

формы панuveита токсокарозной этиологии.

Больной П., 57 лет, в ноябре 2002 г впервые стал отмечать боли, покраснение, снижение зрения левого глаза. В поликлинике было зарегистрировано повышение внутриглазного давления (ВГД) до 35 мм. рт.ст., снижение зрения до 0,2, светлые преципитаты по эндотелию роговицы левого глаза. С диагнозом острый приступ глаукомы был направлен в госпиталь. В стационаре проводилась дифдиагностика между глаукомоциклическим кризом, острым приступом глаукомы, иридоциклитом с гипертензией. Получил курс протигвоспалительной, гипотензивной терапии. Был выписан с улучшением: купировались боли, исчезли преципитаты, симптомы раздражения, нормализовалось ВГД, острота зрения повысилась до 1,0. Через 16 дней после выписки вновь стал отмечать ухудшение. Госпитализирован в глазное отделение с диагнозом: панuveит левого глаза, гипертензия обоих глаз. При поступлении предъявлял жалобы на снижение зрения, покраснение левого глаза, загуманивание правого глаза.

При исследовании установлено: правый глаз – острота зрения 1,0, эмметропия, вспомогательный аппарат не изменен, оптические среды прозрачные, глазное дно без очаговых изменений, ВГД 38 мм. рт. ст., границы поля зрения не изменены. Левый глаз – острота зрения 0,2, не корригирует, веки не изменены, умеренно выраженная смешанная инъекция, по эндотелию множество мелких и средних преципитатов, передняя камера средней глубины, влага прозрачная, радужка в цвете не изменена, мидриаз, хрусталик прозрачный, в стекловидном теле плавающие хлопьевидные серого цвета помутнения, на глазном дне препиллярный отек, в цен-

тральном отделе ватообразные очаги размерами 1/2 – 1/3 ДЗН и ретинальные штрихообразные геморрагии, вся периферия вплоть до сосудистой арки покрыта преретинальной фибринозной тканью желтого цвета. Фибринозная ткань отграничивается четкой демаркационной линией. ВГД 29 мм. рт. ст., границы поля зрения сужены сверху и снизу до 5 – 10°, снизу до 40°, снаружи до 70°. В результате комплексного обследования специфический агент на тот момент не выявлен. Была проведена массивная антибактериальная, гормональная, антиоксидантная, осмо- и рассасывающая терапии. На фоне проведенного лечения ВГД обоих глаз компенсировалось, слева преципитаты, помутнение в стекловидном теле значительно рассосались, на глазном дне преретинальная фибринозная ткань уменьшилась на 2/3 от исходного, геморрагии сохранялись. 10.01.03 заболевание обострилось, а с 22.01.03 осложнилось экссудативной отслойкой сетчатки. Обострение увеита заставило продолжить поиски специфического агента. Больной был обследован на токсокароз. Иммуноферментная реакция с токсокарозным антигеном оказалась положительная.

Таким образом, данное заболевание можно расценивать как глазную форму токсокароза. Проведено специфическое лечение мебендазолом (вермокс) по 100 мг 2 раза в сутки в течение 21 дня. 04.02.03 г., в спокойном периоде, выполнена операция на левом глазу: экстра-склеральное круговое пломбирование. Сетчатка прилегла частично, острота зрения 0,01. В период наблюдения до 3 месяцев обострения увеита не наблюдалось.

Описанный случай показал необходимость расширения диагностического поиска при увеитах невыясненной патологии.

Vershinin A.M., Tedeeva N.S. **The case of severe forms panuveita toksokaroznoy etiology.** *FBU "1477 Naval clinical hospital", Vladivostok.*

Keywords: toxocarosis, uveitis.

Сведения об авторах:

Вершинин Александр Михайлович, врач-офтальмолог высшей категории офтальмологического отделения ФБУ «1477 ВМКГ флота», телефон 8-924-232-07-29, электронный адрес: Alex-vl1945@mail.ru

Тедеева Наталья Сергеевна, врач-офтальмолог высшей категории офтальмологического отделения ФБУ «1477 ВМКГ флота», аспирант заочной формы обучения кафедры офтальмологии ВГМУ, телефон 8-914-655-65-24, электронный адрес: natalya.tedeeva@mail.ru

© Коллектив авторов, 2012
УДК 622.276.5.

Волков А.И., Шабанова Н.Г., Шабанов Г.А., Рыбченко А.А., Максимов А.Л.

КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПРИ МАССОВОМ ОБСЛЕДОВАНИИ СПЕЦКОНТИНГЕНТА

Учреждение Российской академии наук – Научно исследовательский центр «Арктика» ДВО РАН, Владивосток – Магадан

Ключевые слова: количественная оценка здоровья, спецконтингент.

Исследование уровня общей неспецифической активности организма человека позволяет оценить состояние вегетативной регуляции, степень напряжения регуля-

торных систем, функциональные резервы организма. Использовались программно-аппаратные комплексы:

- «МЭГИ-01» – спектральный анализатор двухка-

нальный с индукционными датчиками для регистрации и выделения диффузной ритмической активности неспецифической активирующей системы мозга. Магнитоэнцефалограмма снималась в лобных областях левого и правого полушарий с длительностью записи и интегрирования кадра информации – 160 сек; спектральным разложением в виде «матрицы функциональных состояний» (МФС) с 840 частотными ячейками от 27 до 0,13 Гц. Выходная информация в виде графиков огибающих спектра. Имеет обучающую систему распознавания спектров (диагностики) с созданием архива решающих правил.

- «Варикард 2.51» – комплекс для математической обработки кардиоинтервалограмм и анализа variability сердечного ритма, расчета стресс-индекса и индекса состояния здоровья.

Разработан ВИ (вегетативный индекс) – отношение площади участка функции АП Fi связанного с адренергическими рефлексами гладкой мускулатуры мышц,

тонуса сосудов к площади участка функции связанного с холинергическими рефлексами эпителиальной ткани и мускулатуры. Индекс изменяется от (12 до 0,1) – выраженной симпатикотонии до ваготонии.

Разработан ИН (индекс напряжения) – состояние тонической активности рефлексов формирующих возбуждение различных тканевых слоев коры надпочечника и вызывающих доминирующую активацию организма в ряду: адреналин, норадреналин, дофамин, альдостерон, кортизол, кортизон, кортикостерон. При этом состояние организма определяется от острого стресса к реакции тренировки и полного расслабления (от 7 до 0,1 ед.).

Разработан ИИЗ (индекс индивидуального здоровья), оценивающий степень асимметрии функции АП Fi. Индекс изменяется от 1 до 7 (от идеального баланса до декомпенсации), характеризуя количество и качество компенсаторных реакций на данный момент времени.

Volkov A.I., Shabanova N.G., Shabanov G.A., Rybchenko A.A., Maksimov, A.L. **Quantitative evaluation of health in the mass of the following special contingent.** *The establishment of the Russian Academy of Science - Scientific Research Center "Arctica", FEB RAS, Vladivostok - Magadan.*

Keywords: quantitative assessment of health, special contingent.

Сведения об авторах:

Волков Андрей Игоревич, аспирант НИЦ «Арктика» ДВО РАН, ассистент ДВФУ, кафедра приборостроения, +7 914 716 73 16, neurokib@mail.ru

Шабанова Нина Геннадьевна, аспирант ВГМУ, кафедра мануальной терапии и восстановительной медицины, +7 914 712 51 40, neurokib@mail.ru

Рыбченко Александр Алексеевич, зав. лабораторией экологической нейрокибернетики НИЦ «Арктика» ДВО РАН, д.т.н., профессор, +7 423 231 33 21, neurokib@mail.ru

Шабанов Геннадий Анатольевич, с.н.с лаборатории экологической нейрокибернетики НИЦ «Арктика» ДВО РАН, к.б.н., доцент, +7 423 231 33 21, neurokib@mail.ru

Максимов Аркадий Леонидович, директор НИЦ «Арктика» ДВО РАН, член. кор. РАН, д.м.н., профессор, +7 423 231 33 21, neurokib@mail.ru

© Коллектив авторов, 2012

УДК 614.2+616.12

Кантур В.А., Петросьянц В.В., Кантур М.В., Гамбург И.В.

ПАЗИТАРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ЖИТЕЛЕЙ ПРИМОРСКОГО КРАЯ

Дальневосточный федеральный университет, Владивосток

Ключевые слова: паразитарные заболевания, Приморский край.

Приморский край является одним из регионов страны, где имеются очаги природных гельминтозов или заболеваний, вызванных гельминтами (червями). Основными источниками гельминтов в Приморском крае являются рыба, раки, обитающие в водоемах, а также животные, употребляющие зараженную воду. Исследования, проведенные сотрудниками Биолого-почвенного института Дальневосточного отделения Российской академии наук (В.В. Беспрозванный, А.В. Ермоленко, 2005) пока-

зали, что воды бассейнов большинства рек края, а также Японского моря у побережья края, заражены различными паразитами. Среди них наиболее часто выявляются анизакидоз, клонорхоз, нанофитоз, парагонимоз и другие. Зараженность рыб составляет от 19 до 30%, а зараженность аборигенного населения, питающегося рыбой, достигает 77%. Указанные паразиты вызывают повреждение различных органов человека, вплоть до развития в них опухолевых процессов. Достаточно высокий процент по-