

тела у 4 (6,45 %) пациентов, с удалением инородного тела из передней камеры глаза у 7 (11,29 %) пациентов. 8 (12,9 %) пациентам ПМХО раны роговицы произведена с одномоментным удалением внутриглазного инородного тела магнитом, удалением травматической катаракты, эндолазерной коагуляцией заднего полюса, введением газовоздушной смеси SF₆ (что связано с посттравматической отслойкой сетчатки). ПМХО раны роговицы с одномоментным удалением травматической катаракты, субтотальной пиогемвитректомией (в связи с поздней госпитализацией, развитием эндофтальмита и травматической катаракты) у 1 (1,61 %) пациента. В одном случае проведена ПМХО раны роговицы с одномоментным покрытием роговицы амниотической мембраной. В связи с невозможностью выполнения полного объема оперативного лечения в один этап, а также в связи с развитием посттравматических осложнений были выполнены повторные оперативные вмешательства у 28 пациентов: факэмульсификация травматической катаракты с имплантацией ИОЛ у 7 (25 %) пациентов, вторичная имплантация ИОЛ у 4 (14,29 %) пациентов. 6 (21,43 %) пациентам выполнено удаление гипопиона из передней камеры, 3 (10,71 %) — гифемы. В 1 случае в связи с развитием в послеоперационном периоде отслойки сетчатки произведен циркуляр по Арруго, у 2 (7,14 %) пациентов репозиция и подшивание ИОЛ к радужке. В послеоперационном периоде у всех пациентов достигнута нормотония. Средняя некорригированная острота зрения составила $0,35 \pm 0,2$, корригированная — $0,4 \pm 0,05$ и колебалась от 0,0 до 1,0.

Выводы

1. Среди исследуемых пациентов преобладают мужчины в возрасте от 30 до 49 лет.
2. Чаще травма получена в бытовых условиях (77,6 %), что обусловлено несоблюдением техники безопасности.
3. В первые сутки с момента получения травмы 56 (83,6 %) пациентов обратились за помощью в кабинет экстренной офтальмологической помощи ГЦМХГ.
4. Наблюдается тенденция к одномоментному выполнению нескольких манипуляций за одно хирургическое вмешательство, что способствует уменьшению сроков госпитализации и снижает риск возникновения осложнений от повторных оперативных вмешательств.
5. Восстановление зрительной функции пораженного глаза зависит от сроков обращения пациентов, тяжести полученной травмы, локализации раны, выраженности воспалительной реакции, возможных осложнений, объема и сроков оперативного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кристофер Дж. Рапуано, Ви-Джин Хенг Роговица; пер. с англ. Ел. А. Каспаровой, Евг. А. Каспаровой; под. ред. А. А. Каспарова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 320 с. — (Серия «Атласы по офтальмологии»). — С. 282–315.
2. Современная офтальмология: рук-во для врачей / под ред. В. Ф. Даниличева. — СПб.: Питер, 2000. — 672 с. (Серия «Современная медицина»). — С. 285–300.
3. Неотложная офтальмология: учеб. пособие / под ред. Е. А. Егорова. — 2-е изд., испр. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. — 184 с.

УДК 616.36-004

ЕСТЕСТВЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

Толкунова П. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Е. Г. Малаева

Учреждение образования

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

Введение

Цирроз печени (ЦП) — многофакторное прогрессирующее заболевание печени, характеризующееся значительным уменьшением количества функционирующих гепатоцитов, нарастающим фиброзом, перестройкой нормальной структуры печени и развитием в последующем печеночной недостаточности и портальной гипертензии. В экономически развитых странах цирроз входит в число шести основных причин смерти пациентов от 35 до

60 лет, составляя 14–30 случаев на 100 тыс. населения. От осложнений ЦП ежегодно в мире умирает около 300 тыс. человек, за последние 10 лет частота увеличилась на 12 %. По литературным данным средняя продолжительность жизни пациентов ЦП класса тяжести А составляет 6,4 года, класса тяжести С — 2 месяца.

Цель

Выявить закономерности течения и прогрессирования цирроза печени.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе Учреждения здравоохранения «Гомельская городская клиническая больница № 3». Проведен ретроспективный анализ 180 выписных эпикризов пациентов, которые находились на обследовании и лечении в отделении гастроэнтерологии в период 2016–2017 гг. 53 пациентам проведено подробное анкетирование с уточнением возможных факторов риска, особенностей течения заболевания.

Результаты исследования и их обсуждение

Обследовано 135 пациентов ЦП в возрасте $56,6 \pm 11,3$ лет, мужчин — 67 (49,6 %), женщин — 68 (50,4 %). ЦП класса тяжести А диагностирован у 48 (35,5 %), В — 58 (42,9 %), С — 29 (21,4 %) пациентов. Преимущественно пациенты имели криптогенную этиологию заболевания.

Дебют ЦП у большинства пациентов приходится после 2010 г., наиболее длительный анамнез заболевания — более 15 лет — зарегистрирован у мужчины 68 лет и женщины 67 лет (с 2001 и 2002 гг. соответственно). Следует отметить, что 17 (12,6 %) пациентов имеют длительный стаж заболевания более 10 лет (2001–2007 гг.) (рисунок 1).

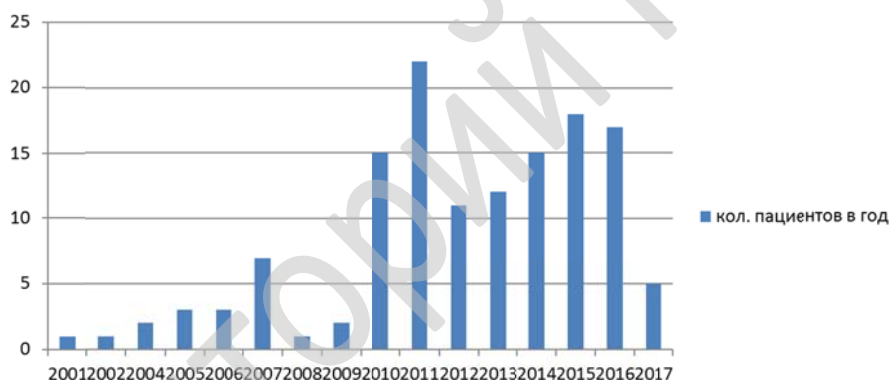


Рисунок 1 — Год первого дебюта цирроза печени

У пациентов с длительным анамнезом ЦП более 10 лет была проведена оценка класса тяжести заболевания на момент госпитализации в 2016–2017 гг. и установлено, что только у 29 % пациентов развился ЦП класса тяжести С, большинство пациентов в течение длительного времени достаточно компенсированы (рисунок 2).

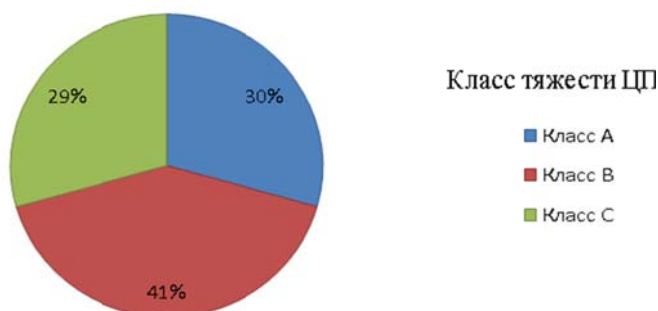


Рисунок 2 — Класс тяжести ЦП у пациентов с анамнезом заболевания более 10 лет

63 пациента ЦП имеют группу инвалидности, из них 1 группу — 1 (1,6 %), 2 группу — 45 (71,4 %), 3 группу — 17 (27 %) человек.

Средняя продолжительность стационарного лечения составила $14,2 \pm 5,4$ койко-дней, минимальное количество — 7 дней, максимальное — 31 день. Большинство пациентов (63 %) проходило стационарное лечение в отделении гастроэнтерологии 2–3 раза в год (рисунок 3).

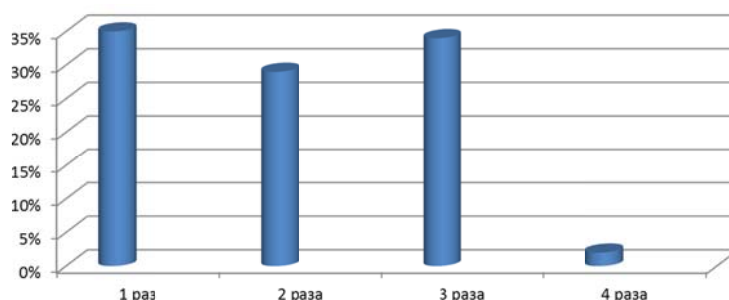


Рисунок 3 — Количество госпитализаций в год пациентов ЦП

По данным анкетирования 56 % пациентов не следует рекомендациям и назначениям врача в амбулаторных условиях.

Выводы

Цирроз печени чаще диагностируется в возрасте после 40 лет в одинаковой степени у мужчин и женщин. Несмотря на литературные данные о средней продолжительности жизни пациентов с циррозом печени, 26 % пациентов Гомельской области имеют стаж заболевания более 7 лет, 12,6 % — более 10 лет. У 71 % пациентов с длительностью заболевания более 10 лет ЦП протекает в стадии компенсации и субкомпенсации (класс А и В), несмотря на отсутствие приверженности к лечению в амбулаторных условиях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Малаева, Е. Г. Гастроэнтерология: учеб. пособие / Е. Г. Малаева. — Минск: Новое знание, 2016. — 345 с.
2. Малаева, Е. Г. Гастроэнтерология: учеб. пособие / Е. Г. Малаева. — Гомель: ГомГМУ, 2017. — 122 с.
3. Цирроз печени: учеб.-метод. пособие / Е. Г. Малаева [и др.]. — Гомель: ГомГМУ, 2014. — 44 с.
4. D'Amico, G. Natural history and prognostic indicators of survival in cirrhosis: a systematic review of 118 studies / G. D'Amico, G. Garcia-Tsao, L. Pagliaro // J. Hepatol. — 2006. — Vol. 44. — P. 217–231.

УДК 618.11-006.6-07

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА РАКА ЯИЧНИКОВ

Толто П. М., Бех Ю. М.

Научный руководитель: д.м.н., профессор В. Н. Беляковский

Учреждение образования

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

Введение

Рак яичников — актуальная проблема современности, так как число заболевших женщин неуклонно растет, а снижение смертности незначительно. При этом выявление рака яичников на ранних стадиях достаточно проблематично, что также снижает эффективность лечения. Для ранней диагностики рака яичников (РЯ) и исключения скрытого заболевания каждой женщине предлагается регулярно проходить исследование у гинеколога, УЗИ органов малого таза и определение уровня СА-125, HE-4, индекс ROMA. При условии ежегодного прохождения скринингового обследования изменяется постановка диагноза заболевания с поздней (3 стадии) на раннюю (1 стадию), и увеличит продолжительность жизни до 3,4 года жизни пациентки.

Скрининг основывается на раннем обнаружении инвазивного рака (ввиду отсутствия достаточных знаний о предшествующем поражении (предраке); учитывается кратчайший временной интервал перехода 1 ст. в 3 ст.; идентификация и использование методов