

предварительном введении животным «медиаторов» фетальных клеток.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Доскалиев Ж.А., Стикеева Р.К., Жетимкаринова А.Д., Букеева Ж.К., Тажибаева Д.С., Апсалямов В.Х. Гепатозащитное действие медиаторов фетальных тканей // Новые технологии в медицине – 2007.- №1.- С.34-35.
2. Стикеева Р.К. Противовоспалительное действие «медиаторных веществ» фетальных клеток // Вестник ЮКГМА -2007.- №3 (36).- С.224-226.
3. Доскалиев Ж.А., Асабаев А.Ш., Жетимкаринова А.Д., Стикеева Р.К., Попова Н.В., Каюпов Б.А., Конакбай Б.К. Опыт применения клеточных медиаторов в иммунокоррекции панкреонекроза // Матер. XIV междунар. Конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ.,С.-Петербург Анналы хирургической гепатологии, 2007. С.185
4. Стикеева Р.К. Влияние трансплантации неклеточных фракций фетальных тканей на процессы иммунитета и воспаления // Актуальные вопросы хирургии.- Омск, 2008.- С.121-125.
5. Крыжановский Г.Н. Дизрегуляционная патология // Патол.физиол.иэксперим.тер.-2004.- №3-С.2-18.

СИНДРОМ «СУХОГО ГЛАЗА»: ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И ФАКТОРЫ РИСКА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Янченко С.В.

Кубанский государственный медицинский университет, кафедра глазных болезней
Краснодар, Россия

Цель: изучить заболеваемость синдромом «сухого глаза» (ССГ) и структуру факторов риска ССГ у лиц пожилого возраста по данным обращаемости.

Материалы и методы

Обследовано 650 человек ($68,3 \pm 2,1$ лет). Помимо стандартных офтальмологических исследований проводили: регистрацию факторов риска ССГ (в соответствии классификацией Ерёменко А.И. и соавт., 2006); биомикроскопию с флюоресцином, осмотр слёзного мениска, оценку складки бульбарной конъюнктивы. Для диагностики ССГ использовали классификацию Брежесского В.В. и соавт. (2003). Результаты обрабатывали методами вариационной статистики.

Результаты и обсуждение

Заболеваемость ССГ составила 76,6%. Бытовые факторы риска отмечены у 100% больных ССГ, производственные – у 15,5%; экзогенные – у 100% (воздействие консерванта капель-81%; офтальмохирургия-45,6%); системно-органные – у 100% (аутоиммунные заболевания-5,8%; заболевания системы кровообращения-98,2%; неврологические заболевания-71,9%; гормональная

дисфункция-54,2%; аллергия-36,7%); локальные – у 100% (хронический глазной ишемический синдром-100%; мейбомеит-80,5%; хронический аллергический конъюнктивит-34,3%). ССГ был комбинированным в 100% наблюдений. У 76,5% больных непосредственной причиной клинической манифестации ССГ были экзогенные и локальные факторы риска, приводящие к развитию воспаления «глазной поверхности», у 17,7% больных – хронический глазной ишемический синдром (ХГИС).

Заключение

Заболеваемость ССГ у лиц пожилого возраста составила 76,6%, ССГ был комбинированным у 100%. В зависимости от манифестирующего фактора риска, у лиц данной возрастной группы могут быть выделены следующие этиопатогенетические варианты комбинированного ССГ (К-ССГ): 1) К-ССГ с наличием хронического глазного ишемического синдрома; 2) К-ССГ с наличием хронического воспаления «глазной поверхности». Необходимо отметить, что ХГИС был «фоновым фактором риска» у всех больных К-ССГ.

СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ СЛЁЗОПРОДУЦИРУЮЩИХ ОРГАНОВ

Янченко С.В.

Кубанский государственный медицинский университет, кафедра глазных болезней
Краснодар, Россия

Цель: разработать способ диагностики хронической ишемии слёзопродуцирующих органов (ХИ-СПО) у больных синдромом «сухого глаза» (ССГ).

Материалы и методы

Обследовано 65 человек 56-75 лет: 1-группа (контроль) - лица без офтальмопатологии (20 человек); 2-ая – 22 больных ССГ с хроническим глазным ишемическим синдромом (ХГИС); 3-я – 23 больных ССГ с наличием мейбомеита (без ХГИС). Проводили: биомикроскопию с флюоресцином; осмотр слёзного мениска; тест Ширмера-1; УЗИ слёзной железы. Диагностику ХИ-СПО (Янченко С.В. и соавт., 2008; приоритет от 29.07.08, №200813151) проводили следующим образом. Пациенту определяли максимальную систолическую скорость кровотока в слёзной артерии (Vs-СА, см/с) и тест Ширмера-1 (мм). Затем, лимфотропно вводили 0,5 мл «трентала» на 1,0 см ниже и медиальнее вершины сосцевидного отростка подкожно. При увеличении Vs-СА и теста Ширмера-1 через 40 минут после манипуляции диагностировали ХИ-СПО. Результаты обрабатывали методами вариационной статистики, различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты

В 1-группе значения Vs-СА ($11,8 \pm 0,6$ см/с) и теста Ширмера-1 (15,4±0,2 мм) не отличались