

Таким образом, изучение основных патогенетических механизмов утраты сознания крайне важно для постановки правильного диагноза, назначения соответствующего лечения и дальнейшей реабилитации пациентов.

Список литературы

1. Гусева Е.И. Неврология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, А.Б. Гехт. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 688 с.
2. Кадыков А.С. Практическая неврология: руководство для врачей / Под ред. А.С. Кадыкова, Л.С. Манвелова, В.В. Шведкова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. 448 с.
3. Майорова Л.А., Петрова М.В., Пряников И.В., Гречко А.В. Хронические нарушения сознания: диагностика и прогноз // Журнал высшей нервной деятельности им. И.П. Павлова. 2021. Т. 71. № 2. С. 213-236.
4. Голованов А.В., Мурейко Е.А. Клиническая диагностика хронических нарушений сознания // Актуальная медицина: сборник материалов II Студенческой научно-теоретической конференции. Симферополь, 2019. С. 55-57.
5. Павлов И.П. Физиология больших полушарий головного мозга. М.: Либроком, 2014. 681 с.
6. Картавых И.А., Соколов А.В., Гребенникова И.В., Тумановский Ю.М. Патфизиологическая, клиническая и лабораторная характеристика геморрагических и ишемических инсультов: ретроспективный анализ // Международный студенческий научный вестник. 2018. № 4-4. С. 607-610.

ОФТАЛЬМОПАТИИ НА ФОНЕ ГИПЕРФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Козлова А.Д., Макеева А.В., Остроухова О.Н.

*Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, Воронеж,
e-mail: kozlova.angelina2002@yandex.ru*

В современном мире проблема ухудшения зрения набирает наибольшую актуальность. Большое количество различных экзогенных отрицательных факторов оказывают губительное влияние на анатомию и физиологию человеческого глаза. Однако истоки проблемы, связанной с офтальмопатией, могут лежать намного глубже – в самом организме человека. Так, заболевания щитовидной железы могут оказывать непосредственное влияние на качество жизни человека и на возможность беспрепятственно видеть.

Гипертиреоз – заболевание, связанное с гиперфункцией щитовидной железы человека, увеличением содержания тиреоидных гормонов в крови и токсическим влиянием их на организм человека. Причин данной патологии может быть несколько, к ним относятся: Базедова болезнь (аутоиммунное заболевание), аденома щитовидной железы (доброкачественные узловы изменения), тиреоидит (воспалительного или аутоиммунного характера) [1, 2].

Эндокринологическая офтальмопатия (ЭОП) – самостоятельно развивающееся аутоиммунное заболевание, которое может возникнуть в 90% случаев на фоне уже имеющейся патологии щитовидной железы, и только в 10% – на фоне нормального уровня тиреоид-

ных гормонов и ТТГ [3]. Патология связана с перекрестным реагированием антител к тканям щитовидной железы с орбитальными структурами глаза (ретробульбарной клетчаткой, экстраокулярными мышцами, вовлечением зрительного нерва и роговицы), а также с придаточным аппаратом (веки, конъюнктивы, слезное мяско и слезная железа).

Эпидемиология

Офтальмопатия эндокринологической этиологии встречается у лиц женского пола в 2-5 раз чаще, чем у мужского (42, 62 года – пики заболеваемости у женщин, у мужчин – 47, 67 лет). Однако у последних отмечается более тяжелое течение болезни. Согласно данным G. Bartley (1994), ежегодно ЭОП диагностируется у 16 женщин, и у 2,9 мужчин на 100000 населения [4].

Диагностика ЭОП улучшилась за последние годы в связи с появлением современных методов исследования человека, но малоизученный патогенез заболевания, слабое сотрудничество врачей эндокринологов и офтальмологов уменьшает процент диагностированных случаев.

Этиология и патогенез ЭОП

Часто сочетанное возникновение патологии зрительного анализатора и щитовидной железы может свидетельствовать о сходных патогенетических факторах, и, вероятно, общих иммунологических механизмах. Под действием различных пусковых факторов (токсины, избыточный стресс, курение, радиация) увеличивается шанс развития вирусной или бактериальной инфекции. Таким образом, в мягких тканях орбиты зрительного анализатора происходит экспрессия аутоантигенов, что приводит к дефекту Т-супрессоров. Это делает возможным выживание и размножение клонов Т-хелперов, направленных против аутоантигенов щитовидной железы и мягких тканей орбиты. Дефект иммунологического контроля усугубляется при гипертиреозе. При диффузном токсическом зобе щитовидной железы уменьшается также активность естественных киллеров, что приводит к синтезу аутоантител В-клетками. В ответ на появление аутоантигенов Т-лимфоциты и макрофаги, инфильтрируя ткани орбиты, высвобождают цитокины [5].

Клиническая картина

На фоне раннее установленного диагноза, связанного с гиперфункцией щитовидной железы, пациенты отмечают уже на ранних стадиях слезотечение, диплопию, отёк век (в основном в утренние часы). Вследствие этого, наблюдается вынужденно положение головы, чтобы ослабить двоение в глазах. Могут отмечаться положительные глазные симптомы: экзофтальм (чрезмерное выпячивание глазного яблока из глазницы), Штельвага (редкое мигание в 23,5% случаев), Мебиуса (нарушение конвер-

генции глаза в 17,6 % случаев), Грефе (отставание верхнего века при взгляде вниз наблюдается в 6% случаев), Кохера (верхнее веко при подъеме глаз вверх отстает от верхнего лимба и образуется белая полоска), Дельримпля (широкое раскрытие глаз), Краусса (сильный блеск глаз), Елинека (потемнение кожи на веках), Розенбаха (тремор немного прикрытых век), Жоффруа (при подъеме глаз вверх кожа на лбу сморщивается медленнее, чем в норме), лагофталм (глаз закрывается не полностью). У пациентов может развиваться боязнь яркого света, ретракция верхнего века, боль в глазной орбите или при движении. Постепенно нарушается подвижность глаз (вплоть до офтальмоплегии). Глазное давление может постепенно увеличиваться. Неполное смыкание век в ночное время суток увеличивает шанс высыхания роговицы с дальнейшим развитием язвенных дефектов.

Экзофтальм прогрессирует на протяжении длительного времени. На ранних стадиях практически не визуализируется. В его развитии участвуют следующие факторы: увеличение объема экстраокулярных мышц по причине инфильтрации клеток нейтрофилами, плазматическими и тучными клетками, увеличение объема орбитального жира на фоне нарушения адипогенеза, нарушение кровоснабжения в глазной орбите и отек мягких тканей по причине избыточного накопления гликоза.

Таким образом можно сделать вывод, что эндокринологическая офтальмопатия – это самостоятельно развивающееся аутоиммунное заболевание, связанное с перекрестным реагированием антител к тканям щитовидной железы и структурам зрительного анализатора. ЭОП в 2-5 раз чаще возникает у лиц женского пола, чем у мужского. Однако у последних наблюдается более яркая клиническая картина и тяжелое течение. К основным жалобам больного можно отнести: слезотечение, диплопию, отёк век, вынужденное положение головы. Позже отмечается экзофтальм и положительные глазные симптомы.

Список литературы

1. Стяжкина С.Н., Чернышова Т.Е., Порываева Е.Л., Хафизова Ч.Р., Игнатова К.Д. Офтальмопатии при тиреотоксикозе // Современные проблемы науки и образования. 2016. № 1.
2. Петунина Н.А., Трухина Л.В. Болезни щитовидной железы. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. 216 с.
3. Клинические рекомендации: эндокринная офтальмопатия при аутоиммунной патологии щитовидной железы у взрослых, 2017. 47 с.
4. Мусакулова А.М., Балмуханова А.В., Аубакирова А.С., Жунусова Г.С. Особенности диагностики эндокринной офтальмопатии // Вестник казахского национального медицинского университета. 2020. № 2. С. 164-169.
5. Дедов И.И., Герасимов Г.А., Гончаров Н.П. и др. Алгоритмы диагностики, профилактики и лечения заболеваний щитовидной железы: пособие для врачей. М., 1994.
6. Палеев Н.Р., Краснов В.Н., Подрезова Л.А., Черейская Н.К. и др. Проблемы психосоматики и соматопсихиатрии в клинике внутренних болезней // Вестник Российской Академии медицинских наук. 1998. № 5. С. 3-7.

СКРИНИНГ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ НА СОМАТИЧЕСКУЮ ПАТОЛОГИЮ

Лихобабаина А.С., Хабарова С.С.,
Мокашева Ев.Н., Мокашева Ек.Н

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный
медицинский университет им. Н. Н. Бурденко»,
Воронеж, e-mail: lihobabinaanastacia@yandex.ru

Согласно многочисленным исследованиям, проводимым на базе медицинских университетов, в том числе ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, в последнее время отмечается ухудшение здоровья студентов. Среди избытка факторов, которые вызывают стресс, а в дальнейшем и ухудшение самочувствия у учащихся медицинских вузов, можно выделить следующие: большое количество учебной информации, эпидемия Covid-19, постоянный переход с очного обучения на дистанционное, изменения программ в учебных заведениях, вступление студентов в самостоятельную жизнь, нездоровый образ жизни. Все вышеуказанное может в дальнейшем привести к формированию всевозможных отклонений от нормы в разных системах организма [1]. Поэтому важно вовремя выявить патологию на доклиническом этапе с помощью скрининговых мероприятий [2, 3], которые являются хорошим инструментом для снижения уровня заболеваемости в будущем [4].

Целью нашей работы был скрининг студентов-медиков на наличие соматической патологии.

В исследовании приняли участие 123 студента 3 курса лечебного и педиатрического факультетов ВГМУ им. Н.Н. Бурденко в возрасте от 19 до 28 лет. Острых жалоб на какую-либо патологию они не предъявляли на момент проведения исследования. Всем обучающимся провели полуколичественный анализ мочи при помощи диагностических тест-полосок ФАН и полуколичественный анализ альбумина и креатинина в моче при помощи диагностических тест-полосок МикроальбуФАН. Также все студенты участвовали в определении уровня глюкозы при помощи анализатора крови портативного биохимического EasyTouch GCU. Результаты исследования были статистически обработаны с помощью стандартных методов вариационной статистики с использованием Microsoft Excel 2013.

32 учащихся мужского пола объединили в группу I, а 91 студента женского пола в группу II. У 47% мужчин удельный вес мочи составляет 1,03, у женщин этот показатель наблюдается у 49,5% обследуемых. Значение вышеуказанного показателя в пределах 1,025 определяется среди 28% учащихся группы I и 33% обследованных группы II. У 12,5% студентов мужского пола удельный вес мочи находится в пределах 1,02, в то время как у женского пола – у 7,7%. Вышеуказанный показатель у 6,25% студентов группы I и у 7,7% учащихся группы II соответ-