

Результаты исследования и их обсуждение

До начала лечения исследуемые показатели у пациентов обеих групп достоверно не отличались. ИНСФ у пациентов основной группы в диапазоне «хорошо» был у 31,5 %, а у пациентов контрольной группы — 32,1 %. Через 6 месяцев отмечено рост ИНСФ в пределах значения «хорошо»: у пациентов основной группы увеличился до 65,9 %, в то время как у пациентов контрольной группы лишь до 49,7 %.

Изучая показатели УЗД было установлено, что показатели МПКТ большинства пациентов не вошли в зону нормы, у отдельных пациентов отмечалось лишь уменьшение интенсивности выраженности ОП, у других переход от ОП к Оп. Динамика показателей УЗД представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Динамика показателей УЗД в основной и контрольной группах

Показатели МПКТ	Основная группа		Контрольная группа	
	до лечения	через 6 месяцев	до лечения	через 6 месяцев
Остеопороз	43,6 %	29,7 %	41,7 %	37,1 %
Остеопения	52,7 %	61,4 %	54,4 %	57,1 %
Норма	3,7 %	8,9 %	3,9 %	5,8 %

Через 6 месяцев было отмечено значительное снижение выраженности жалоб со стороны КМС среди пациентов исследуемых групп: в основной группе количество пациентов имеющих жалобы снизилось на 66,9 % по сравнению с исходными показателями, а в контрольной группе на 37,9 %.

Выводы

На основании полученных данных разработан комплекс физических упражнений для пациентов со сниженной МПКТ разной степени выраженности, обеспечивающий дифференцированный подход к каждому пациенту в зависимости от состояния КМС. При оценке ИНСФ и УЗД более выраженный рост этих показателей отмечен у пациентов основной группы наблюдения.

По данным, полученным в ходе исследования установлено, что комплексное применение стандартного медикаментозного лечения и кинезиотерапии значительно уменьшает выраженность проявлений болевого синдрома, расширяет двигательные возможности, что в свою очередь улучшает качество жизни и снижает риск возникновения аварийности на транспорте.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шевкун, И. Г. Гигиеническая оценка условий труда водителей пассажирского автотранспорта и меры профилактики (на примере Ростовской области): дис. ... канд. мед. наук: 14.00.50 / И. Г. Шевкун. — М., 2009. — С. 11–26.
2. Аспекты патогенетической терапии остеопороза с использованием лечебной физкультуры и медикаментозных средств: метод. рекомендации МОЗ Украины / А. М. Игнатъев [и др.]. — Киев, 2010. — 23 с.
3. Кулькова, И. В. Кинезотерапия: культура двигательной активности / И. В. Кулькова, М. Д. Рипа. — М.: КНОРУС, 2010. — 376 с.
4. Кальций-дефицитные состояния и патология сердечно-сосудистой системы / А. М. Игнатъев [и др.] // Вісник морської медицини. — 2009. — № 1. — С. 38–41.
5. Dose-Effectiveness Relationships Determining the Efficacy of Ibandronate for Management of Osteoporosis : A Meta-Analysis / Y. Hou [et al.] // Medicine (Baltimore). — 2015. — Vol. 94, № 26. — P. 1007.

УДК 617.7-002.5

ИЗОЛИРОВАННЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ ГЛАЗ

Шваева А. Д.

Научный руководитель: ассистент В. А. Штанзе

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Туберкулез — инфекционнoхроническое заболевание, которое может поражать все органы и ткани, кроме мышц, волос и ногтей. Может протекать десятки лет. Чаще в струк-

туре заболеваемости значительную часть составляет туберкулез органов дыхания (ТОД). Именно эти пациенты являются источниками инфекции. Их можно обнаружить, используя «быстрые» методы микробиологической диагностики, рано установить и верифицировать диагноз. Внелегочные формы туберкулеза хоть и встречаются реже, но приносят пациентам не меньше проблем и страданий. Диагностика внелегочного туберкулеза значительно затруднена из-за невозможности получения биологического материала для микробиологических исследований [1]. Одной из форм внелегочного туберкулеза является туберкулез глаз (ТГ). Как правило, к фтизиатрам такие пациенты попадают после длительного наблюдения и лечения по поводу другой патологии. Нередко туберкулез является диагнозом исключения. Диагностика изолированного ТГ сложна из-за разнообразия клинических проявлений и отсутствия патогномоничных признаков [2].

Цель

Изучить особенности диагностики, течения и результатов лечения изолированного ТГ.

Материал и методы исследования

Проведен анализ медицинской документации 18 пациентов с изолированным ТГ (VA группа диспансерного учета), лечившихся в Гомельской областной туберкулезной клинической больнице. Достоверные признаки туберкулезного процесса (структура гранулемы, микобактерии) выявляются лишь при применении гистоморфологических и микробиологических исследований патологического глазного очага. Однако данные методики верификации этиологического диагноза доступны далеко не всегда. Подтверждение туберкулезной этиологии чаще осуществляется на основе косвенных диагностических признаков, выявляемых при клиническом обследовании глаза и организма в целом: сальные роговичные преципитаты в зоне Эрлиха и стромальные задние синехии при наличии опалесценции камерной влаги, сохранении чувствительности роговицы; изолированные хориоретинальные очаги округлой или овальной формы с постепенным нарастанием пигментации при хроническом, иногда волнообразном (обострения, ремиссии) течении заболевания; очаговая реакция на введение туберкулина (от 2 до 50 ТЕ) по типу обострения воспалительного процесса умеренной или значительной выраженности. Выявление этих критериев позволяет в 96–98 % случаев безошибочно подтвердить туберкулезную этиологию заболеваний глаз у взрослых [2].

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст начала заболевания составил 32 года (от 20 до 56 лет), 31 год — у мужчин и 35 лет — у женщин. Среди заболевших 10 (55,6 %) мужчин и 8 (44,4 %) женщин. При том что ТОД в 3 раза чаще развивается у мужчин [2], при ТГ статистически значимой разницы в гендерно-возрастном распределении не выявлено. Нами установлено, что 66,7 % составляют городские жители (12 случаев) и 33,3 % — сельские (6 случаев). Не исключено, что это связано с доступностью медицинской помощи: сельскому жителю труднее попасть на прием к офтальмологу. Установлено также, что все заболевшие, в отличие от ТОД [2], относились к социально благополучным слоям населения: пациентов из группы социального риска по развитию туберкулеза среди них не было. Время установления туберкулезной этиологии процесса колеблется от 2-х недель до 7 лет. В течение 6 мес диагноз ТГ был установлен 8 (44,4 %) пациентам. В 50 % случаев заболевание начиналось с поражения одного глаза (9 пациентов), в 33,3 % случаев (6 пациентов) переходит на второй глаз, у 16,7 % начинается с одновременного поражения обоих глаз (3 пациента). Количество эпизодов клинического прогрессирования на фоне лечения варьировало от 1 до 5. Сняты с диспансерного учета в излечении 3 (16,7 %) пациента, при этом у 1 пациента был зарегистрирован рецидив спустя 6 лет, пациент был повторно взят на учет фтизиоофтальмологом. У 9 (50 %) пациентов было достигнуто клиническое излечение и улучшение на фоне противотуберкулезного лечения — переведены в VB группу диспансерного учета. Все пациенты получали лечение по I режиму химиотерапии основными противотуберкулезными химическими средствами (изониазид, рифампицин, пиразинамид), этамбутол не применялся из-за окулотоксического действия. У большинства пациентов были выявлены сопутствующие заболевания: 61 % приходится на долю хронических гайморитов и тонзиллитов

(11 случаев), 33,3 % — на долю эндокринной патологии (6 случаев), 17 % — обменные нарушения (3 случая), 5,5 % — сердечно-сосудистая патология (1 случай).

Выводы

1. Существуют значительные трудности в диагностике ТГ.
2. Изолированный ТГ является формой, поражающей в основном социально благополучные слои населения, преимущественно городских жителей, при этом мужчины и женщины одинакового возраста заболевают примерно с равной частотой.
3. Клиническое излечение достигнуто менее чем у половины пациентов.
4. У большинства пациентов с ТГ имеются сопутствующие заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Хокканен, В. М. Туберкулез глаз: этиология, патогенез, клиническая картина: учеб. пособие / В. М. Хокканен. — СПб.: СПбМАПО, 2010. — 24 с.
2. Устинова, Е. И. Диагностика туберкулеза глаз в противотуберкулезных учреждениях в современных условиях / Е. И. Устинова, В. М. Батаев // Офтальм. ведомости. — 2012. — № 5(1). — С. 58–63.

УДК 796.421:614.2

ВЛИЯНИЕ СПОРТИВНОЙ ХОДЬБЫ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

Шведова О. А.

Научный руководитель: А. В. Чевелев

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Ходьба — это природный способ физической нагрузки на организм, свойственный человеку со времен прямого хождения. Ежедневная ходьба благоприятно влияет на совокупные процессы, происходящие в организме под ее влиянием. Она приводит в норму жизненно важные системы организма человека и значительно улучшает качество жизни. При современных тенденциях массового развития гиподинамии, ходьба является универсальным и самым доступным средством в борьбе с ней.

Спортивная ходьба — циклическое локомоторное движение умеренной интенсивности, которое состоит из чередования шагов, при котором спортсмен должен постоянно осуществлять контакт с землей. Во время спортивной ходьбы в работу вовлекаются почти все мышцы тела, благодаря чему обмен веществ в организме повышается, а деятельность сердечно-сосудистой, дыхательной систем и организма в целом усиливается [1].

Цель

Изучить влияние спортивной ходьбы на организм человека.

Материал и методы исследования

Анализ научно-методической литературы.

Результаты исследования и их обсуждение

По своему физиологическому воздействию на организм спортивная ходьба относится к числу эффективных циклических упражнений аэробной направленности. При правильно дозированной спортивной ходьбе происходит гармоничная многоуровневая естественная стимуляция защитных систем организма. В большей степени она воздействует через мышечную, сердечно-сосудистую, дыхательную системы. Выделяемые при ходьбе гормоны удовольствия — энкефалины, эндорфины — благотворно влияют на нервную систему и способствуют восстановлению ее адекватной восприимчивости [2].

Во время спортивной ходьбы уменьшается нагрузка на сердце благодаря работе мышечного аппарата — ритмичное и последовательное сокращение мышц голени и бедра помогает выталкивать кровь из вен нижних конечностей вверх к сердцу. Регулярные занятия