

ной явился к нему в тот момент, когда Швейцер не успел ещё распаковать вещи. Первые свои врачебные осмотры он проводил в бывшем курятнике, с трудом втолковывая своим неопытным пациентам, что лекарства, им вручаемые, не нужно использовать в качестве амулетов, а необходимо принимать вовнутрь. Иногда даже это втолковать не удавалось. Но он не сдавался. Вскоре появились первые помощники из местного населения, Он прожил долгую жизнь. Летом 1965 года 90-ий Доктор почувствовал, что его силы на исходе. Он успел проститься со всеми. Он не испытывал страданий и уходил из нашего мира просто, спокойно. 5 сентября 1965 года Альберта Швейцера не стало. Но осталось больница, по-прежнему, как и при нем принимающая и исцеляющая всех нуждающихся в помощи.

Оценивая деятельность А.Швейцера, исследователь его творчества В. Карпушин писал: «подобно Прометею... Швейцер нёс людям, как искру, украденную у Бога, свой факел этики благоговения перед жизнью, чтобы защитить гуманизм, обеспечить возрождение культуры, укрепить мир не земле, отстаивать равенство цветных и белых народов. Это был творец, а не только мыслитель и врач – миссионер».

Литература:

1. Швейцер, А. Культура и этика / А. Швейцер. – М.,1973. – 343 с.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БЛЕФАРОКОНЬЮНКТИВИТА ДЕМОДЕКОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ Мардас Т.И., Павловская М.А.

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра офтальмологии*

Научный руководитель – ассистент Кринец Ж.М.

Актуальность. Демодекс – распространенное заболевание волосяных фолликулов кожи человека, вызываемое клещами *Demodex folliculorum hominis*.

В настоящее время известно около 65 (по другим данным – 143) видов и нескольких подвидов демодекса. У человека обнаруживаются только два вида клещей: *Demodex folliculorum* и *Demodex brevis* [1,2]. При температуре +30°C они проявляют максимальную активность и поэтому обострение демодекса чаще происходит весной и летом.

Цель исследования. Определить особенности клинического течения блефароконъюнктивита демодекозной этиологии.

Задачи и методы исследования. Нами наблюдалось 30 пациентов в возрасте от 20 до 60 лет с блефароконъюнктивитом, лабораторно подтвержденной демодекозной этиологии. Всем пациентам проводилась стандартная схема обследования, осуществлялись по показаниям консультации смежных специалистов.

Результаты. Большинство больных составляли женщины – 21 человек (70%), мужчины – 9 человек (30%). Распределение пациентов по возрасту было следующим: от 20 до 30 лет – 7%, от 31-40 лет – 14%, от 41-50 лет – 32%, от 51-60 лет – 47%.

Длительность заболевания блефароконъюнктивитом отмечена в сроки меньше месяца у 2% обследованных, до полугода – у 8%, до года – у 15%, до 2 лет – у 18%, до 5 лет – у 21%, до 10 лет страдали 36% обследованных лиц. В большинстве случаев (20 – 66,7%) больные отмечали зуд, жжение, сухость, дискомфорт в глазах, периодические или постоянные боли режущего и колющего характера в веках, слизисто-гнойное отделяемое в конъюнктивальной полости, 5 пациентов (16,6%) предъявляли жалобы на наличие обломанных ресниц, один пациент (3,3%) отмечал выпадение ресниц и волос бровей, 4 пациента (13,4%) жалоб не предъявляли. Для лабораторной диагностики демодекса исследовали 16 ресниц. *Demodex folliculorum hominis* обнаружили в значительном количестве (8 и более особей) в 64% исследований, менее 5 – в 36% случаев. У 80% пациентов поражение глаз сочеталось с поражением кожи лица клещом Демодекс.

Выводы. Демодекоз век в 80 % случаев сочетался с поражением кожи лица.

Пик заболеваемости блефароконъюнктивитом демодекозной этиологии в возрасте от 51 до 60 лет объясняется гормональной перестройкой организма и возрастным снижением метаболических процессов в тканях на фоне длительной клещевой инвазии мейбомиевых желез. Необходимо проводить комбинированное лечение блефароконъюнктивита демодекозной этиологии с выявлением и лечением соматических заболеваний и демодекозного поражения кожи лица. При демодекозных блефароконъюнктивитах отмечается нарушение слезопродукции. При этом наблюдаются биомикроскопические признаки, характерные не только для блефароконъюнктивита, но и для синдрома «сухого глаза», которые взаимно отягощают друг друга, поэтому необходимо лечение как воспалительных процессов в веках и конъюнктиве, так и синдрома «сухого глаза» с помощью слезозаместительной терапии.

Литература:

1. Акбулатова Л.Х. // Вестник дерматологии и венерологии. – 1983. – №12. – С. 57-61.
2. Азнабаев М.Т., Гумерова Е.И., Мальханов В.Б. Демодекс глаз. // Клиническая офтальмология. 2003. Т.4. №1. – С. 7-9.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ УВЕЛИЧЕННОЙ ВИЛОЧКОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Мардас Т.И., Павловская М.А.

Гродненский государственный медицинский университет

Кафедра педиатрии №1

Научный руководитель – к.м.н., доц. Сорокопыт З. В.

Вилочковая железа (тимус) является центральным органом иммунной системы и одновременно железой внутренней секреции, действие гормонов которой направлено на дифференцировку тимических лимфоцитов, поэтому ее называют связующим звеном, «коммутатором» между иммунной и эндокринной системами [1]. Синдром увеличенной вилочковой железы (СУВЖ) наиболее часто встречается в детском возрасте, когда отмечается увеличение объема и массы железы с сохранением ее нормальной гистоархитектоники [2].

Несмотря на большой объем накопленного материала и успехи медицины в области изучения вилочковой железы, многие вопросы, касающиеся наблюдения за детьми с синдромом тимомегалии, остаются нерешенными [2].

Цель исследования: изучение анамнестических, клинических и лабораторных особенностей развития детей с тимомегалией.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 86 детей в возрасте от 1 суток до 1 года, мальчиков – 49 (57%), девочек – 37 (43%). Все дети были разделены на 2 группы: первую (I гр.) составили 38 детей до 1 мес. (период новорожденности), вторую (II гр.) 48 детей от 1 мес. до 1 года. Недоношенными родились 6 детей.

Результаты. Возраст матерей составил 29,6+1,56 лет, отцов 38,0+2,54 лет. Статистической разницы в возрасте родителей детей обеих групп не было. Масса тела (г) при рождении колебалась от 950,0 до 4750,0 (3127,38+73,25), длина тела (см) от 36,0 до 58,0 (50,94+0,43) и также статистически не отличались в обеих группах. Основными диагнозами, по поводу которых госпитализированы дети из I гр., были: врожденная пневмония 8 – (21%), врожденная инфекция без дополнительного уточнения – 6 (16%), ВПС (ДМПП, ДМЖП) 13 (34%), респираторный дистресс-синдром по детскому типу 7 (18%). Из сопутствующей патологии наиболее часто диагностированы: энцефалопатия 18 (47%), анемия легкой степени тяжести – 13 (34%), неонатальная желтуха – 18 (47%) детей.

Дети из II группы наиболее часто были госпитализированы в связи с пневмонией 11 (23%), острым обструктивным бронхитом – 13 (27%), острым простым бронхитом – 5 (10%), ОРИ – 4 (8%). Сопутствующая патология у них была представлена острым ринофарингитом – 31 (65%), анемией легкой степени тяжести – 23 (48%), симптоматической нейтропенией – 14 (29%), ВПС – 7 (15%), дисбактериозом – 11 (23%), энцефалопатией – 5 (10%).