

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

Таблица 2. Показатели гуморального звена системного иммунного статуса при проведении иммунокорректирующей 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.

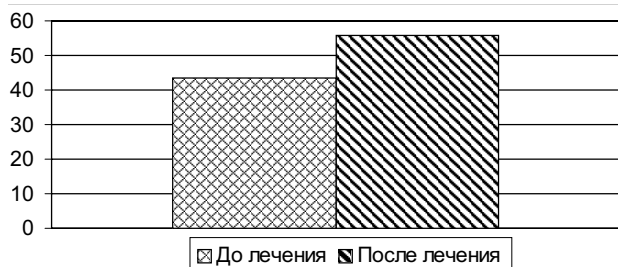


Рисунок 1. Уровень показателя фагоцитоза при проведении иммунокорректирующей терапии (%)

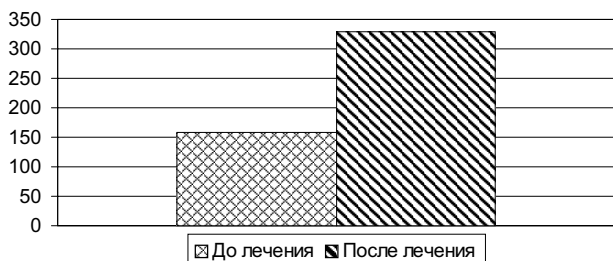


Рисунок 2. Концентрация фибронектина плазмы крови при проведении иммунокорректирующей терапии (нг/мл)

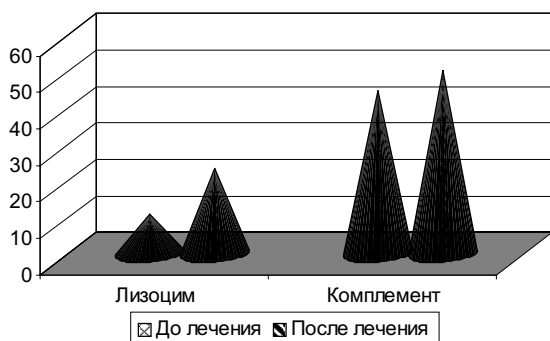


Рисунок 3. Содержание лизоцима и компонентов комплемента при проведении иммунокорректирующей терапии (е.а.)

Результаты проведенного исследования показывают, что после курса иммунокорректирующей 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. Мошетовой и соавторов (2002); Н. Sjögren et al. (1971), R. Marquardt et al. (1980), M.A. Lemp et al. (1998), Н. Нöh (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 намочала 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 инстилляцию 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.