

слабой степенью миопии, что составляет 6,4% от всего количества пациентов этой группы и у 1 человека со средней степенью миопии, что составляет 2,1% от всего количества пациентов этой группы.

Выводы

Препарат Морской кальций с железом является эффективным средством для профилактики прогрессирования миопии.

Благодаря своему составу, препарат Морской кальций с железом удобен в применении при лечении миопии, для улучшения трофики глаза, и профилактики ее осложнений у детей в амбулаторных условиях.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Аветисов Э.С., Ковалевский Е.И., Хватова А.В. Руководство по детской офтальмологии. – Москва: Медицина, 1987. – С. 176-178; 2. Телеуова Т.С., Мустафина Ж.Г., Курманбекова Н.С. Спазм аккомодации. – Алматы, 2004. – С. 13-14; 3. Аубакирова А.Ж., Токсанбаева Г.К. Близорукость – основная причина снижения зрения у детей // Офтальмологический журнал Казахстана, 2007. – №2. – С. 4-7; 4. Аубакирова А.Ж., Токсанбаева Г.К. Современные представления о распространенности и способах коррекции миопии у детей // Офтальмологический журнал Казахстана, 2008. – №1. – С. 45; 5. Аубакирова А.Ж. Врожденные заболевания глаз у детей в Казахстане. – Алматы, 1998. – С. 175.

Т Ы Ж Ы Р Ы М

АМБУЛАТОРЛЫ ШАРТТА БАЛАЛАРДЫҢ МИОПИЯСЫН ЕМДЕУ КЕЗІНДЕГІ «ТЕҢІЗ ТЕМІРЛІ КАЛЬЦИЙ» ДӘРМЕГІНІҢ ТИІМДІЛІГІ

О.М. Юнцова

Ақмола облыстық ауруханасы, Көкшетау қ.

«Теңіз темірлі кальций» дәрмегінің тиімділігі балаларды миопиядан емдеу кезінде зерттеудің мақсаты болып табылады. 103 емделуші емі және текеріс қорытындысы талданды. Бұл дәрі-дәрмек құрамының нәтижесі көз трофигін жақсартып, амбулаторлы шартта қолдануға ыңғайлы және балалардағы профилактикалық миопия күшеюіне арналған нәтижелі құралы.

S U M M A R Y

THE EFFECTIVE USE OF THE MEDICATION 'MARINE CALCIUM WITH FERRUM' IN THE OUT-PATIENT CARE THERAPY OF CHILDREN'S MYOPIA

O.M. Untsova

Akmola region hospital, Kokshetau c.

The aim of the research is to study the effective use of the medication "Marine Calcium with Ferrum" in the therapy of children suffering from myopia. The results of medical examination and treatment of 103 patients were analyzed. It is found out that the medication improves the trophism of the eye due to its composition. It is an effective means for the prevention of children's progressive myopia and very suitable for the use in out-patient care.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ВОБИЛОН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ

О.М. ЮНЦОВА

Ақмолинская областная больница, г. Кокшетау

Сахарный диабет (СД) является самым распространенным эндокринным заболеванием. По данным ВОЗ в настоящее время насчитывается более 100 млн больных, страдающих этим недугом. Кроме того, приблизительно у такого же количества людей (преимущественно у лиц зрелого и пожилого возраста) СД протекает в «стертой» форме и своевременно не диагностируется, из-за чего больные не получают необходимого лечения. СД занимает третье место среди непосредственных причин смерти после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний [1]. СД является одним из приоритетов национальных программ здравоохранения всех стран мира, закрепленных нормативными актами ВОЗ (N. Ducrey, 1991; М.И. Балаболкин, 1994; И.И. Дедов, 1998; А.С. Ахметов, 1998) [2].

Среди осложнений СД ведущее место занимает диабетическая ретинопатия (ДР), приводящая к необратимой слепоте.

В патогенезе сосудистых поражений при СД задействованы нарушения углеводного, липидного и белкового обменов, свертывающей и фибринолитической систем крови, система антиоксидантной защиты, ионного и кислотно-щелочного гомеостаза и генетическая предрасположенность, ведущие к нарушению транскапиллярного обмена. На фоне некорректируемой или плохо корректируемой гипергликемии происходит усиление реакции ферментативного взаимодействия глюкозы с белками (гемоглобин, альбумин, иммуноглобулины, белки свертывающей системы крови и клеточных мембран), что вызывает необратимое повреждение их структуры. Они становятся менее эластичными, затрудняют диф-

фузию веществ между клетками, гликозилирование мембран кровеносных сосудов также приводит к потере ими эластичности, к ее утолщению, вызывая нарушение оксигенации и проницаемости. Изменяется работа эндотелия сосудов. Эндотелиальные клетки, выстилающие русло всех сосудов организма, обеспечивают регуляцию сосудистого тонуса, активно участвуют во многих локальных и системных метаболических процессах, пролиферации и миграции клеток различных типов, в обеспечении целостности сосудистой стенки, ее проницаемости и неоваскуляризации тканей при ее ишемии. Эти функции реализуются через различные механизмы. В первую очередь, с помощью вырабатываемых самим эндотелием сосудосуживающих, релаксирующих и ростковых факторов, факторов свертывания крови и компонентов фибринолитической системы. Комплекс повреждающих механизмов приводит к разрушению гематоретинального барьера – сложной системы, в которую входят базальная мембрана, эндотелий и прилегающие периваскулярные клетки. Это приводит к повышению проницаемости капилляров, гиперплазии эндотелия, образованию аневризм. Таким образом, уже на ранних стадиях ДР имеют место значительные морфологические изменения, что проявляется в виде отека сетчатки, геморрагий, твердых и мягких экссудатов, микроаневризм. Отек макулярной области ведет к значительному снижению зрения. В сетчатке появляются зоны ишемии и гипоксии, голодающие клетки выделяют особые вазопролиферативные вещества, призванные запустить рост новообразованных сосудов (неоваскуляризация). Новообразованные сосуды имеют неполноценную стенку

и, прорастая в стекловидное тело, кровоточат. Вновь образованная фиброваскулярная ткань прорастает через внутреннюю пограничную мембрану сетчатки и накапливается на ее поверхности, проминировав в стекловидное тело, захватывая все большие участки. Фиброзная ткань обладает выраженной способностью к сокращению. Сокращаясь, она вызывает самое тяжелое осложнение ДР – тракционную отслойку сетчатки [3]. Распространенность СД в промышленно развитых странах составляет 4-5% и ежегодный прирост числа заболевших равен 5-7%. В Российской Федерации в 1992 году зарегистрировано более 2 млн больных СД и ежегодный прирост их числа за последние 5 лет составляет 5% [1]. Риск развития ДР возрастает по мере увеличения продолжительности СД и зависит от его типа. Так, через 20 лет от момента заболевания СД I типа, ДР диагностируется у 98%, при СД II типа – у 60% больных.

В РК, в среднем, распространенность ДР составляет 26,8 на 10000 населения; 17,84 – на 10000 сельского населения и 41,33 – на 10000 городского населения. В структуре ДР преобладает препролиферативная стадия [4].

В Акмолинской области на 01.01.2011 г. состоит на диспансерном учете 10068 человек, страдающих СД (это составляет 1,37% от всей численности населения). С СД I типа – 531 человек (5,27%) и с СД II типа – 9537 человек (94,73%). Из них детей с СД I типа – 69 человек (0,69%). ДР выявлена у 3355 человек (33,3%), из них полная слепота – у 27 человек (0,27%). Больных с препролиферативной стадией ДР (ППДР) – 2867 человек (28,48%), с пролиферативной стадией ДР (ПДР) – 488 человек (4,85%).

Среди причин слепоты ДР занимает 3 место после травм и глаукомы. Несмотря на явные успехи новой стратегии лечения и профилактики диабетических ангиопатий, заключающейся в интенсивной инсулинотерапии, жестком контроле гликемии, формировании у больных СД устойчивой мотивации самоконтроля, проблема ДР по-прежнему остается острой и требует новых подходов к лечению с учетом факторов риска. Лечение должно быть комплексным. Его цель – компенсация, нормализация углеводного, жирового, белкового и водно-солевого обменов, лечение гипертонической болезни, нефропатии, ожирения и т.д. По данным ВОЗ интенсивное ведение больных с СД уменьшает развитие ДР на 74% и возникновение пролиферативной ДР на 47%. Лазеркоагуляция сетчатки, считающаяся на сегодняшний день единственным действенным способом лечения ДР, может иметь достаточно серьезные последствия для ряда функций органа зрения (в том числе нарушение сумеречного зрения, сужение периферических границ поля зрения). Лазеркоагуляция оправдана при выраженных патологических изменениях на глазном дне и не показана, например, при начальной препролиферативной ретинопатии. Для предупреждения слепоты и слабовидения первостепенное значение должно придаваться профилактике появления выраженных диабетических изменений сетчатки [5]. В этой связи ведется поиск новых, более эффективных способов реабилитации больных с ДР. Одним из направлений в ее лечении является совершенствование терапии, направленной на улучшение микроциркуляции с целью профилактики возникновения и развития ишемических изменений в сетчатке [6].

Цель исследования – изучение эффективности лечения ДР препаратом вобилон.

Материал и методы

Обследовано 20 больных (40 глаз) с ДР в возрасте от 36 до 58 лет. Мужчин было 7, женщин – 13 человек. Препролиферативная стадия ДР была выявлена у 12 человек, пролиферативная стадия ДР – у 8 человек. СД I типа был у 2 человек, СД II типа – у 18 человек. Все больные

находились на диспансерном учете у эндокринолога, получали соответствующую терапию, на фоне которой наблюдалась компенсация углеводного обмена. Длительность основного заболевания составила от 10 до 15 лет. Из сопутствующих заболеваний у 16 человек отмечалась гипертоническая болезнь, нефропатия – у 12 человек, ангиопатия нижних конечностей – у 9 человек, нарушение мозгового кровообращения – у 7 человек, ишемическая болезнь сердца – у 12 человек. Всем больным проводились визометрия, периметрия, тонометрия, биомикроскопия, офтальмоскопия. Все пациенты были разделены на 2 группы: в основной и в контрольной группе было по 10 человек (по 6 человек с ППДР и по 4 человека с ПДР) с практически одинаковыми зрительными функциями и сопутствующими заболеваниями. Всем пациентам проводилось стандартное лечение. 16 больным наряду с медикаментозным лечением была проведена лазеркоагуляция сетчатки. Больным из основной группы дополнительно был назначен вобилон по 160 мг (2 капсулы) x 3 раза в день.

Вобилон, повышая образование эндотелиального релаксирующего фактора, нормализует тонус сосудов. В большей степени влияет на спазмированные артериолы и поэтому не вызывает эффекта «обкрадывания». Вобилон уменьшает проницаемость сосудистой стенки, препятствует образованию свободных радикалов и перекисного окисления липидов клеточных мембран, стабилизирует клеточные мембраны, нормализует медиаторные процессы ЦНС, оказывает антиоксидантное, антиапоптотическое и цитопротективное действие, улучшает микроциркуляцию, способствует утилизации глюкозы (при ишемии или гипоксии). Кроме того, вобилон ингибирует врожденный механизм гибели эпителиальных клеток хрусталика вследствие окислительного стресса, вызванного высоким уровнем глюкозы, и увеличивает продолжительность жизни хрусталика.

Эффективность лечения оценивалась по динамике зрительных функций и офтальмоскопической картине глазного дна. Исследование было проведено в первый день лечения и через месяц.

Результаты и обсуждение

На фоне проводимого лечения 6 пациентов основной группы, 6 пациентов контрольной группы с ППДР и 3 пациента основной группы, 1 пациент контрольной группы с ПДР отметили уменьшение плотности тумана перед глазами.

При офтальмоскопии глазного дна отмечалось уменьшение количества геморрагий и интенсивности их окраски, уменьшение в размерах ишемических зон в обеих группах больных: в основной группе у 7 пациентов и у 5 пациентов из контрольной группы. Исчезновение отека в области макулы произошло у 4 пациентов из основной группы и у 3 пациентов из контрольной группы.

У больных с ППДР из основной группы острота зрения повысилась на 0,05 – 0,6 (в среднем на 0,33), суммарное поле зрения расширилось на 50 – 105 градусов. У больных с ППДР из контрольной группы острота зрения повысилась на 0,02 – 0,3 (в среднем на 0,16), суммарное поле зрения расширилось на 25 – 40 градусов.

У больных с ПДР из основной группы острота зрения повысилась на 0,005 – 0,02 (в среднем на 0,0125), суммарное поле зрения расширилось на 5 – 15 градусов. У больных с ПДР из контрольной группы острота зрения повысилась на 0,005 – 0,01 (в среднем на 0,0075), суммарное поле зрения расширилось на 0 – 5 градусов.

Выводы

1. Вобилон, благодаря своему механизму действия, способствует улучшению зрительных функций у больных с ДР.

2. Вобилон может быть применен в комплексном лечении больных сахарным диабетом.

3. Вобилон более эффективен при лечении препролиферативной стадии ДР.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Калинин А.П., Можеренков В.П., Прокофьева Г.Л. Офтальмоэндокринология. – Москва: Медицина, 1999. – С. 43; 2. Имантаева М.Б., Краморенко Ю.С., Степанова И.С. Патогенетические аспекты диабетической ретинопатии // Офтальмологический журнал Казахстана, 2003. – №1. – С. 29 – 35; 3. Кацнельсон Л.А., Форофнова Т.И., Бунин А.Я. Сосудистые заболевания глаз – Москва: Медицина, 1990. – С. 46, 68 – 69; 4. Степанова И.С. Распространенность диабетической ретинопатии в Казахстане // Офтальмологический журнал Казахстана, 2008. – №4. – С. 6 – 8; 5. Ботабекова Т.К., Жазини Б.С., Имантаева М.Б., Алдашева Н.А. Эффективность дириотона в комплексном лечении диабетической ретинопатии у больных с сопутствующей артериальной гипертензией // Офтальмологический журнал Казахстана, 2005. – №2. – С. 40; 6. Ботабекова Т.К., Имантаева М.Б., Жазини Б.С., Джуматаева З.А. Милдронат в лечении диабетической ретинопатии // Офтальмологический журнал Казахстана, 2004. – №2. – С. 25.

ТҰЖЫРЫМ

ДИАБЕТТІК РЕТИНОПАТИЯ ЕМДІК КЕШЕНІНДЕ ВОБИЛОН ДӘРМЕГІН ҚОЛДАНУ

О.М. Юнцова

Ақмола облыстық ауруханасы, Көкшетау қ.

Диабеттік ретинопатия кезінде Вобилон дәрмегінің қолдану тиімділігі зерттеу мақсаты болып табылады. 20 емделушілердің диабеттік ретинопатия емі және тексеріс қорытындысы талданды. Вобилон дәрі-дәрмегі диабеттік ретинопатия дәрежесіндегі препролиферативті емдеу кезінде тым нәтижелі және макулярлы ісік азайтылуының есебінде көру функциясының арттырылуына мүмкіндік туғызады.

SUMMARY

THE USE OF THE MEDICATION VOBILON IN THE COMPLEX THERAPY OF DIABETIC RETINOPATHY

О.М. Untsova

Akmola Regional Hospital, Kokshetau c.

The aim of the research is to study the effective use of the medication Vobilon in the diabetic retinopathy therapy. The results of medical examination and treatment of 20 patients were analyzed. It is found out that the medication Vobilon helps to improve the visual function because it helps to reduce the macular edema. It is most effective in the therapy of the preproliferative stage of diabetic retinopathy.

УДК 616.36-056.83:-036.1

АЛКОГОЛЬНАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ У ЛИЦ, ДЛИТЕЛЬНО УПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЬНЫЕ НАПИТКИ

Л.Н. НУРСУЛТАНОВА, З.М. ЖАНКАЛОВА

Областной медицинский центр, г. Кызылорда,

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы

В настоящее время одним из ведущих этиологических факторов поражения печени является алкоголь. Однако не у всех лиц, злоупотребляющих спиртными напитками, развивается поражение печени: частота выявления у них цирроза на вскрытии не превышает 10–15%, в то время как у 1/3 изменения печени вообще отсутствуют [1].

Алкогольная болезнь печени (АБП) объединяет различные нарушения структуры и функциональной способности органа, вызванные длительным и систематическим употреблением алкогольных напитков. Основные формы АБП – стеатоз, гепатит и цирроз, которые являются, по существу, фазами заболевания [2, 3, 4, 5].

Тенденция повышения употребления алкоголя среди населения и связанное с этим увеличение частоты хронических диффузных заболеваний печени, трудности их верификации являются актуальной проблемой как с научной, так и практической стороны. Это предопределяет необходимость дальнейших исследований механизмов развития АБП и изучения его частоты среди различных слоев населения.

Цель нашего исследования – изучение частоты и структуры алкогольной болезни печени среди лиц, длительно употребляющих алкогольные напитки.

Материал и методы

Целенаправленно было обследовано 240 пациентов с различными заболеваниями печени, находящихся в

клиниках г. Алматы и г. Кызылорды. Средний возраст пациентов составил 45,7±3,4 года.

Верификация диагноза осуществлялась на основании клинико-биохимических и инструментальных методов исследования, которые включали:

– изучение жалоб и анамнеза, данных объективного осмотра;

– определение в сыворотке крови билирубина и его фракций, активности ферментов АЛТ, АСТ, ГГТП, ЩФ, содержания холестерина, общего белка и белковых фракций;

– УЗИ органов брюшной полости;

– ЭФГДС (по показаниям).

«Алкогольный» анамнез устанавливался на основании специально разработанной анкеты, адаптированной для последующей компьютерной обработки данных. Опросник включал такие пункты, как возраст, профессия, семейное положение, социально-экономический статус; длительность, кратность, количество, характер употребления алкогольных напитков; жалобы, переносимость алкогольных напитков, наличие каких-либо заболеваний, в том числе заболеваний печени.

Результаты и обсуждение

Распределение обследованных пациентов выглядело таким образом, что мужчины составили 85,5% обследуемых – 205 человек. Число женщин составило 35 (14,5%).