

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ДВУСТОРОННЕГО НЕЙРОРЕТИНИТА, ВЫЗВАННОГО ЦИТОЛИГАЛОВИРУСОМ

Грицай А.А., асс.
курс офтальмологии

Выявление этиологического фактора нейроретинита является, по-прежнему, трудной задачей. Достаточно часто причина заболевания остается неясной.

Под наблюдением находилось двое больных, у которых офтальмопатология развилась после перенесенного гриппа. Комплексное и лабораторное исследование позволило исключить ряд причин поражения соответствующих структур глаза (токсоплазмоз, туберкулез, ревматизм и др.). У больных отмечалось двустороннее поражение зрительного нерва и сетчатки, которое развилось с интервалом в 7-10 дней. Наиболее типичная офтальмоскопическая картина - отек диска зрительного нерва, выраженный перипапиллярный отек, в парамакулярной области ватообразный очаг, периваскулярный отек в верхнем сегменте, патологические рефлексии с макулярной области, плавающие помутнения в стекловидном теле. Зрение у пациентов резко снижено ($0,03 \pm 0,01$), в поле зрения определялась центральная скотома, нарушено цветовосприятие. Проведена комплексная терапия: противовоспалительная, противоотечная, иммуномодулирующая, произведена субтенозная имплантация коллагеновой инфузионной системы, через которую вводились лекарственные смеси в субтенозное пространство. В момент уменьшения активности воспалительного процесса, формирования атрофии зрительного нерва произведена вазореконструктивная операция - пересечение поверхностей височной артерии с предварительным введением лекарственной смеси. Через 1 месяц после лечения зрительные функции частично восстановлены: острота зрения $0,23 \pm 0,02$, суммация градусов поля зрения $498 \pm 8^\circ$. Иммунологическое исследование в НИИ ГБ позволило установить этиофактор: цитомегаловирус.

Проведенный анализ показал, что клиническая картина поражения органа зрения цитомегаловирусом ассоциируется с данными, приведенными М.М. Красновым (1998) и является типичной. Нейроретиниты требуют активной комплексной терапии, включающей ме-

дикаментозное и оперативное лечение. В случаях нейроретинитов неясной этиологии рекомендуется применение интерферогенов и иммуномодулирующих препаратов.

РАЗВИТИЕ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ В XX СТОЛЕТИИ

С.А. Пугачев

Кафедра анестезиологии и реаниматологии

В истории развития отечественной анестезиологии можно выделить несколько периодов.

Первый период с 7.02.1847 г., когда профессор клиники Московского университета Ф.И. Иноземцев впервые применил эфирный наркоз, и продолжался почти 50 лет. Исключительную роль в развитии и внедрении наркоза сыграл Н.И. Пирогов. Ему принадлежит первая в мире монография посвященная наркозу, изданная в мае 1847 года, «Использование наркоза в военно-полевых условиях».

Последнее десятилетие XX ст. ознаменовало второй период в истории отечественного хирургического обезболивания, когда были открыты новые препараты и методы анестезии. Первым шагом в этом направлении было открытие В.К. Апелом в 1879 году и Коллером в 1884 году местноанестезирующих свойств кокаина, а также дальнейшее развитие методов местного обезболивания после синтеза новокаина в 1905 году. А.В. Вишневский разработал оригинальную технику инфильтрационной анестезии методом «тугого ползучего инфильтрата», В.Ф. Войно-Ясенецкий - развитие методов проводниковой анестезии.

В 20-30 гг. резко проявился разный подход (идеология) в разработке хирургического обезболивания у советских и большинства зарубежных специалистов. Хирурги Западной Европы и США при средних и больших вмешательствах отдавали предпочтение общему обезболиванию, что повлекло за собой его интенсивное развитие за рубежом. В послевоенном периоде вопрос об