

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-

тям было проведено по 3 курса лечения, каждый из которых имел продолжительность 14 дней.

По окончании лечения получены следующие результаты.

Острота зрения детей с косоглазием в контрольной группе повысилась в среднем на 0,47, в то время как в экспериментальной на 0,69. В подгруппе с косоглазием контрольной группы амблиопия излечена на 27 глазах (более 61%). Правильное положение глаз получено у 19 детей, а с углом косоглазия до 5° – у 3. Таким образом, 22 пациента (73%) получили правильное или близкое к нему положение глаз. Число лиц с бинокулярным зрением повысилось на 35%.

В группе с амблиопией без косоглазия у 2 детей диагностирована острота зрения менее 0,3, а 51% глаз имели остроту зрения 0,8-1,0.

Более положительные результаты были получены в экспериментальной группе. В подгруппе с косоглазием, амблиопия была излечена на 39 глазах (83%). Правильное положение глаз получено у 22 детей, а с углом косоглазия до 5° – у 4. Таким образом, 26 пациентов (почти 90%) получили правильное или близкое к нему положение глаз. Число лиц с бинокулярным зрением повысилось на 63%.

В группе с амблиопией без косоглазия ни у одного ребёнка не диагностирована острота зрения менее 0,3, а 73% глаз имели остроту зрения 0,8-1,0.

Таким образом, проведённое исследование показало высокую эффективность применения магнитотерапии и фотостимуляции в совокупности с другими методами при лечении амблиопии и косоглазия, что способствует наиболее максимальному оздоровлению детей младшего возраста.

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

СОСТОЯНИЕ АЛЬВЕОЛЯРНО-КАПИЛЛЯРНОЙ ПРОНИЦАЕМОСТИ ПРИ РАКЕ ЛЕГКОГО ПО ДАННЫМ ВЕНТИЛЯЦИОННОЙ ПУЛЬМОНОСЦИНТИГРАФИИ

Кривоногов Н.Г.¹, Демьяненко Н. Ю.²,
Дубоделов Е. Л.³

*Лаборатория радионуклидных методов исследования
ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН¹; кафедра
терапии усовершенствования врачей ГОУ ВПО
Томского Военно-медицинского института², ГУ НИИ
онкологии ТНЦ СО РАМН³, Томск, Россия*

В структуре онкологической заболеваемости в России рак легкого прочно занимает лидирующие позиции - заболеваемость им за последние 20 лет увеличилась более чем в 2 раза и находится на первом месте среди злокачественных новообразований. Ежегодно в России данная патология диагностируется у 63 000 пациентов, причем, в ранней стадии рак лёгких удаётся диагностировать не более чем в 15% случаев.

Вентиляционная пульмоносцинтиграфия легких позволяет получить дополнительную информацию, в частности, оценить состояние альвеолярно-капиллярной проницаемости (АКП), что актуально для проведения дифференциальной диагностики заболеваний органов дыхания. В основе расчета АКП лежит определение величины диффузионной способности легких, которая зависит от их объема и соответствующей ему площади поверхности газообмена. В ранее проведенных исследованиях, посвященных изучению АКП, авторы оценивали этот показатель только качественно, констатируя его ускорение или замедление, при этом АКП определялась методом динамической сцинтиграфии легких, который является весьма трудоемким, затратным и обременительным для пациента.

Определить АКП у пациентов раком легких при проведении вентиляционной пульмоносцинтиграфии в статическом режиме исследования.

Были обследованы 8 пациентов с верифицированным диагнозом рака легких, длительно курящих, средний возраст – 52,8±5,4 года. Для определения контрольных величин были обследованы 6 здоровых курящих (поскольку курение влияет на состояние АКП) добровольцев (контрольная группа), не имевших признаков заболевания органов дыхания и сердечно-сосудистой системы, средний возраст здоровых лиц составил 18,7±0,4 года.

Исследование регионарной вентиляции легких проводилось на сцинтиляционной гамма-камере «Омега-500» фирмы «Technicare» (США-Германия) с регистрацией изображения в матрицу 128 x 128 компьютера «Сцинти» производства НПО «Гелмос» (Россия). Для приготовления радиоактивного аэрозоля в специальную емкость ингалятора помещали радиофармпрепарат ДТПА (^{99m}Tc-Пентатех, «Диамед») в объеме 3 мл с удельной активностью 74-111 МБк/мл (всего - 555-740 МБк). Продолжительность ингаляции составила при этом не более 5-7 мин в условиях обычного для пациента ритма и глубины дыхания и подачи ингалируемой смеси под давлением 0,5-0,7 МПа.

Полипозиционную статическую сцинтиграфию легких проводили непосредственно после окончания ингаляции аэрозоля. Регистрация сцинтиграфических изображений проводилась в задне-прямой (POST) – 1-я мин после ингаляции, затем – передне-прямой (ANT) и боковых проекциях (LL 90°, RL 90°), после этого пациенту повторно проводилась статическая сцинтиграфия легких лишь в задне-прямой проекции через 10 и 30 мин после ингаляции. Для оценки АКП нами был предложен усовершенствованный метод вентиляционной пульмоносцинтиграфии, отличие которого от традиционных заключалось в следующем: использовался статический режим вентиляционной пульмоносцинтиграфии, проводилась оценка вымывания радиофармпрепарата из всего пораженного/интактного легкого; исследования выполнялись в задне-прямой проекции; АКП регистрировалась по вымыванию РФП на 10-й