

### **Парамонова Р.В.**

#### **ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ КАТАРАКТОЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ**

УЗ «Барановичская центральная городская больница»

По данным Всемирной Организации Здравоохранения, более 161 млн. человек в мире страдает глазными заболеваниями, из них 124 млн. имеют низкое зрение, а 37 млн. слепы. Более 82% из этих больных старше 50 лет, хотя представители данной возрастной группы составляют лишь 19% от всего населения Земли. Такие заболевания, как глаукома, патология глазного дна и катаракта обуславливают более 70% слепоты в мире. При этом катаракта – главная причина слепоты в странах третьего мира, где проживает большая часть населения Земли, с катарактой связано около половины от общего количества случаев слепоты в мире, что составляет в настоящее время около 18 млн. человек. В связи с общемировой тенденцией к старению населения, количество больных катарактой весьма существенно возросло в течение последних десятилетий, и еще более заметный рост заболеваемости прогнозируется в ближайшем будущем. По некоторым прогнозам, количество слепых вследствие катаракты в мире к 2025 году составит 40 млн. чел. Цель исследования: Определить социальную эффективность применяемых клинических методик диагностики, лечения и реабилитации больных катарактой на основе применения методик оценки качества жизни. Стандартные офтальмологические методы исследования, применяемые у больных катарактой, данные опросника для оценки качества жизни WHOQOL-BREF (ВОЗКЖ-26), с помощью которого проводилась общая оценка физического и психического состояния пациентов. Исследование проведено в условиях офтальмологического отделения УЗ «Барановичская центральная городская больница». Обследовано 295 больных. У больных с катарактой в сравнении с контрольной группой имеется статистически достоверное снижение качества жизни (КЖ). Более сильное влияние на КЖ оказывает билатеральная катаракта. Было отмечено существование порогового значения остроты зрения, находящегося в диапазоне 0,7-0,5 для случаев монолатеральной катаракты и в диапазоне 0,4-0,3 при билатеральной катаракте, по достижении которого происходит значительное повышение важности для респондентов этого заболевания. При снижении остроты зрения ниже этого порога, катаракта выходит для больного на первый план и начинает играть определяющую роль в общей оценке своего состояния, главным образом, за счет достоверного повышения выраженности негативного компонента в психологическом фоне. Повышение качества жизни наблюдалось у всех пациентов после операции ФЭК с имплантацией ИОЛ. Достоверные различия по показателям КЖ в до – и послеоперационном периоде были выявлены между гендерными подгруппами больных катарактой. После операции были отмечены достоверно более высокие показатели физического здоровья и психологического благополучия среди женщин ( $p$  менее 0,05). Среди мужчин зависимость позитивных и негативных компонентов психологического фона почти линейно увеличивалась по мере снижения дооперационной остроты зрения. В женской подгруппе при остроте зрения 0,4-0,1 происходит скачкообразное (на 0,2 ед.  $r$  Спирмена) увеличение зависимости выраженности негативных компонентов психологического фона от остроты зрения. Влияние остроты зрения на позитивный компонент психологического фона в данной подгруппе увеличивается постепенно с 0,27 до 0,48, без скачкообразных изменений. Таким образом, повышение качества жизни наблюдалось у всех пациентов после операции ФЭК с имплантацией ИОЛ.

### **Парханович В.В.**

#### **ПРОВОЦИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: Волкова О.А.

Одним из значимых факторов, способствующих развитию бронхиальной астмы у предрасположенных к ней детей и провоцирующих обострения бронхиальной астмы, особенно в раннем возрасте, являются острые респираторные инфекции. Цель – определить роль антибактериальных препаратов в возникновении бронхиальной астмы у детей г. Гродно В ходе исследования были

проанализированы 202 амбулаторные медицинские карты детей. В 1-ю группу вошли больные с бронхиальной астмой (n=102), во 2-ю (группа сравнения) – 100 условно здоровых детей, отобранные методом случайной выборки. Все обследованные проживали в г. Гродно. В 1-ой группе 64% составили мальчики, 36%-девочки, во 2-ой группе было равное количество мальчиков и девочек. Средний возраст на момент исследования – 11,3 плюс/минус 0,7 года в 1-ой группе и 10,2 плюс/минус 0,4 во 2-ой. В 1-ой группе все дети страдали аллергической формой бронхиальной астмы. У 36 процентов из них наблюдалось легкое интермиттирующее течение заболевания, у 18 процентов – легкое персистирующее, у 42 процентов – среднетяжелое, у 4 процентов – тяжелое. Средний возраст возникновения первых эпизодов обструкции – 1 год 9 месяцев, средний возраст постановки диагноза – 6 лет 7 месяцев. Длительность заболевания колебалась от 1 до 12 лет, в среднем – 3,9 плюс/минус 0,5 года. На первом году жизни в 1-ой группе антибактериальные препараты применялись у 84 процентов детей во 2-ой – у 60 процентов детей (р меньше 0,001), наиболее часто использовались препараты пенициллинового ряда (62 процента и 77 процента соответственно), аминогликозиды (22 процента и 16,7 процентов), цефалоспорины (12 процентов и 13,3 процента). На втором году жизни антибиотики назначались у 90 процентов детей в 1-ой группе и в 56 процентов случаев во 2-ой (р меньше 0,001), из них наиболее широко пенициллины (78 процентов и 82 процента), преимущественно ампициллин и амоксициллин, аминогликозиды (46 процентов и 22 процента), цефалоспорины (36 процентов и 14 процентов). На третьем году жизни антибиотики были назначены у 94 процентов детей в 1-ой группе и у 54 процентов детей во 2-ой (р меньше 0,001), наиболее часто пенициллинового ряда (82 процента и 84 процента), цефалоспоринового ряда (50 процентов и 14 процентов), аминогликозиды (38 процентов и 11 процентов). Кратность курсов антибактериальной терапии в 1-ой группе на первом году жизни составила 3,4, во 2-ой группе – 1,2, на втором году жизни в 1-ой группе 4,1 и 1,1, на третьем году жизни – 3,6 и 1,1 соответственно. Таким образом, исходя из проведенного исследования, следует, что широкая распространенность ОРИ среди детского населения г. Гродно и нерациональная и необоснованная терапия антибактериальными препаратами в раннем детском возрасте могут являться одними из основных провоцирующих факторов развития бронхиальной астмы у детей г. Гродно.

**Паторская О.А., Пименова В.А., Пименова Т.Н.**

**АРИТМИИ ПРИ НАСЛЕДСТВЕННЫХ НАРУШЕНИЯХ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ**

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: Трисветова Е.Л., профессор

При наследственных нарушениях соединительной ткани (ННСТ) возникают трудности в диагностике аритмий сердца, ухудшающих качество и прогноз жизни. Цель: определить характер аритмий у лиц с ННСТ. Материалы и методы: клиническое исследование 41 мужчины 18-27 лет (средний возраст  $21,8 \pm 0,39$  лет; 95%ДИ 21,1-22,6 лет), направленных по поводу выявленных ЭхоКГ и ЭКГ изменений, кардиалгий. Результаты: По совокупности признаков дисморфогенеза и результатам экспертного ЭхоКГ выявлено три синдрома ННСТ: первичный пролапс митрального клапана (ПМК) в 20 (48,8%), марфаноподобный фенотип (МФ) в 13 (31,7%), марфаноподобная внешность (МВ) в 8 (19,5%) случаях. При сравнении морфометрических показателей установлено, что ширина восходящей части аорты и дуги аорты достоверно больше у пациентов с МФ (30,9 мм; 27,0 мм;  $p=0,004$ ;  $p=0,03$ ; соответственно). При первичном ПМК КСР левого желудочка (29,8 мм) достоверно меньше по сравнению с МВ (33,0 мм,  $p=0,02$ ) и МФ (32,5 мм,  $p=0,015$ ). Фракция выброса у пациентов с МВ (62,9%) достоверно ниже, чем у лиц с первичным ПМК (68,8%),  $p=0,017$ . Показатели ЭКГ в покое соответствовали нормальным значениям. В 17,9% выявлен синусовый нерегулярный ритм, в 2,6% – несинусовый среднепредсердный, в 10,3% – миграция водителя ритма из синусового узла по предсердиям, в 15,4% – неполная блокада правой ножки пучка Гиса, в 15,3% – замедление внутрипредсердного проведения, наджелудочковая экстрасистолия, желудочковая экстрасистолия, синусовая тахикардия, в 5,2% – брадикардия, синдром СЛС. В 48,7% диагностирован синдром ранней реполяризации желудочков (СРРЖ), в том числе 1 и 3 тип – 10,6%, 2 тип – 89,4%. СРРЖ чаще обнаруживали при первичном ПМК (63,2%), реже при МФ (21%) и МВ (15,8%). Нарушения ритма и проводимости по результатам суточного монитори-