

ЛИТЕРАТУРА:

1. Авдеев С.Н., Жестков А.В., Мартыненко Т.И. и др. Небулизированный будесонид при тяжёлом обострении бронхиальной астмы: сравнение с системными стероидами. // Пульмонология. 2006; 4; 61-7.
2. Бабак С.Л., Голубев Л.А., Горбунова М.В. Бронхообструктивный синдром в практике терапевта // Трудный пациент, 2010. №11. Режим доступа: http://www.t-pacient.ru/archive/tp11-10/tp11-10_715.html
3. Клинико-организационное руководство по ока-

занию неотложной помощи при бронхиальной астме (территориальный стандарт). Екатеринбург, 2003. 66 с.

4. Лещенко И.В., Царькова С.А. Беродуал в лечении бронхообструктивного синдрома. // Пульмонология. 2007; 4; 96-9.
5. Лещенко И.В. Рациональная неотложная помощь при остром бронхообструктивном синдроме. Consilium medicum. 2011;11;13; 5-9.
6. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, Workshop Report (updated 2009). www.ginashtma.org

Balyabin A.M., Babich, N.G. **Urgent help with acute conditions airflow obstruction syndrome sin in the office and and intensive care units.** 1477 vmkg pf. FBU "1477 Naval Hospital, Navy", Vladivostok.

Keywords: acute bronchial obstruction, emergency department, emergency care.

Сведения об авторах:

Балябин Алексей Маркович, заведующий приёмным отделением ФБУ «1477 ВМКГ флота», подполковник м/с запаса. Тел.: 8914 732 95 46; e-mail: vmkg26826@mail.ru

Бабич Николай Григорьевич, врач-терапевт приемного отделения. Тел.: 8(423)246-78-14 (126).

© А.М. Вершинин, Н.С. Тедеева, 2012
УДК 616.995.132.8-053.2

Вершинин А.М., Тедеева Н.С.

СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЫ ПАНУВЕИТА ТОКСОКАРОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ

ФБУ «1477 Военно-морской клинический госпиталь флота», Владивосток

Ключевые слова: токсокароз, увеиты.

Токсокароз является заболеванием, о котором, несмотря на широкое распространение и важную роль в патологии, практические врачи знают весьма немного. Возбудитель токсокароза – нематода семейства Anisakidae рода Тохосара. Известны два вида токсокар: Тохосара canis – гельминт, поражающий главным образом представителей семейства псовых, и Тохосара mystax – гельминт семейства кошачьих. Доказана роль Т. canis в патологии человека. Для человека токсокароз – зоонозная инвазия. Она характеризуется тяжелым, длительным и рецидивирующим течением, полиморфизмом клинических проявлений, обусловленных миграцией личинок токсокар по различным органам и тканям. Заражение человека происходит при проглатывании инвазионных яиц токсокар. В проксимальном отделе тонкого кишечника из яиц выходят личинки, которые через слизистую оболочку проникают в кровоток. Мигрируя, они достигают пункта, где диаметр сосуда их не пропускает (диаметр личинки 0,02 мм), и здесь они покидают кровяное русло. Личинки Тохосар оседают в печени, легких, сердце, почках, поджелудочной железе, головном мозге, глазах, в других органах и тканях, где они сохраняют жизнеспособность в течение длительного времени (месяцы, годы) (Алексеева с соавт., 1987; Лысенко с соавт., 1992).

Развитие глазного токсокароза связывают с заражением человека минимальным количеством личинок, как правило, не более одной. Выделяют следующие формы

глазного токсокароза (Чередниченко, 1985):

- 1 гранулемы в заднем отделе глаза;
- 2 периферические гранулемы;
- 3 увеит;
- 4 парс-планит;
- 5 хронический эндофтальмит;
- 6 абсцесс в стекловидном теле;
- 7 неврит зрительного нерва;
- 8 мигрирующие личинки в стекловидном теле;

Надежных методов диагностики глазного токсокароза не существует. Во многих случаях диагноз выясняется только при гистологическом исследовании. Р. Brown (1970) сообщил, что из 245 энуклеированных им глаз в связи с диагнозом ретинобластомы, в 88 (35,9%) обнаружена личинка токсокары. Дополнительными методами диагностики глазного токсокароза являются ультразвуковые, рентгенографическое исследование и иммунологические реакции, которые не всегда в случаях глазного токсокароза бывают информативными.

Соотношение частоты различных клинических форм токсокароза изучено пока недостаточно. Однако по данным Центра по борьбе с болезнями в США на висцеральный токсокароз приходится 20%, глазной – 67%, бессимптомный – 13% от общего числа зарегистрированных в 1981 г. случаев. В Словакии (в 2002 г.) на висцеральный токсокароз приходилось 36%, глазной – 26% случаев (Лысенко с соавт., 1992).

В настоящей статье приведен случай тяжелой

формы панuveита токсикарозной 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 диффдиагностика между глаукомоциклитическим кризом, острым приступом глаукомы, иридоциклитом с гипертензией. Получил курс противовоспалительной, 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: панувеит левого глаза, гипертензия обоих глаз. При поступлении предъявлял жалобы на снижение зрения, покраснение левого глаза, затуманивание правого глаза.

При исследовании установлено: правый глаз – острота зрения 1,0, эметропия, 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 препапиллярный отек, в цен-

тральном отделе ватобразные очаги размерами 1/2 – 1/3 ДЗН и ретинальные штрихообразные геморрагии, вся периферия вплоть до сосудистой арки покрыта преретинальной фибриновой тканью желтого цвета. Фибриновая 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 фибриновая 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 токсикароз. Иммуноферментная реакция с токсикарозным антигеном оказалась положительная.

Таким образом, данное заболевание можно расценивать как глазную форму токсикароза. 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-