

пациентов колебался от 30 до 76 лет. При поступлении пациенты отмечали боль в правом подреберье различной степени выраженности, у 6-ти имели место явления острого холангита, у 2-х – эмпиема желчного пузыря, которая явилась показанием к экстренной операции. Всем больным проводилась интенсивная терапия, в том числе в условиях реанимационного отделения с применением экстракорпоральных методов детоксикации. Дооперационная диагностика синдром Миризи представляет большую сложность. Все больные были подвергнуты хирургическому вмешательству по поводу осложнений желчнокаменной болезни, что позволило интраоперационно диагностировать синдром Миризи. Внепеченочный холангиолитиаз выявлен в 11 случаях, в то время как стеноз большого дуоденального сосочка наблюдался у всех пациентов, среди которых на фоне желтухи у 6 имелся гнойный холангит. Первый тип синдрома Миризи отмечен у 8 пациентов, при этом во всех случаях сдавление общего желчного протока, было обусловлено одиночным конкрементом размером от 1,5 до 3 см. Свищевая форма синдрома (второй и третий тип) наблюдалась у 5 больных, при этом в одном случае имел место дефект общей стенки пузырного протока и гепатикохоледоха, обусловленный миграцией конкремента (2 см) из просвета желчного пузыря. Наиболее сложная ситуация складывается при полном разрушении стенки гепатикохоледоха, что имело место у 2-х больных. В этих случаях вследствие выраженного воспалительного процесса не всегда представляется возможным наложить гепатикоэнтероанастомоз, и хирурги ограничиваются наружным дренированием желчных путей, обрекая больных на повторные сложные операции. В одном случае нам удалось воспользоваться особенностью топографо-анатомических структур в зоне печеночно-двенадцатиперстной связки, что было обусловлено фактом неодновременного созревания грануляционной и соединительной ткани. Пациенту была выполнена первичная восстановительная операция на желчных протоках с благоприятным исходом. Подобного хирургического вмешательства при полном разрушении стенок гепатикохоледоха в доступной нам литературе мы не встретили. Таким образом, среди многочисленных заболеваний панкреатодуоденальной зоны синдром Миризи занимает особое место как редкое и трудно диагностируемое осложнение широко распространенной желчнокаменной болезни.

#### **Волков В.С.**

#### **ОСОБЕННОСТЬ ПОЛЯ ЗРЕНИЯ ДЛЯ ЗЕЛЁНОГО ЦВЕТА У РАЗНЫХ СОМАТОТИПОВ СРЕДИ СТУДЕНТОВ ЮНОШЕЙ**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: Емельянчик Ю.М., к.м.н., доцент

Число лиц с патологией зрения с каждым годом растёт, в связи с этим представляет определённый интерес исследование полей зрения у различных соматотипов. Цель исследования – провести оценку полей зрения для зелёного цвета у различных типов конституции среди юношей гродненского медуниверситета. Работа выполнена при помощи антропометрических методов обследования 170 юношей-добровольцев, в возрасте 19-22 лет, которые являются студентами Гродненского медуниверситета. Определение соматотипа проводилась по методике Н.А. Усовой. Поле зрения исследовали при помощи периметра Форстера поочередно для каждого глаза. Для оценки полей зрения использовали два основных меридиана: горизонтальный (кнаружи, кнутри) и вертикальный (кверху, книзу). При определении границ поля зрения медленно перемещали объект (зелёную марку) по дуге периметра от периферии к центру. В норме поле зрения как у правого так и у левого глаза для зелёного цвета имеют соответственно следующие значения: с латеральной стороны 42°, с медиальной стороны 30°, с нижней стороны 30°, верхней стороны 30°. В результате проведенного исследования было установлено, что большая половина исследуемых принадлежала нормостеническому типу конституции: нормостеники – 66% (112 человек) от количества обследованных, гиперстеники – 19% (32 человек) и астеники – 15% (26 человек). При исследовании полей зрения для зелёного цвета у различных соматотипов были выявлены следующие данные. У нормостеников поле зрения для зелёного цвета составило: с латеральной стороны для правого глаза 38°, а для левого 37°, с медиальной стороны для правого глаза 32°, а для левого 30°, с нижней стороны для правого глаза 38°, а для левого 37° и

верхней стороны для правого глаза 21°, а для левого 24°. У гиперстеников границы поля зрения для этого же цвета были следующие: с латеральной стороны для правого глаза 38°, а для левого 37°, с медиальной стороны для правого глаза 29°, а для левого 25°, с нижней стороны для правого глаза 21°, а для левого 22° и верхней стороны для правого глаза 20°, а для левого 17°. Поле зрения астеников для зелёного цвета также имело другие характеристики: с латеральной стороны для правого глаза 30°, а для левого 32°, с медиальной стороны для правого глаза 27°, а для левого 31°, с нижней стороны для правого глаза 27°, а для левого 32° и верхней стороны для правого глаза 20°, а для левого 24°. У нормостеников было установлено уменьшение поля зрения для зелёного цвета сверху и одновременно увеличение его снизу. У гиперстеников для этого же цвета зарегистрировано достоверное уменьшение поля зрения по вертикальному меридиану снизу и сверху. У астеников поле зрения для зелёного цвета также было достоверно уменьшено, но в верхне-латеральном направлении (по горизонтальному меридиану – латерально, а по вертикальному – сверху). Таким образом размеры поля зрения для зелёного цвета у нормостеников соответствовали норме, однако были несколько смещены книзу. Размеры поля зрения для этого же цвета у гиперстеников и астеников были уменьшены, причём у гиперстеников по вертикальному меридиану (как сверху так и снизу), а у астеников отмечено уменьшение поля зрения для зелёного цвета по косому меридиану в верхнелатеральном направлении.

**Волков В.С., Михалькевич Р.В.**

**ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ РЕФРАКЦИИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: Кринец Ж.М.

Клиническая рефракция – это преломляющая способность глаза, обусловленная его анатомическим строением» оптической силой сред при спокойном состоянии аккомодации. В клинике различают три вида рефракций. В молодом возрасте некорригированная гиперметропия неблагоприятно отражается на формировании бинокулярного зрения, прогрессирование миопии может протекать медленно и закончиться с завершением роста организма. Цель работы оценить состояние клинической рефракции глаза и общих заболеваний у студентов УО «Гродненский государственный медицинский университет» II-VI курсов. Также выявить зависимость между особенностями рефракции и особенностями типа конституции. Материал и методы Данные рефракции за II курс и перенесенные заболевания изучались по амбулаторным картам медицинского пункта университета. Состояние органа зрения у тех же студентов на VI курсе исследовалось на кафедре офтальмологии во время прохождения цикла практических занятий. Также проводились исследования среди молодых людей обучающихся в других учебных заведениях РБ, но находящихся в таких же возрастных группах. Результаты исследований были подвергнуты статистической обработке с использованием программы STATISTICA5.5. Изучение клинической рефракции глаз проводилось у 189 студентов на II и VI курсах в возрасте от 18 до 26 лет. Среди обследованных было 128 женщин и 88 мужчины. Уровень АД определяли при помощи обычного тонометра. Особенности конституции определяли по индексу Брокка, на основе чего были выделены три однородные группы: астеники, гиперстеники и нормостеники. Результаты В ходе проделанной нами работы выяснилось, что на втором курсе эметропическая рефракция выявлена в 66%, миопическая в 22%, гиперметропическая 9%. Астигматизм был обнаружен в 3% обследованных. После пятилетнего обучения в университете типы клинической рефракции распределились следующим образом: эметропическая – определилась в 55%, миопическая – 37%, гиперметропическая в 8%. Анализируя полученные данные, видно, что произошло статистически достоверное уменьшение эметропической рефракции на 11 % ( $P \leq 0,01$ ), гиперметропической на 1% ( $P \leq 0,01$ ), соответственно миопическая рефракция статистически достоверно увеличилась на 15% ( $P \leq 0,002$ ). При сравнении степени рефракции и типа конституции была выявлена следующая корреляция: Студенты имеющие нормостенический тип телосложения статистически достоверно чаще имели эметропический тип рефракции (68%). У студентов имеющих гиперметропию достоверно выявлено наличие предрасположенности к гиперстеническому типу телосложения (66%).