

Modern approaches to the diagnostic and treatment of drug-induced allergy

V.V. DYACHENKO, S.A. BYCHKOVA

Summary. *The article contains the data about the spreading of drug-induced allergy, its classification, main clinical features of acute toxic allergic reaction on drugs in accordance to the level, there were determined the main principles to the treatment and prophylactic.*

Key words: *allergic reaction, drugs, acute toxic allergic reaction on drugs, prophylactic.*

УДК 617.7

Етіологія та лікування синдрому сухого ока

Т.А. ІВАШКІНА, С.В. ЛАТИШЕНКО

Резюме. *В статті наведено обстеження пацієнтів, що страждають синдромом сухого ока. Визначені основні причини синдрому – слізна недостатність, порушення стабільності слізної плівки або комбінація цих факторів, вплив зовнішніх факторів навколишнього середовища та супутніх захворювань.*

Ключові слова: *синдром сухого ока, етіологія, лікування.*

Синдром сухого ока (ССО) – захворювання, яке в останній час стає одним з найбільш поширених і з приводу якого пацієнти часто звертаються на амбулаторний прийом до лікаря-офтальмолога. Хворі з ССО складають близько 45–55% первинних звернень до офтальмолога [1–3]. Виникаючі при ньому зміни кон'юнктиви та рогівки стають причиною постійного дискомфорту у пацієнтів. Частота виявлення цього синдрому значно зросла, тому питання діагностики та лікування ССО є досить **актуальним**.

В основі даного захворювання лежать різні причини. Основні з них – це захворювання повік, переднього відрізка ока та поверхні ока, захворювання організму в цілому та вплив на орган зору навколишнього середовища. Серед захворювань повік найбільш часто присутній ССО при демодекозному ураженні очей (50%) [3, 5]. Також цим синдромом страждають хворі, які перенесли рефракційні операції, операції з приводу катаракти та глаукоми. Користування неякісними та погано підібраними м'якими контактними лінзами, порушення режиму їх використання може сприяти появі ССО [3, 7].

В епоху індустріалізації і прогресу число факторів, що шкідливо впливають на слізну плівку постійно зростає. До них відносяться – сухий клімат, вітер, міський бруд і пил, масове куріння, аерозолі миючих та косметичних засобів, кондиціонери та вентилятори, електромагнітне випромінювання від моніторів та телевізійних систем (так званий «офісний синдром»), часте носіння контактних лінз, постійний прийом деяких медикаментів (антигістамінних, β -блокаторів, кортикостероїдів та пероральних контрацептивів).

Серед захворювань організму, які супроводжуються синдромом сухого ока найбільш частими є ревматоїдний артрит, синдром Сьєгрена, склеродермія, ендокринні дисфункції, дефіцит в організмі вітаміну А [4, 6].

Метою дослідження є визначення причин, які лежать в основі розвитку ССО у декретованого контингенту та його лікування.

Матеріали і методи

В клініці амбулаторної допомоги Головного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ» обстежено 45 пацієнтів з ССО легкого і середнього ступеню тяжкості. Середній вік пацієнтів склав $43,2 \pm 3,7$ роки. Всі хворі вперше звернулись до лікаря-офтальмолога зі скаргами на печію, відчуття стороннього тіла, сухість, періодичне затуманювання гостроти зору, почервооніння очей, слъзотечу, затруднене відкриття очей зранку.

Після детального збору анамнезу проводили офтальмологічне обстеження хворих: візометрію, біомікроскопію бульбарної кон'юнктиви та рогівки, офтальмоскопію, пробу Ширмера. Обстеження виконували при первинному зверненні, через 2 тижні та через місяць після лікування.

Всі пацієнти були розподілені на 5 груп залежності від етіології захворювання та віку, таблиця 1.

Таблиця 1

Характеристика груп пацієнтів в залежності від етіології та віку

Групи обстежених пацієнтів	Кількість пацієнтів		Етіологія захворювання	Середній вік пацієнтів (роки)
	абс. од.	%		
I група	15	33	«Офісний», «комп'ютерний» синдром	$37,8 \pm 0,8$
II група	12	27	Демодекоз повік	$51,7 \pm 3,4$
III група	8	18	Контактні лінзи	$33,4 \pm 0,5$
IV група	5	11	Ревматоїдний артрит	$66,8 \pm 1,1$
V група	5	11	Факоемультсифікація катаракти	$61,9 \pm 0,5$
Всього	45	100		

Як видно з таблиці, найбільшу групу склали пацієнти, в яких ССО пов'язаний з «комп'ютерним» та «офісним» синдромами, а найменшу – з ревматоїдним артритом та після факоемультсифікації катаракти.

Відносно велику групу склали пацієнти з демодекозним блефаритом.

Найбільшу групу за віком (≈ 70 років) склали пацієнти з ревматоїдним артритом, а після неї – група хворих після факоемультсифікації катаракти.

Всім пацієнтам призначали слъзозамінники без консервантів, які закапували 3–4 рази на день, в тому числі і на контактні лінзи – «Оксіал» та «Хіло-Комод».

Результати та їх обговорення

В процесі лікування та при повторному обстеженні хворих через 2 тижні відмічали зменшення скарг і об'єктивних проявів. При цьому проводили пробу Ширмера, за допомогою якої визначали основну слъозо-продуктивну функцію ока.

Найкращі результати через місяць після лікування відмічені у пацієнтів I, II та III груп. Крім призначення слъозозамінюючих препаратів пацієнтам I групи були дані рекомендації за режимом праці, відпочинку, навантаженнях, гімнастиці для очей, облаштуванню робочого місця та освітленню.

Пацієнтам II групи проводили лікування демодекозу сумісно з дерматологом та гастроентерологом, а також санацію хронічних вогнищ інфекції.

У пацієнтів III групи була перевірена правильність режиму носіння м'яких контактних лінз, деякі з них були переведені на лінзи планової заміни з коротким терміном користування або на контактні лінзи з іншого матеріалу.

Таким чином, ступінь виразності ССО залежить від хвороб ока, супутніх захворювань та їх активності, умов праці і стану навколишнього середовища.

Висновки

1. Синдром сухого ока (ССО) – захворювання, яке має багато внутрішніх і зовнішніх причин.
2. Ступінь виразності ССО ока залежить від активності супутніх захворювань.
3. Застосування слъозозамінників найбільш ефективно при «офісному» та «комп'ютерному» синдромах, у користувачів м'якими контактними лінзами та у пацієнтів з демодекозним блефаритом.

Література

1. Бржевський В.В. Рогівково-кон'юнктивальний ксероз / В.В. Бржевський – СПб.: Сага, 2002. – 142 с.
2. Сомов Є.Є. Захисні функції слізної рідини здорових і хворих / Є.Є. Сомов // Офтальмологічний журнал. – 1991. – № 2. – С. 113–117.
3. Бржевський В.В. Синдром сухого ока / В.В. Бржевський – СПб.: Аполон, 1998. – С. 48–50.
4. Бровкіна А.Ф. Ендокринна офтальмопатологія / А.Ф. Бровкіна – М.: Геотар-Медіа, 2008. – 184 с.
5. Вендер Джеймс Голт. Секрети офтальмології / Вендер Джеймс Голт – 2005. – С. 86–88.
6. Майчук Ю.Ф. Синдром сухого ока як наслідок епідемічного кератокон'юнктивіту / Ю.Ф. Майчук, Э.В. Яні // Матеріали VII з'їзду офтальмологів Росії. – М., 2000. – С. 154.
7. Профілактика і терапія симптоматичного сухого ока в фоторефракційній хірургії / О.А. Кашкова, Д.Ю. Майчук, Г.С. Полунін та ін. // Рефракційна хірургія і офтальмологія. – 2001. – Т. 1. – № 3. – С. 22–26.

Этиология и лечение синдрома сухого глаза

Т.А. ИВАШКИНА, С.В. ЛАТИШЕНКО

Резюме. В статье показано обследование пациентов, страдающих синдромом сухого глаза. Определены основные причины болезни – недостаточность слезы, нарушение стабильности слезной пленки или их комбинация, действие внешних факторов среды, наличие сопутствующих заболеваний.

Ключевые слова: синдром сухого глаза, этиология, лечение.

Etiology and treatment of dry eye syndrome

T. IVASHKINA, S. LATISHENKO

Summary. The study patients suffering from the dry eye syndrome (DES). There were verified pathogenic causes of DES – lachrymal hyposecretion, polysaccharide film desiccation and combination of both factors..It was proved that DES could may be causes by general pathology or initiated by several external factors.

Key words: dry eye syndrome, etiology, treatment.

УДК: 616.98-02:616.63-07

Коломіцин – препарат вибору при лікуванні уросепсису

А.П. КАЗМІРЧУК, Л.В. КОМІНКО, О.О. ФАСТОВА

Резюме. Уросепсис є найнебезпечнішим ускладненням запальних захворювань сечостатевої системи, тому що приєднання його пов'язане з високою летальністю (до 30–50%). Збудники уросепсису є нечутливими до більшості наявних антибактеріальних препаратів. За результатами бактеріологічного дослідження, чутливість бактеріальної флори до поліміксинів на сьогоднішній день перевищує чутливість до імпіненемів, а собівартість лікування поліміксинами на сьогодні є у десятки разів нижчою за собівартість лікування імпіненемами.

Ключові слова: уросепсис, чутливість бактеріальної флори, коломіцин, тієнам.

Септичні стани, в тому числі і уросепсис, в практиці лікаря стаціонару посідають одне із перших місць на сьогодні. Уросепсис розвивається у пацієнтів у до- та післяопераційному періоді (до 35% хворих). Приєднання його пов'язане з високою летальністю (до 30–50%), так як збудники уросепсису є нечутливими до більшості наявних антибактеріальних препаратів. Середня тривалість перебування хворих, що вижили, у відділеннях реанімації та інтенсивної терапії складає $7,5 \pm 1,5$ доби, в стаціонарі – 35 ± 9 діб, що викликає великі матеріальні витрати [2, 3, 4]. Загальні витрати на лікування септичних хворих у 6 разів вище, ніж на лікування пацієнтів без важких інфекційних ускладнень [2, 3, 5, 6]. Саме тому подолання