

2. Chen, J. In chronic lateral epicondylitis, apoptosis and autophagic cell death occur in the extensor carpi radialis brevis tendon / J. Chen, A. Wang, J. Xu, M. Zheng // Journal of Shoulder and Elbow Surgery. - 2010. - Vol. 19, № 3. - P. 355–362.

3. Hauser, R. A. Journal of prolotherapy international medical editorial board consensus statement on the use of prolotherapy for musculoskeletal pain / Hauser, R. A. [et al.] // Journal of Prolotherapy. - 2011.- Vol. 3, № 4. - P.744-764.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА УВЕИТОВ

**Кринец Ж.М.¹, Ильина С.Н.¹, Солодовникова Н.Г.¹, Логош М.В.²,
Ершова М.В.², Бородавко О.Н.²**

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»

²УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

Актуальность. Увеит – заболевание сосудистой оболочки глазного яблока воспалительного генеза, которое возникает преимущественно в передних ее отделах (ирит или иридоциклит) – передний увеит, либо в задних ее отделах – задний увеит (при поражении хориоидеи). Несмотря на значительное число исследований, все авторы отмечают сложность диагностики в связи с отсутствием достаточно объективных критериев верификации этиологии и степени активности воспалительного процесса. Не до конца определена и тактика лечения данного заболевания [2]. В настоящее время разработаны, как традиционные консервативные методы лечения, направленные на регрессию воспалительного процесса, так и экстракорпоральные методы терапии, активное применение которых ограничивается многочисленными противопоказаниями и может привести к тяжёлым осложнениям [1]. Увеиты занимают высокий удельный вес в структуре офтальмологической патологии, с преимущественным поражением лиц молодого трудоспособного возраста, рецидивирующим характером течения заболевания, возникновением осложнений, что и определяет актуальность данного исследования не только с точки зрения медицины, но и в социально-экономическом плане [3].

Цель исследования. Изучить методы клинико-лабораторной диагностики увеитов различной этиологии.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 104 пациента, которые находились на лечении по поводу острого увеита в отделении микрохирургии глаза Гродненской областной клинической больницы в период с января 2013 по сентябрь 2015г. Всем пациентам проводилось полное офтальмологическое обследование: определение остроты центрального зрения, периметрия, биомикроскопия, офтальмоскопия, исследование глазного дна с помощью немидриатической камеры с видеофиксацией.

Пациентов с диагнозом хориоретинит было 35, что составило 33,6%, с иридоциклитом – 69, что составило 66,4%. Распределение по полу выглядело следующим образом: мужчины – 61 (58,7%),

женщины – 43 (41,3%). Жители города составили 52,9% (55 человек), жители села – 47,1% (49 человек).

Результаты и их обсуждение. Средний возраст пациентов, включенных в наше исследование, составил 43,9 года. У 94,29% пациентов при поступлении отмечалось снижение остроты зрения, причем у 24,24% на оба глаза.

Офтальмоскопическая картина глазного дна у пациентов с хориоретинитом была сходной: диск зрительного нерва бледно - розовый, границы четкие, в макулярной либо парамаккулярной зоне определялись воспалительные очаги. Локальный отек сосудистой и сетчатой оболочек вокруг очага воспаления наблюдали у 34,29% пациентов, преретинальные кровоизлияния у 5,71%. При исследовании периферического зрения на компьютерном периметре у 20% пациентов отмечалось наличие скотом различной локализации.

Также было выявлено как одностороннее, так и двустороннее поражение глаз, причем поражение обоих глаз отмечено реже (11 пациентов – 10,6%). В группе пациентов с диагнозом иридоциклит поражение левого глаза отмечено у 38 пациентов (55,1%), правого глаза у 29 пациентов (42,0%), обоих глаз у 2 пациентов (2,9%). При биомикроскопии обнаружена смешанная инъеция – 51 глаз (67%), гипопион – 12 глаз (15,8%), преципитаты – 37 глаз (48,7%), смешанная инъеция, гипопион и преципитаты – 5 человек (6,6%).

При хориоретините распределение выглядело следующим образом: воспаление левого глаза отмечалось у 15 пациентов (42,9%), правого глаза – 11 пациентов (31,4%), оба глаза – 9 пациентов (25,7%).

Верификация диагноза проводилась в клинко-диагностической лаборатории на базе Гродненской областной клинической больницы.

Определение IgM и IgG к цитомегаловирусу в сыворотке крови с использованием метода фермент-связанного флюоресцентного анализа проводилось на иммунофлюоресцентном анализаторе VIDAS.

IgM и IgG к вирусу простого герпеса 1 и 2 типа определяли на иммуноферментном анализаторе Alegria.

Для выявления в сыворотке крови пациентов видоспецифических иммуноглобулинов класса A, M, G к *Chlamydia trachomatis* использовалась тест-система «Вектор-Бест», результаты оценивались с использованием программы Magellan и микропланшетного фотометра TECAN SUNRISE.

Хориоретинит токсоплазмозной этиологии верифицирован у 6 пациентов (17,15%), IgM и IgG к вирусу простого герпеса 1 и 2 типа определили у 7 пациентов (20%), смешанной этиологии процесс (герпетическая, хламидийная) у 4 пациентов (11,4%). Иммуноглобу-

лины М и G к цитомегаловирусу в сыворотке крови определены у 3 (8,58%) пациентов. Хориоретинит неясной этиологии диагностирован в большинстве случаев – 15 пациентов, что составляет 42,87%.

Иридоциклит хламидийной этиологии обнаружен у 6 пациентов (8,7%), иммуноглобулины М и G к цитомегаловирусу в сыворотке крови определены у 3 (4,4%) пациентов, IgM и IgG к вирусу простого герпеса 1 и 2 типа у 8 пациентов (11,6%). Туберкулезная этиология увеита выставлена 2 пациентам (2,9%). У 6 пациентов (8,6%) при исследовании придаточных пазух носа обнаружен острый гайморит. Иридоциклит неясной этиологии диагностирован в большинстве исследуемых нами случаев – 44 пациента (63,8%).

В случае клиничко–лабораторного подтверждения этиологии заболевания лечение острого увеита начинали с этиологической терапии. Применялись антибиотики широкого спектра действия, а также широко использовалась противовоспалительная терапия кортикостероидами, НПВС, вазоактивные препараты, антиоксиданты, препараты, усиливающие трофическую функцию, мидриатики.

При лабораторной диагностике у 51,43% пациентов в общем анализе крови имелись изменения: лейкоцитоз – 28,57%, ускорение СОЭ – 22,86%, лимфоцитоз – 14,29%. Отклонения в иммунограмме в виде повышения активности Т-клеточного иммунитета, снижения Ig A и IgE найдены у 20% пациентов. При этом общий анализ мочи и биохимический анализ крови у всех пациентов соответствовал норме.

Выводы.

1. Для выявления этиологии увеитов необходимо использовать разработанные клиничко-лабораторные критерии диагностики герпесвирусных, фокальных увеитов и увеитов при системно-синдромальных заболеваниях.

2. Высокий уровень проведенных лабораторных исследований позволил установить этиологию воспалительного процесса в половине случаев.

3. Проведенное исследование подтвердило высокую эффективность комбинированного лечения пациентов с увеитами различной этиологии. Дальнейшее изучение данной проблемы позволит разработать более конструктивные подходы к диагностике увеитов.

4. Совершенствование помощи пациентам, страдающим воспалительными заболеваниями заднего отдела увеального тракта, остается важнейшей задачей офтальмологической службы.

Литература

1. Авдеева, О.Н. Роль методов инструментальной диагностики в верификации активности хориоретинитов различной этиологии / О.Н. Авдеева // Медицинский вестник Башкортостана. – Т. 9. – №2. – С.154 – 156.

2. Полунин, Г.С. Современные подходы к комплексному лечению хориоретинитов различной этиологии / Г.С. Полунин, О.К. Воробьева // Клиническая офтальмология. – Т. 3. – №1. – С. 16 – 18.

МОДЕЛИРОВАНИЕ ТУПОЙ ОТКРЫТОЙ ТРАВМЫ ПЕЧЕНИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Кудло В.В., Олешкевич В.В., Урбанович В.С.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Травматические повреждения печени по тяжести течения, сложности диагностики и лечения, высокой летальности обоснованно считаются наиболее опасными среди травм органов брюшной полости [2]. Урбанизация современного общества и увеличение автомобильных происшествий, рост депрессивных состояний и увеличение количества суицидов приводят к росту бытовых, производственных, дорожных и кататравм. По данным авторов, при закрытой травме живота печень повреждается в 20,0-46,9% случаях [1,3]. Летальность при закрытой травме печени в ведущих мировых центрах составляет 25,0-45,0% [4].

Цель. Разработать экспериментальную модель тупой травмы печени, максимально приближённую по патогенезу к тупым травмам печени у человека.

Методы исследования. В ходе экспериментальных исследований на лабораторных животных (5-ти белых лабораторных крысах обоего пола) массой 225-276 грамм разработана модель тупой травмы печени. После проведенной оценки массы животного осуществлялось общее анестезирование 0,4 мг 5%-ного кетамина. Моделирование открытой тупой травмы печени начиналось с верхней срединной лапаротомии. После лапаротомии в операционную рану выводилась печень, которая была подвержена тупому механическому воздействию с помощью балансировочного груза массой 150 грамм. С целью проведения тупой механической травмы использовалась специально разработанная установка, благодаря которой балансировочный груз падал в установленный участок печени. Высота падения данного груза при всех исследованиях составила 40 см. У всех животных оперативное вмешательство завершали послойным ушиванием лапаротомной раны наглухо. На втором этапе через определённое количество времени (на 3, 7, 14 и 30 сутки) после моделирования тупой травмы животных повторно наркотизировали 0,3 мг 5%-ного кетамина. Производили релапаротомию путём послойного снятия швов с послеоперационной раны. После тщательной ревизии брюшной полости с макроскопической оценкой изменений осуществлялось взятие установленного участка печени на гистологическое исследование.