

Diseases Prevalence Research Group в США в 2004 году ВМД с выраженной СНМ выявляли у 1.47% населения старше 40 лет, что составляет 1.75 миллиона человек и к 2020 году эта цифра увеличится почти на 50% и составит 2.95 миллиона человек.

Миопия – наиболее часто встречающийся дефект зрения, частота встречаемости в развитых странах составляет 20-40%, а в ряде регионов Востока достигает до 70%. По данным разных авторов СНМ на фоне миопии развивается от 2 до 10%, однако инвалидность от этого осложнения составляет 72-80%.

Огромное значение в планировании сроков проведения, определении эффективности проводимой терапии при СНМ различной этиологии имеет флюоресцентная ангиография глазного дна.

Флюоресцентная ангиография глазного дна (ФАГД) позволяет определить дефекты заполнения, экстравазальный выход флюоресцеина из новообразованных хориоидальных сосудов, флюоресцирующие дефекты ретинального пигментного эпителия (РПЭ) с учетом их размера, локализации, длительности существования, характера и интенсивности флюоресценции. Однако описательный характер трактования ангиографических данных не отражает полную картину временного взаимоотношения интенсивности флюоресценции патологического очага и ретинальной и/или хориоидальной циркуляции. При сравнительной оценке ангиограмм особые трудности создают: разная степень прозрачности хрусталика, разная концентрация флюоресцеина, применяемого для внутривенного введения, а также нестабильные параметры скорости сердечных сокращений, калибра сосудистой системы и вязкости крови у различных пациентов. В связи с этим, огромное значение в диагностике СНМ имеет количественная оценка флюоресценции, позволяющая нивелировать вышеперечисленные признаки.

Цель нашей работы - изучить возможности применения методики количественной оценки интенсивности флюоресценции при СНМ.

Материал и методы

Под нашим наблюдением находилось 30 пациентов с классической формой СНМ различной этиологии. Для решения вопроса о количественной оценке ангиографических данных при СНМ использовали графическое изображение основных параметров ФАГД. Флюоресцентную ангиографию выполняли по стандартной методике на фундус-камере «Торсон» (TRC – 50EX). В качестве контрастного вещества использовали 10% раствора флюоресцеина натрия (Флюоресцид) производства «Алкон» (США). Краситель вводили в локтевую вену в количестве 5,0 мл в течение 2 секунд. У всех пациентов оценивали коэффициент интенсивности точки фильтрации (КИ) - отношение флюоресценции точки интереса (точка в

зоне СНМ) к средним показателям флюоресценции ретинальных капилляров. Полученный КИ (в условных единицах) откладывали по оси *x*, время флюоресценции (в минутах) - по оси *y*.

Результаты

Отличительным признаком формирования классической активной СНМ является хорошо визуализируемая сеть новообразованных хориоидальных сосудов, контрастирующаяся на ранних фазах ФАГД. Иногда этот признак называют «симптомом кружева» или «симптомом велосипедного колеса». Заполнение новообразованных сосудов совпадает по времени с заполнением нормальных хориокапилляров, поскольку источник кровоснабжения этих структур – единый. В артериальную фазу гиперфлюоресценция СНМ нарастает, КИ находится в пределах $7,6 \pm 2,2$ отн.ед. В последующие фазы происходит экстравазальный выход флюоресцеина из новообразованных хориоидальных сосудов с резким увеличением КИ на $7,31 \pm 3,8$ секунде до $30,2 \pm 4,1$ отн.ед. В венозные фазы ангиографии отмечают нарастающую, сливную гиперфлюоресценцию в зоне неоваскулярного комплекса за счет выхода красителя в субретинальное пространство и заполнения всей зоны экссудации, расположенной под нейроэпителием. Как правило, площадь гиперфлюоресценции в эти фазы преобладает над площадью СНМ. КИ нарастает от $30,2 \pm 4,1$ до $49 \pm 10,1$ отн. единиц в течение 8-10 минут. В дальнейшем происходит длительное сохранение гиперфлюоресценции над зоной СНМ, в то время как флюоресценция хориоидальных и ретинальных сосудов практически отсутствует.

Заключение

Применение предложенного нами метода количественной оценки интенсивности флюоресценции позволяет на более точном уровне оценить степень активности СНМ. Данный метод является более точным в оценке патологического процесса и адекватностью проводимой терапии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИОКСИДАНТНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Сидорова С.А., Карачевцев В.И., Манухина Е.В., Фроликова Н.А., Щекин А.Б.

*Курский государственный медицинский университет,
Больница скорой медицинской помощи
Курск, Россия*

В связи с высокой летальностью и значительной инвалидизацией пациентов, перенесших ишемический инсульт, проблема адекватной и эффективной медикаментозной коррекции не теряет своей актуальности. Расширяется спектр лекарственных средств, находят более широкое применение антиоксидантные препараты.

Цель работы: оценить эффективность применения препарата мексикор при лечении больных в остром периоде не фатального ишемического инсульта.

Материал и методы исследования

В основу данной работы положены результаты клиничко-неврологического обследования 30 больных в остром периоде атеротромботического и гемодинамического ишемического инсульта в бассейне внутренних сонных и вертебробазилярных артерий (16 мужчин и 14 женщин). Средний возраст больных составил $47 \pm 2,2$ лет. У всех пациентов отмечались контралатеральные центральные гемипарезы, которые в $76 \pm 1,2\%$ случаев сочетались с расстройствами чувствительности, координаторными и глазодвигательными нарушениями. У $96,6\%$ больных выявлялись нарушения когнитивных функций (памяти, внимания, мышления, праксиса) различной степени выраженности. Диагноз верифицирован с помощью методов нейровизуализации (СКТ, МРТ), ультразвуковой и транскраниальной доплерографии. В лечебный комплекс включали применение антиоксидантных средств: мексикора в инъекционной форме для внутримышечного введения по 2мл (100 мг) в течение 7 дней и пероральный прием препарата по 1 капсуле (100мг) дважды в сутки в течение 14 дней; эмоксипина в виде внутримышечных инъекций в дозе 5мл (50мг) в течение 10 дней. Использовали также прием вазоактивных средств, миорелаксантов, нейропептидов и нейротрофических препаратов, антиагрегантов, массаж и лечебную гимнастику. Степень выраженности когнитивных расстройств оценивали с помощью следующих тестов: краткая шкала оценки психического статуса (КШОПС), шкала оценки лобной дисфункции (ШОЛД), мини-исследование умственного состояния (mini-mental state examination, MMSE).

Результаты и их обсуждение

В зависимости от методики лечения все пациенты были разделены на 3 группы (по 10 человек каждая): I – контрольная (без применения антиоксидантов); II – с применением эмоксипина; III – с применением мексикора. Показатели шкал до лечения у больных всех групп существенных отличий не имели. В I группе показатель КШОПС после лечения составил $15 \pm 1,1$, для II и III группы - $20 \pm 2,7$ и $26 \pm 3,5$ соответственно. Оценка по ШОЛД в I группе – $9 \pm 1,0$, II – $12 \pm 3,5$, III – $14 \pm 1,1$. Показатель шкалы MMSE в I группе составил – $20 \pm 1,0$, во II – $24 \pm 1,3$, III – $27 \pm 1,0$. Таким образом, число больных с улучшением когнитивных функций после лечения в III группе оказалось на 11% выше, чем во II группе и на 25% больше в сравнении с I группой (различия статистически значимы, критерий Уилкоксона $W = -55,0$, $p < 0,020$). Проведенное исследование свидетельствует об эффективности комплексного лечения больных с применением антиоксидантного препарата мексикор в остром периоде ише-

мического инсульта и улучшения реабилитационного прогноза у постинсультных больных.

ВЛИЯНИЕ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ОТ ЛЕЧЕНИЯ В СТАЦИОНАРЕ И В ПОЛИКЛИНИКЕ ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ НА ИХ КОМПЛАЙНС

Тарасенко Е.В., Наумова Е.А., Шварц Ю.Г.
ГОУ ВПО Саратовский государственный медицинский университет Росздрава
Саратов, Россия

Приверженность к длительной терапии – важный фактор в лечении пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. В настоящее время обсуждается возможная связь комплайнса пациента и такого показателя как удовлетворенность пациента от лечения. Для выяснения приоритетов наших пациентов нами было проведено следующее исследование.

Материалы и методы. Для изучения удовлетворенности от лечения, проводилось анкетирование пациентов, находящихся на стационарном лечении в течение одной недели и более до дня опроса в отделении кардиологии Клинической больницы медицинского университета. Через полгода по телефону проводился опрос пациентов. Оценивалось продолжение приема препаратов, назначенных пациенту при выписке и удовлетворенность от лечения в настоящее время. С помощью однофакторного анализа оценивалась возможная связь между удовлетворенностью пациента от лечения в стационаре и на амбулаторном этапе и его приверженностью к последующей долгосрочной терапии.

Результаты и обсуждение

В опросе согласились принять участие 150 пациентов. 46% (69 человек) – мужчины, остальные женщины. Возраст колебался от 21 года до 82 лет. Средний возраст – 66 лет. Удовлетворен лечением в стационаре был 121 человек (81%). Удовлетворены лечением на амбулаторном этапе были 63 пациента (41,7%).

При опросе по телефону 78% пациентов (117 человек) продолжали прием препаратов, назначенных им в клинике. При однофакторном анализе было выявлено, что из тех пациентов, кто продолжал терапию, 66, 7% (81 человек) были удовлетворены лечением в стационаре, тогда как среди пациентов не продолжающих терапию 90,9% (31 человек) были довольны лечением в больнице ($p=0,05$). Среди пациентов, принимающих препараты регулярно, 60% (56 человек) были довольны своим предыдущим лечением в больнице, а среди пациентов, лечившихся после выписки не регулярно удовлетворены своей госпитальной терапией были 88,9% (25 человек) ($p=0,05$). 95% пациентов (59 человек) удовлетворенных своим лечением на амбулаторном этапе