

ных мальчиков достоверно превышает уровень ЛГ новорожденных девочек ($P < 0,05$). Более высокое содержание эстрадиола в пуповинной крови девочек ($25228 \pm 2044,1$ нг/мл) по сравнению с мальчиками (24059 ± 3124 нг/мл), статистически не достоверно ($P > 0,05$). У девочек имелось статистически достоверное отличие ($P < 0,001$) в содержании эстрадиола, чем у матерей ($14705 \pm 2093,34$ нг/мл). У мальчиков показатели эстрадиола - также выше материнского ($15083,09 \pm 2445,56$ нг/мл) ($P < 0,05$). Не обнаружено статистически достоверных отличий ($P > 0,05$) в содержании тестостерона у новорожденных мальчиков и девочек ($30,34 \pm 3,24$ нмоль/л и $29,02 \pm 2,47$ нмоль/л). Показатели тестостерона в крови девочек выше в сравнении с материнскими показателями ($10,28 \pm 2,6$ нмоль/л), однако различия не достоверны ($P > 0,05$). У матерей, родивших мальчиков, содержание тестостерона в сыворотке крови было достоверно ниже ($24,77 \pm 5,63$ нмоль/л), чем в пуповинной крови мальчиков ($P < 0,01$). Содержание прогестерона в группе мальчиков и девочек ($492,87 \pm 103,21$ нмоль/л и $425,91 \pm 68,56$ нмоль/л) не является статистически достоверным ($P > 0,05$). Уровень прогестерона в крови матерей, родивших девочек ($427,71 \pm 68,11$ нмоль/л), практически не отличался от его уровня в сыворотке пуповинной крови девочек ($P > 0,05$). Не выявлено статистически достоверных различий ($P > 0,05$) в показателях прогестерона у матерей, родивших мальчиков ($557,52 \pm 94,03$ нмоль/л) и у мальчиков.

Таким образом, полученные данные содержания гормонов могут служить стандартными показателями для женщин и новорожденных с учетом пола. Особую диагностическую ценность, по нашим данным, имеет определение ФСГ и ЛГ, так как половые различия этих гормонов проявляются особенно отчетливо, а ЛГ играет существенную роль в становлении репродуктивной системы новорожденных.

СИНДРОМ «СУХОГО ГЛАЗА» В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ

Ерёменко А.И., Каленич Л.А., Янченко С.В.

*Кубанский государственный
медицинский университет,
Краснодар*

Благодаря исследованиям В.В. Бржеского и Е.Е. Сомова (1998; 2000; 2002), А.Е. Егорова и соавторов (2000; 2001), Ю.Ф. Майчук и соавторов (2000; 2001); Л.К. Мошетовой и соавторов (2002), Н. Sjögren et al. (1971), R. Marquardt et al. (1980), M.A. Lemp et al. (1998), Н. Höh (2001) были изучены этиология, клиническая картина, методы диагностики и лечения синдрома «сухого глаза» (ССГ). Однако, в доступной литературе нам не удалось встретить работ, описывающих региональные аспекты ССГ.

Цель работы – изучить региональные факторы риска по развитию синдрома «сухого глаза» (ССГ).

Материалы и методы. Была проведена комплексная оценка региональных факторов риска развития ССГ. Были использованы следующие источники информации: доклады о состоянии окружающей природной среды Краснодарского края; медико - эколо-

гический атлас Краснодарского края; материалы собственных исследований

Результаты. Для региона характерно сочетанное воздействия следующих факторов риска.

- **климатические факторы:** 1.) континентальный климат с высокими летними и низкими зимними температурами, что приводит к необходимости повсеместного использования кондиционеров, сплит-систем и парового отопления; 2.) воздействие массивного ультрафиолетового излучения, особенно, при полевых сельскохозяйственных работах, отдыхе на морских и высокогорных курортах края; 3.) воздействие пыли, в том числе химически агрессивной, в равнинных сельскохозяйственных районах края; 4.) «сушащее» действие морской воды при морских купаниях.

- **медико-экологические факторы:** 1.) загрязнение воздуха промышленными отходами (нефтегазодобывающие, нефтегазоперерабатывающие, химические, цементные предприятия, объекты пищевой промышленности); 2.) загрязнение воздуха автомобильным транспортом (особенно в тёплое время, за счёт усиления миграционных процессов из других регионов России); 3.) загрязнение почвы объектами интенсивного сельского хозяйства.

- **медико-социальные факторы:** 1.) «постарение» населения (доля лиц пенсионного возраста составляет около 30%) и связанные с возрастными изменениями: климактерическая дисфункция, более частые инстилляций глазных капель, приём гипотензивных препаратов; 2.) тотальная компьютеризация школ и офисов; 3.) продажа некачественных контактных линз (в том числе, косметических и «карнавалных») без врачебного контроля и через сеть «internet».

- **эпидемиологические факторы:** 1.) высокая распространённость хламидийных конъюнктивитов; 2.) высокая распространённость аденовирусных конъюнктивитов; 3.) высокая распространённость аллергических конъюнктивитов (цветение растений – аллергенов продолжается с марта – дуб, до начала ноября – амброзия, полынь); 4.) относительно высокая распространённость последствий перенесенной трахомы.

Необходимо отметить, что такие рекреационные факторы, как инсоляция и морские купания, на любых курортах мира могут иметь как лечебное, так и негативное значение. Неадекватное их использование может быть особенно вредным у лиц с неблагоприятным анамнезом (высоким индивидуальным риском развития ССГ).

Выводы: 1) для Краснодарского края характерно одновременное воздействие множественных факторов риска ССГ (невозможно выделить один – главный фактор); 2) необходима дальнейшая работа по комплексной оценке количественных и качественных показателей факторов риска (этиологических предпосылок), что позволит выделить территории высокого риска, территориальные формы ССГ, и разработать программы профилактики и мониторинга данного патологического состояния глаз.