

ходящие из созревающего к растущего фолликула, т. е. рост фолликула сопровождается раздражением нервов яичника, которое суммируется, передается дальше по нервным путям и наконец отражается на слизистой матки; в ней благодаря такому рефлекторному действию возникают пременструальные превращения. Изменения в слизистой матки могут быть вызваны не только растущим фолликулом, но и другими рефлекторными влияниями. Теория Пфлюгера в течение второй половины XIX в. была наиболее распространенной благодаря тому, что после ее возникновения Бишофом (Bischoff) была доказана одновременность овуляционной и менструальной фаз (менструальное крововыделение происходит почти в одно и то же время с разрывом фолликула). В последующем было доказано, что действительно между яичником и маткой существуют определенные отношения и под влиянием яичника совершаются периодические изменения в слизистой матки, но связь эта не рефлекторного, а гормонального характера. Французский ученый Негрие (Negrier) пришел к заключению о циклическом превращении фолликулов, об их ежемесячном разрыве. Им указана зависимость менструации от овуляции, отмечено, что у женщин при отсутствии яичников никогда не бывает менструации и что она прекращается при искусственном их удалении. Впоследствии было установлено, что все периодически совершающиеся в организме сложные процессы имеют конечной своей целью подготовить его к беременности; само же крововыделение поддерживает функционирующую слизистую оболочку и служит для ее обновления, без которого невозможно было бы и привитие оплодотворенного яйца.

Выводы: современное понимание менструации основывается на сущности циклических изменений, происходящих во всем организме женщины. Менструация рассматривается как совокупность системных изменений, которые, неся общее собирательное название «овариально-маточного цикла».

СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕКЛОВИДНОГО ТЕЛА И ЗРИТЕЛЬНЫЕ ФУНКЦИИ ПРИ ГЕМОФТАЛЬМЕ

Статевич Д.Э.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра глазных болезней

Научный руководитель – асс. Солодовникова Н.Г.

Актуальность. Гемофтальм (кровоизлияние в стекловидное тело) является тяжелым осложнением сахарного диабета, гипертонической болезни, травматических повреждений органа зрения. При несвоевременной диагностике и нерациональном лечении гемофтальм (ГФ) может явиться причиной необратимой слепоты в результате образования грубых фиброзных изменений стекловидного тела и сетчатки [1].

Цель. Изучить зрительные функции и состояние стекловидного тела (СТ) по данным В-сканирования при гемофтальме.

Материалы и методы. Проведен анализ историй болезни 53 пациентов с ГФ (54 глаза), находившихся на лечении в отделении МХГ ГОКБ с января 2013 г. по октябрь 2014 г. Среди них женщин - 30 (56,6%), мужчин - 23 (43,4%). Средний возраст – 61,6 лет. Среди причин ГФ преобладали: сахарный диабет

и артериальная гипертензия - 30 чел. (56,6%), артериальная гипертензия – 19 чел. (31,67%), травма – 3 чел. (5%), ГФ при субарахноидальном кровоизлиянии – 1 чел. (2 глаза) (1,66%). Давность заболевания варьировала от 2 дней до 5 месяцев. Методы обследования пациентов включали визометрию, биомикроскопию, УЗ-сканирование глазного яблока. Пациенты были разделены на 2 группы. I группа - консервативное лечение - парабульбарное введение коллализина или дицинона с общей антиоксидантной терапией – 37 глаз (68,5%), II группа - оперативное лечение - витрэктомия - 17 глаз (31,5%).

Результаты. По изображениям 2-мерного серошкального В-сканирования оценивали состояние стекловидного тела и сетчатки. Диагностированы: тотальный гемофтальм – 23 глаза (42,6%), частичный гемофтальм – 31 глаз (57,4%). Чаще встречалась интравитреальная локализация ГФ – 39 (72,2%), субгидалоидная – 15 (27,8%). Тотальный ГФ сочетался с фиброзом стекловидного тела в виде грубых конгломератов и пролиферативных тяжей – 21 (38,9%). Задняя отслойка стекловидного тела (тотальная) – 25 (46,3%), частичная – 9 (16,7%). ГФ сочетался с отслойкой сетчатки – 9 (16,7%). Острота центрального зрения пациентов I группы при поступлении: 1/∞ р.л.и.с. – 5 глаз (13,5%); 1/∞ р.л.с. – 11 (29,8%); 0,01-0,1 – 16 (43,2%); 0,2-0,5 – 4 (10,8%); ≥0,6 – 1 (2,7%). После проведения консервативной терапии острота центрального зрения составила: 1/∞ р.л.и.с. – 4 глаза (10,8%); 1/∞ р.л.с. – 4 (10,8%); 0,01-0,1 – 19 (51,4%); 0,2-0,5 – 5 (13,5%); 0,6- 0,8 – 5 (13,5%). Острота центрального зрения пациентов II группы при поступлении: 1/∞ р.л.и.с. – 2 глаза (11,7%); 1/∞ р.л.с. – 7 (41,1%); 0,01-0,1 – 6 (35,2%); 0,2-0,5 – 1 (6%); ≥0,6 – 1 глаз (6%). Пациентам II группы проводилась витрэктомия – 8 глаз (47%), витрэктомия с эндолазеркоагуляцией сетчатки – 9 глаз (53%). После оперативного вмешательства острота центрального зрения составила: 1/∞ р.л.и.с. – 1 глаз (6%); 1/∞ р.л.с. – 5 (29,4%); 0,01-0,1 – 5 (29,4%); 0,2-0,5 – 3 (17,6%); ≥0,6 – 3 (17,6%).

Выводы: 1. При решении задачи выбора вида лечения гемофтальма наиболее значимым диагностическим методом является УЗ сканирование глазного яблока, которое позволяет оценить степень структурных изменений стекловидного тела, выявить патологические изменения в сетчатке. 2. Витрэктомия позволяет значительно повысить зрительные функции при гемофтальме. 3. В 26% случаев после лечения у пациентов отсутствовало предметное зрение в связи с грубой витреоретинальной патологией, требующей повторных хирургических вмешательств и значительно снижающей качество жизни пациентов.

Литература:

1. Анджелова Д.В. К вопросу о патогенезе гемофтальма при диабетической ретинопатии // Рефракционная хирургия и офтальмология. - Т.3.-№2, 2005.-С. 9-12.

ЭПОНИМЫ В МЕДИЦИНСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ КАРДИОЛОГИИ

Стельмах А.Г., Полелей Т.О.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра иностранных языков

Научный руководитель – ст. преподаватель Семенчук И.В.

Эпонимы – терминологические словосочетания, одним из компонентов которых является имя собственное и имя нарицательное для обозначения