

анализа происходила кристаллизация аморфной формы линкомицина под влиянием влаги воздуха. Для защиты аморфной формы линкомицина от влаги воздуха её образцы хранились и перемещались до места проведения анализа в плотно укупоренной таре с осушителем или в виде суспензии в вазелине.

Таким образом, линкомицин существует как минимум в виде 3-х модификаций – 2-х кристаллических и 1-й аморфной, которая стабильна при хранении в условиях низкой влажности.

Литература

1. Василькин Д.А., Поцелуева Л.А., Литвинов И.А., Губайдуллин А.Т. Фармакотерапевтическая эффективность лекарственных веществ во взаимосвязи с их полиморфизмом как фармацевтическим фактором. // Вестник Санкт-Петербургского университета. 2010. Серия 11. №1. С.166-174.

2. Полиморфизм молекулярных кристаллов / Дж. Берштейн ; [пер. с англ. К.Ю. Суповницкого, И.В. Глухова, И.В. Феदिкина и др.; под. ред. М.Ю. Антипина, Т.В. Тимофеевой] ; Междунар. союз кристаллографии. - М.: Наука, 2007. - 500 с.

Гилязова А.Р., Самойлов А.Н., Хафизьянова Р.Х.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОЧЕТАННОГО ДЕЙСТВИЯ ПРЕПАРАТА «ПИЯВИТ» И ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ СЕТЧАТКИ ПРИ МАКУЛЯРНОМ ОТЕКЕ У БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИЕЙ

*Казанский государственный медицинский университет, Россия,
bibiem@rambler.ru*

Общепринято считать, что снижение центрального зрения у больных с диабетической ретинопатией (ДР) связано с поражением макулярной области из-за нарушения кровообращения и последующего скопления патологической жидкости в слоях сетчатки. По мнению большинства специалистов, единственным эффективным методом лечения диабетического макулярного отека является лазеркоагуляция сетчатки у больных. Однако после него нередко регистрируются различные осложнения. Поэтому поиск и разработка лекарственных методов коррекции этой патологии является актуальными [1-4].

Настоящая работа посвящена сравнительной оценке эффективности применения метода лазеркоагуляции, средств базисной терапии, лекарственного препарата «Пиявит» и сочетанного использования лазеркоагуляции сетчатки и препарата «Пиявит». Исследование проведено у 61 пациента (122 глаза) с диабетической ретинопатией в непролиферативной стадии заболевания с макулярным отеком. Длительность заболевания сахарным диабетом составляла от двух до 15 лет. Средний возраст пациентов равнялся $46,9 \pm 0,09$ годам. Все они страдали сахарным диабетом (СД) 2 типа, находились под наблюдением врача эндокринолога и получали постоянно глибенкламид (манинил) в дозе 1,75 мг два

раза в сутки и нарушения углеводного обмена у них были скорректированы.

Всем обследуемым пациентам было проведено полное офтальмологическое обследование: визометрия, биомикроофтальмоскопия, фоторегистрация, тонометрия, периметрия, флюоресцентная ангиография, оптическая когерентная томография. Пациенты были разделены на четыре группы. Статистическая обработка выполнялась с использованием параметрических и непараметрических методов.

Было установлено, что средства базисной терапии не полностью корригировали нарушение зрения: острота зрения была $0,23 \pm 0,03$, высота макулярного отека снизилась незначительно и составила $345,00 \pm 11,70$ мкн. ($p > 0,05$). Повышение остроты зрения наблюдалось на пяти глазах (16,67%).

В результате проведенного исследования у больных макулярным отеком лечение препаратом "Пиявит" в сочетании с базисной терапией по 1 капсуле два раза в день приводило к улучшению зрительных функций, сопровождающихся повышением остроты зрения на 17 глазах (53,13%) и значимым уменьшением высоты макулярного отека.

При сочетанном применении "Пиявита" и лазерного лечения улучшение зрения регистрировалась на 19 глазах (61,29%). При этом в этой группе больных также регистрировалось достоверное уменьшение высоты макулярного отека.

Изолированное лазерное лечение при макулярном отеке у больных диабетической ретинопатией приводило к улучшению остроты зрения на 10 глазах (33,34%), а высота макулярного отека была значимо снижена.

Таким образом, лекарственный препарат "Пиявит" улучшает зрительные функции, проявляющиеся в повышении остроты зрения и уменьшение высоты макулярного отека. Максимальный терапевтический эффект проявляется при его сочетанном применении с лазерной коагуляцией сетчатки у больных диабетической ретинопатией.

Литература

1. Пасечникова Н.В. Лазерное лечение при патологии глазного дна // Глава 2. Диабетическая макулопатия. - Киев: Наукова Думка, 2007. — С. 28-30.
2. Измайлов А.С., Балашевич Л.И. Глазные проявления диабета // Глава 6. Лечение витрео-ретиальных осложнений диабета / Под ред. проф. Л.И.Балашевича- СПб: Издательский Дом СПбМАПО, 2004.-С.214-312.
3. Канцельсон Л.А., Форофонова Т.И., Бунин А.Я. Сосудистые заболевания глаза.- М., 1990.- С.126-137.
4. Шадричев Ф.Е., Астахов Ю.С., Крянева О.Я., Лисочкина А.Б. Диабетическая ретинопатия // Учебное пособие для врачей. – Санкт-Петербург, 1998.-С.48.