

Материалы и методы исследования

Ретроспективно изучены амбулаторные и стационарные карты 75 пациентов, находившихся на лечении во 2-м офтальмологическом отделении УЗ «ГОСКБ» в 2011–2013 гг. с диагнозом — ВМД, влажная форма. Из них 40 (53,3 %) женщин и 35 (46,7 %) мужчин. Средний возраст — 71,03 (от 56 до 84 лет). В исследуемую группу вошли 44 пациента, получавших препарат проспидин (ингибитор ангиогенеза). Контрольную группу составили 31 пациент, которым проводилось традиционное консервативное лечение. Оценку эффективности лечения производили путем сравнения в динамике показателей ОКТ: центральной толщины макулы (ЦТМ) и центрального макулярного объема (ЦМО).

Для статистической обработки данных применяли критерии χ^2 и Фишера.

Дизайн офтальмологического исследования включал: визометрию, биомикроскопию, офтальмоскопию глазного дна с фундус-линзой, ОКТ макулярной области.

Результаты исследования

В результате лечения у пациентов исследуемой группы в ранний период (1–1,5 месяца) получено снижение показателей ОКТ (ЦТМ, ЦМО) на 8,19 и 3,78 % соответственно, что является статистически достоверным ($\chi^2 = 5,34$, $p < 0,001$) и свидетельствует об эффективности лечения препаратом проспидин (уменьшение макулярного отека). В контрольной группе наблюдалось увеличение этих показателей на 4,73 % — ЦТМ и 1,96 % — ЦМО. В отдаленном периоде нет статистически достоверной ($\chi^2 = 0,06$, $p = 0,616$) разницы результатов лечения препаратом проспидин и консервативного лечения (для исследуемой группы прирост ЦТМ — 8,58 %, ЦМО — 3,39 %; для контрольной группы прирост составил 9,02 и 4,1 % соответственно).

При делении исследуемой группы на 3 возрастные категории выявлена следующая зависимость: самая высокая эффективность лечения была достигнута в возрастной категории до 60 лет (снижение ЦТМ на 11,58 % и ЦМО на 7,59 %); в категории 60–80 лет — снижение этих показателей на 10,46 и 4,56 % соответственно; а в категории свыше 80 лет эффективность оказалась самой низкой (ЦТМ — 3,07 %, ЦМО — 3,11 %).

Выводы

1. В результате лечения препаратом проспидин в исследуемой группе получена положительная динамика по показателям ОКТ, что свидетельствует об уменьшении макулярного отека и об эффективности данного препарата.

2. Статистически достоверна эффективность лечения проспидином по отношению к традиционным консервативным методам лечения только в раннем периоде, что требует периодического введения данного препарата

3. С увеличением возраста пациента эффективность лечения проспидином снижается.

ЛИТЕРАТУРА

1. The five-year incidence and progression of age-related maculopathy. The Beaver Dam Eye Study / R. Klein [и др.] // Ophthalmology. — 1997. — Vol. 104. — P. 7–211.
2. Williams, R. A. The psychosocial impact of macular degeneration / R. A. Williams, B. L. Brady, R. J. Thomas // Arch. Ophthalmol. — 1998. — Vol. 116 (4). — P. 514–520.
3. Changes in visual acuity in a population over a 10-year period. The Beaver Dam Study / R. Klein [et al.] // Ophthalmology. — 2001. — Vol. 108. — P. 1757–1766.

УДК 616.2-036.11-053.4

ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Эпелева С. Я.

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. И. Зарянкина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

ОРВИ — это группа клинически и морфологически подобных острых воспалительных заболеваний органов дыхания, возбудителями которых являются пневмотроп-

ные вирусы. Источником ОРВИ является больной человек, опасны с момента окончания инкубационного периода до окончания лихорадочного периода. Передается в основном воздушно-капельным путем, возможна передача возбудителя через предметы обихода, игрушки, белье или посуду. Основные симптомы ОРВИ: насморк, кашель, чиханье, головная боль, боль в горле, глазных яблоках, рвота, жидкий стул, слабость. Дети первых месяцев жизни практически не болеют (благодаря относительной изоляции и пассивному иммунитету, полученному трансплацентарно). Наибольший показатель заболеваемости отмечается среди детей первых лет жизни, что связано с посещением ими детских учреждений. Снижение заболеваемости в более старших возрастных группах объясняется приобретением специфического иммунитета после перенесенного заболевания [1, 2].

Цель

Изучить особенности течения острых респираторных инфекций у детей в зависимости от возраста.

Материалы и методы исследования

Было проанализировано 30 медицинских карт стационарного пациента детей, проходивших лечение по поводу острой респираторной инфекции в инфекционном отделении № 2 Гомельской областной детской клинической больницы в сентябре 2013 г.

Исследуемую группу составили 30 детей в возрасте от 1 года до 6 лет, из них: 32 мальчика — 53 % и 28 девочек — 47 %.

Для изучения особенностей течения респираторных инфекций в зависимости от возраста все дети были разделены на 2 группы: дети первых трех лет жизни — 16 (53,4 %) человек и дети в возрасте 4–6 лет — 14 (46,6 %).

Результаты исследования и их обсуждение

При анализе частоты встречаемости респираторных инфекций в зависимости от возраста выявлено, что дети раннего возраста чаще болеют ларинготрахеитом и трахеитом, дети дошкольного возраста — ринофарингитом, бронхитом болеют одинаково часто дети всех анализируемых возрастов (таблица 1).

Таблица 1 — Частота встречаемости острой респираторной инфекции в зависимости от возраста

Патология	Возраст			
	до 3 лет		3–6 лет	
	абс. число	%	абс. число	%
Ринофарингит	7	47	8	53
Ларинготрахеит	2	67	91	33
Трахеит	4	67	2	33
Бронхит	3	50	3	50

Клиническая картина респираторных инфекций зависит от уровня поражения дыхательной системы. На основании клинической картины был выставлен диагноз респираторной патологии. У всех детей отмечался интоксикационный синдром, катаральный синдром соответствовал уровню поражения.

Из клинической картины была проанализирована температурная реакция на момент поступления в стационар. Высокая фебрильная температура характерна преимущественно для ринофарингита и трахеита, ларинготрахеит в 100 % случаев протекал с субфебрильной лихорадкой. Выраженность лихорадки при поражении различных отделов дыхательной системы представлена в таблице 2.

Таблица 2 — Температурная реакция при вирусной инфекции в зависимости от уровня поражения дыхательной системы

Патология	Температура					
	субфебрильная		низкая фебрильная		высокая фебрильная	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
Ринофарингит	8	53	3	20	4	27
Ларинготрахеит	3	100	—	—	—	—
Трахеит	3	50	2	33	1	17
Бронхит	4	67	2	33	—	—

Выводы

Основными клиническими проявлениями острых респираторных инфекций у детей дошкольного возраста являются: ринофарингит, ларинготрахеит, трахеит и бронхит. Дети раннего возраста чаще болеют ларинготрахеитом и трахеитом, дети дошкольного возраста — ринофарингитом. У детей дошкольного возраста острые респираторные инфекции протекают преимущественно с субфебрильной и низкой фебрильной температурой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Практическая пульмонология детского возраста / под ред. В. К. Таточенко. — М., 2006. — 250 с.
2. Селькова, Е. П. Профилактика и лечение острых респираторных вирусных инфекций: пособие для врачей / Е. П. Селькова. — М., 2004. — 48 с.

УДК 617.735-007.281-089.168

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОТСЛОЙКИ СЕТЧАТКИ

Якимец Я. А.

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Отслойка сетчатки (ОС) — одно из тяжелейших заболеваний органа зрения. Оставленная без лечения, она почти неизбежно становится тотальной с практически полной потерей зрения и приводит не только к слепоте глаза, но и гибели его как органа.

Среди причин инвалидности по зрению ОС составляет до 9 %, причем 84 % страдающих этим недугом — лица трудоспособного возраста [1]. Но необходимо отметить, что уровень первичной инвалидности вследствие ОС в настоящее время значительно снизился за счет внедрения новых методов лечения. На современном этапе существует три основных патогенетически ориентированных подхода к хирургическому лечению отслойки сетчатки: склеропластический, витреоретинальный и сочетанный [2]. Тактика и объем витреоретинальных вмешательств, выполняемых при отслойке сетчатки, определяются в каждом конкретном случае индивидуально, исходя из особенностей клинической картины.

Иногда одного хирургического вмешательства недостаточно и приходится прибегать к дополнительному методу лечения, такому как транспуппилярная барьерная лазеркоагуляция, которая выполняется либо сразу после операции, либо в отдаленном периоде времени в амбулаторных условиях.

Цель

Изучить эффективность хирургического лечения отслойки сетчатки.

Материалы и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 142 пациентов, находившихся на лечении в отделении микрохирургии глаза ГУ «РНПЦ РМиЭЧ» за 2012–2013 гг. с диагнозом «от-