

личение уровня молекул средней массы (МСМ). Уровень последней имеет сильную корреляционную связь с плотностью ЗЧМТ, превышая нормальные величины в 2,5 раза.

Рост концентрации МСМ в ликворе у больных с ЗЧМТ свидетельствует о развитии осложнения травмы – остром гнойном менингите. Активация процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) сопровождается накоплением продуктов окисления, в частности, малонового диальдегида (МДА), который также коррелирует с тяжестью травмы, это может иметь прогностическое значение. Закономерно при травме мозга возрастает активность лактатдегидрогеназы (ЛДГ), креатинкиназы (КК), соответственно, в 10–18 и в 20–30 раз и более.

Лабораторные признаки неблагоприятного исхода ЧМТ: повышение уровня молочной кислоты в ликворе более 5 ммоль/л, отношение ЛДГ венозной церебральной крови к ЛДГ ликвора менее единицы, повышение концентрации МДА в ликворе более 500 ммоль/л.

Перспективные методы лабораторной диагностики при ЗЧМТ – это определение изоферментов КК, ЛДГ в ЦСЖ, определение циклического аденозинмонофосфата (цАМФ) в ликворе, определение концентрации МСМ в ЦСЖ.

Соотношение активности ЛДГ венозной крови и ликвора является прогностическим критерием исхода ЧМТ. Если это соотношение более 7, то исход благоприятен, если менее 1, то прогноз неблагоприятный.

Сама хирургия ЧМТ и ее последствий и осложнений претерпела большие изменения. Она стала более щадящей и, где возможно, минимально инвазивной. Ушли в прошлое массовые ранее резекционные трепанации черепа, спасавшие жизнь пострадавшему, но заведомо делавшие его инвалидом.

Принципы реконструктивные, сберегательные, с послойным восстановлением всех мягких и жестких покровов головы, с учетом косметических требований, доминируют в современной нейротравматологии. Радикализм мозговых операций уступил место исключительно бережному отношению к веществу мозга. Понятие удаления травматического субстрата «в пределах здоровых тканей» неприемлемо к центральной нервной системе.

Взамен травматичного прямого вмешательства, костно-пластической или декомпрессивной трепанации все шире используются эндоваскулярные методики, пунктирование, шунтирование, дренирование и т.п. Несмотря на активное развитие хирургии, интенсивной терапии и собственно реабилитации при черепно-мозговой травме, осталось много нерешенных вопросов, и появляются новые, еще более сложные. Профилактика черепно-мозгового травматизма – важное и перспективное лечение. Она требует больших затрат и повышения общественного интереса к проблеме, и это оправданно.

**В.Г. Раднаева**

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ЧАСТИЧНОЙ АТРОФИИ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА У ДЕТЕЙ**

*Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)*

Атрофия зрительного нерва у детей является одним из тяжелых заболеваний, ведущим к необратимому снижению зрения. Она может быть исходом различных местных и системных процессов в организме. Патоморфологически для атрофии характерен распад нервных волокон и замещение их глиальной тканью.

Атрофические процессы могут возникать вследствие воспаления или застоя в зрительном нерве, а также в результате различных токсических воздействий.

Наиболее частыми причинами частичной атрофии зрительного нерва (ЧАЗН) у детей являются инфекционные воспалительные заболевания ЦНС (до 40 % случаев), гидроцефалия различного генеза, опухоли головного мозга, врожденные заболевания ЦНС, нарушения обмена, ретинопатия недоношенных, ЧМТ и др. Частичная атрофия зрительного нерва (в дальнейшем ЧАЗН) может быть врожденной и наследственной, первичной и вторичной.

По РФ ЧАЗН встречается в 1,2–8,6 % [2]. Среди инвалидов по зрению до 30,9 % [1].

По Республике Бурятия – 4,9 %, среди инвалидов ЧАЗН составляет 10 %.

**Цель работы** – оценить эффективность лечения ЧАЗН различными методами в условиях отделения микрохирургии глаза для детей.

### **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ**

За 2006 по 2008 гг. всего пролечено 180 детей (345 глаз) в возрасте от 1 года до 18 лет, страдающих ЧАЗН различной этиологии. Ежегодно количество больных увеличивается: 2006 г. – 46 детей (3,4 %), 2007 г. – 61 (5,1 %), 2008 г. – 73 (6,1 %). Увеличивается частота ЧАЗН за счет ретинопатии недоношенных.

Среди возрастной группы от 7 до 14 лет наибольшее количество детей, получивших лечение (83 – 156 глаз). По остроте зрения наибольшие группы: от светоощущения до 0,1 – 70 детей (60 глаз), затем – от 0,1 до 0,3 – 52 (49 глаз).

Клиническое обследование включало визометрию, периметрию, биомикроскопию, исследование ЗВП и ЭРГ.

Лечение проводилось по возможности патогенетически с учетом основного заболевания и направлено на улучшение кровообращения и стимулирование жизнедеятельности сохранившихся, но угнетенных нервных волокон.

Медикаментозная терапия состояла из: 1) ноотропы (пирацетам и др.); 2) сосудорасширяющие средства (но-шпа, папаверин, компламин, никотиновая кислота, кавинтон и др.); 3) антиоксиданты (витамин «А», витамин «Е», липоевая кислота, черника-форте и др.); 4) ангиопротекторы (эмоксилин и др.); 5) полипептиды (кортексин, ретиналамин); 6) нейротрофики (витамины группы «В», тауфон, церебролизин).

Физиотерапевтические методы: 1) магнитотерапия; 2) электрофарез; 3) фонофарез; 4) ДДТ; 5) лазеротерапия; 6) иглорефлексотерапия.

Препараты вводились ретробульбарно в виде инъекций, парентерально и внутрь. Курс лечения составлял 10 дней. Лечение проводилось 2 раза в год.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ

Повышение остроты зрения отмечалось в основном на 0,1 (25 детей – 45 глаз), затем до 0,1 (15 детей – 28 глаз), на 0,2 – 0,3 (17 детей – 33 глаза).

Снижения остроты зрения, а также побочных явлений общего и местного характера не наблюдалось. Эффективность лечения в среднем составила 39,8 %.

#### ВЫВОДЫ

Комбинированное лечение частичной атрофии зрительного нерва у детей позволяет улучшить зрительные функции и стабилизировать процесс.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Сравнительная эффективность различных методов лечения частичных атрофий зрительного нерва у детей. Материалы Всероссийской научно-практической конференции детских офтальмологов / Е.И. Сидоренко [и др.]. – М., 1996. – С. 95–96.

2. Хватова А.В. Состояние и современные аспекты детской офтальмологии. Детская офтальмология, итоги и перспективы / А.В. Хватова. – М., 2006. – С. 11–23.

**Д.Д. Рыбдылов, Ю.Д. Доржиев**

### ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЛУБОКИХ ОЖОГОВ ПЕРЕДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ГОЛЕНИ

*МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. В.В. Ангапова» (Улан-Удэ)*

Поверхностное расположение переднего края и бугристости большеберцовой кости делают их уязвимыми при глубоких ожогах. Поражение костной ткани нередко осложняется развитием остеомиелита большеберцовой кости, которое нередко приводит к инвалидизации больного.

В повседневной практике изолированное поражение передней поверхности большеберцовой кости встречается редко, в большинстве случаев оно сочетается с поражениями других локализаций.

**Цель:** изучить эффективность ранней некрэктомии с одномоментной аутодермопластикой при хирургическом лечении глубоких ожогов передней поверхности голени.

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период с 2002 по 2008 гг. в отделении гнойной хирургии и ожогов Городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Улан-Удэ находилось на лечении 78 пациентов с глубокими ожогами передней поверхности голени с общей площадью поражения от 5 до 15% поверхности тела. Из них ихолорированное поражение передней поверхности голени имело место у 8 больных, в 14 случаях поражение голени было циркулярным. Контрольную группу составили 42 пациента, которым подготовка к закрытию ожоговых ран проводилась обычным способом. В опытную группу вошли 36 пациентов, которым были проведены ранние некрэктомии с одномоментной аутодермопластикой.