



«КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД»  
Якість без компромісів!

# Функциональные заболевания

**20-21 мая в г. Киеве на базе медицинского центра «Универсальная клиника «Оберіг» состоялась научно-практическая конференция «II Киевские гастроэнтерологические чтения», объединившая ведущих специалистов Украины в области гастроэнтерологии и врачей общей практики из всех регионов нашей страны для обсуждения современных направлений в диагностике и лечении функциональных заболеваний органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Партнером мероприятия выступила фармацевтическая компания ПАО «Киевский витаминный завод».**

Функциональные поражения ЖКТ – общемедицинская проблема, актуальность которой обусловлена не только ежегодным приростом темпов заболеваемости и сложностью диагностики этих состояний, но и необходимостью применения комплексной лечебной стратегии для сохранения высокого качества жизни больных. С учетом этого неудивительно, что для проведения ставших уже традиционными Киевских гастроэнтерологических чтений выбрана клиника «Оберіг». Мощная лечебно-диагностическая база и высокопрофессиональный персонал учреждения позволяют своевременно верифицировать функциональную патологию различных отделов ЖКТ и оказывать медицинскую помощь в необходимом объеме всем пациентам. Партнером клиники в организации научного форума выступила национальная фармацевтическая компания ПАО «Киевский витаминный завод» (КВЗ), заслуженно пользующаяся популярностью как у украинских врачей, так и у их пациентов благодаря высокому качеству, безопасности и доступной стоимости выпускаемых лекарственных средств.



С приветственным словом к участникам конференции обратился **первый заместитель генерального директора универсальной клиники «Оберіг» Олег Эдуардович Петренко**. Он отметил, что клиника «Оберіг» является многопрофильным медицинским учреждением национального уровня, предоставляющим высокоспециализированную медицинскую помощь взрослым и детям

в соответствии с протоколами доказательной медицины. «Оберіг» – пионер отечественного рынка медицинских услуг по внедрению современных медицинских технологий в клиническую практику, инвестированию в профессиональное обучение врачей и созданию качественного сервиса. В структуре клиники – клиничко-консультативное отделение, патогистологический центр, дневной стационар, отделения диагностики, анестезиологии и интенсивной терапии, эндоскопии и малоинвазивной хирургии, общей и абдоминальной хирургии, физиотерапии. Функционируют специализированные центры – инсультный, здоровья женщины, хирургии, гастроцентр, детский аллергоцентр и центр психосоматики, тревоги и депрессии. Все структурные подразделения клиники «Оберіг» оснащены самой современной аппаратурой ведущих мировых производителей, для работы с которой высококвалифицированный медицинский персонал прошел специальное обучение.



Актуальные данные о стратегии и перспективах развития ПАО «Киевский витаминный завод» представил **продакт-менеджер гастроэнтерологического направления компании Владимир Панченко**.

– За последние 10 лет Киевский витаминный завод вышел на новый уровень развития. Осуществлено качественное обновление производственных мощностей, усилен контроль за качеством продукции, существенно расширен ассортимент выпускаемых медикаментов. В 2000 г. на базе КВЗ была открыта единственная на то время в Украине линия по производству мягких желатиновых капсул; в 2002 г. линии предприятия были сертифицированы по системе качества ISO 9001:2000 и ISO 9001:2001, что гарантирует соответствие продуктов, а также всего производственного и управленческого процесса высоким

европейским стандартам. Сегодня в ассортименте КВЗ 145 высококачественных, доступных украинскому потребителю препаратов, в том числе такие средства, как Дефенорм, Моторикс, Альдазол, Альфа-Липон, с успехом применяемые для лечения различных заболеваний ЖКТ.



**Заведующая кафедрой терапии и семейной медицины Крымского государственного медицинского университета им. С.И. Георгиевского, доктор медицинских наук, профессор Ирина Львовна Кляритская** представила доклад о подходах к лечению пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ).

– ГЭРБ – серьезная патология, оказывающая существенное негативное влияние на качество жизни больных в связи с риском развития потенциально опасных осложнений. В настоящее время у 10-40% пациентов с ГЭРБ прием стандартных доз ингибиторов протонной помпы (ИПП) обеспечивает только частичный ответ либо вообще отсутствие такового; медикаментозное лечение помогает менее чем в половине этих случаев. Считается, что неэффективность терапии ИПП обусловлена плохим комплайенсом, формированием слабокислого рефлюкса, висцеральной гиперчувствительностью, задержкой опорожнения желудка, сопутствующими психологическими состояниями и функциональными расстройствами кишечника, ночным кислотным прорывом и инфицированием Н. pylori.

Стоит отметить, что выявление у пациентов жалоб на изжогу, являющуюся основным клиническим симптомом ГЭРБ, требует исключения функционального характера указанного симптома путем оценки имеющихся клинических проявлений заболевания, проведения теста с ИПП, верхней эндоскопии. К исследованиям второй линии могут быть отнесены рентгенологическое исследование пищевода и желудка, пищеводная манометрия, внутрипищеводный рН-мониторинг или импеданс-рН-мониторинг, 48-часовой рН-мониторинг с помощью капсулы Браво, а также билиметрия и эндоскопическое ультразвуковое исследование (УЗИ).

В соответствии с современными представлениями ИПП применяются в качестве препаратов первой линии для лечения всех пациентов с ГЭРБ. При неэффективности такой схемы в терапию должны быть включены антагонисты H<sub>2</sub>-рецепторов, агонисты ГАМК<sub>B</sub>-рецепторов, прокинетики домперидон (Моторикс), модуляторы висцеральной боли, сукральфат, а также препараты, связывающие желчные кислоты. При резистентности к медикаментозному воздействию приходится прибегать к эндоскопическому лечению, антирефлюксной хирургии, акупунктуре (рис. 1).



Рис. 1.

Таким образом, при недостаточной эффективности ИПП (в случае не кислотных рефлюксов, повышенной чувствительности пищевода, функциональной изжоги) как средств первой линии в лечении ГЭРБ необходимо тщательное обследование пациентов; может потребоваться дополнительное назначение препаратов других фармакологических групп (Моторикса, баклофена). Применяющиеся и разрабатываемые стратегии лечения больных с функциональной изжогой основываются на использовании различных терапевтических подходов, что предполагает постоянное повышение образовательного уровня врача и умение применять весь имеющийся в распоряжении арсенал лекарственных средств.



**Профессор кафедры внутренней медицины № 1 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, доктор медицинских наук Сергей Михайлович Ткач** остановился на проблеме диагностики и лечения функциональной тошноты и рвоты.

– Основные причины возникновения приступов тошноты и рвоты связаны с нарушениями в центральной нервной системе, гастроинтестинальными нейро- и миопатиями, системными и метаболическими расстройствами, болезнями пищевода, беременностью, психогенными факторами, последствиями гастроэнтерологических и хирургических заболеваний. В то же время тошнота и рвота могут носить функциональный характер (хроническая идиопатическая рвота, функциональная рвота, циклический рвотный синдром). Рецидивы подобных эпизодов требуют повышенного внимания со стороны врача и выявления их причины с использованием диагностического алгоритма, рекомендованного Римскими критериями.

Современные методы оценки моторно-эвакуаторной функции желудка включают проведение рентгенологического, металлодетекционного исследований, УЗИ, дыхательного теста с октановой кислотой, зондового пищевого теста с двойной пробой, измерения эпигастрального импеданса, видеокапсульной эндоскопии. Золотым стандартом диагностики таких нарушений по-прежнему остается сцинтиграфия.

Выявление существенного снижения скорости опорожнения желудка без механической обструкции органа свидетельствует о наличии гастропареза. Для окончательного подтверждения этого диагноза должны быть исключены такие патологические состояния, как постпрандиальный дистресс-синдром, хроническая идиопатическая тошнота, функциональная рвота, синдром циклической рвоты, руминационный синдром, псевдообструкция с нарушенным транзитом, острый и хронический панкреатит, ГЭРБ, влияние медикаментозных препаратов. Считается, что в роли основных причин гастропареза выступают сахарный диабет, первичная и вторичная дисфункция гладкой мускулатуры желудка, функциональная диспепсия (ФД), нарушения метаболизма, нейрогенная анорексия, опухоли мозга, острый вирусный гастроэнтерит.

Согласно современным подходам для снижения частоты и выраженности приступов тошноты и рвоты могут применяться препараты центрального действия (нейролептики, антагонисты серотониновых и дофаминовых рецепторов, антигистаминные средства, М-холинблокаторы), а также некоторые другие вещества (местные анестетики, низкие дозы трициклических антидепрессантов – ТЦА, спазмолитики, кортикостероиды). Препаратами первой линии лечения гастропареза являются прокинетики (метоклопрамид, домперидон) и противотошнотные препараты. Особенно хотелось бы выделить Моторикс (домперидон) – современный



# пищеварительного тракта

По материалам научно-практической конференции «II Киевские гастроэнтерологические чтения»



отечественный препарат для лечения диспепсии, тошноты и рвоты. Домперидон повышает тонус нижнего пищеводного сфинктера, препятствуя возникновению гастроэзофагеального рефлюкса, ускоряет эвакуацию содержимого из желудка (рис. 2), усиливает моторику кишечника, сокращает время кишечного транзита. Крайне важно то, что Моторикс не обладает седативным действием и может назначаться в педиатрической практике.

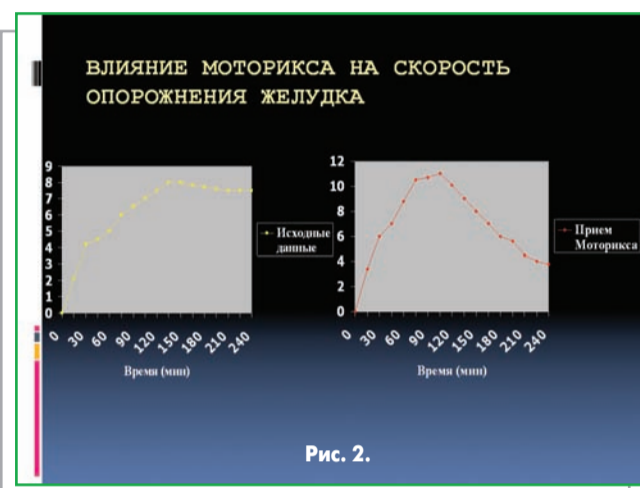


Рис. 2.

В качестве препаратов резерва при гастропарезе выступают ТЦА и ондансетрон. Эффективность других методов (инъекций ботулотоксина, электростимуляции желудка, хирургических вмешательств) требует дальнейшего подтверждения в контролируемых исследованиях.

Резюмируя сказанное, стоит подчеркнуть, что тошнота должна рассматриваться как ведущий симптом гастропареза, объективизация которого базируется на подтверждении замедления скорости опорожнения желудка с помощью инструментальных методов (сцинтиграфии, дыхательного теста с октановой кислотой). В качестве препаратов первой линии для лечения этого состояния рекомендованы прокинетики (Моторикс) и противотошнотные средства, в качестве препаратов второй линии – ТЦА и антагонисты серотониновых рецепторов.



Роли функциональной диспепсии в структуре заболеваний ЖКТ посвятила свое выступление **руководитель гастроэнтерологического центра Универсальной клиники «Оберіп», доцент кафедры внутренней медицины № 3 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, кандидат медицинских наук Галина Анатольевна Соловьева.**

– Частота диспепсических жалоб, связанных с нарушениями моторики желудка, среди населения развитых стран мира составляет 30–40%, при этом более половины пациентов с диагностируемыми диспепсическими симптомами страдают ФД.

В соответствии с Римскими критериями III диагноз ФД считается доказанным при наличии у пациента боли в эпигастральной области по срединной линии, чувства переполнения, эпигастрального жжения, раннего насыщения на протяжении не менее 3 мес из последних 6 до момента обращения за медицинской помощью в отсутствие данных об органической патологии, включая результаты, полученные при эзофагогастроуденоскопии (ЭГДС) и УЗИ органов брюшной полости.

По данным D.A. Drossman (1999), в качестве причин, вызывающих ФД, выступают нарушения моторной функции верхних отделов ЖКТ, снижение порога чувствительности рецепторного аппарата, особенности психосоциального статуса больного, нарушение взаимодействия между центральной нервной системой и органами пищеварения. Основные причины развития ФД (дисмоторные нарушения, висцеральная гиперчувствительность) неразрывно связаны с психологическими особенностями личности и последствиями перенесенных больным стрессовых ситуаций.

Доказано, что у 75% больных ФД независимо от ее клинической формы формируются те или иные нарушения моторики желудка (R.W. McCallum, 1998). В последнее время появляется все больше публикаций, свидетельствующих о том, что ФД ассоциируется с нарушением чувствительности желудка к давлению, действию соляной кислоты и жиров. Клинически это выражается в том, что не только гиперсекреция и дисмоторика, но и обычные физиологические раздражители (пища, соляная кислота, сокращения желудка) у этой группы пациентов вызывают боль и/или дискомфорт.

Основные факторы риска развития ФД – курение, злоупотребление алкоголем, прием нестероидных противовоспалительных средств. Также дискутируется роль инфицирования *H. pylori* как фактора, провоцирующего развитие этого заболевания. Для лечения ФД в настоящее время применяются ИПП, препараты, способствующие эрадикации *H. pylori*, прокинетики, психотропные препараты и психотерапевтические методики. Метаанализ различных исследований показывает, что в терапии постпрандиальной диспепсической формы ФД наиболее эффективными препаратами являются прокинетики (J.H. Hunt, 2002), доступным и безопасным представителем которых заслуженно считается Моторикс (КВЗ).



Интересные с точки зрения любого практического врача данные об инфекционных заболеваниях, протекающих под масками функциональных нарушений в работе ЖКТ, представила вниманию аудитории **заведующая кафедрой медицинской паразитологии и тропических болезней Харьковской медицинской академии последипломного образования, доктор медицинских наук, профессор Екатерина Игоревна Бодня.**

– Ориентируясь на данные Всемирной организации здравоохранения, можно утверждать, что на протяжении жизни у каждого жителя нашей планеты неоднократно имеют место паразитарные болезни, что выводит гельминтозы на 4-е место по причиняемому ущербу среди всех болезней человека.

Рассматривая жалобы, предъявляемые этой группой пациентов, следует отметить, что только самые внимательные больные способны невооруженным взглядом обнаружить наличие паразитов в фекалиях, причем это касается лишь трех видов гельминтов – аскарид, проглотид ленточных червей и остриц. При этом симптомы хронической стадии такого распространенного гельминтоза, как энтеробиоз, неспецифичны и заключаются в снижении аппетита, диспепсических нарушениях, признаках полигиповитаминоза, дефиците массы тела. Хронический зуд приводит к развитию частой бессонницы (9,4% случаев), скрежетания зубами по ночам (23%), общей слабости (42,7%), головных болей и головокружения (20,5%). Необходимо помнить, что острицы обнаруживаются в 70% случаев в червеобразном отростке, чем провоцируют развитие острого аппендицита, а также могут выступать в роли этиологического начала вульвовагинита, цистита и пиелонефрита. В свою очередь, стронгилоидоз манифестирует зудом в перианальной области, линейными высыпаниями на коже ягодиц в виде уртикарий. Стронгилоидоз в силу низкой остороженности врачей относительно этой патологии зачастую трактуется как язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, хроническая дизентерия, пищевая токсикоинфекция, энтероколит невыясненной этиологии. В клинической картине гельминтозов также может доминировать дизентерийный синдром, синдром нарушения всасывания (при лямблиозе, стронгилоидозе, капилляриозе, изоспорозе) и острого живота (аскаридоз). Опасность всех тениозов заключается в возможном развитии грозных осложнений – динамической кишечной непроходимости при массивной инвазии, перитонеальных абсцессов, холецистита, аппендицита.

В настоящее время в арсенале украинского врача имеется более 10 антигельминтных препаратов. Среди них – первый отечественный препарат альбендазола Альдазол, соответствующий всем требованиям, предъявляемым к современным антигельминтным средствам: имеет высокий терапевтический индекс, широкий спектр действия, низкую стоимость, прост в назначения и обладает хорошей переносимостью. Препарат может применяться во всех возрастных группах, в том числе у детей  $\geq 3$  лет. От мебендазола и пирантела Альдазол выгодно отличается более широким спектром действия на нематоды и более высокой эффективностью при стронгилоидозе, трихоцефалезе, токсокарозе и трихинеллезе. Нельзя не упомянуть, что альбендазол действует на все формы паразитов: взрослых особей, личинки и яйца, что делает его высокоэффективным как в отношении кишечных паразитов, так и ларвальных гельминтозов, которые могут быть вызваны мигрирующими личинками гельминтов животных (токсокароз), миазов и других казуистических паразитозов человека.

В специальной презентации **профессор С.М. Ткач** отразил основные направления в лечении синдрома функциональной абдоминальной боли.

– СФАБ – относительно редкое и при этом очень тяжелое в плане эффективного ведения заболевание. По данным R.E. Clouse и соавт., основными диагностическими критериями, позволяющими верифицировать это патологическое состояние, являются постоянная или практически постоянная абдоминальная боль без связи с физиологическими явлениями (едой, дефекацией, менструацией) или с таковой (эпизодической) в течение по меньшей мере 3 мес с началом минимум за 6 мес до постановки диагноза, некоторая потеря повседневной активности при несоответствии симптомов критериям других функциональных заболеваний, которые могли бы объяснить боль. Следует помнить, что СФАБ может быть ассоциирован с синдромом наркотического кишечника (СНК), проявляющегося хронической или часто повторяющейся болью на фоне приема большим повышенной дозы наркотических веществ.

Эффективность лечения этой патологии напрямую зависит от взаимоотношений между врачом и пациентом. Роль доктора заключается в поддержке пациента, цель которой – облегчить восприятие болезни как хронической; следует предупредить больного о невозможности получения быстрого результата от проводимых лечебных мероприятий. Если СФАБ осложнен СНК, необходимо постепенно снижать дозировку наркотических средств, получаемых больным, вплоть до полной отмены. За несколько дней до отказа от наркотиков следует назначить пациенту ТЦА или ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина. С целью снижения тревожности прибегают к применению препаратов бензодиазепиновой группы (лоразепам 1 мг каждые 6–8 ч), а для блокирования нежелательных физиологических эффектов – агониста  $\alpha_2$ -адренергических рецепторов клонидина.

Возможно, что отказ от наркотиков приведет к снижению частоты или полному исчезновению запоров. В тех случаях, когда этого не происходит, больным должны быть назначены набухающее (Дефенорм) или осмотическое слабительное (раствор полиэтиленгликоля, лактулозы), препараты прокинетики действия (домперидон, итоприд, пруклоприд) или любипростон. Хотелось бы отметить, что Дефенорм (шелуха подорожника блошиного в капсулах) – это слабительный препарат растительного происхождения, не обладающий раздражающим действием и не вызывающий привыкания, способный механически стимулировать рецепторы кишечника, предотвращая сгущение кишечного содержимого и облегчая его пассаж уже через 6–10 ч от момента приема. Дефенорм эффективен при запорах и функциональной диарее, а за счет повышенного связывания компонентами препарата солей желчных кислот в кишечнике проявляется его способность к снижению уровня холестерина в плазме крови.

Продолжение на стр. 44.



# Функциональные заболевания

По материалам научно-практической конференции «II Киевские гастроэнтерологические чтения»



«КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД»  
Якість без компромісів!

## пищеварительного тракта



Продолжение. Начало на стр. 42.

Успех лечения пациентов с СФАБ зависит не только от адекватной медикаментозной коррекции, но и от нормализации психического состояния. Психологическая помощь больным осуществляется с использованием методов когнитивной поведенческой терапии, гипноза, психотерапии. Отдельно следует сказать о терапии на основе принципа биологической обратной связи, прекрасно зарекомендовавшей себя при выявлении у пациентов с СФАБ расстройств дефекации, связанных с нарушениями в работе органов малого таза и определяемых при проведении исследования аноректальной моторики.

Врачи должны принять биопсихологическую природу СФАБ и связанные с ней особенности ведения пациентов, так как традиционные стратегии лечения в этих случаях оказываются неэффективными. Максимального результата от ступенчатой многокомпонентной терапии у больных СФАБ можно добиться путем применения одного или нескольких фармакологических агентов центрального действия и поведенческих интервенций с последующим лечением.



Кандидат медицинских наук **Екатерина Леонидовна Кваченюк** (Киевский городской консультативно-диагностический центр) уделила особое внимание проблеме функциональных расстройств желчного пузыря (ЖП) и сфинктера Одди (СО).

— Распространенность первичных дисфункций желчевыводящих путей (ДЖВП) в общей популяции составляет 15-30%. Первичные ДЖВП чаще формируются у лиц молодого возраста и женщин, а вторичные в 85-90% случаев развиваются на фоне патологии желчевыводящих путей (ЖВП) воспалительного характера и аномалий билиарного тракта.

Функциональный характер расстройств ЖП и СО подтверждается при выявлении взаимосвязи типичных

болевого эпизодов с тошнотой или рвотой, ночном характере боли и иррадиации в спину и/или правую подлопаточную область (Римские критерии III). Последующая объективизация дисфункции ЖП требует проведения УЗИ или холесцинтиграфии как золотого стандарта диагностики.

В тактике лечения больных ДЖВП следует придерживаться нормализации режима и характера питания, а также прибегать к психотерапевтическим методикам и назначению лекарственных средств, купирующих болевой синдром (спазмолитиков) и нормализующих отток желчи (холеретиков, холекинетиков). Учитывая длительный срок лечения, необходимо стремиться к подбору препарата, который не только хорошо переносится больным, но и обладает комплексным фармакологическим действием. В качестве такого средства может выступать растительный препарат Артихол (экстракт артишока сухой), оказывающий желчегонное, мочегонное, гепатопротекторное действие, способствующий выведению из организма мочевины, токсинов (в том числе нитросоединений, алкалоидов, солей тяжелых металлов) и нормализации обменных процессов.

В свою очередь, дисфункция СО характеризуется приступообразными болевыми эпизодами, повышением уровня печеночных или панкреатических ферментов, дилатацией общего желчного протока или эпизодами панкреатита (билиарная и панкреатическая формы соответственно). Для диагностики этого состояния применяются биохимическое исследование крови, УЗИ органов брюшной полости, компьютерная томография с контрастированием, магнитно-резонансная холангио-панкреатография (МРХПГ), эндоскопическое УЗИ и манометрия СО. Лечение дисфункций СО включает использование спазмолитиков, желчегонных препаратов, регулирующих моторику средств (Моторикс), а также хирургическое вмешательство при билиарной дисфункции СО I типа и панкреатической дисфункции СО.

Комплексное воздействие на патогенетические механизмы развития ДЖВП и дисфункции СО — неременный атрибут успеха лечебной программы этих крайне

распространенных заболеваний. Разнонаправленность фармакологических эффектов и прекрасная переносимость больными растительного препарата Артихол делают его незаменимым в подобных клинических ситуациях.



К сожалению, в рамках данной публикации невозможно полностью отобразить многообразие тематики рассмотренных на конференции вопросов. Так, живой дискуссией завершилось выступление заведующего отделением эндоскопии и малоинвазивной хирургии Универсальной клиники «Оберіг» Владислава Александровича Яковенко, рассказавшего о современных возможностях эндоскопической диагностики в гастроэнтерологии.

Большой интерес у аудитории вызвали доклады **Наталии Владимировны Репиной** и **Инги Миервалдисовны Болговой**, посвященные технологиям УЗИ и МРПХГ, а также **руководителя патогистологического центра Универсальной клиники «Оберіг», доктора медицинских наук Елены Георгиевны Курик**, представившей взгляд морфолога на проблему функциональных заболеваний ЖКТ. Логическим продолжением подведения итогов первого рабочего дня конференции стала экскурсия по структурным подразделениям клиники, в которой смогли принять участие все желающие.

Принимая во внимание заинтересованность, проявленную практически всеми врачами в отношении функциональной патологии пищеварительного тракта, актуальных аспектов диагностики и лечения этих состояний, можно утверждать, что Киевские гастроэнтерологические чтения способствовали достижению консенсуса по проблемным вопросам практической гастроэнтерологии и повышению профессионального уровня украинских медиков.

Подготовил **Антон Проїдак**

**В.А. Соколов, д.м.н., профессор, М.А. Савинкин, А.Е. Севостьянов,**

ГОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», РФ

## Использование ИГД-02 «ПРА» для мониторинга внутриглазного давления после фоторефракционных операций

**П**осле рефракционных операций остро встает вопрос о контроле внутриглазного давления (ВГД).

Традиционные методы измерения ВГД, такие как тонометрия по Гольдману и по Маклакову, не подходят для контроля ВГД в силу нескольких немаловажных причин. Указанные методы являются контактными, так или иначе травмирующими роговицу. Кроме того, из-за небольшого размера контактирующей с роговицей площадки тонометра Гольдмана (3 мм) точность измерения у больных с измененной толщиной роговицы после рефракционных операций очень сомнительна.

Приборы для измерения внутриглазного давления ИГД-02 «ПРА», основу работы которых составляет транспальпебральный контакт датчика прибора с глазным яблоком, не требуют соприкосновения с роговицей, что сводит на нет ошибки, связанные с изменением толщины роговицы в ходе фоторефракционных операций. Последняя модификация прибора оснащена звуковым индикатором, оповещающим о неправильной вертикальной установке инструмента, что значительно повысило его точность.

Было обследовано 167 человек с миопией различной степени после фоторефракционной кератэктомии (срок наблюдения — от 1 до 6 мес). Кортикостероиды (дексаметазон) назначались с 14-го дня после операции. ВГД измерялось при помощи транспальпебрального тонометра ИГД-02 «ПРА», поскольку при применении других эталонных методов это сделать невозможно.

Из 167 пациентов ВГД повысилось до 26-30 мм рт. ст. у 9 человек (5,4% больных). В случае повышения ВГД дексаметазон заменяли на дезонид, части обследованных назначены β-блокаторы, что обеспечило нормализацию офтальмотонуса. При последнем осмотре у всех больных с повышением ВГД давление нормализовалось. Уровень повышения ВГД от степени миопии и возраста пациента не зависел.

ОПЫТ • ДОВЕРИЕ • НАДЕЖНОСТЬ

- Более 30 клинических испытаний в РФ и странах СНГ
- Около 40 научных публикаций
- Более 10 наград на международных и отечественных выставках
- Экспортный вариант прибора:
  - успешные клинические испытания более чем в 15 странах мира (США, Финляндия, Испания, Германия, Индия и др.)
  - международные сертификаты CE 0535 (Евросоюз), FDA (США) и др.

Безопасное и быстрое измерение ВГД?  
Транспальпебральная тонометрия!

Оптимальный прибор для скрининга?  
Индикатор ИГД-02 diathera!

Уникальной методике 15 лет!

Альтернативы нет!

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
РЯЗАНСКИЙ  
ПРИБОРНЫЙ ЗАВОД

390000, Россия,  
г. Рязань, ул. Семинарская, 32  
тел.: (4912) 29-84-53 (многоканальный)  
факс: (4912) 29-85-16  
e-mail: info@grpz.ru

WWW.GRPZ.RU

Официальный представитель в Украине  
**«МЕДТЕХСНАБ»**  
г. Киев тел.: (044) 492-94-30, 494-41-10

### Выводы

1. Транспальпебральный тонометр ИГД-02 «ПРА» является надежным прибором для мониторинга ВГД после фоторефракционных операций и имеет доступную стоимость. Он лишен недостатков эталонных методов.
2. Применение кортикостероидов привело к повышению внутриглазного давления после 2-недельного применения у 5,4% больных.
3. Повышение давления не зависит ни от возраста пациента, ни от степени миопии.
4. Замена дексаметазона на дезонид и назначение β-блокаторов способствовали нормализации ВГД.