторые сутки — 4 (5,97 %) пациента, на 6–7 сутки обратились 5 (7,46 %) пациентов. Все обратившиеся пациенты с проникающими ранениями роговицы были госпитализированы.

Биомикроскопически у 20 (29,85 %) пациентов выявлено самоадаптированное роговичное ранение, из них у 4 (5,97 %) — с наличием травматической катаракты. Из 47 (70,15 %) пациентов с неадаптированным роговичным ранением травматическая катаракта диагностирована у 16 (23,88 %), у 12 (17,91 %) сочетание раны роговицы с повреждением радужки, у 8 (11,94 %) с эндофтальмитом, у 1 (1,49 %) с отслойкой сетчатки, 8 (11,94 %) пациентов с ущемлением радужки в ране. По локализации роговичной раны выявлено: 16 (23,88 %) пациентов с раной в оптической зоне роговицы, 28 (41,79 %) пациентов с раной в параоптической зоне, 11 (16,42 %) пациентов с паралимбальным расположением роговичной раны и у 12 имела место комбинация зоны поражения. Тонометрия из-за наличия проникающего ранения проводилась пальпаторно. При поступлении нормотония выявлена у 25 (37,31 %) пациентов, гипотония у 41 (61,19 %), гипертензия у 1 (1,49 %) пациента. При поступлении средняя некорригированная острота зрения составила $0,3 \pm 0,15$ корригированная — $0,45 \pm 0,05$ и колебалась от 0,0 до 1,0. Оперативное лечение проведено 62 (92,54 %) пациентам. 5 (7,46 %) пациентам в связи с точечным самоадаптированным ранением роговицы без выраженных признаков локального воспаления оперативное лечение не проводилось. В первые 6 ч с момента госпитализации прооперированы 40 (65 %) пациентов. Остальным пациентам проведено оперативное вмешательство в более поздние сроки (от 2 до 26 дней с момента поступления в стационар), в связи с отсутствием показаний к экстренному оперативному лечению. Всем оперированным пациентам проведена первичная микрохирургическая обработка (ПМХО) раны роговицы. Из них ПМХО раны роговицы с одномоментным удалением травматической катаракты 10 (16,13 %), из них с одномоментной имплантацией ИОЛ в 7 (70 %) случаях. В связи с выраженным отеком роговицы и затруднением визуализации глубжележащих сред 3 пациентам имплантацию ИОЛ произвести не удалось. ПМХО раны роговицы с одномоментным удалением вколоченного в роговицу инородного

тела у 4 (6,45 %) пациентов, с удалением инородного тела из передней камеры глаза у 7 (11,29 %) пациентов. 8 (12,9 %) пациентам ПМХО раны роговицы произведена с одномоментным удалением внутриглазного инородного тела магнитом, удалением травматической катаракты, эндолазерной коагуляцией заднего полюса, введением газовоздушной смеси SF₆ (что связано с посттравматической отслойкой сетчатки). ПМХО раны роговицы с одномоментным удалением травматической катаракты, субтотальной пиогемвитректомией (в связи с поздней госпитализацией, развитием эндофтальмита и травматической катаракты) у 1 (1,61 %) пациента. В одном случае проведена ПМХО раны роговицы с одномоментным покрытием роговицы амниотической мембраной. В связи с невозможностью выполнения полного объема оперативного лечения в один этап, а также в связи с развитием посттравматических осложнений были выполнены повторные оперативные вмешательства у 28 пациентов: факэмульсификация травматической катаракты с имплантацией ИОЛ у 7 (25 %) пациентов, вторичная имплантация ИОЛ у 4 (14,29 %) пациентов. 6 (21,43 %) пациентам выполнено удаление гипопиона из передней камеры, 3 (10,71 %) — гифемы. В 1 случае в связи с развитием в послеоперационном периоде отслойки сетчатки произведен циркулярж по Арруго, у 2 (7,14 %) пациентов репозиция и подшивание ИОЛ к радужке. В послеоперационном периоде у всех пациентов достигнута нормотония. Средняя некорректированная острота зрения составила $0,35 \pm 0,2$, скорректированная — $0,4 \pm 0,05$ и колебалась от 0,0 до 1,0.

Выводы

1. Среди исследуемых пациентов преобладают мужчины в возрасте от 30 до 49 лет.
2. Чаще травма получена в бытовых условиях (77,6 %), что обусловлено несоблюдением техники безопасности.
3. В первые сутки с момента получения травмы 56 (83,6 %) пациентов обратились за помощью в кабинет экстренной офтальмологической помощи ГЦМХГ.
4. Наблюдается тенденция к одномоментному выполнению нескольких манипуляций за одно хирургическое вмешательство, что способствует уменьшению сроков госпитализации и снижает риск возникновения осложнений от повторных оперативных вмешательств.
5. Восстановление зрительной функции пораженного глаза зависит от сроков обращения пациентов, тяжести полученной травмы, локализации раны, выраженности воспалительной реакции, возможных осложнений, объема и сроков оперативного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кристофер Дж. Рапуано, Ви-Джин Хенг Роговица; пер. с англ. Ел. А. Каспаровой, Евг. А. Каспаровой; под ред. А. А. Каспарова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 320 с. — (Серия «Атласы по офтальмологии»). — С. 282–315.
2. Современная офтальмология: рук-во для врачей / под ред. В. Ф. Даниличева. — СПб.: Питер, 2000. — 672 с. (Серия «Современная медицина»). — С. 285–300.
3. Неотложная офтальмология: учеб. пособие / под ред. Е. А. Егорова. — 2-е изд., испр. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. — 184 с.

УДК 616.36-004

ЕСТЕСТВЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

Толкунова П. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Е. Г. Малаева

Учреждение образования

**«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Цирроз печени (ЦП) — многофакторное прогрессирующее заболевание печени, характеризующееся значительным уменьшением количества функционирующих гепатоцитов, нарастающим фиброзом, перестройкой нормальной структуры печени и развитием в последующем печеночной недостаточности и портальной гипертензии. В экономически развитых странах цирроз входит в число шести основных причин смерти пациентов от 35 до