

Специальный анализ показывает, что каждая ежедневно выкуриваемая сигарета увеличивает риск смерти у лиц 35–44 лет на 3,5 %, а в возрасте 65–74 лет — на 2 % [2].

— **Отказ от алкоголя:**

✓ в настоящее время считается доказанным, что хроническая алкогольная интоксикация неизменно сопровождается поражением сердечно-сосудистой системы, она может протекать скрыто и долгое время не проявляться в виде яркой клинической картины. Важно особо подчеркнуть, что так называемого «безопасного» уровня употребления спиртных напитков не существует и алкогольное поражение органов кровообращения может развиваться не только при алкоголизме, но и при бытовом пьянстве.

Выводы

Инфаркты и инсульты можно предотвратить благодаря правильному питанию, регулярной физической активности и воздержанию от курения табака и употребления алкоголя. Люди могут снизить риск развития у них ССЗ, занимаясь регулярными физическими упражнениями, воздерживаясь от употребления табака и избегая пассивного курения, придерживаясь питания, богатого фруктами и овощами, избегая пищи с большим количеством жиров, сахара и соли, а также поддерживая нормальный вес тела и избегая вредного употребления алкоголя. Для профилактики ССЗ и борьбы с ними необходимы всесторонние и комплексные действия, включающие всестороннюю политику по борьбе против табака, снижения потребления продуктов с высоким содержанием жиров, сахара и соли, строительство пешеходных и велосипедных дорожек для повышения уровня физической активности, обеспечение правильного питания детей в школах. Существует целый ряд мероприятий, некоторые из них могут проводиться даже работниками здравоохранения, не являющимися врачами, в учреждениях, расположенных поблизости от клиента. Они высокоэффективны по стоимости и приводят к отличным результатам. ВОЗ придает приоритетное значение следующим мероприятиям: людей с высоким риском можно выявлять на ранних стадиях в первичных медико-санитарных учреждениях с помощью простых методик, таких, как таблицы для прогнозирования конкретных рисков. При раннем выявлении таких людей можно использовать недорогое лечение для профилактики инфарктов и инсультов [4].

ЛИТЕРАТУРА

1. Эльгаров, А. А. Образ жизни и сердечно-сосудистые заболевания / А. А. Эльгаров. — М.: Эльбрус, 1991. — 168 с.
2. Алмазов, В. А. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний / В. А. Алмазов, Б. Б. Бондаренко, В. Ф. Чавпецов. — Л.: Знание, 1987. — 32 с.
3. Курашов, С. В. Организация борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями / С. В. Курашов. — М.: Медицина, 1980. — 108 с.
4. Лисицын, Ю. П. Образ жизни и здоровье населения / Ю. П. Лисицын. — М.: Знание, 1982. — 40 с.

УДК 617.758.13-053.2-089.168

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ВЕРТИКАЛЬНОГО КОСОГЛАЗИЯ У ДЕТЕЙ

Лосева Н. А.

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Около 70 % информации об окружающем нас мире мы получаем с помощью органа зрения. Но полноценное зрительное восприятие возможно только при условии равноценной совместной работы глаз. Одной из патологий, приводящей к нарушению гармоничности зрения является косоглазие. Чаще всего косоглазие развивается у детей в воз-

расте 2–3 лет во время формирования содружественной работы обоих глаз. Косоглазием страдает от 1,5 до 3,5 % детей [1]. Вертикальное косоглазие встречается не менее чем у трети детей со страбизмом (30–70 %), причем при врожденном косоглазии вертикальная девиация регистрируется в 90 % наблюдений [1, 2]. Лечение глазодвигательных нарушений, в частности вертикального косоглазия, — одна из актуальных проблем офтальмологии.

Цель

Анализ эффективности лечения вертикального косоглазия у детей, находившихся на стационарном лечении в детском офтальмологическом отделении Гомельского областного Центра микрохирургии глаза (ЦМХГ) в 2011–2013 гг.

Материалы и методы исследования

Ретроспективно изучены стационарные карты 12 пациентов с вертикальным косоглазием. Из них: 8 девочек (66%) и 4 мальчика (34%). Возраст детей колебался от 2 до 16 лет. Из анамнеза известно, что 5 детей постоянно пользовались очковой коррекцией; в 2 случаях очки не носили. Диагноз вертикальное косоглазие был выставлен на первом году жизни 6 детям; в возрасте от 2 до 7 лет — 3 детям. В 6 случаях было проведено оперативное лечение, в 6 случаях — консервативная терапия. Глазной тортиколлис наблюдался у 3 (25 %) пациентов. По степени рефракции дети распределились следующим образом: гиперметропическая рефракция наблюдалась у 6 (50 %) детей, миопическая — у 3 (25 %), эмметропическая рефракция — у 3 (25 %) детей. Монолатеральное косоглазие наблюдалось у 7 (58 %), альтернирующее — у 5 (42 %) детей.

Дизайн офтальмологического обследования включал: визометрию, рефрактометрию, определение угла косоглазия, исследование тортиколлиса, характера зрения, работы мышечного аппарата глаза.

Результаты исследования

Плеопто-ортоптическое лечение получили 6 детей. Средняя исходная некорригированная острота зрения у детей, получавших консервативную терапию, составила $0,51 \pm 0,29$; после курса тренировок — $0,52 \pm 0,29$. Соответственно исходная острота зрения с коррекцией — $0,63 \pm 0,28$, после курса консервативной терапии — $0,65 \pm 0,28$.

Острота зрения с коррекцией и без коррекции осталась идентичной поступлению в 3 случаях, улучшилась в 3 случаях (в среднем на 0,05 ($P < 0,05$) — без коррекции, на 0,09 ($P < 0,05$) — с коррекцией).

Углы косоглазия детей при поступлении были распределены по следующим диапазонам: 5–7° — 2 случая, 8–10° — 3 случая, 11–13° — 1 случай. Диапазоны углов при выписке составили: 5–7° — 4 случая, 8–10° — 1 случай, 11–13° — 1 случай. Угол косоглазия не изменился в 4 случаях, улучшение наблюдалось в 2 случаях и в среднем составило 3 градуса.

При поступлении характер зрения был известно монокулярно попеременным в 1 случае; монокулярным в 3 случаях; одновременным в 1 случае. При выписке характер зрения был известно монокулярным в 3 случаях; бинокулярным — в 1 случае; неустойчивым бинокулярным — в 1 случае. В 3 случаях характер зрения остался идентичным поступлению. В 2 случаях в результате консервативного лечения наблюдалось улучшение (появление бинокулярного зрения).

Хирургическое лечение получило 6 детей. У 4 пациентов исходный угол косоглазия составлял 10°, у 2 — 15°. В результате оперативного лечения ортотропия достигнута у 1 ребенка. У 1 ребенка получен гиперэффект на 5°, у 4-х детей — гипoeffект до 10°.

Оперативное лечение включало: рецессию нижней прямой мышцы; рецессию верхней прямой мышцы; резекцию нижней или верхней прямой мышцы по показаниям.

Выводы

В результате консервативного лечения (плеопто-ортоптической терапии) острота зрения с коррекцией и без коррекции улучшилась в 3 случаях (в среднем на 0,05 ($P < 0,05$) — без коррекции, на 0,09 ($P < 0,05$) — с коррекцией). Угол косоглазия уменьшился в 2 случаях (в среднем на 3°). В 2 случаях наблюдалось изменение характера зрения (появление бинокулярного

зрения). Консервативное лечение вертикального косоглазия эффективно при малых углах косоглазия (до 10°). При углах косоглазия более 10° больший эффект имеет оперативное лечение.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Абрамов, В. Г.* Основные заболевания глаз в детском возрасте и их клинические особенности / В. Г. Абрамов. — М., 1993. — 494 с.
2. *Аветисов, Э. С.* Содружественное косоглазие / Э. С. Аветисов. — М.: Медицина, 1977. — 312 с.

УДК 616.233-002-008.842.-4-07-053.2:612.017.1

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Луцальцова О. С., Иващенко А. И., Рыбальченко И. И.

Научный руководитель: д.м.н., профессор *А. С. Сенаторова*

«Харьковский национальный медицинский университет МОЗ Украины»
г. Харьков, Украина

Введение

На современном этапе дискутабельными являются вопросы использования индуцированной мокроты в качестве определения ранних маркеров формирования хронического бронхолегочного воспалительного процесса. Поиск маркеров воспаления для диагностики и мониторинга воспаления верхних и нижних дыхательных путей с помощью информативных и, по возможности, неинвазивных методов не теряет своей актуальности [1, 2]. Индукция мокроты с помощью серийного разведения натрия хлорида является экономичным и простым в применении методом, позволяющим определить локальные медиаторы воспалительного процесса [4, 5].

Цель

Усовершенствование диагностики и исходов бронхитов, пневмоний у детей на основании изучения показателей цитокинового профиля индуцированной мокроты.

Материалы и методы исследования

Исследования проведены у 106 детей в возрасте от 2 до 14 лет, которые находились на лечении в пульмонологическом отделении КУОЗ «Областной детской клинической больницы» г. Харькова (главный врач — доцент Г. Р. Муратов), на базе кафедры педиатрии № 1 и неонатологии Харьковского национального медицинского университета (зав. кафедрой педиатрии № 1 и неонатологии — д.м.н., профессор А. С. Сенаторова). Первую группу пациентов составили 38 детей с острым бронхитом (с рецидивирующим бронхообструктивным синдромом в анамнезе), средним возрастом $6,6 \pm 2,3$ года, из них 21 ($55 \pm 8\%$) мальчик и 17 ($44,7 \pm 8,1\%$) девочек. Вторую группу сравнения — 33 ребенка с острой пневмонией, из которых — 19 ($54,3 \pm 8,4\%$) мальчиков и 16 ($45,7 \pm 8,4\%$) девочек, средним возрастом $8,0 \pm 2,3$ лет, в третью группу сравнения вошли 15 детей с хроническими заболеваниями легких (с выраженными пневмофибротическими изменениями, выявленными при проведении высокорезонансной компьютерной томографии органов грудной полости); средним возрастом $7,8 \pm 3,4$ года, из них 6 ($40 \pm 13,1\%$) мальчиков и 9 ($60 \pm 13,1\%$) девочек. В группу контроля вошли 18 здоровых детей без бронхолегочной патологии, средним возрастом $7,0 \pm 1,8$ года, из них 8 ($44,4 \pm 12,05\%$) мальчиков и 10 ($55,6 \pm 12,05\%$) девочек. Диагноз устанавливался согласно международным рекомендациям и действующему украинскому протоколу диагностики и лечения пульмонологических заболеваний у детей. Для индуцирования мокроты проводились ингаляции гипертоническим раствором (2,7–5 %) с помощью ультразвукового небулайзера. Определение уровней интерлейкинов (ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-10) в мокроте