

ментов и процессов профессионального труда. Это позволит решать задачи профессиональной реабилитации рабочих без отрыва от трудовой деятельности.

Эффективная работа комплексной системы рекреации предусматривает координированную совместную деятельность руководителей предприятия, работников здравоохранения, физической культуры и образования.

### **Выводы**

Высокая экономическая эффективность профилактических программ подтверждается соотношением затрат и экономии 1:8. Именно это экономическое следствие предопределяет то, что медицинское обслуживание, санитарно-гигиенические и экологические условия жизни трудоспособного населения начинают рассматриваться в экономически развитых странах как главное условие и основной механизм поступательного развития современной экономики. В последнее время в Республике Беларусь профилактическая медицина становится важным направлением развития в системе здравоохранения, но в полной мере переход от практики лечения больных к эффективному излечению и профилактике заболеваний еще не стал преобладающим. Предполагается, что создание новой системы реабилитации рабочих на промышленных предприятиях с целью сохранения и укрепления здоровья работающего населения позволит улучшить показатели здоровья населения, повысить качество трудовых ресурсов государства, увеличить производительность труда и валовой внутренний продукт, что приведет к росту благосостояния населения страны.

1. Гоголева, О. И. Механизмы нарушения гомеостаза, индуцированного стресс-вибрационным повреждением / О. И. Гоголева, Н. Н. Малютина // Мед. труда. — 2000. — № 4. — С. 20–25.

2. Чураков, А. Н. Особенности формирования производственного стресса при различной напряженности труда / А. Н. Чураков, В. В. Матюхин // Мед. труда. — 2001. — № 8. — С. 26–31.

**УДК 616-036.866 (476.2)**

## **ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ПАТОЛОГИИ ОРГАНА ЗРЕНИЯ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Островский А. М.**

**Научный руководитель: ассистент Ф. И. Бирюков**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Забота о здоровье нации является основой социальной политики каждого государства. В связи с этим охрана зрения населения, борьба со слепотой и инвалидностью вследствие патологии органа зрения относится к числу важных интернациональных медико-социальных проблем современного общества [1]. Это подтверждается тем фактом, что, по данным ВОЗ, в мире насчитывается 180 млн лиц со значительными зрительными расстройствами, в том числе около 40 млн абсолютно слепых. Только за последние 20 лет численность незрячих в мире увеличилась на 12 млн человек, что еще раз свидетельствует о том, что слепота в настоящее время является важной международной проблемой [2].

В последние десятилетия благодаря проведению широких профилактических мероприятий и переходу на диспансерный метод обслуживания некоторых групп населения, а также благодаря огромным достижениям в лечении многих болезней, характер заболеваемости, безусловно, изменился. В связи с этим нам показалось целесообразным выяснить, какие же заболевания органа зрения в настоящее время являются наиболее частой причиной инвалидности и слепоты. Тем более, что эти вопросы слабо освещены

щаются в литературе. Работы последнего времени о причинах слепоты касаются, главным образом, детской слепоты [3].

### **Цель**

Проанализировать уровень, тяжесть, половозрастную и нозологическую структуры первичной инвалидности вследствие зрительных расстройств в Гомельской области за 5 лет (2008–2012 гг.).

### **Материалы и методы исследования**

Мы воспользовались для исследования материалами специализированной МРЭК Гомельской области и рассмотрели 1334 случая полной или частичной утраты трудоспособности вследствие заболеваний органа зрения.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Уровень первичной инвалидности вследствие патологии органа зрения в Гомельской области составляет 3,14 на 10 тыс. человек (среднегодовой показатель). При этом, в течение анализируемого периода отмечается увеличение этого показателя с 2,60 на 10 тыс. населения в 2008 г. до 3,86 на 10 тыс. населения в 2012 г. В то же время на протяжении анализируемого периода в Гомельской области уровень первичной инвалидности в трудоспособном возрасте практически не изменился (1,06 на 10 тыс. населения в 2008 г. и 1,07 на 10 тыс. населения в 2012 г.), а среднегодовой показатель за данный период составил 0,95 на 10 тыс. населения. Это на порядок ниже, по сравнению с республиканскими данными [4]. Среди мужского населения Гомельской области составили 49,63 % (1,56 на 10 тыс. человек), среди женского — 50,37 % (1,58 на 10 тыс. человек). Отмечается заметный рост инвалидности, причем, как среди женщин, так и среди мужчин.

В зависимости от места проживания установлено, что в Гомельской области высоким был удельный вес городских жителей, при среднегодовом показателе 64,03 % (2,01 на 10 тыс. человек). Среднегодовые показатели среди сельских жителей составили 35,97 % (1,13 на 10 тыс. человек).

Изучение половозрастной структуры первичной инвалидности вследствие патологии органа зрения выявило заметное увеличение уровня первичного выхода на инвалидность в Гомельской области в возрастной категории 60 лет и старше (в 2012 г. почти в 2 раза по сравнению с 2008 г.).

Среднегодовые показатели уровня первичного выхода на инвалидность в Гомельской области для инвалидов I группы составили 0,97 на 10 тыс. населения; II группы — 1,09 на 10 тыс. населения; III группы — 1,08 на 10 тыс. населения. На протяжении анализируемого временного периода отмечается рост интенсивных показателей всех трех групп инвалидности, как среди городского, так и среди сельского населения. В нозологической структуре первичной инвалидности в Гомельской области лидером является глаукома со среднегодовыми показателями 1,01 на 10 тыс. населения. Второе ранговое место приходится на заболевания сосудистой оболочки и сетчатки (0,62 на 10 тыс. населения), третье — на патологию хрусталика и стекловидного тела (0,33 на 10 тыс. населения). Четвертое ранговое место разделяют травмы глаза и болезни зрительного нерва с уровнем первичного выхода на инвалидность 0,32 и 0,31 на 10 тыс. населения соответственно. Следующее место занимают патологические изменения органа зрения при сахарном диабете со среднегодовыми показателями — 0,24 на 10 тыс. человек. Врожденные аномалии глаза (0,12 на 10 тыс. населения) стоят на шестом месте.

Среди других причин первичной инвалидности вследствие патологии органа зрения также встречаются заболевания склеры, роговицы и радужной оболочки (0,075 на 10 тыс. человек), болезни мышц глаза, нарушения содружественного движения глаз, аккомодации и рефракции (0,059 на 10 тыс. населения), а также злокачественные новообразования глаза и его придаточного аппарата (0,045 на 10 тыс. человек).

## **Выводы**

Анализ нозологической структуры первичной инвалидности вследствие патологии органа зрения в Гомельской области позволил выявить региональные различия в приоритетности отдельных заболеваний в формировании инвалидности, их динамику и удельный вес на протяжении анализируемого периода, зависимость от места проживания.

Это дает возможность определить приоритетные направления по снижению общего уровня первичной инвалидности вследствие патологии органа зрения в данном регионе в зависимости от каждой патологии, тяжести инвалидности, пола, возраста, места проживания, а, следовательно, и возможности оказания полноценной реабилитационной помощи.

## **ЛИТЕРАТУРА**

1. Либман, Е. С. Инвалидность вследствие патологии органа зрения в РСФСР и некоторые аспекты совместной деятельности по ее снижению / Е. С. Либман, Е. В. Шахова. — М., 1988. — С. 14–18.
2. Либман, Е. С. Состояние и динамика слепоты и инвалидности вследствие патологии органа зрения в России / Е. С. Либман, Е. В. Шахова // Тез. докл. VII съезда офтальмол. России. — Ч. 2. — М., 2000. — С. 209–214.
3. Пильман, Н. И. Практические вопросы детской офтальмологии / Н. И. Пильман. — Киев: Здоровье, 1967. — 211 с.
4. Смычек, В. Б. Показатели первичной инвалидности вследствие патологии органа зрения в Республике Беларусь и Кыргызской Республике: информ.-аналит. обзор / В. Б. Смычек, А. В. Копыток, Г. Т. Абдыракунова. — Минск, 2003. — 44 с.
5. Копыток, А. В. Состояние первичной инвалидности вследствие патологии органа зрения в Республике Беларусь / А. В. Копыток, Г. Т. Абдыракунова // Актуальні проблеми медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів в наслідок офтальмопатології: Мат. наук.-практ. конф. — Дніпропетровськ, 2003. — С. 23–24.

**УДК 616-002-02-036-06:616.438]-092.9**

## **ОСОБЕННОСТИ РЕАКЦИЙ ТИМУСА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПО ЭТИОЛОГИИ И ТЕЧЕНИЮ ВИДАХ ВОСПАЛЕНИЯ**

**Острополец А. С., Молчанюк Д. А.**

**Научные руководители: д.м.н., профессор О. В. Николаева;  
д.м.н., профессор С. В. Татарко**

**Учреждение образования**

**«Харьковский национальный медицинский университет»  
г. Харьков, Украина**

## **Введение**

Воспаление продолжает оставаться одной из основных проблем современной медицины, причем возрастает количество первично хронических воспалительных заболеваний, острые процессы все чаще принимают затяжное течение, а воспаление как таковое утрачивает свое приспособительное значение и превращается в самостоятельный патогенный фактор. При этом особый интерес представляет реакция тимуса как центрального органа иммунной системы.

## **Цель**

Дать общеморфологическую и иммунологическую характеристику тимуса при разных по течению и этиологии видах воспаления.

## **Материалы и методы исследования**

Опыты поставлены на 246 крысах-самцах линии Вистар массой 180–200 г. Острое инфекционное воспаление вызывали введением в область бедра суточной культуры *St. aureus*, вторично хроническое — введением 5 мг  $\lambda$ -карагинена, первично хроническое гранулематозное воспаление — введением сефадекса А-25, хроническое иммунное воспаление — субплантарным введением полного адьюванта Фрейнда.

Тимус исследовали с помощью обзорной окраски гематоксилином-эозином, по Ван Гизону, PAS-реакции, реакции Хейла, по Фельгену-Россенбеку, по Браше. Иммуногистохимические исследования проводили прямым методом Кунса по методике Brosnan.