

анастомоза из шейного доступа. Умерли 3 (15 %) больных — двое не перенесли гастростомию ввиду исходно тяжелого общего состояния, один на этапе толстокишечной пластики от причин, не связанных с техникой операции.

Таким образом, трахеопищеводные свищи следует отнести к категории чрезвычайно сложной и опасной в лечении патологии, риск операций при которых высок и составляет 15 %. Единой методики лечения не существует, требуется индивидуализация хирургической тактики от многоэтапного вида лечения и применения паллиативных операций типа гастростомии до совершенствования техники операций в виде транспищеводного закрытия свищей с отдельным ушиванием слизистых слоев пищевода и трахеи. Трахеопищеводные свищи со сформированным свищевым ходом могут быть успешно излечены с применением обычной техники разъединения органов с помощью отечественных ушивателей органов.

Д.В. Сосорова

ЛАЗЕРКОАГУЛЯЦИЯ СЕТЧАТКИ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ

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

Диабетическая ретинопатия — частое и тяжелое проявление сахарного диабета. Даже при первично выявленном сахарном диабете ретинопатия наблюдается у 10 — 30 % больных [1 — 3], а через 15 — 20 лет с момента заболевания диабетическая ретинопатия диагностируется в 100 % случаев. В настоящее время разработаны и широко применяются методы лазерной терапии диабетической ретинопатии (коагуляция сетчатки) и витрэктомия. Каждый из этих методов имеет свои четко определенные показания, возможности и противопоказания. У части больных, благодаря вышеуказанным методам лечения, удается стабилизировать процесс развития ретинопатии, однако у значительной части в силу различных причин стабилизация ретинопатии не наступает.

Цель исследования: оценить эффективность лазеркоагуляции сетчатки в комплексном лечении диабетической ретинопатии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Обследовано 29 больных (58 глаз) с диагнозом препролиферативная диабетическая ретинопатия обоих глаз (классификация E. Kohner, M. Porta, 1992). В комплексном лечении больных диабетической ретинопатии включали медикаментозное лечение и паравазальную аргонлазеркоагуляцию сетчатки, используя аргонный лазер фирмы «Карл Цейс». Наносили в среднем 110 коагулятов за 1 сеанс при размере пятна 200 мкм, при мощности излучения от 110 до 200 мВт и экспозиции 0,1 сек. Общее количество сеансов на один глаз 3 — 4. Однако объем лазеркоагуляции зависел от выраженности пролиферативного синдрома, геморрагической активности, а также от прозрачности преломляющих сред. Госпитализация больных сахарным диабетом, осложненным диабетической ретинопатией, во всех случаях осуществлялась после осмотра пациента эндокринологом. У всех больных диабетической ретинопатией сахарный диабет компенсирован.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

У обследованных пациентов после лазеркоагуляции на глазном дне в 53 % случаев отмечалась облитерация новообразованных сосудов, резорбция отека сетчатки, повышение остроты зрения в среднем на 0,1 — 0,2. В остальных случаях наблюдалась стабилизация патологического процесса и зрительных функций. Осложнений не было.

ВЫВОД

Лечение диабетической ретинопатии должно носить комплексный характер. Основным и наиболее эффективным методом лечения диабетической ретинопатии является лазеркоагуляция сетчатки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиева Т.А. Заболевания глаз при сахарном диабете / Т.А. Алиева. — Ташкент: Медицина, 1982. — 36 с.
2. Астахов Ю.С. Диабетическая ретинопатия (тактика ведения пациентов) / Ю.С. Астахов // Клин. офтальмол. — 2004. — № 2. — С. 85 — 92.
3. Экгардт В.Ф. Диабетическая ретинопатия / В.Ф. Экгардт. — Челябинск, 2001. — 100 с.