

болевания, то выяснили, что если при БА и АР снижение наблюдается больше у мальчиков, то при АД происходит снижение КЖ в 2,7 раза у девочек.

При БА наиболее страдают такие показатели, как Роловое функционирование 15, жизненная активность 46 и показатель боли 51,1. Но при этом все больные оценивают общее состояние своего здоровья как хорошее. При АР также снижена жизненная активность 41,8, показатель боли 47,1 и роловое функционирование 65. При этом наблюдается хорошее состояние общего здоровья и высокий показатель физического функционирования 87,5. При АД наблюдаем снижение следующих показателей: роловое функционирование 16,3, жизненная активность 41,9, психическое здоровье 51,3. Также как и при других АЗ показатель общего здоровья остается высоким.

Были изучены компоненты КЖ физический и психологический. По данным исследования можно сказать, что у детей с АЗ в большей степени страдает психологический компонент.

Выводы

Аллергические заболевания у детей, приводят к снижению качества их жизни. Нарушение КЖ более выражено у девочек. Психологический компонент имеет большее значение в нарушении КЖ при АЗ: снижается жизненная активность, ограничиваются социальные контакты, возникают ограничения в выполнении повседневной работы, дети более подвержены депрессивно-тревожным состояниям. Дети с АЗ неадекватно оценивают состояние своего здоровья, что ведет к потере контроля над заболеванием и может привести к неблагоприятному исходу, особенно при БА. Таким детям нужна консультация психолога или психотерапевта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Классификация, клинические протоколы диагностики и лечения неспецифических болезней органов дыхания у детей / Е. Л. Богдан [и др.]. — Минск: Профессиональные издания, 2013. — 100 с.
2. Классификация, клинические протоколы диагностики и лечения неспецифических болезней органов дыхания у детей / Е. Л. Богдан [и др.]. — Минск: Профессиональные издания, 2013. — 100 с.
3. Клинический протокол диагностики, лечения и профилактики атопического дерматита / Л. М. Беляева [и др.]. — Минск, 2008. — 32 с.
4. Новик, А. А. Исследование качества жизни в педиатрии / А. А. Новик, Т. И. Ионова; под ред. акад. РАМН Ю. Л. Шевченко. — М.: РАЕН, 2008. — 108 с.

УДК 617.735-002-089 «2011–2014»

РЕЗУЛЬТАТЫ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ РЕТИНОШИЗИСА У ПАЦИЕНТОВ, ПРОХОДИВШИХ ЛЕЧЕНИЕ В ОТДЕЛЕНИИ МИКРОХИРУРГИИ ГЛАЗА ГУ «РНПЦ РМ И ЭЧ» ЗА 2011–2014 гг.

Шестовец М. Ю.

Научный руководитель: ассистент Е. В. Конопляник

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Частота встречаемости ретиношизиса в мире составляет около 16 % (Н. Buch, Т. Vinding, N. V. Nielsen, 2007). В последние годы отмечается тенденция к росту числа пациентов с этой патологией. Выбор способа лечения определяется клинико-морфологическими характеристиками ретиношизиса. Консервативный метод лечения предполагает применение препаратов с сосудорасширяющими, антиагрегационными, антигипоксическими, антиоксидантными фармакологическими свойствами, а также витаминных комплексов. На курсе офтальмологии Гомельского государственного медицинского университета (2012) проводилось изучение действия на зрительный анализатор препаратов Лютеина. Пациенты принимали препарат в дозировке 530 мг 2 раза в день в течение 6 месяцев. Лечение способствовало улучшению электрофизиологических, функциональных и анатомических показателей

глаза, что объясняется влиянием препарата на метаболический и оксидантный компоненты патогенеза ретиношизиса [1]. Метод барьерной лазерной коагуляции применяется при ограниченном расслоении сетчатки с разрывами и подразумевает нанесение коагулятов в 3–4 ряда по границе разрывов, что создает препятствие на пути их распространения. Офтальмохирургия ретиношизиса включает 2 подхода: экстрасклеральное пломбирование и витрэктомию. Экстрасклеральное пломбирование применяется при разрывах и начинающейся шизис-ассоциированной отслойке сетчатки. Показаниями к витрэктомии являются: субтотальный/тотальный ретиношизис, фовеошизис, кровоизлияние в стекловидное тело, отслойка сетчатки на большом протяжении, тракционный синдром. Иногда необходимо комбинировать эти методы. Н. М. Самохвалова с соавт. (2010) описывают клинический случай лечения ретиношизиса в нижне-наружном квадранте с множественными разрывами и отслойкой сетчатки, распространившегося на парамакулярную зону. Пациентке одномоментно была проведена витрэктомия, экстрасклеральное пломбирование и эндолазеркоагуляция. Через 6 месяцев пациентка была вновь госпитализирована в связи с признаками прогрессирования ретиношизиса в нижних отделах. После проведения дополнительного экстрасклерального пломбирования ретиношизис сохранился, но без признаков прогрессирования [2]. Рецидив ретиношизиса после лазерной коагуляции по разным данным составляет от 16 % (Н. Г. Луковская, Ю. С. Астахов, 2001) до 27 % случаев (В. В. Нероев, 2013), после экстрасклерального пломбирования — 24 % случаев (E. V. Gotzaridis, 2014), после витрэктомии — от 5 до 83 %, в зависимости от степени выраженности пролиферативной витреоретинопатии (G. Vlassis, T. H. Grigoropoulos, 2006). Таким образом, главной проблемой в послеоперационном периоде является рецидивирование ретиношизиса.

Цель

Изучить результаты различных способов лечения ретиношизиса у пациентов, проходивших лечение в отделении микрохирургии глаза ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ» за 2011–2014 гг.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт пациентов, проходивших лечение ретиношизиса в отделении микрохирургии глаза ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ» за 2011–2014 гг. Всего под наблюдением находилось 29 пациентов (43 глаза). Среди них 11 (37,93 %) мужчин и 18 (62,07 %) женщин. Средний возраст пациентов составил $47 \pm 14,6$ лет. Миопическая рефракция выявлена в 35 (81,39 %) глазах, гиперметропическая — в 3 (6,98 %) глазах и эметропическая — в 5 (11,63 %) глазах. Для лечения пациентов применялись следующие методы: консервативный, лазерная коагуляция, хирургический (витрэктомия с тампонадой витреальной полости, дренирование кисты и экстрасклеральное пломбирование) и комбинированный, который предусматривал сочетание лазерной коагуляции и одного из хирургических методов лечения. Группа пациентов, пролеченных консервативно, составила 7 (16,28 %) человек. Этим пациентам назначались препараты лютеина, пентоксифиллин, эмоксипин, тауфон, милдронат, винпоцетин, антиоксикапс, вобэнзим. Лазерная коагуляция была проведена на 23 (53,49 %) глазах. Хирургическое лечение проводилось в 9,3 % случаев. Комбинированное лечение проведено на 9 (20,93 %) глазах. Результаты лечения оценивались офтальмоскопически (наличие/отсутствие ретиношизиса) в раннем (через 3 дня после операции) и позднем (через 6 месяцев после оперативного вмешательства) послеоперационном периоде.

Результаты исследования и их обсуждение

Консервативное лечение не приводило к прилеганию ретиношизиса ни в одном случае. В раннем послеоперационном периоде (через 3 дня после операции) у пациентов, пролеченных с помощью лазерной коагуляции и хирургических методов лечения, прилегание ретиношизиса наблюдалось в 100 % случаев. В позднем послеоперационном периоде (через 6 месяцев после оперативного вмешательства) были выявлены рецидивы. Их количество было практически одинаковым вне зависимости от выбранного метода лечения ($p > 0,05$). При проведении лазерной коагуляции рецидивы в позднем послеоперационном периоде обнаружены в 21,74 % случаев, хирургические методы лечения давали рецидив в 25 % случаев, комбинированные — в 22,22 % случаев.

Выводы

1. Изолированное применение консервативного лечения не достаточно для прилегания ретиношизиса.
2. В раннем послеоперационном периоде (через 3 дня после операции) эффективность лазерной коагуляции, хирургического и комбинированного методов лечения составила 100 %.
3. Количество рецидивов в позднем послеоперационном периоде (через 6 месяцев после оперативного вмешательства) было практически одинаковым среди пациентов, у которых применялись лазерная коагуляция и хирургическое лечение, а также комбинация указанных методов ($p > 0,05$). Таким образом, выбор метода лечения должен быть индивидуальным и учитывать особенности клинической картины у каждого пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дравица, Л. В. Опыт применения Окувайт Лютеина при миопическом ретиношизисе / Л. В. Дравица, Н. М. Самохвалова, Ж. И. Ленкова // Современные технологии лечения витреоретинальной патологии – 2012: материалы междунар. науч.-практ. конф., Москва, 22–23 марта 2012 г. / под общ. ред. проф. Б. Э. Малюгина. — М., 2012. — С. 75.
2. Самохвалова, Н. М. Клинический случай хирургического лечения миопического ретиношизиса, сочетающегося с отслойкой сетчатки / Н. М. Самохвалова, Ю. Л. Белькевич, Л. В. Дравица // Современные технологии лечения витреоретинальной патологии – 2010: сб. тезисов VIII науч.-практ. конф., Москва, 18–19 марта 2010 г. / под ред. Х. П. Тахчиди. — М., 2010. — С. 137–139.

УДК 614.253.5:616.1–084

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Шешко Л. И.

Научный руководитель: старший преподаватель Я. И. Будник

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

По рекомендации Всемирной организации здравоохранения скрининговые программы должны содержать тесты на выявление факторов риска хронических неинфекционных заболеваний, являющихся основными причинами смерти населения. Опыт экономически развитых стран свидетельствует, что увеличение продолжительности жизни их населения достигнуто не путем улучшения качества лечения, а за счет снижения заболеваемости посредством первичной профилактики [2]. Результаты проведенной нами экспертной оценки диспансерного наблюдения пациентов трудоспособного возраста с артериальной гипертензией (АГ) и ишемической болезнью сердца на терапевтическом участке показали, что у 84,7 % пациентов районной поликлиники отсутствовали немедикаментозные рекомендации, 70,5 % — городской поликлиники ($p < 0,05$). При этом в дневниках наблюдения у пациентов отсутствуют рекомендации по коррекции питания, модификации образа жизни, которые должны проводиться в рамках диспансеризации [1].

Одним из элементов взаимодействия врача и пациента является профилактическое консультирование, которое направлено не только на информирование пациента, но и на создание у него мотивации к выполнению рекомендаций, повышение приверженности соблюдению врачебных назначений [3].

Цель

Оценить эффективность профилактического консультирования пациентов с АГ в амбулаторных условиях.

Материал и методы исследования

Проведено исследование на базе амбулаторно-поликлинических учреждений г. Гомеля. Выборочную совокупность составили 100 пациентов, страдающих АГ: 43 мужчины и 57 жен-