

ЛИТЕРАТУРА

1. Раевская, И. А. Эпидемиологическая характеристика и основы профилактики биогельминтозов: учеб.-метод. пособие / И. А. Раевская, Г. Н. Чистенко, Т. С. Гузовская. — Минск: БГМУ, 2014. — С. 34–40.
2. «Журнал учета инфекционных заболеваний, пищевых отравлений, осложнений после прививки» (форма № 060/у) ГУ «Рогачевский зональный центр гигиены и эпидемиологии».
3. Инфекционные болезни: учебник для студентов медицинских вузов / Е. П. Шувалова [и др.]. — 8-е изд., испр. и доп. — СПб.: СпецЛит, 2016. — С. 745–747.
4. Инструкция 4.2.11-19-9-2004 «Паразитологические методы лабораторной диагностики гельминтозов и протозоозов» утвержденная постановлением главного санитарного врача РБ № 49 от 03.05.2004 г.

УДК 617.7-053.32

**РЕТИНОПАТИЯ НЕДОНОШЕННЫХ**

*Гасникова Т. П.*

**Научный руководитель: к.вет.н., доцент Р. Н. Протасовицкая**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

***Введение***

Генетические заболевания глаз вызваны изменением в генетическом коде. Около 60 % детской слепоты связаны с генетическими факторами. Проблема слепоты и слабо-видения является одной из наиболее значимых в медицинской и социальной сферах. В последнее время растет число детей с глубоким нарушением зрения. Причин этому достаточно много: наследственность, экология, травмы и многое другое. Офтальмологи считают, что основной причиной слепоты в детском возрасте является ретинопатия недоношенных. Ретинопатия недоношенных — это заболевание глаз, которое возникает вследствие нарушения развития сетчатки у недоношенных малышей. Впервые ретинопатия недоношенных была диагностирована в 1942 г. [1]. С тех пор врачи начали тщательно изучать эту болезнь, однако до сих пор не могут разобраться, почему в одних случаях происходит самопроизвольный регресс, а в других — возникают тяжелые формы ретинопатии.

***Цель***

Изучить проблемы и причины возникновения ретинопатии недоношенных, на примере предоставленного материала ГУО «Василевичская специальная школа- интернат для детей с нарушениями зрения».

***Материал и методы исследования***

Аналитический обзор литературы, статистический анализ личных медицинских дел, изучение научных статей.

Объектом исследования послужило ГУО «Василевичская специальная школа- интернат для детей с нарушениями зрения». В этой школе обучается 70 детей, из них количество тотально незрячих в разные годы колеблется от 6 до 15 человек.

***Результаты исследования и их обсуждение***

Изучив личные медицинские дела, было установлено, что 90% детей с глубокими нарушениями зрения или тотально незрячие имеют заболевание ретинопатия недоношенных III–V степени. Степень заболевания зависит от веса при рождении ребенка. Так, 70 % детей с ретинопатией IV–V степени родились с весом 1000–1500 г. Также было отмечено, что на степень заболевания влияет срок рождения ребенка. Наиболее высокий риск возникновения заболевания происходит при рождении ребенка на 28–32 неделе гестации.

Как и почему возникает ретинопатия? У эмбриона закладка глазных яблок происходит достаточно рано — на 3–4 неделе беременности. Но созревание структур глаза и формирование сосудистой системы, которая питает сетчатку, длятся в течение всей беременности и завершаются к моменту рождения. Сосуды сетчатки располагаются от зрительного нерва лучами к периферии глазного дна и достигают ее обычно на 9 месяце беременности. Если ребенок рождается преждевременно, сосуды вырастают в периферическую часть сетчатки не до конца. Это приводит к осложнениям со стороны сетчатки и питающих ее сосудов, которые могут стать причиной полной слепоты ребенка. Рост сосудов становится патологическим, то есть они бурно ветвятся, образуют петли и анастомозы и могут быть источником кровоизлияний. В норме этого быть не должно. По таким патологическим сосудам в сетчатку вырастают соединительнотканые тяжи, которые затем сморщиваются и отрывают сетчатку. Таким образом происходит отслойка сетчатки.

Ретинопатия возникает не сразу после рождения. Диагностировать это заболевание могут и на второй неделе жизни новорожденного, однако переход по стадиям может происходить в течение 6 месяцев. Поэтому родители должны быть осведомлены, чтобы предотвратить развитие крайних стадий ретинопатии и вовремя начать необходимое лечение.

Выделяют основные факторы возникновения ретинопатии у недоношенных детей: вес ребенка при рождении меньше 2000 г, недоношенность до 34 недель, проведение искусственной вентиляции легких более 3 дней, кислородотерапия более 1 месяца, гипоксия мозга, кровоизлияния в головной мозг, тяжелые инфекции [2].

Одним из вероятных факторов развития ретинопатии является воздействие на сетчатку недоношенного избыточного количества света. В норме образование новых кровеносных сосудов сетчатки протекает внутриутробно в отсутствие света. Экспериментально было доказано неблагоприятное воздействие кислорода на анатомически незрелую клетчатку. Дополнительными факторами риска, влияющими на возникновение ретинопатии недоношенных, являются синдром дыхательных расстройств, внутричерепные родовые травмы, сепсис, анемия новорожденных, многоплодная беременность, особенностей выхаживания.

У детей с массой тела менее 1500 г патология сетчатки развивается в 40–50% случаев; менее 1000 г — в 52–73 %; а у глубоко недоношенных детей с массой тела менее 750 г — в 81–95 % случаев.

Классификация ретинопатии недоношенных:

- I стадия: минимальные сосудистые нарушения. На границе, которая разделяет нормально сформированную сетчатку и зону без сосудов, появляется тонкая белая линия;
- II стадия: на месте белой линии образуется возвышение. На этой стадии возможна самопроизвольная регрессия, таким образом зрение восстановится без каких-либо последствий;
- III стадия: сосуды начинают расти внутрь и врастать в стекловидное тело глазного яблока. На этой стадии важно решить вопрос об операции, причём часто её приходится проводить в экстренном порядке, поскольку на следующем этапе болезни происходят необратимые изменения;
- IV стадия: начинается процесс отслоения сетчатки и рубцевания тканей. Если срочно не провести операцию, пациенту грозит слепота;
- V стадия: полное отслоение сетчатки и потеря зрения [2].

В 70–80 % случаев I и II стадии ретинопатии недоношенных самопроизвольно регрессируют, оставляя лишь остаточные патологии на глазном дне, такие как миопия и миопический астигматизм. На этих стадиях лечение не показано. III стадия является «пороговой» и наиболее важной в оказании срочной медицинской помощи. С целью предупреждения прогрессирования ретинопатии недоношенных до терминальных ста-

дий проводится профилактическая лазеркоагуляция. Это наиболее простой, доступный и безопасный метод лечения данного заболевания. IV и V стадии ретинопатии недоношенных расцениваются как терминальные, так как в основном прогнозы в отношении зрительных функций отрицательные, эффективность лечения на этой стадии снижается [3]. Операции проводят с целью лечения отслоения сетчатки и сохранения органа, однако в общем хирургическое вмешательство на данной стадии малоперспективно.

#### **Выводы**

Таким образом, современная медицина не стоит на месте. За долгие годы изучения данной болезни были достигнуты большие успехи в сфере профилактики и лечении ретинопатии недоношенных. Однако, к сожалению, данная проблема остается актуальной и по сей день. Вопрос о ранней диагностике и адекватном лечении остается перспективным и важным. Немаловажно также проводить мониторинг болезни. Исход данного заболевания во многом зависит от слаженности и быстроты действий врачей.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Сметанкин, И. Г.* Ретинопатия недоношенных / И. Г. Сметанкин, Г. С. Богданов. — М., 2015. — № 5. — С. 54–59.
2. Медицинская энциклопедия [Электронный ресурс] / Ретинопатия недоношенных: как сохранить зрение? — 2019. — Режим доступа: <https://lechenie-simptomu.ru/retinopatiya-nedonoshennyih>.
3. *Антоненко, М. Н.* Элементарная реабилитация инвалидов по зрению / М. Н. Антоненко, И. А. Сухотская. — М., 2015. — № 7. — С. 14–16.

УДК 616-085.371(476.2)

### **АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВАКЦИНИРОВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Гормаи Е. С., Казак Е. А.*

**Научный руководитель: старший преподаватель С. Н. Боброва**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Как известно, самый надежный способ защиты от гриппа — профилактическая прививка. Грипп опасен своими осложнениями. Наибольшую угрозу вирус представляет для маленьких детей, пожилых лиц, а также для людей, страдающих хроническими болезнями [1].

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) встречаются повсеместно и являются самым распространенным инфекционным заболеванием, поэтому проблема не теряет своей актуальности. Вирус любой этиологии ослабляет иммунную защиту организма и вызывает осложнения в 20 % случаев.

#### **Цель**

Провести сравнительный анализ эффективности вакцинирования от гриппа. Изучить частоту заболевания ОРВИ и гриппа среди населения Гомельской области, привито-го от гриппа.

#### **Материал и методы исследования**

С целью изучения эффективности вакцинирования от гриппа населения Гомельской области был проведен анализ данных, полученных из ГУ «Гомельский областной центр гигиены эпидемиологии и общественного здоровья», а также УЗ «Светлогорская центральная районная поликлиника». Были исследованы материалы за период с января