

($P \leq 0,05$), на 90-й минуте — на 30,2 % ($p < 0,05$). Быстрая рефлекторная реакция отдергивания хвоста осуществляется в основном с вовлечением спинальных механизмов. Поэтому торможение этого рефлекса демонстрирует возможности спинальной анальгезии, которая хорошо выражена при использовании комбинированного препарата карбамазепина с тиотриазолином.

Как показали наши исследования на модели «уксуснокислых» корчей у мышей, введение комбинации существенно уменьшало вероятность появления «корчей» у белых мышей после введения 0,6 % уксусной кислоты (на 78,9 % ($P < 0,05$)).

Следовательно, повышенная судорожная активность головного мозга приводит к ослаблению реагирования на ноцицептивное воздействие, которое проявляется повышением болевого порога.

Комбинированный «препарат», содержащий карбамазепин с тиотриазолином при однократном внутривенном введении животным с повышенной судорожной готовностью мозга обладает выраженным анальгетическим эффектом в различных альгометрических тестах, который по силе действия превосходит препараты-референты — компоненты смеси карбамазепин и тиотриазолин.

Таким образом, можно сделать вывод, что комбинированный «препарат» карбамазепина с тиотриазолином является перспективным лекарственным средством при болях центрального и периферического происхождения в условиях повышенной судорожной готовности мозга.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Баринев, А. Н.* Периферические невралгии: практический подход к диагностике и лечению / А. Н. Баринев, М. В. Новосадова, И. А. Строков // Неврологический журнал. — 2002. — № 4. — С. 53–61.
2. *Дамулин, И. В.* Невралгия языкоглоточного нерва / И. В. Дамулин, О. Е. Рагиль, Т. Е. Шмидт // Боль. — 2004. — № 2 (3). — С. 36–41.
3. Доклінічні дослідження лікарських засобів: метод. рекомендації / за ред. О. В. Стефанова. — Авіцена, 2002. — 527 с.
4. *Крыжановский, Г. Н.* Гиппокамп как детерминантная структура, генерирующая эпилептическую активность при коразоловом кидлинге / Г. Н. Крыжановский [и др.] // Бюлл. экп. биологии и медицины. — 1985. — № 5. — С. 527–532.
5. *Кукушкин, М. Л.* Неврогенная (невропатическая боль) / М. Л. Кукушкин // Здоров'я України. — 2006. — № 21 (154). — С. 1–7.

УДК 616-002.5-08-092.6

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КАТАРАКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПСЕВДОЭКСФОЛТИАТИВНЫМ СИНДРОМОМ

Долмазян С. В.

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Псевдоэксфолиативный синдром (ПЭС) фактически обнаружен во всех географических регионах мира, где проводились эпидемиологические исследования, у всех рас и национальностей [1–6]. Он является закономерным спутником возрастной катаракты, особенно по типу ядерной с утолщением хрусталика. Частота сочетаний этих заболеваний варьирует от 24 до 70 % и более [1–6]. Катарактальные помутнения при ПЭС сопровождаются деструктивными изменениями волокон цинновой связки с биомикроскопическими симптомами иридофакодонеа. В современной офтальмологии важное значение придается изучению факторов риска, влияющих на вероятность интраоперационного отрыва хрусталиковой капсулы от цинновой связки при экстракции катаракты у больных с глазными проявлениями ПЭС. Хотя большое количество работ посвящено исследованию клинических проявлений ПЭС, однако вопрос о взаимоотношениях между степенью выраженности данной патологии и развитием осложнений до конца так и не изучен.

Цель работы

Анализ результатов оперативного лечения катаракты методом факоэмульсификации с имплантацией интраокулярной линзы (ИОЛ) у пациентов с псевдоэкзофолиативным синдромом.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ историй болезни и амбулаторных карт пациентов с ПЭС, прооперированных по поводу катаракты в отделении микрохирургии глаза ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ» с 2008 по 2011 гг. методом факоэмульсификации с имплантацией ИОЛ. Исследуемая группа составила 62 пациента (62 глаза). Средний возраст $70,3 \pm 9,6$ года. У 43 (70 %) пациентов выявлена незрелая осложненная катаракта, у 15 (24 %) — зрелая осложненная катаракта, а у 4 (6 %) — начальная возрастная катаракта. Из сопутствующих глазных заболеваний у 17 (27 %) пациентов была глаукома, у 9 (14,5 %) сублюксация хрусталика разных степеней, у 8 (13 %) — патология сетчатки и еще у 5 (8 %) — миопия различной степени. Корректированная острота зрения при поступлении колебалась от движения тени руки у лица до 0,6.

Показатели внутриглазного давления (ВГД) при поступлении колебались от 15 до 32 мм рт. ст. Средние показатели ВГД до операции составили $19,7 \pm 2,6$ мм рт. ст. Средние показатели толщины хрусталика по данным биометрии $4,7 \pm 0,6$ мм, передней камеры $3 \pm 0,46$ мм. Следует отметить, что у 28 пациентов (45 %) толщина хрусталика превышала показатель 4,55 мм и колебалась от 4,56 до 6,23 мм.

Оперативные вмешательства проводились на оборудовании: Infiniti, Accurus 800 по стандартной методике факоэмульсификации.

Объем офтальмологического обследования включал: визометрию, офтальмоскопию, биометрию, кератометрию, периметрию на компьютерном анализаторе полей зрения Humphrey, ультразвуковое исследование на трехмерном офтальмологическом ультразвуковом сканере «OTI 3D Scan – 1000», тонометрию при помощи тонометра Маклакова.

Результаты

Проводя анализ мы изучили интраоперационные осложнения. Деструктивные изменениями волокон цинновой связки, характерные для пациентов с ПЭС влияют на вероятность интраоперационного отрыва хрусталиковой капсулы от цинновой связки. В нашем случае данное осложнение получено у 6 пациентов, что составило 9,67 % от всех оперированных. В 2 (3,2 %) случаях хирургия осложнилась разрывом задней капсулы хрусталика и люксацией хрусталика в витреальную полость, что потребовало перехода на эндовитреальную хирургию и удаление ядра хрусталика с сетчатки с помощью фрагмента. В связи с интраоперационными особенностями 5 пациентам (8,06 %) была имплантирована переднекамерная ИОЛ. Хочется отметить, что оперативное вмешательство этой группе пациентов, учитывая наличие ПЭС осознанно проводилось квалифицированными офтальмохирургами, владеющими техникой факоэмульсификации. Послеоперационный период после факоэмульсификации катаракты протекал без осложнений. Средний койко-день составил 3 дня. В ближайшем послеоперационном периоде корректируемая острота зрения составила $0,33 \pm 0,1$. Низкие цифры послеоперационной остроты зрения были прогнозируемы до операции и обусловлены сопутствующей офтальмопатологией со стороны сетчатки и зрительного нерва имевшихся у 31 (50 %) пациента.

Выводы

Наличие ПЭС у больных с катарактой, является фактором риска интраоперационных осложнений:

— отрыв хрусталиковой капсулы от цинновой связки получен в 9,67 % случаев.

В 3,2 % произошла люксация хрусталика в витреальную полость.

У 45 % пациентов катаракты с ПЭС по данным биометрии выявлены увеличенные размеры хрусталика от 4,56 до 6,23 мм.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кроль, Д. С. Псевдоэкзофолиативный синдром и экзофолиативная глаукома: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Д. С. Кроль. — М., 1970. — 32 с.
2. Нестеров А.П. // Глаукома. — М., 2008. — С. 142.
3. Тахчиди, Х. П. Ультразвуковая биомикроскопия в диагностике патологии переднего сегмента глаза / Х. П. Тахчиди, Э. В. Егорова, Д. Г. Узунян — М.: Микрохирургия глаза, 2008. — 41–60 с.
4. Тахчиди, Х. П. Диагностика методом ультразвуковой биомикроскопии системы внутриглазных блоков при закрытоугольной глаукоме у лиц узбекской национальности на фоне псевдоэкзофолиативного синдрома / Х. П. Тахчиди, Э. В. Егорова, У. С. Файзиева // Глаукома. — 2008. — № 2. — С. 15–20.
5. Rich, R. Exfoliation syndrome: clinical findings and occurrence in patients with occludable angles / R. Rich // Am. J. Ophthalmology. — 1994. — Vol. 92. — P. 845–944.
6. Exfoliation syndrome in black South Africans / A. P. Rotchford [et al.] // Arch. Ophthalmol. — 2003. — Vol. 121. — № 6. — P. 863–870.

УДК 611:614.253

ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ ПРИ ИЗУЧЕНИИ АНАТОМИИ ЧЕЛОВЕКА

Дорошкевич О. С.

Научный руководитель: зав. кафедрой анатомии человека,
к.м.н, доцент В. Н. Жданович
Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Профессии врача присущи специальные знания, умения и навыки профилактики, диагностики и лечения заболеваний, а также морально-этические качества, определяющие поведения врача во взаимоотношениях с пациентом, его родственниками, коллегами и обществом, поэтому процесс обучения в университете должен сочетать в себе не только специальную, но и нравственно профессиональную подготовку [1, 2].

Медицинская этика требует от медицинского работника как настоящего, так и будущего, гуманного отношения не только к жизни, но и к смерти. Человек, как высшая ценность, имеет право не только на достойную жизнь, но и на достойное обращение с его телом после смерти.

Цель исследования

Установить особенности принципов и норм поведения при изучении анатомии человека.

Результаты обсуждения

Анатомия человека является первой медицинской дисциплиной, изучение которой сводится не только к приобретению знаний о строении тела человека, но и формированию нравственно-психологических качеств, соответствующих гуманистическому назначению врачебной специальности. Принцип гуманности в процессе изучения анатомии человека воплощается в бережном и уважительном обращении с препаратами человеческого тела. В основу гуманного отношения заложена мысль о том, что анатомический материал, способствующий профессиональному становлению обучающегося, является останками людей, каждый из которых представлял собой личность.

Изучению строения тела человека на трупах издавна предавалось важное значение. Своим прогрессом анатомия человека, как и опирающаяся на нее медицина в целом, обязана вскрытию тел умерших. Исключительное значение изучения трупа человека в подготовке врача отражено в крылатых изречениях, начертанных на фронтонах анатомических театров: «Mortui vivos docuunt» («Мертвые учат живых») и «Hic locus est, ubi mors gaudet succurrere vitae» («Здесь смерть помогает жизни»).

Использование тел умерших в учебных целях требует соблюдения так же правовых и организационных норм. Поступившие трупы, это тела умерших людей, у которых не ос-