

УДК 617.711-004.1

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ СИНДРОМА «СУХОГО ГЛАЗА» У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

А.И. ЕРЁМЕНКО, С.В. ЯНЧЕНКО*

Многие из факторов риска синдрома «сухого глаза» (ССГ) реализуются посредством развития иммунного воспаления «глазной поверхности» [1,3,5]. Однако, у ¼ пациентов этиологические предпосылки ССГ остаются не вполне ясными [4]. Вместе с тем, ранее проведенные нами исследования показали, что снижение слезопродукции у лиц пожилого возраста может быть обусловлено хроническим глазным ишемическим синдромом (ХГИС) [3]. Учитывая вышеизложенное, актуальным является проведение исследований, направленных на уточнение структуры факторов риска ССГ, поскольку полученная информация позволит своевременно применить патогенетически обоснованные способы лечебного воздействия [5,7].

Цель исследования – изучение структуры факторов риска ССГ у лиц пожилого возраста по данным обращаемости.

Материалы и методы. Обследовано 950 человек (66,3±4,5 лет), обратившихся на первичный офтальмологический приём. Расчёт необходимого количества наблюдений (552 человека, при $P_i = 0,95$ и размере неточности $\Delta \leq 4\%$) проводили при помощи преобразования формулы предельной ошибки выборки (Δ) [2]. Регистрация предположительных факторов риска ССГ проводилась в соответствии с классификацией, разработанной на кафедре глазных болезней КГМУ [6]. Учёт «локальных» факторов риска ССГ проводили в ходе рутинного офтальмологического обследования. Наличие «системно-органных» и «экзогенных медико-социальных» факторов риска ССГ определяли путём анализа карт амбулаторно-поликлинического наблюдения (при необходимости уточнения диагноза, пациенты консультировались «специалистами»). «Бытовые» и «производственные» факторы риска ССГ фиксировали при анкетировании пациентов. Помимо стандартного офтальмологического обследования, всем наблюдавшимся проводили: биомикроскопию с витальными красителями (включая осмотр слезного мениска); оценку выраженности складки бульбарной конъюнктивы; функциональные тесты слезопродукции. Информацию о предполагаемых факторах риска ССГ, а также, данные обследования фиксировали в формализованных картах наблюдения. Для постановки диагноза ССГ и определения тяжести его клинических проявлений использовали критерии, изложенные в классификации Бржеского В. В. и соавт. (2003) [1]. У части пациентов проводили цветное и энергетическое доплеровское картирование большой слезной железы, а также, оценку состояния гемодинамики внутренней сонной, глазничной (ГА) и слезной артерии (СА) на ультразвуковом аппарате VOLUSON-730, с использованием линейного датчика SP 10-16 МГц. Все полученные в ходе исследования результаты подвергли обработке методами вариационной статистики. Различия считали достоверными при $p < 0,05$. Для статистической обработки использовали программу «Micro Stat» («Borland Corporations»).

Результаты. Заболеваемость ССГ у лиц пожилого возраста по данным обращаемости составила 73,4%. «Сухой глаз» легкой степени был выявлен у 11,8% больных, средней степени – у 79,4%, тяжелой и очень тяжелой степени – у 8,7%. Таким образом, у подавляющего большинства пациентов (91,2%) имели место ранние проявления ксероза, с наличием «микропризнаков» заболевания. Настоящее исследование позволило выявить достоверные различия в структуре предположительных факторов риска у лиц без признаков ССГ и у больных ССГ. «Бытовые» факторы риска встречались у всех больных ССГ: воздействие электронно-лучевого (ЭЛТ) монитора телевизора (92,5%); воздействие потоков сухого воздуха (45,9%); косметика (28,4%); курение (15,1%), воздействие ЭЛТ монитора компьютера (11,8%). «Производственные» факторы риска были отмечены у 25,4% больных ССГ: сухой кондиционированный воздух (11,6%); воздействие ЭЛТ монитора компьютера (8,7%); воздействие пыли (12,3%); депривация сна (11,2%). «Экзогенные медико-социальные» факторы риска были выявлены у 91% пациентов с ССГ: длительное воздействие консерванта глазных капель (77,8%); офтальмохирургия в анамнезе (46,7%); приём препаратов, подавляющих слезопродукцию (39,9%). «Системно-органные» факторы риска

были зафиксированы у 98,8% больных ССГ: заболевания соединительной ткани (3,1%); заболевания системы кровообращения (98,1%); неврологические заболевания (70,9%); эндокринная патология, в том числе, постклимактерическая гормональная дисфункция (40,7%); аллергические заболевания (35,6%). «Локальные» факторы риска имели место у 99,4% больных ССГ: ХГИС (87,2%), дисфункция мейбомиевых желез (71,4%); хронический блефароконъюнктивит (67,7%); хронический аллергический конъюнктивит (31,3%). «Сухой глаз» был вторичным у подавляющего числа пациентов (96,9%). Одновременное воздействие множественных факторов риска зафиксировано у всех больных, что позволяет говорить о наличии у них «возрастного» комбинированного синдрома «сухого глаза» (ВК-ССГ). У 569 больных (81,6%) развитие клиники ВК-ССГ было связано с теми факторами риска, которые, по данным ряда отечественных и зарубежных исследователей (Майчук Д.Ю., 2007; Baudouin С., 2007), приводят к развитию иммунного воспаления «глазной поверхности» [3,5]. Из них на долю системных заболеваний соединительной ткани пришлось 3,1%. Остальные факторы риска были «локальными» или «экзогенными медико-социальными». У 84,36% указанных пациентов был выявлен ХГИС. У 128 больных ВК-ССГ (18,4%), его клинические проявления развивались «исподволь», факторы риска, индуцирующие развитие воспаления «глазной поверхности» отсутствовали. «Системно-органные» факторы риска ССГ были представлены: атеросклерозом и артериальной гипертензией – у 76,6% из них; вегетативной сосудистой дистонией – у 23,4%; остеохондрозом шейного отдела позвоночника – у 100%; постклимактерической гормональной дисфункцией – у 49,2%. У всех указанных пациентов определялись клинические признаки ХГИС. Ультразвуковое сканирование, проведенное у 95 больных ССГ с наличием ХГИС (230 исследований) позволило выявить достоверное снижение максимальной систолической скорости кровотока в ГА (до $25,9 \pm 1,1$ см/с) и СА (до $7,1 \pm 0,8$ см/с).

Заключение. Таким образом, у лиц пожилого возраста, в зависимости от природы факторов риска непосредственно приведших к клинической манифестации «сухого глаза», могут быть выделены следующие варианты ВК-ССГ: ВК-ССГ с преобладанием воспалительных факторов риска; ВК-ССГ с преобладанием ишемического и дисгормонального компонентов. Лечебное воздействие у больных ВК-ССГ с преобладанием воспалительных факторов риска, помимо слезозамещения, должно включать противовоспалительную терапию [3], а у больных ВК-ССГ с преобладанием ишемического и дисгормонального компонентов – купирование хронического глазного ишемического синдрома [4].

Литература

1. Бржеский В.В. и др. Роговично-конъюнктивальный ксероз. – Изд. 2-е. – СПб.: Левша. Санкт-Петербург, 2003. – С. 119.
2. Власов В.В. Эпидемиология. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2005. – С. 325.
3. Майчук Д.Ю. // Окулист. – 2007. – №2 (86). – С. 18–19.
4. Янченко С.В. и др. // Вестн. новых мед. технологий. – 2008. – Т. XV, №3. – С. 197–199.
5. Baudouin C. // J. Fr. Ophthalmol. – 2007. – Vol.30, №3. – P. 239–246.
6. Eremenko A. I., Yanchtnko S. V. // Eur. Journ. of Nat. Hist. – 2006. – №4. – P. 96–97.
7. The Management and Therapy Subcommittee of the IDE WS // Ocul. Surf. – 2007. – Vol.5, №2. – P. 93–107.

УДК 612.1+612.8

СИСТЕМНЫЙ АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ КИНЕЗОТЕРАПИИ НА РЕГИОНАРНУЮ ГЕМОДИНАМИКУ У ЛЮДЕЙ С ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Г.С. КОЗУПИЦА, В.М. ЕСЬКОВ, И.А. ВАСЕЛЬЦОВА, О.Н. БИЛЕНЬКАЯ, Н.П. НИКОЛАЕВ*

Неврологические проявления поясничного остеохондроза являются самыми распространёнными среди хронических болезней. Считается, что 8 из 10 человек на планете хотя бы раз в жизни испытывают острую боль в пояснично-крестцовом отделе позвоночника.

* Кубанский ГМУ, каф. глазных болезней, Краснодарский край, гор. Краснодар 350 000, ул. Седина, 4

* 628400, г. Сургут, Пр-т Ленина, 1, СурГУ