

Из приведенных в таблице 2 данных видно, что иммунокорригирующая терапия способствует достоверному повышению концентрации всех изученных нами классов иммуноглобулинов.

Таблица 2. Показатели гуморального звена системного иммунного статуса при проведении иммунокорригирующей терапии (г/л)

№ п/п	Иммунологический показатель	До лечения	После лечения*
1	Иммуноглобулин А	1,44±0,04	1,87±0,03
2	Иммуноглобулин М	0,96±0,01	1,10±0,06
3	Иммуноглобулин G	14,3±0,12	15,7±0,17

Примечание. * по сравнению с показателями до лечения $p < 0,05$

Динамика показателей фагоцитоза, фибронектина плазмы крови, лизоцима и комплемента показана на рис. 1-3.

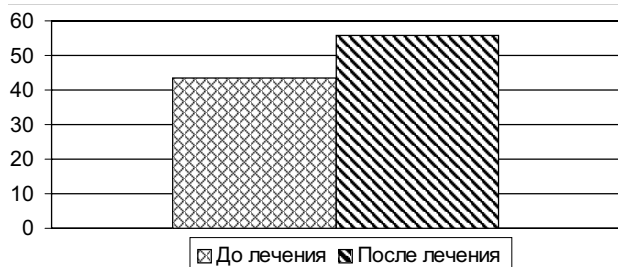


Рисунок 1. Уровень показателя фагоцитоза при проведении иммунокорригирующей терапии (%)

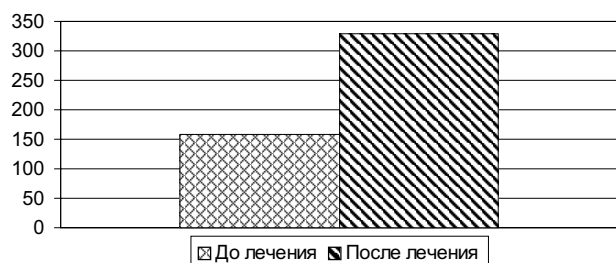


Рисунок 2. Концентрация фибронектина плазмы крови при проведении иммунокорригирующей терапии (нг/мл)

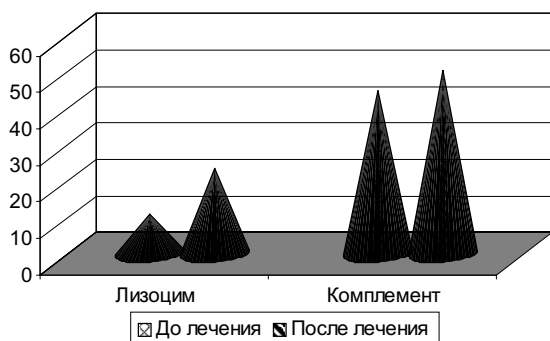


Рисунок 3. Содержание лизоцима и компонентов комплемента при проведении иммунокорригирующей терапии (е.а.)

Результаты проведенного исследования показывают, что после курса иммунокорригирующей терапии у больных начинающейся старческой катарактой происходит усиление фагоцитоза в 1,3 раза, концентрация фибронектина плазмы крови возрастает на 51,9%, содержание лизоцима увеличивается в 2,2 раза, уровень компонентов комплемента повышается на 11,1%.

Приведенные выше данные свидетельствуют о необходимости дальнейшей научной разработки комплексных иммунокоррекционных программ с использованием иммуностропных препаратов на основе лекарственного растительного сырья для данной категории больных с целью повышения клинической и медико-социальной эффективности лечения.

Библиография:

- Егоров В.А. Организационно-экономические исследования в области создания новых отечественных препаратов на основе лекарственного растительного сырья: Автореф. дис. ... д-ра фарм. наук. – М., 2000. – 40 с.
- Егоров В.А., Мошкова Л.В., Куркин В.А., Петрухина И.К., Жестков А.В., Суздальцева Т.В. Новые отечественные иммуностропные препараты на основе лекарственного растительного сырья: Методические рекомендации. – Самара: СамГМУ, 2000. – 84 с.
- Куркин В.А., Пшеницына Е.С. Использование иммуномодуляторов в предоперационной подготовке пациентов // Ерошевские чтения: Труды Всероссийской конференции «Геронтологические аспекты офтальмологии» и VI Международного семинара по вопросам пожилых «Самарские лекции», посвященные 100-летию со дня рождения чл.-кор. АМН СССР, профессора Т.И. Ерошевского. – Самара, 2002. – С. 209-211.
- Шабалин В.Н., Шатохина С.Н., Девяткин А.А., Малов В.М., Ерошевская Е.Б., Малов И.В. Морфология жидких сред глаза (новая теория инволютивного катарактогенеза): Монография. – М.: Медицина, 2004. – 244 с.

Еременко А.И., Янченко С.В., Каленич Л.А.

ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СИНДРОМА «СУХОГО ГЛАЗА» В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ

Проведено изучение территориальных и медико-социальных особенностей протекания синдрома «сухого глаза» (ССГ) в Краснодарском крае. В результате исследования выявлены географические и социально-гигиенические факторы риска ССГ. В качестве лекарственного препарата при ССГ более эффективным оказался Видисик-гель по сравнению с традиционным увлажняющим препаратом Лакрисин.

Синдром «сухого глаза» (ССГ) в настоящее время является одним из наиболее распространенных офтальмологических заболеваний (от 30% до 55% пациентов первичного приема) и

по праву называется «болезнью цивилизации» [1-3, 5-8]. Благодаря многочисленным работам В.В. Бржеского и Е.Е. Сомова (1998, 2000, 2002), А.Е. Егорова и соавторов (2000, 2001); Ю.Ф. Майчук и соавторов (2000, 2001); Л.К. Мошеговой и соавторов (2002); Н. Sjögren et al. (1971), R. Marquardt et al. (1980), M.A. Lemp et al. (1998), Н. Hüh (2001) были изучены этиология, клиническая картина, методы диагностики и лечения данного патологического состояния глаза [1-3; 5-11]. Однако в доступной литературе нам не удалось встретить исследований, описывающих территориальные особенности протекания ССГ. Учитывая вышеизложенное, нами была определена цель настоящего исследования.

Цель работы

Изучить территориальные и медико – социальные особенности протекания синдрома «сухого глаза» в Краснодарском крае, а также повысить эффективность терапии и профилактики ССГ.

Соответственно цели были поставлены следующие задачи:

1. Изучить географические и социально – гигиенические факторы риска по развитию синдрома «сухого глаза» на Кубани, а также основные группы риска по развитию ССГ.
2. Выявить особенности терапии ССГ на территории Краснодарского края.
3. Исследовать возможности применения препарата Видисик в терапии и профилактике ССГ.

Материалы и методы

В соответствии с поставленными задачами данная работа состояла из социально-медицинского и клинического разделов.

В *социально-медицинском разделе* были изучены географические и социально – гигиенические аспекты ССГ на Кубани, а также факторы и группы риска по развитию ССГ.

Клинический раздел включал клинико-инструментальное обследование и лечение 64 больных (128 глаз) с различными видами ССГ. Для оценки эффективности медицинской реабилитации были изучены субъективные и объективные проявления различных видов ССГ до и после применения препарата Видисик и традиционного препарата – заменителя слезной жидкости в виде капель – Лакрисина.

В работе были использованы следующие методы *офтальмологического обследования*: анкетирование (для учета субъективных проявле-

ний ССГ), биомикроскопия, пробы по О. Shirmer (1903) [10] и по M.S. Norn (1969) [9], витальное окрашивание флюоресцином.

Срок наблюдения составил от 1 месяца до 1 года. Среди пациентов было 28 мужчин и 36 женщин в возрасте от 27 до 69 лет. У 26 больных был выявлен *синдромальный ССГ*, то есть связанный со снижением выделительной функции слезных желез и бокаловидных клеток конъюнктивы (классификация В.В. Бржеского и Е.Е. Сомова, 1998 год) [1, 2]. У 6 из них ССГ развился на фоне болезни Сьегрена, у 8 – на фоне выраженного климактерического синдрома, у 6 – пациентов после перенесенного хламидийного конъюнктивита, у 4 после аденовирусного кератоконъюнктивита, а у 2 больных – как следствие перенесенной в детстве трахомы. *Симптоматический ССГ* (развивающийся вследствие различных локальных воздействий и внешних факторов) был диагностирован у 38 пациентов: глазной «офисный» синдром – у 7, глазной «мониторный» – у 4; ССГ на фоне длительных инстилляций β -блокаторов – у 4 больных, ССГ на фоне неадекватного использования контактных линз – у 6 человек, а также у 6 лиц, занятых на полевых сельскохозяйственных работах, 4 регулировщиков патрульно-постовой службы, и 7 отдыхающих на высокогорных и морских курортах Краснодарского края.

Наиболее частыми субъективными ощущениями больных были: ощущение «песка» – 59 человек (92,2%); ощущения «жжения» и «рези» в глазу (78,1%), ощущение «сухости» в глазу (56,2%). Из объективных признаков – проба по О. Schirmer была положительной (в среднем, полоска бумаги намокала за 5 минут на $9,8 \pm 1,5$ мм); время разрушения прероговичной слезной пленки по M.S. Norn составило $3,2 \pm 0,7$ секунды. У 76,6% пациентов выявлялась конъюнктивальная складка, параллельная краю века, у 46,9% больных отмечались сероватые включения в слезной пленке.

Всем пациентам в правый глаз были назначены инстилляции геля Видисик с периодичностью закапывания 2-3 раза в сутки. В дальнейшем, кратность закапывания определяли сами пациенты, исходя из своих субъективных ощущений. Для контроля в парный глаз были рекомендованы инстилляции традиционного препарата – заменителя слезы в виде капель – Лакрисина.

Статистическая обработка была проведена с использованием прикладной программы «Microsoft Excel 2000».

Результаты и обсуждение

Медико – социальный раздел работы

В результате проведенных исследований были выявлены следующие географические и социально – гигиенические факторы риска по развитию ССГ в Краснодарском крае:

1. Резко континентальный климат равнинной части территории, что приводит к необходимости повсеместного использования кондиционеров, сплит – систем, воздухоочистителей в летний период и парового отопления зимой.

2. Воздействие пыли (в том числе, химически агрессивной) в сельскохозяйственных равнинных областях, а также воздействие ядохимикатов и удобрений при сельхоз работах.

3. Влияние массивного ультрафиолетового излучения, особенно при сельхоз работах, а также на морских и высокогорных курортах края.

4. «Сушащее» действие морской воды (являющейся гипертоническим раствором) при морских купаниях.

5. «Постарение» населения (доля лиц пенсионного возраста составляет около 30%).

6. Нарушенная экологическая обстановка в городах (цементная, нефте-газо перерабатывающая, химическая и пищевая промышленность, а также выхлопные газы автотранспорта).

7. Тотальная компьютеризация школ и офисов [3].

8. Бесконтрольное использование косметических и так называемых «карнавальных» контактных линз, продающихся без врачебного осмотра через глобальную сеть «Internet» [3].

9. Высокая распространенность аллергических конъюнктивитов (массивное воздействие пыльцы растений с марта по ноябрь).

10. Высокая распространенность хламидийной и аденовирусной инфекций.

11. Относительно высокая распространенность последствий перенесенной трахомы у лиц пожилого возраста.

Исходя из перечисленных факторов риска по развитию ССГ, можно выделить следующие основные группы риска: лица, проживающие в промышленных центрах края; лица, занятые на полевых сельскохозяйственных работах; лица пожилого возраста; отдыхающие на морских и высокогорных курортах Кубани.

Таким образом, в «первом приближении», можно предположить, что в группу риска попадает большинство постоянного населения края, а также сезонные отдыхающие рекреаци-

онных территорий. По нашему мнению, необходимо дальнейшее изучение выделенных групп риска по развитию ССГ с целью выявления и описания разновидностей синдромального и симптоматического синдрома «сухого глаза», типичных для Краснодарского края.

Учитывая вышеизложенное, представляется более оправданным профилактическое назначение препаратов – заместителей слезной жидкости в перечисленных группах риска, особенно, при одновременном воздействии нескольких факторов риска (например, ношение контактных линз, работа на компьютере, проживание в крупном промышленном центре, активный отдых на высокогорных курортах).

Выявленной особенностью терапии ССГ на территории Краснодарского края является невозможность или нежелательность частых инстилляций глазных капель. Она может определяться характером трудовой деятельности (полевые работы, работа на конвейере), возрастом (проблема «третьего закапывания» при сопутствующем артрите мелких суставов кисти или пресбиопии) или снижением качества жизни (при, так называемом, «экстремальном», «активном отдыхе», а также отдыхе на морском побережье).

Результаты клинического раздела работы

На 3 сутки применения препарата Видисик купирование субъективных жалоб было отмечено у 90,6% пациентов, при этом частоту инстилляций препарата – 2 раза в сутки – выбрали 81,1% больных. Отсутствие характерных для ССГ жалоб при использовании Лакрисина на парном глазу было зафиксировано у 62,5% пациентов, однако, все они отметили неудобства, связанные с необходимостью более частых инстилляций (5 – 7 раз в сутки). Учитывая вышеизложенное, все пациенты, начиная с 4 суток терапии, были переведены на инстилляций Видисика в оба глаза.

На 10 сутки терапии субъективные проявления ССГ отсутствовали у всех наблюдавшихся. Было отмечено статистически достоверное улучшение исследовавшихся объективных показателей. Так, проба по O. Schirmer улучшилась на $2,4 \pm 0,3$ мм ($p < 0,05$); стабильность преуговичной слезной пленки по M.S. Norm увеличилась на $5,2 \pm 1,1$ секунды ($p < 0,001$). Дальнейшие осмотры (1 раз в месяц) не выявили у наблюдавшихся пациентов жалоб, характерных для ССГ, было зафиксировано дальнейшее улучшение объективных показателей.

Выводы

1. Получены первые результаты в исследовании факторов и групп риска по развитию ССГ в Краснодарском крае.

2. Начато изучение особенностей терапии ССГ на территории Кубани.

3. Препарат Видисик – гель оказался в 1,5 раза более эффективным в купировании субъективных проявлений ССГ, чем традиционный увлажняющий препарат в виде капель – Лакрисин.

4. Применение препарата Видисик приводит к достоверному уменьшению объективных проявлений синдрома «сухого глаза».

5. Большинство пациентов выбирает двухкратный режим инстилляций, что имеет немаловажное значение применительно к условиям Кубани.

6. Видисик гель является препаратом выбора в терапии ССГ, а также может быть рекомендован с профилактической целью в группах риска по развитию ССГ на территории Краснодарского края.

7. Данная работа является попыткой придать проблеме «сухого глаза», так называемое, краеведческое направление и привлечь внимание научных кругов к вопросам профилактики данного страдания глаза.

Библиография:

1. Бржеский В.В., Сомов Е.Е. Синдром «сухого глаза» // СПб.: «Аполлон», 1998.
2. Бржеский В.В., Сомов Е.Е. Роговично-конъюнктивальный кератоз (диагностика, клиника, лечение) // СПб.: «Сага», 2002.
3. Егоров А.Е., Егорова Г.Б. Новый препарат искусственной слезы пролонгированного действия «офтгель» для коррекции синдрома сухого глаза // Клиническая офтальмология. – 2001. – Т. 2. – №3.
4. Еременко А.И., Кирсанова В.В., Даурова В.В., Каленич Л.А., Янченко С.В. Применение офтгеля у пациентов с синдромом сухого глаза // Сборник научных трудов, посвященный 60 – летию профессора А.И. Еременко. – Краснодар: «Советская Кубань», 2002.
5. Майчук Ю.Ф., Яни Е.В., Майчук Д.Ю. Препарат искусственной слезы офтгель в лечении синдрома сухого глаза после эпидемического кератоконъюнктивита // Клиническая офтальмология. – 2001. – Т. 2. – №4.
6. Мошетьева Л.К., Корейская Ю.М., Чернакова Г.М., Борисова Н.А. Методические рекомендации «Синдром сухого глаза». – Москва: РМАПО, 2002.
7. Нид Н., Schirra F., Ruprecht K.W. Diagnostik des «Trockenes» (Siccasyndrom) // Folia ophthalmol. – 17 (1992). – P. 63-76.
8. Marquardt R., Lemp M.A. Das «Trockene Auge» in Klinik und Praxis Springer // Berlin 1991.
9. Norn M.S. Desiccation of the precorneal film. I. Corneal wetting-time // Acta ophthalmol. – 1969. – Vol. 47. – №4. – P. 865-880.
10. Schirmer O. Studie zur Physiologie und Pathologie der Tranenabsonderung und Tranenabfuhr // Albrecht v. Graefes Arch. Ophthalmol. – 1903. – Bd. 56. – H. 2. – S. 197-291.
11. Sjürgen H., Bloch J.J. Keratoconjunctivitis sicca and the Sjürgen syndrome // Surv. Ophthalmol. – 1971. – 3/16. – P. 145-159.

Канюков В.Н., Мещерякова Г.Ф.,
Канюкова Ю.В., Солобутов М.Н.

ВАРИАНТ АКТИВНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В СИСТЕМЕ ВСЕРОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА СЛЕПЫХ

В результате проведенного исследования разработан и внедрен вариант технологии активной медицинской реабилитации в системе Оренбургского Всероссийского общества слепых. Сформирована программа активной медицинской реабилитации, как в плане хирургии, так и по консервативному лечению. Обоснована актуальность, высокая эффективность продолжения социальной реабилитации в системе ВОС.

Заболеваемость всеми глазными болезнями, включая аномалии рефракции и травмы, по данным медицинских осмотров (пораженность), составляет в Российской Федерации в среднем 55500 на 100000 населения по городской и 49000 – сельской местности.

Заболеваемость болезнями глаз (включая аномалии рефракции и травмы) по обращаемости в лечебные учреждения составляет на 100000 населения 17200 по городской и 14910 – по сельской местности. (А.М.Южаков, А.В. Хватова, А.Г. Травкин, 2000).

Открытие в г. Оренбурге филиала государственного учреждения МНТК «Микрохирургия глаза» имени акад.С.Н. Федорова послужило серьезным основанием для пересмотра стратегии в диагностике и лечении этого контингента пациентов с врожденной и приобретенной патологией органа зрения.

Цель настоящего исследования – разработка и внедрение варианта технологии активной медицинской реабилитации в системе Оренбургского отделения Всероссийского общества слепых. Предпосылкой для этого исследования послужило обнаружение отсутствия должной информации о современных технологиях в диагностике и лечении наиболее сложной офтальмопатологии различного генеза, но характеризующуюся значительным снижением предметного зрения, сужением полей зрения, нередко гемералопией.

Реабилитация пациентов с подобной степенью поражения органа зрения при классических технологиях старого типа была невозможна, а переход на новые взгляды и технические возможности самостоятельно был невозможен из-за отсутствия современной технической перевооруженности.