

УДК 617.711-002.2-053.2-085

© Р.А. Азнабаев, В.Г. Нафикова, В.Б. Мальханов, А.А. Акманова, Ф.С. Билалов, 2011

Р.А. Азнабаев¹, В.Г. Нафикова¹, В.Б. Мальханов¹, А.А. Акманова¹, Ф.С. Билалов²**РОЛЬ ЭКСТРАОКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ В ТЕЧЕНИИ
БАКТЕРИАЛЬНОГО КОНЬЮНКТИВИТА У ДЕТЕЙ**¹ГУ «Уфимский НИИ глазных болезней» АН РБ²ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздравсоцразвития России, г. Уфа

Изучена связь экстраокулярной патологии и хронических инфекций с течением бактериального конъюнктивита у детей. При этом выявлена большая их частота у детей с затяжным и хроническим течением бактериального конъюнктивита, чем с острым. Полученные данные явились основанием рекомендовать проводить обследование и лечение детей с затяжным и хроническим течением бактериального конъюнктивита у специалистов соответствующего профиля.

Ключевые слова: бактериальный конъюнктивит у детей, экстраокулярная патология.

R.A. Aznabayev, V.G. Nafikova, V.B. Malkhanov, A.A. Akmanova, F.S. Bilalov

**EXTRAOCULAR PATHOLOGY INVOLVEMENT
IN BACTERIAL CONJUNCTIVITIS PROCESS IN CHILDREN**

A correlation between extraocular pathology, as well as chronic infections, and bacterial conjunctivitis process in children has been studied. We have therewith identified a greater incidence of extraocular pathology and chronic infections in children with prolonged and chronic course of bacterial conjunctivitis, as compared to the acute disease course cases. The obtained data allowed us to refer children presenting with prolonged and chronic course of bacterial conjunctivitis for further tests and treatment by specialized physicians.

Key words: pediatric bacterial conjunctivitis, extraocular pathology.

Воспалительные заболевания глаз (ВЗГ) инфекционной природы продолжают оставаться актуальной проблемой офтальмологии [5]. По данным отечественных и зарубежных авторов, бактериальные конъюнктивиты составляют от 40 до 73% всех ВЗГ [5,7,10,15]. Известны также воспалительные заболевания глазной поверхности, обусловленные патологией желудочно-кишечного тракта, эндокринной системы, протекающие при артите, узловатой эритеме и др. [2,3]. В частности, воспалительные заболевания органа зрения в 4 – 10% случаев сочетаются с воспалительными заболеваниями кишечника, например с болезнью Крона [6]. При аллергических конъюнктивитах более чем в 70% случаев выявляются сопутствующие аллергические заболевания (ринит, астма или атопический дерматит) [4,11,12]. Известно, что нарушения питания, обмена веществ, гиповитаминос, заболевания носа и придаточных пазух приводят к утяжелению течения конъюнктивитов и развитию их осложнений – поверхностных или язвенных кератитов [2,13,14].

В этой связи обоснованным является изучение взаимосвязи экстраокулярной патологии с характером течения бактериальных конъюнктивитов у детей.

Цель. Изучить связь экстраокулярной патологии с клиническим течением бактериального конъюнктивита у детей.

Материал и методы

В условиях поликлиники Уфимского НИИ глазных болезней в 2007-2010 гг. были обследованы и получили лечение 110 детей и подростков (43 девочки и 67 мальчиков) в возрасте от 3 до 18 лет с бактериальным конъюнктивитом. Этиология конъюнктивита была подтверждена бактериологическим исследованием посева мазка с конъюнктивы на универсальные, селективные и дифференциально-диагностические питательные среды – кровяной, шоколадный, желточно-солевой агары, среды Эндо, Сабуро, сахарный бульон и тиогликолевую среду [8]. Идентификацию микроорганизмов проводили по морфологическим, культуральным и биохимическим свойствам чистых культур с применением соответствующих тест-систем («Lachema», Чехия; «Candi Select» фирмы «Biorad», Н.Новгород).

По характеру течения согласно классификации Е.И. Ковалевского и Р.А. Губаревой (1973) были выделены острый и хронический конъюнктивиты. Дополнительно была определена группа пациентов с затяжным их течением [1]. В 1-ю группу вошли 36 детей (32,7%) с острым, во 2-ю – 38 (34,6%) с затяжным и в 3-ю – 36 (32,7%) детей с хроническим течением конъюнктивита. Конъюнктивит, завершившийся в сроки до 2 недель, считали острым, от 2 недель до 2 месяцев – затяжным,

протекающий более 2 месяцев – хроническим. Последний принимал рецидивирующе течение в 69±8% случаев с частотой обострений в среднем 5,6±0,9 раза в год.

Для каждого ребенка была составлена карта заболеваемости по следующим группам: заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), ЛОР-органов, мочеполовой системы (МПС), аллергические, инфекционные заболевания. Отдельно выделялась группа часто болеющих детей (ЧБД), имевших в возрасте до года респираторные инфекции 4 раза и более, от 1 года до 3 лет – 6 и более, в возрасте 4 – 5 лет – 5 и более, старше 5 лет – 4 и более раз в год (В.Ю. Альбицкий и А.А. Баранов, 1986).

Для выявления взаимосвязи каждого экстраокулярного заболевания с бактериальным конъюнктивитом подсчитывали индекс заболеваемости – ИЗ [9], который определялся как отношение числа детей с изучаемым экстраокулярным заболеванием к общему числу детей с бактериальным конъюнктивитом. Затем определяли общий индекс заболеваемости (ОИЗ) путем сложения индексов по отдельным нозологиям.

ИЗ показывает частоту той или иной патологии среди определенного контингента. Чем ближе ИЗ к „1”, тем выше частота поражения исследуемого контингента определенным заболеванием.

В нашем исследовании были изучены ИЗ при патологии:

- ЖКТ (хронические гастриты, гастродуодениты, энтероколиты, дизбактериоз кишечника, глистные инвазии, гастриты, заболевания желчевыводящих протоков с явлениями лямблиозного и банального холецистита) (ОИЗ-ЖКТ);
- ЛОР-органов и ротовой полости (хронический рецидивирующий аденоидит, тонзиллит, ангины, отит, стоматит, кариес) (ОИЗ-ЛОР);
- МПС (хронические пиелонефриты, гломерулонефриты, циститы и др.) (ОИЗ-МПС);
- при аллергических заболеваниях (атопический дерматит, бронхиальная астма, крапивница, диатез) (ОИЗ-АЛЛ).

Для выявления экстраокулярной патологии дети обследованы гастроэнтерологом, оториноларингологом, педиатром, нефрологом, иммунологом, инфекционистом, allergologom.

Выделили также группу детей с положительными результатами иммуноферментного анализа (ИФА) Ig G в сыворотке крови к инфекциям: Herpes Simplex Viridae 1- и 2-го типов, Cytomegalovirus, Ebstein-Barr virus,

Chlamydia и Mycoplasma pneumoniae, Ureaplasma urealyticum, Helicobacter pylori, Giardia lamblia, Ascaris с помощью коммерческих наборов реактивов производства ЗАО «Вектор-Бест» (Новосибирск) (ОИЗ-ИНФ).

Результаты и обсуждение

Индексы заболеваемости при различной соматической патологии у детей с различным течением бактериального конъюнктивита, представлены в таблице

Таблица
Индекс заболеваемости по соматической патологии
у детей с различным течением бактериального конъюнктивита

Экстраокулярная патология	Характер течения конъюнктивита					
	острый (n=36)		затяжной (n=38)		хронический (n=36)	
	абс.	ИЗ	абс.	ИЗ	абс.	ИЗ
<u>Заболевания уха, горла, носа и ротовой полости</u>						
хронический аденоидит	1	0,01	12	0,11	16	0,15
ангина	5	0,05	8	0,07	7	0,06
фарингит, тонзиллит	1	0,01	4	0,04	4	0,04
ларинготрахеит, бронхит	2	0,02	5	0,05	6	0,06
отит	5	0,05	15	0,14	16	0,15
гайморит	1	0,01	5	0,05	7	0,06
стоматит	5	0,05	9	0,08	12	0,11
носовое кровотечение	1	0,01	6	0,06	6	0,06
кариес	8	0,07	17	0,16	22	0,20
искривление носовой перегородки	-	-	8	0,07	10	0,09
ОИЗ-ЛОР		0,28		0,83		0,98
<u>Заболевания ЖКТ</u>						
лямблиозный холецистит	6	0,06	11	0,1	9	0,08
ДЖВП, банальный холецистит	8	0,07	14	0,13	18	0,16
гастродуоденит, гастрит, эпигастрит, колит (H. Pylori)	4	0,04	8	0,07	14	0,13
дизбактериоз	9	0,08	6	0,06	9	0,08
аскаридоз	0	0	2	0,02	5	0,05
ОИЗ-ЖКТ		0,25		0,31		0,50
<u>Аллергические заболевания</u>						
диатез	15	0,14	18	0,16	21	0,19
пищевая аллергия	8	0,07	13	0,12	12	0,11
атопический дерматит	1	0,01	1	0,01	1	0,01
ОИЗ-АЛЛ		0,22		0,29		0,31
<u>ИФА-полож результат IgG</u>						
Хронические инфекции						
herpes simplex viridae 1,2 типа	5	0,05	10	0,09	14	0,13
cytomegalovirus	3	0,03	12	0,11	13	0,12
ebstein-barre virus	0	0	4	0,04	5	0,05
chlamydia pneumoniae	12	0,11	12	0,11	13	0,12
mycoplasma pneumoniae	6	0,06	9	0,08	8	0,07
ureaplasma urealyticum	0	0	3	0,03	4	0,04
ОИЗ-ИНФ		0,25		0,46		0,53

Из полученные данных видно, что характер течения конъюнктивита был связан с частотой экстраокулярной патологии. Если при остром течении бактериального конъюнктивита частота различных экстраокулярных заболеваний и хронических инфекций, судя по ОИЗ, распределялась в диапазоне 0,22–0,28, то при затяжном и хроническом – значительно чаще: ОИЗ-ЛОР составил соответственно 0,83 и 0,98; ОИЗ-ИНФ – 0,46 и 0,53; ОИЗ-ЖКТ – 0,31 и 0,50. При патологии ЛОР-органов это объясняется сообщением указан-

ных слизистых через слезно-носовой канал с конъюнктивой и через евстахиев проход со средним ухом. В свою очередь, на фоне этих заболеваний происходит снижение иммунитета детского организма, что приводит к хронизации оппортунистических инфекций – вирусов, хламидий, микоплазмы и уреаплазмы. При воспалительных заболеваниях кишечника происходит увеличение проницаемости его стенки, и бактериальные антигены, проникая из просвета кишки во внутреннюю среду организма, откладываются в различных тканях организма, в результате чего развивается местная воспалительная реакция. При втором варианте на микробные антигены развивается иммунный ответ, формируются иммунные комплексы, которые затем фиксируются на поверхности клеток и тканей организма, включая слизистую конъюнктивы[6].

Частота аллергических заболеваний при различном течении бактериального конъюнктивита распределилась примерно одинаково, при этом ОИЗ-АЛЛ колебался в пределах 0,22 – 0,31. Однако средние значения показателя системной аллергии – общего Ig E – у детей с затяжным и хроническим течением бактериального конъюнктивита (соответственно 157,36±27,09 и 221,56±37,98) превышали диапазон нормы (25–100 МЕ/мл) и достоверно отличались от острого течения (80,69±13,93, $p<0,05$ и $p<0,01$). Вероятно, это связано с более выраженной системной аллергизацией организма ребенка в связи с наличием вышеизученной экстраокулярной патологии и хронических инфекций, влияющих на более дли-

тельное течение бактериального конъюнктивита.

Заболевания почек и мочевыводящих путей (МВП) имелись только у 2-х больных с хроническим течением конъюнктивита. Число детей, относящихся к часто болеющим респираторными инфекциями в группе с затяжным и хроническим течением бактериального конъюнктивита, составило соответственно 59±8% и 61±8 %, тогда как в группе с острым течением – 25±8% ($p<0,01$).

На основании вышеизложенного следует, что на затяжное и хроническое течения бактериального конъюнктивита оказывает влияние наличие сопутствующей экстраокулярной патологии, поэтому необходим комплексный подход к лечению конъюнктивита, учитывающий общесоматические экстраокулярные заболевания и хронические инфекции. Недостаточная эффективность стандартных схем и методов лечения бактериальных конъюнктивитов, предусматривающих воздействие только на орган зрения, возможно, связана с недооценкой роли экстраокулярной патологии и хронических инфекций в развитии затяжных и хронических форм бактериального конъюнктивита.

Выводы

При затяжном и хроническом течении бактериального конъюнктивита, в отличие от острого, чаще выявляются экстраокулярная патология и хронические инфекции. Полученные данные являются основанием для обязательного обследования и лечения этого контингента детей у специалистов другого профиля.

Сведения об авторах статьи:

Азнабаев Равиль Ахметзянович – д.м.н., ведущий научный сотрудник Уфимского НИИ глазных болезней.

Адрес: 450077, г. Уфа, ул. Пушкина, 90. Тел. 8 (347) 272-37-75

Мальханов Владимир Борисович – д.м.н., проф., зав. инфекционным отделением Уфимского НИИ глазных болезней.

Адрес: 450077, г. Уфа, ул. Пушкина, 90. Тел. 8 (347) 272-37-75

Нафиковова Винера Гумаровна – врач-офтальмолог детского консультативно-поликлинического отделения Уфимского НИИ глазных болезней. Адрес: 450077, г. Уфа, ул. Пушкина, 90. Тел. 8 (347) 272-37-75. E-mail: ufaeinst@mail.ru

Акманова Айсылу Алмасовна – к.м.н., зав. научно-образовательным отделением Уфимского НИИ глазных болезней.

Адрес: 450077, г. Уфа, ул. Пушкина, 90. Тел. 8 (347) 272-37-75

Билалов Фаниль Салимович – к.м.н., ассистент кафедры лабораторной диагностики ИПО ГБОУ ВПО «Башкирский Государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

ЛИТЕРАТУРА

1. Азнабаев, М.Т. Аденовирусные и хламидийные заболевания глаз/М.Т. Азнабаев, В.Б. Мальханов.– Уфа: Гилем; 1995.– С.10-11.
2. Джек Кански. Клиническая офтальмология.– М.: Логосфера, 2009.– С. 219–221.
3. Егоров, Е.А. Рациональная фармакотерапия в офтальмологии: Руководство для практикующих врачей/ Е.А. Егоров, В.Н.Алексеев, Ю.С.Астахов. –М., 2004. – С. 485 – 500.
4. Майчук, Ю.Ф. Аллергические заболевания глаз.– М.: Медицина. 1983. – С.111– 121, 178–199.
5. Майчук, Ю. Ф. Глазные инфекции// Рус. мед. журн.– 1999. –№ 7. – С.16–19.
6. Обрубов, С. А. [и др.]. Патология глаз при хронических воспалительных заболеваниях кишечника у детей// Рос. вестник перинатологии и педиатрии.–2008. –№ 4. – С. 73–77.
7. Околов, И.Н. Анализ чувствительности основных возбудителей бактериальных конъюнктивитов к антибактериальным препаратам, применяемым в офтальмологии// Современные технологии лечения заболеваний переднего и заднего сегментов глаза: тез. докл./И.Н. Околов, П.А.Гурченок, А.В.Вохмяков.– М., 2008. – С.428 – 431.
8. Определение чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам: методические указания. МУК. 4.2. 1890-04.– М.: Федеральный центр гос. сан. эпид. надзора Минздрава России, 2004.– 91с.
9. Четыз, Р.Р. Роль экстраокулярной патологии в патогенезе близорукости у детей и ее комплексное лечение: дис. ... канд. мед. наук. – М., 2007.

10. Южаков, А. М. Статистический анализ глазной заболеваемости и инвалидности по РСФСР/А.М. Южаков, Л. Г. Травкин, О. А.Киселева, Л. М. Мазурова //Вестн. офтальмологии.– 1991.– № 2. – С. 5–7.
11. Bielory L. Allergic and immunologic disorders of the eye. Part II: Ocular allergy.// J.Allergy Clin. Immunol. - 2000. - Vol. 106. - P.1019-1032.
12. Davies R.J., Rusznak C., Devalia J.L.: Why is allergy increasing? Environmental factors // J.Clin.Exp. Allergy - 1998.-Vol. 28. - P. 8-14.
13. Lichtenstein D.R., Park P.D., Lichtenstein G.R. Extraintestinal manifestations of Inflammatory Bowel Disease // Problems in General Surgery - 1999. - Vol. 16.- P. 23-39.
14. Mintz R., Feller E.R., Bahr R.L. Ocular manifestations of Inflammatory Bowel Disease//Inflamm Bowel Dis- 2004.-Vol. 10.-P.135-139.
15. Smith J. Bacterial conjunctivitis.// Clin. Evid. - 2004. - Vol. 12. - P. 926 - 932.

УДК 616-009.12
© П.Н. Власов, А.В. Червяков, 2011

П.Н. Власов¹, А.В. Червяков²
**ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА У ЗДОРОВЫХ:
ФЕНОМЕН ДЕЖА ВЮ**

¹ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет»
Минздравсоцразвития России, г. Москва
²Научный центр неврологии РАМН, Москва, Россия

Дежа вю (ДВ) (*déjà vu-franç.*) – «уже виденное» - расстройство психической деятельности, связанное с восприятием окружающей действительности, при котором незнакомая, совершенно новая обстановка кажется знакомой, уже когда-то виденной. ДВ может встречаться как у здоровых людей, так и при некоторых неврологических и психических заболеваниях (височно-долевая эпилепсия (ВДЭ), шизофрения, депрессия и др.). Цель работы: определить распространенность и особенности феномена ДВ в группе здоровых испытуемых. Материал и методы: общая группа исследования – 139 человек (43,2% мужчин; средний возраст $25,2 \pm 4,4$ года (от 10 до 70)). Испытуемым был предложен опросник для выявления характеристик ДВ – Кембриджский деперсонализационный опросник, проводилось ЭЭГ-исследование Результаты. Феномен ДВ выявлен у 97% опрашиваемых. Определены основные характеристики ДВ у здоровых. Выводы: ДВ является широко распространенным симптомом, может появляться у здоровых лиц и у пациентов с психоневрологическими заболеваниями. Выявленные характеристики могут использоваться для дифференцировки нормального и патологического ДВ.

Ключевые слова: дежа вю, дереализация, эпилепсия, психопатология.

P.N. Vlasov, A.V. Chervyakov
**PSYCHOPATHOLOGY SYMPTOMS IN HEALTHY PEOPLE GROUP:
DEJA VU PHENOMENON**

Deja vu (DV) - "already seen" – is a mental disorder associated with the reality perception, in which an unknown, completely new situation seems familiar and once seen. DV can occur in both healthy people and in some neurological and psychiatric disorders (temporal lobe epilepsy, schizophrenia, depression, etc.). Aim of the study: To determine the prevalence and DV phenomenon characteristics in a group of healthy subjects. Materials and methods: the total number of participants was 139 people (43.2% men, mean age 25.2 ± 4.4 years (range 10 to 70)). The participants were offered to complete Cambridge Depersonalization Scale, a questionnaire for DV characteristics to be determined. Besides, an EEG was performed. Results: DV phenomenon was detected in 97% of healthy respondents. The principle DV features in healthy individuals were identified. Conclusions: DV is a common symptom that can occur in healthy individuals and patients with psycho-neurological diseases. The revealed characteristics can be applied in normal and abnormal DV differentiation.

Key words: deja vu, derealization, epilepsy, psychopathology.

Ощущение дежа вю (ДВ) знакомо многим. По данным ряда крупных исследований этот феномен в популяции регистрируется у 30-96% населения [9, 13]. ДВ – это расстройство психической деятельности, связанное с восприятием окружающей действительности, при котором незнакомая, совершенно новая обстановка кажется знакомой, уже когда-то виденной. Одно из первых научных описаний ДВ принадлежит Джексону и датируется 1888 годом [10].

ДВ входит в понятие дереализации, проявляющейся как расстройство восприятия окружающей действительности, при котором восприятие прежде знакомых явлений и предметов начинает сопровождаться чувством их измененности, неестественности, нереальности. Помимо ДВ к дереализационным рас-

стройствам относятся *Déjà vecu* – «уже пережитое»; *Déjà éprouvé* – «уже испытанное»; *Déjà entendu* – «уже слышанное»; *Jamais vu* – «никогда не виденное» [5].

ДВ может наблюдаться при целом ряде психоневрологических заболеваний, таких как височная эпилепсия (ВЭ), шизофрения, депрессия, синдром Шарля Бонне. ДВ появляется при различных нарушениях сна и может являться ранним диагностическим признаком в клинике объемных образований головного мозга [1, 7, 13, 15]. Однако он встречается и у здоровых людей.

Согласно данным Д.Н.Рыбина: 3,2% опрашиваемых не знакомы ни с одним из описанных феноменов дереализации – «уже виденное», «никогда не виденное», «ложное узнавание людей», «предвосхищение», «виде-