

ной железы (Бровкина А.Ф.).

Заболеваемость ЭОП, по данным некоторых авторов, составляет 16 женщин и 2,9 мужчин на 100 000 населения (Bartolena L., Baldeschi L., Dickinson A. et al., 2008), по другим источникам достигает 0,8-1,2% в популяции (Бровкина А.Ф., Ю 2008). В последнее время на фоне распространения среди населения патологии щитовидной железы отмечается увеличение частоты развития ЭОП (Бровкина А.Ф.).

В Забайкалье можно выделить следующие особенности, влияющие на течение ЭОП:

- биогеохимическая провинция с дефицитом йода и селена – способствует развитию заболеваний щитовидной железы (Никитина Л.П., Соловьева Н.В., Цыдендамбаев П.Б., 2006) и возможно особенностям течения ЭОП;

- на фоне предполагаемой ликвидации йодного дефицита в дальнейшем можно прогнозировать увеличение распространенности аутоиммунных заболеваний щитовидной железы, что обсуждается некоторыми авторами (Фадеев В.В. 2005; Boukis M.A., Koutras D.A., Souvatzoglou A. et al., 1983), и как следствие увеличение частоты ЭОП.

Изменения тканей орбиты при компьютерной томографии (КТ) у пациентов с ЭОП достаточно разнообразны и представлены изменениями со стороны ретробульбарной клетчатки (РБК), зрительного нерва, слезной железы, толщины и плотности глазодвигательных мышц, проптозом (Бровкина А.Ф., Кармазановский Г.Г., Яценко О.Ю., 2007; Бровкина А.Ф., Яценко О.Ю., Аубакирова А.С., 2006; Шеремета М.С., Свириденко Н.Ю., Ремизов О.В. и др., 2009). В настоящее время в литературе имеются данные об использовании в качестве маркеров тяжести и активности ЭОП следующих параметров из протоколов КТ орбит: толщина прямых мышц, величина проптоза, значение рентгеновской плотности структур орбиты (Бровкина А.Ф., Кармазановский Г.Г., Яценко О.Ю., 2007; Бровкина А.Ф., Яценко О.Ю., Аубакирова А.С., 2006; Шеремета М.С., Свириденко Н.Ю., Ремизов О.В. и др., 2009). С учетом особенностей Забайкалья возможность применения данных показателей в качестве маркеров характеристики ЭОП необходимо уточнить.

Цель: изучить рентгенологическую характеристику ЭОП по данным КТ орбит у жителей региона Забайкалья (Чита); уточнить прогностическую роль следующих параметров в качестве маркеров тяжести и активности ЭОП: толщина и рентгеновская плотность глазодвигательных мышц, рентгеновская плотность РБК и хрусталика.

Материалы и методы. Исследовалось 30 орбит на протоколах КТ и при объективном осмотре у больных ЭОП обоих полов в возрасте от 15 до 28 лет со стажем болезни от 0 до 6 лет. Диагноз ЭОП верифицировался клинически и подтверждался утолщением глазодвигательных мышц при визуализации орбит. В протоколе КТ орбиты оценивалась толщина глазодвигательных мышц в аксиальной проекции, рентгеновская плотность структур орбиты. Критерием исключения явилось наличие в анамнезе пульс-терапии глюкокортикостероидами по поводу ЭОП, прием таблетированных глюкокортикостероидов после развития ЭОП дольше 4 недель, беременность. При объективном осмотре у пациентов оценивались степень тяжести по рекомендациям EUGOGO и активность ЭОП по шкале CAS (Bartolena L., Baldeschi L., Dickinson A. et al., 2008).

Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с использованием программы Statistica 6.0 (StatSoft, USA). Полученные данные вследствие ненормального распределения обрабатывались непараметрическими методами статистики (критерий Манна-Уитни). Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Распределение ЭОП по степени тяжести было следующим: 7 орбит – легкая ЭОП, 23 орбиты – ЭОП средней степени выраженности. Активная ЭОП наблюдалась в 14 орбитах, неактивная – в 16.

Толщина нижней прямой (НПМ) и медиальной прямой мышц (МПМ) в группе ЭОП средней степени тяжести превышала таковую при легкой степени на 30,7% ($p=0,032$) и на 37,5% ($p=0,008$) соответственно. Толщина верхней (ВПМ) и латеральной прямых (ЛПМ) мышц в тех же группах статистически значимо не отличалась. Различия в рентгеновской плотности для данных групп были выявлены лишь для максимальной рентгеновской плотности ЛПМ, повышаясь на 25,5% ($p=0,034$) при «отягощении» ЭОП.

Толщина НПМ, помимо степени тяжести, отражает и активность процесса, увеличиваясь на 34,7% ($p=0,004$), по сравнению с неактивной ЭОП. Максимальная рентгеновская плотность ВПМ, ЛПМ и МПМ значимо увеличивалась в группах пациентов при «активации» ЭОП на 104,6% ($p=0,005$), 40,2% ($p=0,02$) и 29% ($p=0,01$) соответственно. Значение минимальной рентгеновской плотности при активности заболевания было значимо ниже лишь для ЛПМ и МПМ на 257,7% ($p=0,03$) и 203% ($p=0,007$).

Выводы. Установлено что при КТ орбит у пациентов с ЭОП в условиях Забайкалья можно использовать в качестве маркеров степени тяжести: толщину НПМ и МПМ, значение максимальной рентгеновской плотности ЛПМ; маркеров активности: толщину НПМ, значение максимальной рентгеновской плотности ВПМ, ЛПМ, МПМ, значение минимальной рентгеновской плотности ЛПМ, МПМ.

Работа выполнена в рамках гранта МД-64495.2010.7.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «КОМБИНИЛ-ДУО» В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ВЕДЕНИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЭКСТРАКЦИИ КАТАРАКТЫ

А.Б.Степанянц, Е.А.Андреев, А.Р.Киямова
Государственное учреждение здравоохранения
«Свердловская областная клиническая
больница №1», г. Екатеринбург

Актуальность проблемы. Послеоперационные осложнения воспалительного характера после экстракции катаракты значительно ухудшают результаты операции, приводят к продлению сроков нетрудоспособности и время пребывания пациента в стационаре, требуют длительного дорогостоящего лечения, а в ряде случаев вызывают значительное снижение зрительных функций или даже потерю глаза как органа. Комплексная профилактика может значительно уменьшить риск и развитие послеоперационных осложнений.

Цели работы: 1. Оценить эффективность приме-

нение комбинированного препарата «Комбинил-Дуо» фармакологической компании «Promed exports pvt.ltd.» для профилактики послеоперационных осложнений после экстракции катаракты. 2. Оценить токсичность, безопасность и переносимость пациентами препарата «Комбинил-Дуо».

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 30 пациентов (30 глаз) в возрасте от 44 до 78 лет, 17 женщин и 13 мужчин. У 53% пациентов была диагностирована осложнённая катаракта с псевдоэкзофилиативным синдромом, у 27% - зрелая и 20% - незрелая катаракта. Всем пациентам была проведена ультразвуковая факоэмульсификация катаракты и имплантирована мягкая интраокулярная линза. Из прооперированных пациентов были сформированы 2 группы по 15 человек, сопоставимых по возрасту, полу, диагнозу. Первой группе (основной) в послеоперационном периоде начиная с первого дня производили инстилляцию глазных капель «Комбинил-Дуо» (ципрофлоксацин 0,3+ дексаметазон 0,1) в оперированный глаз 4 раза в день. Второй группе (контрольной) производили инстилляцию глазных капель «Ципромед» и «Дексаметазон» 5 раз в день. Для оценки результатов использовали визиометрию, тонометрию тонометром Маклакова, офтальмоскопию, биомикроскопию и субъективное анкетирование пациентов. Оценивали следующие параметры: острота зрения, уровень ВГД, состояние конъюнктивы, роговицы, десцеметовой мембраны, влаги передней камеры, реакции зрачка на свет, субъективные ощущения пациента после закапывания капель.

Результаты и их обсуждение. Острота зрения прооперированных пациентов составила от 0,5 (что обусловлено патологией световоспринимающей части глаза – ВМД) до 1,0. Уровень ВГД был в норме до и после операции (от 16 до 24 мм рт.ст.). На вторые сутки после операции гиперемия конъюнктивы в основной группе слабая (87%) и выраженная (13%), в контрольной группе выраженная гиперемия у 33%. Отёк роговицы отсутствует в 80% (в контрольной в 67%) и сохраняется в области разреза в 20%. Десцеметова мембрана не изменена в 93% (в контрольной группе 87%), единичные складки в 7%. Влага передней камеры прозрачна в 100% (в контрольной группе экссудат в небольшом количестве в 7%). Реакция зрачка живая в 87%, вялая в 13% в обеих группах. Количество койко-дней в основной группе составило 2 дня в 100%, в контрольной 2 дня в 87% и 4 дня в 13%. В 93% пациенты в обеих группах при закапывании не испытывали никаких неприятных ощущений, лишь в 7% кратковременное жжение. Все пациенты выписаны с выздоровлением. Показатели в контрольной группе на вторые-третьи сутки сравнялись с показателями в основной группе.

Выводы:

1. Препарат «Комбинил-Дуо» не менее эффективен в профилактике послеоперационных осложнений, чем применение глазных капель «Ципромед» и «Дексаметазон» по отдельности.
2. Глазные капли «Комбинил-Дуо» удобнее для применения, чем закапывание 2 разных видов капель.
3. При применении глазных капель «Комбинил-Дуо» пациентами не было отмечено неприятных ощущений, токсических или аллергических реакций.

СИНДРОМ ПУРЧЕРА КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ МИРНОГО ВРЕМЕНИ

Д.Е. Токарев, А.А. Зенин, Т.В. Соколова, Л.О. Марченкова

*НИИ глазных болезней им. Гельмгольца, г. Москва
Ижевская Государственная медицинская академия, г. Ижевск
Тюменская Государственная медицинская академия, г. Тюмень
ФГУ «Российский научный центр «Восстановительная травматология и ортопедия» им. акад. Г.А. Илизарова», г. Курган*

Актуальность. Ретинопатия травматическая (г. traumatika; синонимы: ангиопатия сетчатки травматическая, Пурчера болезнь) – ретинопатия, возникающая при внезапном сдавлении черепа, грудной клетки или брюшной полости. При закрытой травме черепа и головного мозга ретинит Пурчера отмечается в 0,5%, при иной локализации – до 0,1% случаев (Угрюмов В.М., 2010). Прямое приложение силы в область перечисленных рефлексогенных зон вызывает интенсивную афферентную импульсацию в кору головного мозга. Такая реакция обычно описывается пострадавшим в виде сильной боли, иногда с кратковременной потерей сознания. Возникновение острой боли зависит от места приложения силы, её качества, интенсивности и длительности. Фактор агрессии (удар), являющийся в данном случае стрессором, вызывает в организме совокупность изменений – адаптационный синдром. Скорость его развития зависит от парасимпатической нервной системы, филогенетически – самой старой защитной системы. Ответная реакция адренергической и холинергической систем на стрессор – травму – зависит от индивидуальной стрессрезистентности организма, обусловленной влиянием преобладающего тонууса вегетативной нервной системы. В результате артериолоспазма наступает гипоксия сетчатки и выход в неё из крови транссудата. Через 1-2 дня после травмы в сетчатке вокруг диска зрительного нерва появляются кровоизлияния и молочно-белые, иногда серебристо-белые пятна. Ретинопатия может осложниться атрофией зрительного нерва. Лечение проводят витаминами, сосудорасширяющими средствами, препаратами, уменьшающими тканевую гипоксию, применяют гипербарическую оксигенацию. Прогноз серьёзный: органические изменения в сетчатке могут привести к снижению зрения.

Материал и методы. Больной Н., 26-летний спортсмен, во время выездных игр перенёс в результате ДТП сдавление левой половины грудной клетки с переломом трёх рёбер, перелом левого бедра. После госпитализации в травматологический стационар отмечал сильную головную боль. С жалобами на распирание в глазах яблоках и понижение зрения обратился к офтальмологу на 2-й день после травмы. При осмотре: острота зрения правого глаза - 0,01 не корректируется; острота зрения левого глаза - 0,5 не корректируется. В поле зрения правого глаза парацентральная абсолютная скотома. Передний отрезок глаз: субконъюнктивальное кровоизлияние, больше