

Таблица 1 — Уровни отхождения ветвей брюшной части аорты

| № пациента | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|------------|--------------|------------|------------|-------------|--------------|------------|------------|------------|------------|
| Уровень отхождения почечных артерий | 1 п. п. | 12 гр. п. | 1 п. п. | 1 п. п. | 1 п. п. | 12 гр. п. | 1 п. п. | 2 п. п. | 1 п. п. | 1 п. п. |
| Уровень разделения брюшной части аорты на общие подвздошные артерии | 5 п. п. | 5 п. п. | 5 п. п. | 4 п. п. | 1 кр. п. | 3 п. п. | 4 п. п. | 5 п. п. | 5 п. п. | 4 п. п. |

Примечание: п. п. — поясничный позвонок, гр. п. — грудной позвонок, кр. п. — крестцовый позвонок.

Анализ исследования показал наличие у троих пациентов сужения просвета брюшной части аорты, сопровождающееся утолщением ее стенки, что может свидетельствовать о наличии атеросклероза.

Диаметр брюшной части аорты колеблется от 1,5 см до 2,9 см между боковыми стенками сосуда и от 1,5 см до 2,8 см между передней и задней стенками сосуда.

Выявлена зависимость диаметра брюшной части аорты от позвонка — определенный диапазон колебаний от 2,1 см до 2,6 см на уровне XII грудного позвонка; от 1,8 см до 2,9 см на уровне I поясничного позвонка; от 1,6 см до 2,7 см на уровне II поясничного позвонка; от 1,5 см до 2,6 см на уровне III поясничного позвонка; от 1,5 см до 2 см на уровне IV поясничного позвонка.

Уровень бифуркации брюшной аорты на общие подвздошные артерии чаще соответствует V поясничному позвонку. Уровень бифуркации не зависит от уровней отхождения почечных артерий.

Диапазон колебаний диаметра брюшной части аорты чрезвычайно индивидуализирован и в отсутствие патологии аорты возможно зависит от её взаимоотношений с другими органами.

Выводы

Полученные данные могут использоваться для корректной дифференцировки и понимания индивидуальной изменчивости организма в пределах нормы и патологических случаев расширения или сужения диаметра аорты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ангиографическая диагностика заболеваний аорты и ее ветвей / В. С. Савельев [и др.]; под редакцией И. И. Рушанова. — М.: «Медицина», 1975. — 58–69 с.
2. Анатомия человека в двух томах / под ред. М. Р. Сапина. — М.: «Медицина», 1997. — Т. 2. — 4-е изд., стер. — 151–159 с.
3. Привес, М. Г. Анатомия человека: учеб. литература для студентов медицинских вузов / М. Г. Привес, Н. К. Лысенков, В. И. Бушкович. — 10-е изд., перераб. и доп. — С-Пб., Гиппократ, 1977. — 422–425 с.

УДК 617.735-002.156

ПИГМЕНТНЫЙ РЕТИНИТ

Третьякова И. А.

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Пигментный ретинит (синонимы: тапеторетинальная дистрофия, периферическая абнотрофия сетчатки) представляет собой гетерогенную группу наследственных глазных болезней [1]. Встречается во всех этнических группах мира и является наиболее распространенной наследуемой формой слепоты [2]. Распространенность 1:5000. Во всем мире насчитывается около 1,5 млн больных.

Известно, что пигментный ретинит наследуется по аутосомно-доминантному, аутосомно-рецессивному и X-сцепленному рецессивному типу наследования [3]. Частота выявления этих типов в разных странах варьирует. Наиболее часто встречаемая форма аутосомно-доминантная (от 9 до 39 % больных в Швейцарии и Великобритании).

Диагноз пигментного ретинита устанавливают на основании характерной офтальмоскопической картины (отложение пигмента в виде «костных телец», уменьшение количества и истончение сосудов, восковидная бледность диска зрительного нерва), функциональных симптомов (снижение остроты зрения, повышение порогов световой чувствительности, сужение полей зрения) и данных электроретинографии, при которой дается объективная количественная оценка функции фоторецепторов и пигментного эпителия сетчатки [4].

Патогенетически обоснованного метода лечения не существует. Лечение симптоматическое: сосудорасширяющие препараты, биогенные стимуляторы, витамины [5].

Цель

Изучить заболеваемость и статистические показатели, отражающие состояние зрительных функций, методы диагностики и лечения пигментного ретинита в г. Гомеле и Гомельской области.

Материалы и методы

Были проанализированы амбулаторные карты 23 пациентов (34 глаза), наблюдающиеся в поликлинике ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ», поликлинике ГЦМХГ в период с 1988 по 2013 гг.

Результаты исследования

На базе ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ», поликлиники ГЦМХГ получили лечение 23 пациента: 13 женщин и 10 мужчин. Средний возраст больных $49 \pm 7,94$ лет. Из них жители г. Гомеля — 18 человек, жители Речицы и Речицкого района — 4, жители Жлобинского района — 1.

По данным первичного осмотра средняя острота зрения без коррекции составила $0,14 \pm 0,3$; средняя острота зрения с коррекцией — $0,19 \pm 0,4$. Через 5 лет после проводимого лечения средняя острота зрения без коррекции составила $0,11 \pm 0,25$; средняя острота зрения с коррекцией — $0,15 \pm 0,4$.

У всех 23 пациентов офтальмоскопически «классическая» картина: отложение пигмента по типу «костных телец», сужение сосудов, восковидная бледность ДЗН.

Из сопутствующей патологии у 65,2 % пациентов была выявлена начальная осложненная катаракта, у 30 % — миопия, у 26,1 % — ЧАЗН, у 21,7 % — незрелая осложненная катаракта, у 21,7 % — синдром Ушера, у 17,4 % — ПДС, у 13 % — смешанный астигматизм, у 13 % — миопический астигматизм, у 8,7 % — гиперметропия, у 8,7 % — вторичное расходящееся косоглазие, у 8,7 % — ретиношизис, у 4,3 % — вторичная пленчатая катаракта, у 4,3 % — вялотекущий увеит, у 4,3 % — киста MZ с разрывом, у 4,3 % — отек MZ, у 4,3 % — деструкция СТ, у 4,3 % — ЦДС, у 4,3 % — горизонтальный нистагм, у 4,3 % — конъюнктивит.

Пациентам проводились курсы дедистрофической, сосудистой, витаминной терапии (эмоксипин, пентоксифиллин, милдронат, винпоцетин, кавинтон, трентал, церебролизин, сермион, никотиновая кислота, витамины группы В, лютаксАДМ) в том числе применялись такие препараты как кортексин — 3 пациентам (13 %), ретиналамин — 8 (34,9 %). Хирургическое лечение: лазеркоагуляция по поводу ПДС — 2 пациентам (8,7 %).

Клинический случай

Пациентка А., 59 лет наблюдалась на базе поликлиники ГЦМХГ. Первично обратилась в 2006 г с жалобами на низкое зрение. Острота зрения по данным первичного осмотра составила ОД/ОС=0,3/0,1 н/к, поле зрения на ОУ 10 градусов, офтальмоскопически ОУ — ДЗН бледно-розовый, границы четкие, сосуды узкие, дистрофические изменения с пигментацией в виде «костных телец».

Был выставлен диагноз ОУ: Тапеторетинальная абиотрофия сетчатки. Артифакция. Пациентка раз в полгода получала курсы дедистрофической, сосудистой и витаминной терапии (актовегин, эмоксипин, ретиналамин, лютакс АМД).

Через пять лет острота зрения составила $ОД/ОС = 0,2сф-0,75 = \text{светлее}/0,2сф-0,75 = \text{светлее}$. Поля зрения ОУ — трубчатое, КЧСМ $ОД/ОС = 35/38$. Офтальмоскопически картина прежняя. Данные ЭРГ ОУ — угасающие. ОСТ-картина ОУ: дезорганизация слоев сетчатки, fovea тонкая, слой пигментного эпителия разрежен, деструкция по типу паркетной.

Выводы

Пигментный ретинит достаточно распространен в Гомельской области. Заболевание является инвалидизирующим, о чем свидетельствует снижение остроты зрения, сужение полей зрения с течением времени. Острота зрения за пять лет от начала заболевания снизилась в 1,5 раза, поля зрения сузились до трубчатого. Отсутствие единого патогенетически обоснованного метода лечения оставляет на сегодняшний день проблему пигментного ретинита актуальной.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шершевская С.Ф., 1983; Кацнельсон Л.Ф., 1983; Weleber R.S., 1998.
2. Ammann F., 1965; Merin S., 1974; Heckenlively J., 1981; Hu D., 1982; Hampries P. et al., 1990; Puceh B., 1991.
3. Кански. Д. Клиническая офтальмология: систематизированный подход. Пер. с англ. / Д. Кански. — М.: Логосфера, 2006.
4. Кацнельсон Л.Ф., 1983; Эскин В.А., 1983; Шамшинова А.М., 1998 и др. Fishman et al., 1977; Marmor, 1980; Pruett, 1983.
5. Заболевания сетчатки и зрительного нерва, Чупров, Кудрявцева., Киров 2007.

УДК 61:004(476.2)

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Трубенюк С. Н. Савчанчик С. А.

Научный руководитель: старший преподаватель Е. Л. Глухарев

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Основная нагрузка по медицинскому обеспечению населения ложится на районные больницы и врачебные амбулатории. При этом не полная укомплектованность больниц врачебным персоналом, наличие большого количества молодых врачей, не имеющих клинического опыта, приводят к тому, что часть нагрузки перекладывается на больницы и медицинские центры г. Гомеля. При этом при уже перечисленных объективных причинах, по которым жители из районов вынуждены обращаться в областной центр, нельзя исключить и человеческий фактор, такой как нежелание некоторых врачей на местах в полной мере выполнять свои обязанности, желанием переложить ответственность за пациента на других, боязнь конфликтных ситуаций и т. п.

Цель

Проанализировать перспективы использования телемедицины в Гомельской области.

Материалы и методы

Проанализированы данные УЗ «Гомельский областной клинический кардиологический диспансер» по оказанию консультативной помощи населению Гомельской области.

Результаты исследования и обсуждения

Гомельская область это самый большой регион Республики Беларусь. В его состав входит 21 район. В том числе 18 городов, 17 поселков городского типа и 2470 сельских населенных пунктов. На 1 января 2012 года на Гомельщине насчитывалось 1 млн 429,8 тыс. жителей.