

ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ МЕТОДИК ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МИОПИЕЙ С ПОМОЩЬЮ КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА

АПРЕЛЕВ А.Е., КИРИЛЛИЧЕВ А.И.

ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия», г. Оренбург, Россия

АННОТАЦИЯ

В работе проанализирован статистический материал лечения приобретенной близорукости стандартными методами в условиях глазных отделений областной больницы г. Оренбурга за 1999-2003 гг. Всего проанализированы данные 249 пациентов в возрасте до 20 лет. Нами установлено, что функциональные показатели зрительного анализатора до и после проведенного комплексного стационарного лечения статистически не отличаются между собой, независимо от степени близорукости, что указывает на необходимость включения в комплексное лечение миопии методов восстановительного лечения.

Ключевые слова: миопия, клиничко-статистический анализ, функциональная реабилитация.

ВВЕДЕНИЕ

Миопия и ее функциональная реабилитация остается одной из актуальных проблем для современных офтальмологов. Это объясняется высокой заболеваемостью (1008,7 на 100 тыс. детского населения) близорукостью, ее прогрессирующим и возникновением осложнений в более старшем возрасте [1], нередко приводящих к утрате трудоспособности и социальной дезадаптации пациента [3]. Все вышперечисленное заставляет внимательно оценивать изменения функциональных параметров органа зрения при применении различных методик лечения с целью выбора оптимальных [2].

Цель: изучение клиничко-статистической зависимости между функциональными показателями до и после лечения у больных с приобретенной близорукостью.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для данного медико-статистического исследования проведен анализ лечения 249 пациентов (498 глаз) с приобретенной миопией за период 1999-2003 гг., в возрасте до 20 лет, лечившихся в условиях глазных отделений областной клинической больницы № 1 г. Оренбурга. Для оценки функционального состояния глаз применялись следующие методы диагностики: визометрия, определение статической рефракции в условиях циклоплегии, общий офтальмологический осмотр (биомикроскопия, офтальмоскопия), исследования проводились до лечения и в последний день лечения. При сборе анамнеза обращалось внимание на давность возникновения близорукости, наличие заболевания у ближайших родственников, а также на другие заболевания глаз и сопутствующую патологию. С учетом специфики работы областной больницы (отдаленность районов, отсутствие доступности высокоспециализированной и узкоспециализированной медицинской помощи на местах) всем больным после оперативного лечения (388 глаз), в основном, склеропластика и ретро-склеропломбаж, проводились сосудорасширяющая,

витаминоканевая терапия, физиотерапевтическое лечение. У пациентов диагностировались в центральных отделах глазного дна конусы дисков зрительных нервов (87,4%), на периферии – различные формы витреоретинальных дистрофий (24,8%).

Расчеты проводились с помощью программы STATISTICA 7.0. Для оценки возможной связи между двумя количественными рядами применялся корреляционный анализ [5].

Результаты и обсуждение

Распределение пациентов по полу и возрасту представлено в табл. 1, из которой следует, что наибольшее количество пациентов (165) пролечено в возрастной группе 14-17 лет, независимо от пола; практически одинаковое число больных в возрастной группе 18-20 лет (34 женщины и 31 мужчина); в возрастной группе до 13 лет значительно преобладали пациенты женского пола (15) над мужским (4).

Таблица 1.

Распределение пациентов с близорукостью по полу и возрасту (n = 249).

Пол	Возрастная группа		
	до 13 лет	14-17 лет	18-20 лет
ж	15 (6%)	129 (52%)	34 (13,5%)
м	4 (1,5%)	36 (14,5%)	31 (12,5%)
Всего	19 (7,5%)	165 (66,5%)	65 (26%)

При анализе полученных данных выяснено, что при увеличении степени близорукости возрастает продолжительность лечения в стационаре $p < 0,05$ (рис. 1).

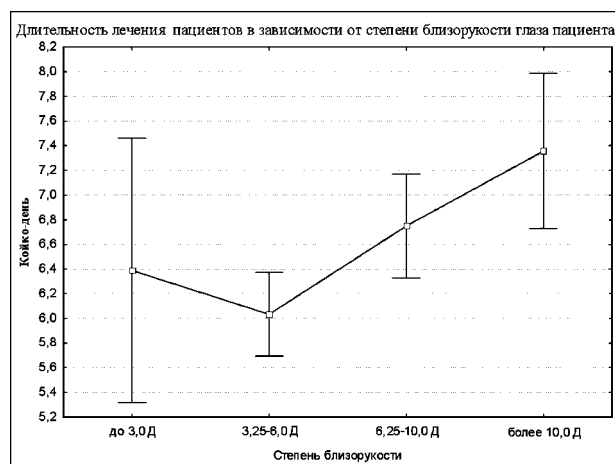


Рис. 1. Длительность лечения пациентов в зависимости от степени близорукости.

Дополнительная оценка средних по методу Шеффе показывает, что у пациентов с миопией 3,25-6,0 Д имеют статистически значимые отличия средней длительности лечения ($6,03 \pm 2,80$), что связано с поступлением этих пациентов в стационар для проведения преимущественно хирургического лечения.

Длительность лечения пациентов, имеющих величину близорукости до 3,0 Д, от 6,25-до 10,0 Д и более 10,0Д ($6,39 \pm 3,16$; $6,75 \pm 2,41$; $7,36 \pm 2,63$ соответственно) превосходит показатели длительности лечения больных с миопией от 3,0 до 6,0 Д. Наибольшее количество койко-дней было у больных со степенью миопии более 10,0 Д, что объясняется наибольшей тяжестью течения заболевания и соответственно применением разнообразных комбинированных методов лечения у этой группы пациентов.

Как следует из рис. 2, чем больше давность заболевания глаз, тем выше степень близорукости, которая наблюдается у пациента. Например, если в группе со степенью близорукости до 3,0 Д давность заболевания глаза составляет $4,97 \pm 4,06$ лет, то для пациентов с близорукостью более 10,0 Д средняя давность заболевания глаза составляет уже $8,73 \pm 3,45$ лет.

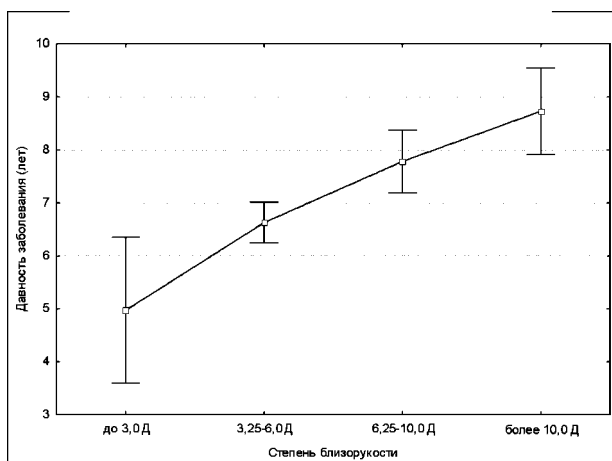


Рис. 2. Давность заболевания в группах детей, отличающихся степенью близорукости.

Пациенты с неосложненной прогрессирующей миопией находились на излечении в целом меньше ($6,11 \pm 2,53$ дня), чем со стационарной осложненной миопией ($7,9 \pm 3,22$ дня) ($p < 0,05$) (рис. 3).

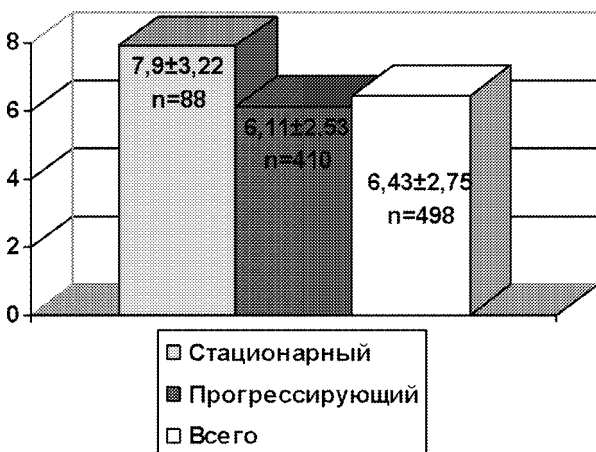


Рис. 3. Показатели длительности лечения пациентов в зависимости от характера течения болезни.

Указанный факт можно объяснить тем, что пациентам с прогрессирующим характером течения заболевания чаще всего проводилось хирургическое лечение. Из 388 случаев заболевания в 38 (7,6%) случаев был выполнен ретросклеропломбаж у паци-

ентов со стационарным характером течения болезни и в 350 (70,3%) случаев выполнена склеропластика у пациентов с неосложненным прогрессирующим течением болезни.

Результаты анализа показывают, что между степенью миопии при поступлении и величиной конуса имеется достаточно высокая статистически достоверная связь ($r=0,611$) (табл. 2), что согласуется с литературными данными [1].

Таблица 2.
Величина миопического конуса в зависимости от степени миопии.

Степень миопии	Число наблюдений (глаз)	Величина конуса по степеням (М±σ)	Величина конуса по степеням (М±σ)
До 3,0Д	36	$0,58 \pm 0,16$	$0,58 \pm 0,97$
3,25-6,0Д	264	$0,74 \pm 0,04$	$0,74 \pm 0,73$
6,25-10,0Д	128	$1,09 \pm 0,07$	$1,09 \pm 0,81$
Более 10,0Д	70	$2,00 \pm 0,14$	$2,00 \pm 1,18$
Всего	498	$1,00 \pm 0,04$	$1,00 \pm 0,95$

При сравнении длины переднезадней оси глаза в зависимости от степени миопии следует, что с ростом степени рефракции возрастает длина переднезадней оси глаза. Так, при миопии до 3,0 Д она составила $25,49 \pm 0,54$ мм ($n=36$), при близорукости более 10,0 Д – $29,31 \pm 0,75$ мм ($n=70$).

Из приведенных данных следует, что традиционное комплексное стационарное лечение не дает статистически значимых отличий в функциональных показателях до и после терапии (табл. 3).

Таблица 3.
Значения функциональных показателей пациентов до и после лечения.

Показатель	Не имеют других заболеваний глаз		Имеют другие заболевания глаз	
	число наблюдений	значение показателя (М±σ)	число наблюдений	значение показателя (М±σ)
Острота зрения без коррекции до лечения	471	$0,18 \pm 0,01$	27	$0,18 \pm 0,06$
	471	$0,19 \pm 0,01$	27	$0,18 \pm 0,06$
Рефракция до лечения	471	$6,96 \pm 0,19$	27	$7,65 \pm 0,87$
	471	$6,89 \pm 0,20$	27	$7,65 \pm 0,87$
Острота зрения с коррекцией до лечения	471	$0,71 \pm 0,01$	27	$0,35 \pm 0,06$
	471	$0,73 \pm 0,01$	27	$0,35 \pm 0,06$

Из этой ситуации есть несколько путей решения:
1. Внедрить в комплексное лечение миопии методы, позволяющие получить улучшение зрительных функций, а именно нетрадиционные [4].
2. Выписывать пациентов на следующие сутки после оперативного лечения с последующим долечиванием по месту жительства.
3. Выписывать пациентов на долечивание в дневном стационаре с применением методов, улучшающих функциональные данные.

ВЫВОДЫ:

1. При увеличении степени близорукости возрастает продолжительность лечения в стационаре с $6,03 \pm 0,17$ до $7,36 \pm 0,31$ дней.

2. При сопоставлении давности заболевания и степени близорукости выявилась следующая тенденция: чем больше давность заболевания глаз, тем выше степень близорукости. Например, если в группе со степенью миопии 3,0 Д давность заболевания составляла $4,97 \pm 4,06$ лет, то у пациентов с миопией 10,0 Д – уже $8,73 \pm 3,45$ лет.

3. Пациенты, имеющие неосложненный прогрессирующий характер течения болезни, находились на излечении в целом меньше ($p < 0,05$) ($6,11 \pm 2,53$ дня), чем пациенты со стационарной осложненной миопией ($7,9 \pm 3,22$ дня), что было связано с преимущественно хирургическим (склеропластика) лечением в 1-й группе (82,4%) и осложненным характером миопии, потребовавшим длительного лечения во 2-й группе.

4. После проведенного курса стационарного лечения, при котором средний койко-день составлял $6,43 \pm 2,75$ дня, не получено статистически значимых отличий в функциональных значениях, поэтому поиск и применение комплексных консервативных методик в сочетании с традиционными, направленными на повышение функциональных значений, остается актуальным. К таким методам относятся: рефлексотерапия, фармакопунктура биоматериалом аллоплант и миотерапия.

Необходимо внедрить лечение в отделении дневного пребывания после операции или долечивание по месту жительства для сокращения сроков пребывания в стационаре.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аветисов Э.С. Близорукость. – М.: Медицина, 2002. – 288 с.
2. Крыжановская Т.В. Состояние и возможности совершенствования реабилитации детей дошкольного возраста с тяжелой

патологией глаз в УССР // Всесоюз. конф. по актуальным вопросам детской офтальмологии, 3-я: Тез. докл. – М., 1989. – С. 36-37.

3. Нефедоровская Л.В. Медико-социальные проблемы нарушения зрения у детей России. – М.: Центр развития межсекторальных программ, 2008. – 240с.

4. Патент РФ № 2329029. Способ лечения близорукости / Мулдашев Э.Р., Галимова В.У., Кирилличев А.И., Апрельев А.Е. приоритет от 03.04.07.

5. Поллард Дж. Справочник по вычислительным методам статистики. – М.: Финансы и статистика, 1982. – 344с

РЕЗЮМЕ

В работе проанализирован статистический материал лечения приобретенной близорукости стандартными методами в условиях глазных отделений областной больницы г. Оренбурга за 1999-2003 гг. Всего проанализированы данные 249 пациентов в возрасте до 20 лет. Нами установлено, что после проведенного курса стационарного лечения, при котором средний койко-день составлял $6,43 \pm 2,75$ дня, не получено статистически значимых отличий в функциональных значениях. Следовательно, поиск и применение комплексных методик восстановительного лечения, включающих методы традиционной и инновационной медицины, и направленных на повышение функциональных значений остается актуальным.

ABSTRACT

In the work the statistical material of treatment of acquired myopia by standard methods in the ophthalmology departments of the regional hospital of Orenburg from 1999 till 2003 is analyzed. In total the data of 249 patients aged before 20 are analyzed. We ascertained that after the course of inpatient treatment, when the average bed day had been 6.43 ± 2.75 days, the statistically significant differences of functional values were not received. Hence the search and application of complex techniques of the regenerative treatment, including the methods of both traditional and innovative medicine and aimed at the increase of the functional values, remain actual ones.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ИНТОКСИКАЦИОННЫМ СИНДРОМОМ ПРИ ГЕМОРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ НА ЭТАПЕ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ

*ПАВЕЛКИНА В.Ф., к.м.н., доцент, зав. кафедрой инфекционных болезней с курсом эпидемиологии
ЛАСЕЕВА М.Г., аспирант*

*ГОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева»
Медицинский институт, Республика Мордовия, г. Саранск.
Pavelkina@rambler.ru*

АННОТАЦИЯ

Изучены показатели эндогенной интоксикации (ЭИ) у 68 больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом (ГЛПС). Выявлено, что инфекционный процесс сопровождается развитием выраженного интоксикационного синдрома, который носит многофакторный характер и обусловлен активацией процессов перекисного окисления липидов, снижением антиоксидантной защиты (АОЗ) организма и мембранной недостаточностью. Длительность сохранения объективных показателей ЭИ и сроки восстановления структурно-функциональных характеристик биомембран необходимо учитывать в процессе реабилитации лиц, перенесших ГЛПС, при определении сроков расширения режима и восстановления трудоспособности. Сохранение ЭИ к периоду клинического выздоровления требует оптимизации терапии. Применение эмоксипина способствует уменьшению степени выраженности ЭИ, оказывая дезинтоксикационный, антиоксидантный и мембраностабилизирующий эффект. Необходимо его применение не только в период разгара, но и в

ранний и поздний реконвалесцентный периоды, что позволит уменьшить проявления резидуального синдрома, улучшить прогноз и качество жизни больных.

Ключевые слова: геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, интоксикационный синдром, свободнорадикальное окисление, связывающая способность альбуминов сыворотки крови, эмоксипин.

ВВЕДЕНИЕ

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом – широко распространенная в Российской Федерации природно-очаговая инфекционная болезнь. Наиболее активные природные очаги расположены в Приволжском федеральном округе, на долю которого приходится 80-90% заболеваемости ГЛПС [1, 2, 3, 4]. В Республике Мордовия она регистрируется с 1964 г., за последние годы заболеваемость имеет тенденцию к увеличению, выраженный ее подъем отмечается с 1996 г. по настоящее время и колеблется от 10 до 12 случаев на 100 тысяч населения [5].

ГЛПС – острое вирусное заболевание зоонозной природы, характеризующееся тяжелым течением,