

## ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ СИНДРОМА СОЕДИНИТЕЛЬНО ТКАННОЙ ДИСПАЗИИ У ДЕТЕЙ С АРИТМИЯМИ

Галактионова М. Ю.

*Красноярская государственная медицинская академия,  
Красноярск, Россия*

В настоящее время одной из причин, приводящей к развитию сердечных аритмий, является дисплазия соединительной ткани сердца. Несмотря на большой объем исследований, посвященных изучению данной проблемы, у детей уделено недостаточно внимания проявлениям синдрома дисплазии соединительной ткани (СДСТ). Кроме того, до настоящего времени отсутствуют объективные прижизненные критерии оценки развития соединительнотканного остова сердца у детей, необходимых для ранней диагностики СДСТ.

Материалы и методы: с целью изучения частоты, характера и степени выраженности СДСТ у детей с различными вариантами нарушений сердечного ритма и проводимости (НРПС) проведено обследование 286 детей в возрасте от 7-ми до 15-ти лет по критериям, предложенным Э.В. Земцовским (2000) с использованием фенотипической карты М. J. Clesby, модифицированной А. И. Мартыновым (1998). Основную группу составили 196 детей с НРПС, контрольную - 90 детей без НРПС. Структура НРПС была представлена следующими вариантами: синусовая аритмия (СА)-28,6%, синусовая тахикардия (СТ)- 21,4%, синусовая брадикардия (СБ)- 5,1%, миграция водителя ритма (МВР)-18,4%, предсердная и желудочковая экстрасистолия (ЭС)- 11,2%. Нарушения проводимости были обнаружены у 15,3% детей, феномен укороченного интервала PQ- у 26,5% обследованных.

Результаты и обсуждение: В контрольной группе уровень стигматизации составил в среднем 2-3 стигмы. У 69,3% детей с НРПС выявлен высокий уровень стигматизации (6-8 стигм). Наибольшее число стигм пришлось на аномалии ушных раковин - 80,6%; большой второй палец стопы - 41,8%, деформация грудной клетки (впалая, килевидная грудь) - 29,6%, аномалии ротовой полости (диастемы, готическое нёбо) - 23,5%, искривление мизинца - 27,5%, пупочная грыжа - 13,3%, пигментные пятна типа "кофе с молоком" и невусы - 12,2%. У детей с НРПС выявлен большой процент встречаемости нарушений осанки различной степени выраженности (74,5%) и плоскостопия (43,8%). Заболевания органов зрения (миопия, гиперметропия, астигматизм) составили 15,3% в основной группе. Наиболее высокий процент встречаемости СДСТ выявлен у детей с СТ (71,8%) и ЭС (65,5%). Фенотип детей с СТ в большей степени формировали: аномалии ушной раковины, нарушение осанки (сколиоз), готическое небо, плоскостопие. В фенотипе детей с СБ преобладали такие стигмы, как аномалии ушных раковин, плоскостопие и нарушение осанки. У детей с ЭС была наиболее высокой в сравнении с другими видами аритмий выраженность таких фенотипических марке-

ров, как гипермобильность суставов, аномалии ушных раковин, готическое небо, пятна "кофе с молоком", деформации грудной клетки и позвоночника, растяжимость кожи. Фенотип детей с нарушениями проводимости в большей мере формировали: аномалии глаз и ушных раковин, плоскостопие и нарушение осанки.

Заключение: частота соединительнотканной неполноценности среди детей с НРПС высока и составляет 75,5%. Наиболее характерными внешними признаками СДСТ у детей с аритмиями являются: астенический тип телосложения, нарушение осанки, плоскостопие, деформации грудной клетки, аномалии кожи и ушных раковин.

## МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ИНВАЛИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ГЛАУКОМОЙ

Ермолаев В.Г., Сердюков А.Г.,

Ермолаев А.В., Ермолаев С.В.

*Астраханская государственная медицинская академия  
Астрахань, Россия*

По данным ВОЗ во всем мире наблюдается тенденция к постоянному росту количества слепых. Глаукома является второй по частоте после катаракты причиной потери зрения. В России она также на протяжении нескольких десятилетий по-прежнему продолжает оставаться одной из основных причин неизлечимой слепоты. В среднем около 10-15% слепых потеряли зрение от глаукомы. Почти в 2 раза (с 14% до 24%) в последние годы увеличилась доля глаукомы и в нозологической структуре первичной инвалидности вследствие болезней глаз. Общая пораженность населения старшей возрастной группы составляет в среднем 1,0-1,5%, доходя до 2,1%, а в возрасте 75 лет и старше до 10%.

Структура населения России такова, что самой быстрорастущей группой являются люди в возрасте старше 60-ти лет. К началу 90-х годов их число составило 16% населения. Процесс старения прогрессирует и ожидается, что к 2015-му году эта цифра увеличится до 20%. В связи с этим прогнозируется и рост числа больных глаукомой.

Для разработки адекватных мер, направленных на решение проблемы глаукомы, необходима информация об инвалидности как главном показателе медико-социальных последствий заболевания и нуждаемости инвалидов в реабилитационной помощи, которая формируется в региональных бюро медико-социальной экспертизы.

В данной работе приводятся результаты комплексного социально - гигиенического и клиничко - офтальмологического обследования 570 больных и инвалидов с глаукомой, проведенного по материалам регионального бюро медико-социальной экспертизы.

Как показало настоящее исследование, при первичном освидетельствовании инвалидами I группы

были признаны 25,1% обследуемых, II группы - 48,4%, III группы - 26,5%. Следовательно, у 73,5% больных уже при первичном освидетельствовании были установлены I и II группы инвалидности. Это является следствием недостаточной эффективности лечебно-профилактических мероприятий по сохранению зрения у данных пациентов и позднее направление их на медико-социальную экспертизу для реабилитации и социальной помощи.

Мужчины - инвалиды вследствие глаукомы составляли 57,9%, женщины - 42,1%. Из них наиболее высока доля пенсионеров в возрасте 54-60 лет и старше (66,3%). По мере увеличения возраста среди больных трудоспособного возраста отмечалось динамическое увеличение экстенсивных показателей (до 40 лет - 2,63%; 40-49 лет - 13,1%; 50-54 г. - 17,9%). У подавляющего большинства обследуемых пациентов (81%) причиной инвалидизации являлась первичная открытоугольная форма глаукомы, у 16,7% - вторичная и у 2,3% - врожденная.

Анализ показал, что больные с разной степенью ограничений жизнедеятельности и в зависимости от групповой инвалидной принадлежности отличаются по клиническим и некоторым другим характеристикам. Например, среди инвалидов I группы абсолютное большинство (84%) больных были в возрасте старше 70 лет, а продолжительность болезни от 5 до 10 лет. Из них, как показали анамнестические данные, только у 63% были проведены антиглаукоматозные операции. Однако данные реабилитационные мероприятия проводились либо слишком поздно, либо они оказались неэффективными для стабилизации процесса, также как и гипотензивная медикаментозная терапия. Вследствие указанных выше причин более чем у половины впервые проходящих освидетельствование в бюро МСЭ больных диагностировалась терминальная стадия глаукомы с полной двусторонней слепотой.

Среди инвалидов II группы 35,1% были в возрасте 50-70 лет, 60,8% - 70 лет и старше. Длительность заболевания у данного контингента составляла от 3 до 7 лет. Оперативное вмешательство было отмечено у 88% больных, среди них 25,1% проведены лазерные операции.

В контингенте инвалидов III группы большинство (54,3%) больных имели возраст 40-60 лет, 43% - 60-70 лет и 2,7% - до 40 лет. Глаукомный стаж пациентов был в интервале - от 1 года до 7 лет. Среди данной категории больных 82,1% были прооперированы, в том числе 16,8% - с использованием лазерных хирургических методов.

Проведенный анализ динамики инвалидизации, по данным повторного освидетельствования через 2 года, показал, что среди инвалидов III группы с глаукомой относительная стабилизация заболевания без утяжеления инвалидности была констатирована лишь в 60,2% случаев. У 31,8% инвалидов ввиду дальнейшего прогрессирования глаукоматозного процесса была ус-

тановлена II группа, а у 8,0% - даже I группа инвалидности.

В контингенте инвалидов II группы ввиду значительного ухудшения зрительных функций вплоть до полной слепоты в 24,6% случаев при повторном освидетельствовании была установлена I группа инвалидности.

Следует подчеркнуть, что в части случаев, особенно у пациентов старшего возраста (60-70 лет), ухудшение зрения и нарастающие ограничения жизнедеятельности были обусловлены не только глаукомой, но и различной сочетанной офтальмологической патологией, преимущественно катарактой и дистрофией сетчатки, что требовало проведения соответствующих лечебных мероприятий.

Сравнительный анализ результатов обследования больных и инвалидов с глаукомой позволил выявить ряд факторов риска, которые являются наиболее важными в формировании признаков самой инвалидности. К данным факторам были отнесены следующие:

1. Возраст старше 65 лет;
2. Наличие сердечно - сосудистых заболеваний;
3. Место жительства, организация и доступность квалифицированной офтальмологической помощи на уровне поликлинического звена;
4. Характер профессиональной деятельности, трудовая занятость, доступность, возможность участия в трудовой деятельности или противопоказанность работы, наличие способностей к труду при различных вариантах и формах глаукомы;
5. Клинико-функциональные характеристики, главным образом стадия процесса и степень компенсации уровня внутриглазного давления;
6. Сроки и эффективность оперативного лечения, результативность которого у инвалидов с глаукомой значительно хуже, особенно при поздних сроках вмешательства;
7. Наличие глаукомы на обоих глазах.

Выявлены высокая потребность больных и инвалидов с глаукомой в различных мерах медико-социальной реабилитации. В частности, анализ показал, что в медицинской реабилитации, дальнейшем амбулаторном или стационарном лечении нуждались 94,7% данных лиц, а в социально-бытовой и социально-средовой адаптации 84,0% больных с впервые установленной I-II группой инвалидности. Около 64% из них нуждались в обеспечении тифлотехническими вспомогательными средствами. В контингенте инвалидов III группы, особенно трудоспособного возраста 28,5% была необходима профессионально-трудовая реабилитация.

Несмотря на совершенствование методов хирургического лечения глаукомы, значительное расширение арсенала медикаментозных препаратов для консервативной терапии, отсутствие регулярных профилактических осмотров населения с учетом факторов

риска развития глаукомы, низкое качество диспансерного наблюдения за больными глаукомой отрицательно сказываются на уровнях заболеваемости глаукомой, и, зачастую приводят к слепоте и инвалидности вследствие данного заболевания.

Результаты настоящего исследования лишней раз доказывают актуальность и обуславливают высокую социальную значимость проблемы глаукомы в любом регионе РФ, указывают на необходимость принятия соответствующих мер по координации усилий всех звеньев здравоохранения и социальной защиты населения, ученых и практических врачей с целью совершенствования методов профилактики, лечения глаукомы и предупреждения таких тяжелых медико-социальных ее последствий, как слепота и инвалидность.

*(Научно-исследовательский проект № 06-06-00676а, поддержан грантом РГНФ)*

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С КОСОГЛАЗИЕМ И АМБЛИОПИЕЙ

Ермолаев В.Г., Тегза В.Ю.,  
Алексеев В.Н., Ермолаев А.В.

*Астраханская государственная медицинская академия  
Астрахань, Россия*

Амблиопия представляет собой стойкое снижение остроты зрения, при котором происходит активное торможение функции центрального зрения и длительное неучастие глаза в зрительном акте. Однако, несмотря на значительные достижения современной офтальмологии и большое разнообразие различных методов лечения косоглазия и амблиопии, данная патология продолжает занимать существенное место в структуре детской глазной заболеваемости и у части больных не удаётся добиться улучшения зрения.

Учитывая, что основная задача лечения амблиопии заключается в получении остроты зрения, допускающей возможность нормальной совместной работы обоих глаз (не менее 0,4), целью настоящего исследования являлось изучение влияния фотомангнитостимуляции на зрительную функцию.

Нами проведён анализ результатов лечения амблиопии и косоглазия 73 детей (в общей сложности 100 глаз) в возрасте от 4 до 8 лет, которые условно были разделены на 2 равные группы (контрольная и экспериментальная) по 50 глаз в каждой.

В экспериментальной группе косоглазие наблюдалось на 29 глазах, а амблиопия без косоглазия на 21 глазу. У пациентов с косоглазием на 26 глазах диагностирована амблиопия (90%), причём острота зрения 0,3 и менее была на 16 глазах. Угол косоглазия до 5° наблюдался в 10 случаях, а на 12 глазах он превышал 15°. У детей без косоглазия амблиопия выявлена на 21 глазу, причём у 10 из них острота зрения не превышала 0,3. Характер зрения у 90% детей был монокулярный.

В контрольной группе присутствовали некоторые отличия. Косоглазие наблюдалось в 30 случаях, из которых амблиопия диагностирована на 24 глазах (80%), а острота зрения 0,3 и ниже была на 12 глазах. Угол косоглазия до 5° наблюдался в 10 случаях, а на 9 глазах он превышал 15°. Монокулярный характер зрения наблюдался в 85% случаев.

Лечебные мероприятия назначались с учётом личностных, индивидуально-соматических и психоневрологических особенностей детей. В контрольной группе они включали в себя прямую окклюзию, пенализацию, монокулярные зрительные нагрузки, различные методы засветов. В экспериментальной группе к вышеперечисленным методам лечения была добавлена магнитотерапия и фотостимуляция. Для этой цели использовался базовый аппарат «АТОС» в комплекте с приставкой «Амблио-1». Срок наблюдения составил 1 календарный год. В течение данного времени всем де-