

Таблица 1 — Средние показатели ВГД основной группы пациентов

Срок обследования	ВГД, мм рт. ст.
При поступлении в стационар	37,25 ± 4,96
Через 1 мес. после операции	24,18 ± 3,48
Через 2–5 мес. после операции	20,13 ± 1,77
Через 6 мес. и более после операции	20,67 ± 1,84

Динамику данных компьютерной периметрии (по показателю MD) через 1 и 4–6 месяцев после оперативного лечения удалось проследить у 5 пациентов. Данные представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Динамика данных компьютерной периметрии (по показателю MD) через 1 и 4–6 месяцев после оперативного лечения

Срок обследования	MD, dB
На догоспитальном этапе	-12,098
Через 1 мес. после операции	-10,252
Через 4–6 мес. после операции	-10,528

Выводы

1. Синусотрабекулэктомия с базальной иридэктомией является эффективной операцией, позволяющей достичь длительной компенсации ВГД.

2. Средний уровень ВГД постепенно снижался и составил 24,18 ± 3,48 мм рт. ст. через 1 месяц после операции (по сравнению с 37,25 ± 4,96 мм рт. ст. при поступлении в стационар), 20,13 ± 1,77 мм рт. ст. через 2–5 мес. после операции и 20,67 ± 1,84 мм рт. ст. через 6 мес. и более после операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Басинский, С. Н. Частота осложнений и сравнительная эффективность хирургического лечения первичной открытоугольной глаукомы / С. Н. Басинский // Приложение РМЖ «Клиническая офтальмология». — 2011. — Т. 12, № 2. — С. 38–42.
2. Efficacy and tolerability of nonpenetrating filtering surgery in the treatment of open-angle glaucoma: a meta-analysis. / J. W. Cheng [et al.] // Ophthalmologica. — 2010. — № 224(3). — P. 138–146.

УДК 616.12-008.331.1:616.831-005]:616.839

АНАЛИЗ ПСИХОВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ГИПЕРТЕНЗИВНЫМ КРИЗОМ

Иванашко Е. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. В. Галиновская

Учреждение образования

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

Введение

Церебральный гипертензивный криз (ЦГК) — изменение мозгового кровообращения, наступающее в результате внезапного или индивидуального для каждого пациента значительного повышения артериального давления, сопровождающегося появлением или усугублением имевшейся ранее церебральной симптоматики в связи с возникающим вазогенным отеком мозговой ткани [1, 2]. Наиболее выражены эти изменения в зонах смежного кровообращения затылочной области, с чем связаны особенности ЦГК [2]. В клинической картине ЦГК на первый план всегда выступает общемозговая симптоматика в виде распирающей головной боли с тошнотой и рвотой, головокружение

несистемного характера, шум в голове, хотя возможны и лёгкие очаговые симптомы, чаще стволовой локализации [1, 3].

Отношение к данной нозологической форме весьма неоднозначно, что обусловлено размытостью диагностических критериев ЦГК, что зачастую приводит к гипердиагностике [1, 3]. Согласно отечественной классификации сосудистых заболеваний головного мозга, разработанной в Е. В. Шмидтом, ЦГК относится к категории преходящих нарушений мозгового кровообращения [2, 3]. В тоже время в зарубежной литературе и в Международной классификации болезней 10-го пересмотра такая категория не упоминается.

Ранее нашими данными, посвященными изучению преходящих и стойких нарушений мозгового кровообращения, было показано, что для всех этих состояний характерно избыточное напряжение симпатического звена вегетативной нервной системы (ВНС) [4]. Более детальное изучение объективного вегетативного статуса у лиц с ЦГК показало преобладание исходных влияний симпатического отдела ВНС у лиц с ЦГК, повышение тонуса резистивных сосудов и снижении его вариабельности, а так же в ответ на нагрузку у пациентов с ЦГК было отмечено существенное повышение активности парасимпатического отдела ВНС в противовес группе здоровых лиц [5]. Так же представляется интересным исследование субъективного вегетативного статуса при этом состоянии, что даст возможность определить более полную картину вегетативного статуса у пациентов с ЦГК и, вероятно, поможет прояснить некоторые аспекты патогенеза и клинической картины данной нозологии.

Цель исследования

Проведение анализа параметров субъективного вегетативного статуса у лиц с ЦГК.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось на базе I неврологического отделения У «Гомельский областной клинический госпиталь ИОВ». В работе принимало участие 58 пациентов с ЦГК (49 женщин и 9 мужчин, средний возраст $55,9 \pm 1,3$ лет). Контрольную группу составили 11 здоровых добровольцев, средний возраст — $51,2 \pm 1,8$ год (из них 6 женщин и 5 мужчин).

Все участники работы во время пребывания в стационаре проходили полное клиническое обследование. Для постановки диагноза использовали критерии соответствующих нозологии согласно «Классификации цереброваскулярных заболеваний». Лица с ЦГК преимущественно предъявляли жалобы на головокружение (69,56 %), головную боль (65,22 %), тошноту (43,48 %). Объективно было выявлено: легкий лево- или правосторонний гемипарез (73,91 %), статокINETические нарушения (52,17 %), асимметрия оскала (47,83 %), признаки односторонней пирамидной недостаточности.

Обследование включало в себя самостоятельное заполнение пациентом вегетативного опросника А. М. Вейна, опросника Бека для определение наличия или отсутствия депрессии и опросника Спилбергера для выявления уровня реактивной и личностной тревожности.

Статистический анализ данных проводили с помощью методов описательной и непара-метрической статистики на базе программы «Statistica» 7.0. Для оценки различий долей между двумя независимыми группами использовали критерий Фишера. Достоверными считали различия при $p < 0,05$, тенденцией к отличию считали значение $p < 0,1$.

Результаты исследования и их обсуждение

При анализе общего балла вегетативного опросника А. М. Вейна было выявлено значительное отличие по сравнению с контролем: 26 балла (19–34) и 45 баллов (40–47), $p < 0,05$; соответственно. Учитывая данное обстоятельство интересным было выявление различий по спектру жалоб, предъявляемых пациентами (рисунок 1).

Сравнительный анализ показал некоторое преобладание жалоб на потливость при волнении у пациентов с ЦГК (18,7 и 0 % в контроле; $p = 0,08$), нарушение сердечного ритма при волнении (18,7 и 0 % в контроле; $p = 0,08$), учащенное дыхание в тех же условиях (37,5 и 0 % в контроле; $p < 0,05$), наличие обмороков у 37,6 %; $p < 0,05$ пациентов изучаемой группы. Отмечено значительное повышение процента лиц с головной

болью диффузного характера — 50 % при ЦГК и 14,3 % — в контроле. В значительно большем проценте случаев отмечено снижение работоспособности (75 и 42,9 % в контроле; $p = 0,08$), быстрая утомляемость (81,3 и 42,9 % в контроле; $p < 0,05$) и трудность при засыпании (62,5 и 28,6 % в контроле; $p = 0,08$).

При анализе результатов опросников Бека и Спилбергера достоверных различий между лицами с ЦГК и контролем нами найдено не было, что может свидетельствовать о сбматизации психологического дискомфорта.

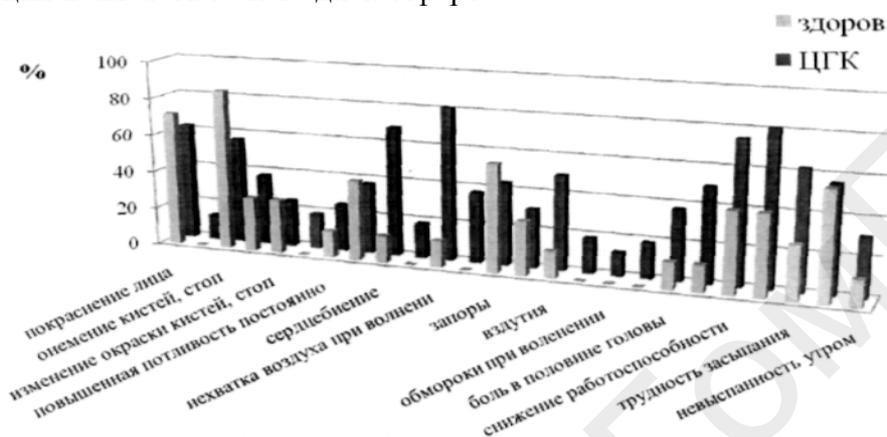


Рисунок 1 — Распределение спектра вегетативных жалоб у пациентов с ЦГК и в контроле

Таким образом, в результате проведенного анализа было показано, что у лиц с ЦГК в противовес группе здоровых лиц наравне с субъективным, имелся субъективный вегетативный дискомфорт, указывающий на преобладание влияния симпатического отдела вегетативной нервной системы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Парфенов, В. А. Что скрывается за диагнозом «Гипертонический церебральный криз» / В. А. Парфенов, М. В. Замерград. — Невролог, журнал. — 1998. — № 5. — С. 41–43.
2. Шмидт, Е. В. Классификация сосудистых поражений головного и спинного мозга / Журнал невропат. и психиатр. — 1985. — № 9. — С. 1281–1288.
3. Лихачев, С. А. Транзиторные ишемические атаки: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика / С. А. Лихачев, А. В. Астапенко, Н. Н. Беляковский. — Мед. новости. — 2003. — № 10. — С. 31–37.
4. Сравнительный анализ психовегетативного статуса у больных молодого возраста с ишемическим и аутоиммунным повреждением головного мозга / Н. В. Галиновская [и др.] // Медицинская панорама. — 2010. — № 11. — С. 28–32.
5. Галиновская, Н. В. Анализ вегетативного статуса у пациентов с церебральным гипертензивным кризом / Н. В. Галиновская, Е. В. Иванашко // Современные проблемы диагностики и лечения заболеваний лиц пожилого и старческого возраста: Материалы областной науч.-практ. конф. с междунар. участием, посвящ. 70-летию Гомельского областного клинического госпиталя ИОВ (19 авг. 2011 г.). — Гомель, 2011. — С. 24–27.

УДК 616.36-008.5-035.7:614.21

АНАЛИЗ ДИАГНОСТИКИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ В ИНФЕКЦИОННОМ СТАЦИОНАРЕ

Игнатенко П. Ю., Шевцов В. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент В. М. Мицура

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

Введение

Механическая желтуха (МЖ) — это синдром, развивающийся при наличии препятствия оттоку желчи из желчных протоков в 12-перстную кишку [1, 2]. Диагноз МЖ