

Для проверки этой гипотезы была проведена 11 серия экспериментов с использованием физиотерапевтического аппарата "ИНФИТА". Аппарат "ИНФИТА" применялся в затемненной комнате дистанционно (1,5 метра от испытуемых) в течение 10 минут в режиме импульсного низкочастотного (50 Гц) ЭМП. В исследованиях участвовало 17 спортсменов. До- и после воздействий у испытуемых регистрировались полимиографические характеристики центральной нервной и нервно-мышечной систем, психофункциональное состояние и гипоксическая устойчивость (проба Штанге).

Для оценки психофункционального состояния у спортсменов часто применяется метод определения точности реакций на движущийся объект (РДО). В условиях тренировки определение РДО проводится с помощью специального секундомера, стрелка которого и выступает в роли движущегося объекта. В наших исследованиях использовался компьютеризированный вариант методики РДО.

Критическая частота светомельканий (КЧСМ) является показателем лабильности нервной системы. Измеряется следующим образом: испытуемому предъявляют ритмические световые стимулы определенной интенсивности. При определенной частоте световых импульсов испытуемый воспринимает стимул без пульсации (произошло их субъективное слияние). У каждого испытуемого имеется свой индивидуальный уровень КЧСМ (число импульсов в секунду). Величина КЧСМ снижается, по сравнению с исходным уровнем, на фоне утомления.

Теппинг-тест используется для определения максимальной частоты движений. Он характеризует функциональное состояние двигательного аппарата и силу нервной системы. Снижение частоты движений, свидетельствует о недостаточной выносливости и подвижности нервных процессов.

При анализе результатов исследований наблюдалось достоверное улучшение всех психофизиологических параметров. Существенно повысилась (на 65,6%;  $P < 0,01$ ) точность реакций на движущийся объект и уменьшилась (на 49,0%;  $P < 0,01$ ) их вариативность.

Увеличилась (на 3,2%;  $P < 0,05$ ) частота движений и повысился (на 55,8%;  $P < 0,01$ ) коэффициент скоростной выносливости по теппинг-тесту. Достоверно повысилась (на 6,5%;  $P < 0,01$ ) критическая частота световых мельканий. Кроме того, отмечено существенное (на 26,2%;  $P < 0,01$ ) улучшение гипоксической устойчивости организма.

При анализе реакций центральной нервной и нервно-мышечной систем обнаружено некоторое (недостоверно) понижение скорости двигательной реакции напряжения, скорости развития возбуждающих процессов и достоверное ( $P < 0,05$ ) ухудшение скорости произвольного напряжения мышц, свидетельствующее о понижении возбудимости ЦНС. Все остальные характеристики существенно улучшились. Достоверно повысилась скорость двигательной реакции расслабления, скорость развития тормозных процессов, функциональная активность тормозных систем и общее функциональное состояние ЦНС.

Зарегистрирован достоверный ( $P < 0,01$ ) сдвиг баланса нервных процессов в сторону торможения.

Существенные позитивные перестройки в ЦНС привели к достоверному ( $P < 0,05$ ) увеличению скорости произвольного расслабления мышц. Таким образом, под воздействием импульсного низкочастотного ЭМП, как и под влиянием брома, происходит активизация тормозных систем ЦНС, снижение возбудимости ЦНС и нормализация баланса основных нервных процессов "возбуждение-торможение" в ЦНС. Всё это, в свою очередь, приводит к нормализации процесса произвольного расслабления скелетных мышц, повышению его скорости и, соответственно, к увеличению мощности тормозно-релаксационной функциональной системы срочной адаптации и защиты (ТРФСЗ) организма от экстремальных воздействий.

### КЛАССИФИКАЦИЯ ФАКТОРОВ РИСКА ПРИ ВТОРИЧНОМ СУХОМ ГЛАЗЕ

Ерёменко А.И., Янченко С.В.

*Кубанский государственный медицинский университет,  
Краснодар*

Рядом отечественных и зарубежных авторов было предложено подразделение сухого глаза на первичный и вторичный (Д.Ю. Майчук и соавт., 2005; М.А. Лемп, 1995). При этом, у трети пациентов, страдающих вторичным сухим глазом (ВСГ), этиология заболевания остаётся неясной (Д.Ю. Майчук, 2006). Для уточнения проявлений факторов риска на определённых территориях необходимо проведение популяционных эпидемиологических исследований, что и определяет актуальность проблемы.

#### Цель работы

Разработать классификацию факторов риска по ВСГ.

#### Материалы

Были изучены факторы риска по возникновению ВСГ и официальные документы о состоянии природной среды Краснодарского края (А.В. Колбаско, 2001; П.В. Нефёдов и соавт., 2005; В.А. Шашель и соавт., 2004).

#### Результаты

Предлагается выделить две группы факторов риска.

1) **Популяционные факторы риска ВСГ:** климато-географические (количество солнечных дней в году; средняя температура июля; жёсткость января в градусах; число ветреных дней в году; число дней без осадков); экологические (уровень загрязнения атмосферного воздуха и почв промышленными предприятиями, автотранспортом, ядохимикатами); социальные (возрастно-половой состав территории; род занятий); медикосоциальные (распространённость на данной территории воспалительных заболеваний переднего отрезка глаза, аллергозов, глаукомы, глазного травматизма, системных заболеваний соединительной ткани, лиц, перенесших офтальмохирургию).

2) **Индивидуальные факторы риска ВСГ:** бытовые (тип отопления; наличие кондиционера; время работы за компьютером и тип монитора; время просмотра телевизора в течение суток, тип монитора; использование косметики; вождение автомобиля; посещение бассейна; курение); производственные (воз-

действие высоких температур, излучения, пыли, потоков воздуха, токсинов; длительное напряжение внимания; работа с оптикой; работа на компьютере); **медицинские** (наличие общих заболеваний и заболеваний глаза, приводящих к ксерозу; приём медикаментов, вызывающих сухость слизистых; ношение контактных линз; перенесенные ранее операции на органе зрения)

#### Заключение

По нашему мнению, предложенная классификация факторов риска по ВСГ обращает внимание на неисследованные ранее региональные аспекты данной проблемы, и является приемлемой для проведения эпидемиологических исследований реальных человеческих популяций, проживающих на определённых территориях.

### ВОЗМОЖНОСТИ ПРЕПАРАТА «КОРНЕРЕГЕЛЬ» В ПРОФИЛАКТИКЕ КОМБИНИРОВАННОГО СИНДРОМА СУХОГО ГЛАЗА ПОСЛЕ КАТАРАКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Ерёменко А.И., Бойко А.А.,  
Янченко С.В., Дубинкина В.О.  
Кубанский государственный медуниверситет,  
Медицинский центр «Три – 3»,  
Краснодар

*Синдром сухого глаза* (ССГ) выявляется более чем у 67% офтальмологических пациентов старше 50 лет (Бржеский В.В., Сомов Е.Е., 2002). У части из них состояние *гипопродукции слёзной жидкости* не сопровождается наличием «активных» жалоб и клиники ССГ (Смиренная Е.В., 2004), что может быть обозначено как *субклинический ксероз*. Другие авторы описывают возникновение *вторичного «сухого глаза»* после оперативных вмешательств, связанных с нанесением разрезов на роговицу (Майчук Д.Ю., 2004; McDonald M., 2001). Сочетание нескольких факторов риска приводит к развитию *комбинированного ССГ* (Полунин Г.С. и соавт., 2003).

#### Цель исследования

Изучить возможности препарата *Корнерегель* в профилактике развития *комбинированного ССГ* после катарактальной хирургии.

#### Материалы и методы

од наблюдением были 1340 больных (1340 глаз) в возрасте от 51 года до 80 лет. Всем им, помимо стандартного офтальмологического обследования, определяли суммарную слёзопродукцию по Ширмеру, стабильность прероговичной слёзной плёнки (ПСП) по Норну, проводили осмотр слёзного мениска и пробы с флюоресцином. Никому из пациентов, диагноз ССГ ранее не выставлялся, специфические клинические проявления отсутствовали. У 50,8% наблюдавшихся функциональные пробы соответствовали норме (15,3±1,1 мм; 10,1±1,2 с) - *отсутствие ксероза*, а у 49,2% - отмечалось их снижение (12,4±1,2 мм; 7,1±1,6 с) - *субклинический ксероз*. Хирургия включала: экстракапсулярную экстракцию катаракты роговичным разрезом с имплантацией ИОЛ (ЭЭК с ИОЛ) – 121 человек; факоэмульсификацию катаракты с имплан-

тацией ИОЛ (ФЭМ с ИОЛ) – 1219 человек. Пациенты 1-й группы (ЭЭК с ИОЛ – 81; ФЭМ с ИОЛ – 1019) помимо стандартной терапии (инстилляций Макситрола 6 раз в сутки – 1 месяц), получали инстилляцию препарата *Корнерегель* 4 раза в сутки. Больные 2-й группы (ЭЭК с ИОЛ – 40 человек; ФЭМ с ИОЛ – 200 человек) - только стандартную терапию.

#### Результаты

В течение 1-3 суток после операции состояние всех наблюдавшихся было расценено, как *субклинический ксероз* транзиторного характера. Снижение функциональных проб было достоверно более выраженным у пациентов 2-й группы. В пределах обеих групп стабильность ПСП была достоверно ниже у пациентов после ЭЭК с ИОЛ.

В 1-й группе на 5-7 сутки послеоперационного периода отсутствие ССГ наблюдалось у 97,5% пациентов, субклинический ксероз – у 2,2%, клиническая манифестация ССГ – у 0,3%. Во 2-й группе отсутствие ССГ было отмечено у 3,3% больных, субклинический ксероз – у 68,4%; клинические признаки ССГ появились у 28,3%. Манифестация клинических проявлений ССГ заставила прибегнуть к назначению препарата *Корнерегель* (4-6 раз в сутки при ксерозе лёгкой и средней степени; 6-8 раз в при тяжёлом). На 10 сутки наблюдения в 1-й группе отсутствие ксероза отмечалось у 98,3% наблюдавшихся; субклинический ксероз – у 1,7%. У пациентов 2-й группы отсутствие ксероза было отмечено у 19,6% больных; субклинический ксероз – у 69,2%; клинически манифестированный – у 11,2%. Через 1 месяц после оперативного лечения жалобы и клинические проявления ССГ отсутствовали у пациентов обеих групп, функциональные пробы были субнормальными и достоверно не отличались у пациентов 1-й и 2-й групп.

#### Заключение

Исходя из выше изложенного, препарат *Корнерегель* показал свою высокую эффективность в профилактике *комбинированного ССГ* у пациентов старшей возрастной группы после катарактальной хирургии.

### ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ БЛОКАД СИНОКАРОТИДНОЙ ЗОНЫ, СПОСОБОВ ЭНДОЛИМФАТИЧЕСКОГО РЕГИОНАРНОГО ВВЕДЕНИЯ И ДЛИТЕЛЬНОЙ ВНУТРИКАРОТИДНОЙ ИНFUЗИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ СОСУДИСТЫХ ОПТИЧЕСКИХ НЕЙРОПАТИЙ

Ерёменко А.И., Янченко С.В.,  
Каленич Л.А., Лысенко О.И., Татаршао Ф.А.  
Кубанский государственный медуниверситет,  
Краснодар

В последние годы отечественными и зарубежными авторами был предложен ряд способов лечебного, в том числе хирургического, воздействия при острых сосудистых оптических нейропатиях (Аветисов С.Э. и соавт., 2005; Линник Л.Ф. и соавт., 2005; Richard G. et al., 1999; Tang W. et al., 2000). Тем не менее, функциональные исходы при данной тяжёлой патологии зрительного нерва всё ещё остаются недостаточными,