

розом сосудов нижних конечностей и 12 с диабетической гангреной. В контрольной группе профилактику ВТЭО проводили фрагмином, который вводили за 12 часов до оперативного вмешательства под кожу живота. В основной группе кроме введения низкомолекулярного гепарина проводили курс лазерной терапии аппаратом «Оптодан» по разработанному алгоритму. Лазерная терапия состояла из 3 ежедневных сеансов с воздействием на каротидные синусы, дугу аорты и проекции раны. Перед началом курса лазерной терапии всем больным определяли индивидуальную переносимость низкоинтенсивного лазерного излучения (патент РФ № 2366473 от 10.09.2009). Всем пациентам в обеих группах для профилактики ГДО вводили антибиотики за 30 мин до разреза кожи (цефалоспорины 2-3 поколения) в дозах, зависящих от степени риска возникновения инфекционных осложнений, характера и длительности оперативного вмешательства. Всем больным в динамике исследовали коагулограмму.

Результаты и их обсуждение. Применение комбинированной технологии профилактики осложнений в основной группе позволило снизить количество венозных осложнений (1 тромбоз глубоких вен голени в основной группе против 3 тромбозов в контрольной группе) и гнойно-деструктивных осложнений (2 расхождения и 9 нагноений раны в основной группе против 2 расхождений и 17 нагноений раны в контрольной группе).

Таким образом, разработанная комбинированная технология профилактики осложнений при операциях на нижней конечности превосходила эффективность традиционных методов. Профилактическая лазерная терапия в сочетании с низкомолекулярным гепарином является обоснованным и эффективным методом профилактики послеоперационных осложнений, что подтверждалось полученными клиническими результатами и данными лабораторных исследований.

PREVENTIVE MAINTENANCE OF THE COMPLICATIONS
AT OPERATION ON LOWER LIMB

YU.V.GENYUK

Road Clinical Hospital «RZHD» on Station Voronezh 1

Improvement of results of preventive maintenance of complications at operations on the bottom finiteness it was achieved associated by application low-molecular heparins and laser therapy.

Key words: venous thrombosis, «Optodan», coagulogram

УДК 617.7-007. 681-089

МОДИФИКАЦИЯ ГЛУБОКОЙ СКЛЕРЭКТОМИИ В ХИРУРГИИ
ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ГЛАУКОМЫ

Р.В.АВДЕЕВ, И.А.ЗАХАРОВА, Е.Н.ЧЕРНЫХ*

Статья посвящена вопросам хирургического лечения и профилактики рубцевания зоны фильтрации при различных видах антиглаукоматозных операций (включая органосохраняющие операции при терминальных глаукомах). Предлагается новая модификация выполнения хирургического вмешательства в условиях денервирования зоны фильтрации.

Ключевые слова: глаукома, склерэктомия, эписклера, тенонова капсула.

В глазной хирургии процессы фиброобразования играют важную роль в развитии патологических состояний, обуславливающих неэффективность оперативного лечения [3]. При фильтрационной хирургии глаукомы течение процесса заживления раны во многом определяет успех и функциональный результат оперативного вмешательства [3,2]. При облитерации шлеммова канала увеосклеральный путь оттока внутриглазной жидкости (ВГЖ) становится основным, поэтому большое количество операций, предложенных разными авторами, направлены на активизацию именно этого пути оттока водянистой влаги глаза [1]. Однако, предложенные варианты хирургии глаукомы не лишены недостатков, главным из которых является непродолжительность гипотензивного эффекта. С целью продления эффекта хирургического вмешательства применяются многочисленные разновидности материалов для изготовления дренажных устройств различных конструкций. В современной офтальмологии представлено множество вариантов антиглаукоматозных операций (АГО), направленных на создание выраженной

фильтрационной подушечки (ФП) на максимально продолжительный временной интервал. С этой целью многие офтальмологи отдают предпочтение использованию вкладышей и дренажей из полимерных материалов. Несмотря на то, что многие дренажи изготавливаются из биосовместимых материалов, в клинической практике всё же встречаются индивидуальные реакции непереносимости различных полимеров, приводящие к отторжению с последующим зарастанием дренажа и развитием быстрой облитерации вновь созданных путей оттока ВГЖ.

Цель исследования – изучение клинических результатов после предлагаемых нами модификаций АГО с использованием принципа денервации тканей в зоне фильтрации в отдалённом периоде наблюдения (до 2 лет).

Объекты и методы исследования. Клиническая часть работы основана на изучении результатов лечения 100 пациентов (100 глаз) с различными стадиями глаукомы, которым были произведены АГО по предлагаемой нами методике (32 пациента со II стадией, 39 – с III стадией некомпенсированной глаукомы и 29 пациентов с абсолютной болящей глаукомой). Исследуемая группа была сформирована из 60 мужчин и 40 женщин. Возраст больных варьировал от 48 до 86 лет (средний возраст: 67,44±1,15 лет). В зависимости от модификации выполняемых АГО, исследуемая группа была разделена на три подгруппы: I подгруппа (48 лиц со II-III стадиями некомпенсированной глаукомы), которым были проведены глубокая склерэктомия (ГСЭ) с предварительной трепанацией склеры, II подгруппа (30 пациентов со II-III стадиями некомпенсированной глаукомы) – ГСЭ + гониопластика+трепанация, III (22 пациента с терминальными и вторичными неоваскулярными глаукомами) –органосохраняющие операции (иридоклоретракция + ГСЭ + частичный циклодиализ). У 20 пациентов (20%) – АГО были произведены повторно.

В большинстве обследованных глаз, несмотря на проводимую гипотензивную терапию и выполненные ранее АГО, отмечался умеренно повышенный и высокий уровень ВГД, находившийся в пределах 27-47 мм рт. ст. [ВГД > 32 мм рт. ст. – у 73 (73%) обследованных больных; в пределах 27-31 мм рт. ст. – у 21 (21%); в пределах 22-26 мм рт.ст. – у 6(6%)]. Оценка данных тонометрии и зрительных функций обследованных больных до и после операции представлена в табл. 1

Таблица 1

Оценка данных тонометрии и зрительных функций до и после операции

Количество обследованных больных (n=100)						
Оцениваемые показатели (среднеарифметическое и отклонение от средней арифметической, M±m)						
Произведенные хирургические вмешательства	Острота зрения		ВГД		СТТЗР*	
	До операции	После (на 7-9 день)	Исх.	После (на 7-9 день)	Исх.	После (на 7-9 день)
ГСЭ+трепанация (n=48)	0,14±0,02	0,23±0,03	83,64±0,83	18,85±0,30	213,23±19,86	252,92±20,21
ГСЭ+ гониопластика+трепанация (n=30)	0,10±0,02	0,21±0,04	34,3±0,90	19,16±0,36	197,67±20,03	247±23,74
Субсклеральная ИДР+ГСЭ+частич. циклодиализ (органосохраняющие) (n=22)	0,005±0,005	0,014±0,007	41,64±1,31	20,45±0,55	42,95±20,39	51,82±24,17
Суммарно: (n=100)	0,10±0,01	0,18±0,02	35,6±0,64	19,3±0,22	171,1±13,85	206,9±15,44

Данные тонометрии и показатели зрительных функций в зависимости от стадии глаукомы после операции и в отдалённом периоде представлены в табл. 2

Таблица 2

Показатели зрительных функций и тонометрии в зависимости от стадии глаукомы

Количество обследованных больных (n=100)						
Оцениваемые показатели (среднеарифметическое и отклонение от средней арифметической, M±m)						
Стадия глаукомы	Острота зрения		ВГД		ТТЗР*	
	После операции 7-9 день	Через 1,5-2 года	После операции 7-9 день	Через 1,5-2 года	После операции 7-9 день	Через 1,5-2 года
Развитая стадия (II) (n=32)	0,3±0,03	0,30±0,03	18,81±0,32	19,88±0,32	352,66±7,54	306,41±8,62
Далекозапущенная стадия (III) (n=39)	0,18±0,03	0,16±0,03	18,7±0,34	20,28±0,35	242,95±16,42	198,59±16,73
Терминальная стадия (IV) (n=29)	0	0	20,55±0,44	21,03±0,44	5,17±3,67	7,78±6,62

Техника операции: Под местной анестезией производится разрез и отсепаровка конъюнктивального лоскута в 7-8 мм от верхнего лимба. После чего из поверхностных слоёв склеры вы-

* Воронежская ГМА им.Н.Н.Бурденко, 394000, г.Воронеж, л.Студенческая 10.Кафедра офтальмологии с офтальмологией ИПМО ВГМА на базе глазного отделения 17 ГКБ г.Воронежа, 394000, ул.Карла Маркса, 36. тел.(4732)226673

краивается лоскут прямоугольной формы размером 6×6 мм на 1/2 толщины склеры. Для достижения поставленной цели стандартная методика ГСЭ модернизирована следующим образом: с поверхности выкроенного склерального лоскута теновую капсулу удаляют вместе с эписклерой и находящимися в ней нервными волокнами (с целью снижения фиброобразования в зоне вмешательства в послеоперационном периоде). За счёт денервации тканей в области вмешательства снижается возможность образования грубых склеро-конъюнктивальных и склеро-склеральных сращений. По краям выкроенного склерального ложа на расстоянии 3-5 мм теновую капсулу иссекают вместе с эписклерой и находящимися в ней нервными волокнами. Далее оперативное вмешательство проводится по стандартному плану. Технология не является строгой и предполагает некоторые видоизменения в процессе выполнения операции (размеры склерального ложа и иссекаемого участка эписклеры и теновой капсулы). В послеоперационном периоде оценивали величину офтальмотонуса, состояние оттока ВГЖ, проводили биомикроскопию области операции с оценкой степени выраженности ФП в различные сроки наблюдения. Контрольные осмотры после выписки из стационара проводили через 1, 3, 6 мес. в дальнейшем – через 1,5-2 года.

Таблица 3

Данные тонографии

Показатели тонографии	До операции	В отдалённом периоде (до 2 лет)
Р. мм.рт.ст.	18,9±1,26	16,26±1,69
С мм ³ /мс	0,12±0,009	0,24±0,03
F мм ³	1,25±0,24	2,53±0,65
Р./С (КБ)	166,96±12,6	85,29±15,34

Результаты и их обсуждение. Для раннего послеоперационного периода (до 3 мес.) у 94% пациентов послеоперационное течение протекало без выраженных воспалительных реакций. В разные сроки после операции визуализировалась разлитая плоская ФП, свидетельствующая о наличии пути оттока ВГЖ под конъюнктиву. Осложнения раннего послеоперационного периода имели место в 6 глазах (6%): 2 гифемы – у пациентов с терминальной глаукомой и посттромботической ретинопатией; 3 цилиохориоидальные отслойки (ЦХО) у больных с циклотракцией, купированные медикаментозно на 3-5 день лечения; в 1 случае наблюдалось обострение иридоциклита (у пациентки с вторичной постувеальной глаукомой), купированный медикаментозно на 14 день лечения. Наблюдение за больными в сроки до 1 месяца показало, что все исследуемые показатели сохранялись на уровне тех значений, которые были зафиксированы при выписке (на 7-10 день после АГО). Уровень ВГД оставался в пределах 18-22 мм рт.ст. у 88 пациентов без использования местной гипотензивной терапии, 12 пациентов профилактически продолжали закапывать гипотензивные капли (у этих больных АГО были выполнены на единственно видящем глазу). Через 6 мес после хирургических вмешательств для стабилизации ВГД дополнительная местная гипотензивная терапия потребовалась 7 пациентам, а через 1,5-2 года – 6 пациентам (с III и IV ст. глаукомы). Данные тонографии в отдалённом периоде (до 2 лет) были проанализированы у 25 больных (табл. 3).

Таблица 4

Показатели ВГД больных после АГО в отдалённом периоде (до 2 лет)

	Без дополнительного использования гипотензивных капель			Применение местной дополнительной гипотензивной терапии после АГО		
	Группа I (n=48)	Группа II (n=30)	Группа III (n=22)	Группа I (n=48)	Группа II (n=30)	Группа III (n=22)
На 7-9 день	44 (91,6%)	27 (90%)	17 (80,9%)	5 (10,4%)	3 (10%)	4 (19,1%)
Через 1 мес	44 (91,6%)	27 (90%)	17 (80,9%)	5 (10,4%)	3 (10%)	4 (19,1%)
Через 3 мес	44 (91,6%)	26 (86,7%)	17 (80,9%)	5 (10,4%)	4 (13,3%)	4 (19,1%)
Через 6 мес	40 (83,3%)	24 (80%)	16 (76,2%)	9 (18,8%)	6 (20%)	5 (23,8%)
Через 1,5-2 года	36 (75%)	23 (76,7%)	15 (71,4%)	13 (27,1%)	7 (23,3%)	6 (28,6%)
Суммарно: Через 1,5-2 года	74 пациента (74%)			26 пациентов (26%)		

Выводы: предложен способ, повышающий эффективность АГО, позволяющий добиться формирования более рыхлого рубца

в зоне фильтрации (в условиях денервации области хирургического вмешательства); предлагаемые нами варианты хирургического лечения технически просты, безопасны и эффективны для снижения ВГД у больных с некомпенсированной глаукомой; указанные операции позволяют у пациентов с терминальными болящими глауками за счёт нормализации офтальмотонуса сохранить глаз как орган и могут служить альтернативой к удалению глазного яблока.

Литература

1. Косых Н.В. Хирургическая активация внедренного оттока внутриглазной жидкости при глаукоме: Автореф. дис. ... д-ра мед.наук., М., 1992.
2. Лебедев О.И. Клинико-экспериментальное обоснование прогнозирования и регуляции репаративных процессов в хирургии глаукомы: Автореф. дис. ... д-ра мед.наук. М., 1990. 33с.
3. Юрьева Т.Н., Волкова Н.В. Алгоритм реабилитационных мероприятий на этапах формирования путей оттока после непроникающей глубокой склерэктомии // Офтальмохирургия. 2007, №4. С.67-71

UPDATING OF THE DEEP SCLEROTICECTOMY IN SURGERY OF NON-COMPENSATED GLAUCOMA

R.V.AVDEEV, E.N.TCHERNICH, I.A.ZACHAROVA

Voronezh State Medical Academy named by N.N. Burdenko, Russia
Chair of Ophthalmology

Article is devoted questions of surgical treatment and preventive maintenance of a cicatrization of a zone of a filtration at various kinds antiglaucomatous operations (including the operations referred on conservation of an eye, as organ at terminal painful glaucomas). New updating of performance of a surgical intervention in the conditions of denervating of a zone of a filtration is offered. The way raising efficiency filtering AGO is offered (in conditions denervation), allowing to achieve an intervention zone formation of more friable hem in the field of surgical intervention

Key words: glaucoma, skleroectomy, episklers, tenonova capsule.

УДК 611.24

ВНЕШНИЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗВИТИЕ И ПРОЯВЛЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ ТВЕРСКОГО РЕГИОНА

И.Н. ЕРМАКОВА*

Выявление внешних факторов, влияющих на развитие и проявления бронхиальной астмы (БА) у детей и уменьшение их воздействия. Выявлены внешние факторы риска развития и проявления БА с учетом степени тяжести заболевания и места жительства ребенка. Установлена достоверная зависимость тяжести течения заболевания от места проживания и состава семьи ребенка, больного БА. Больные БА тяжелое течение достоверно чаще, чем в среднем по группе были жители села. Установлено, что сельские дети из неполных семей в три раза чаще, чем дети из полных семей наблюдались с тяжелым течением БА (p<0,005). Дети, больные тяжелой формой БА значительно чаще проживали в неблагоприятных жилищных условиях (p<0,005). Выявлена достоверная зависимость тяжести течения БА от длительности естественного вскармливания ребенка. На естественном вскармливании находились 2/3 детей. Различий в характере вскармливания с учетом места проживания больных БА не выявлено. Сенсибилизация к пищевым аллергенам способствовала более тяжелому течению БА у детей (p>0,005). Пищевая аллергия с одинаковой частотой наблюдалась у 1/3 всех обследованных больных БА не зависимо от места их проживания. Таким образом, социально-экономические и демографические характеристики, являются важными и частыми факторами риска развития и проявления тяжелой БА у детей, что диктует необходимость профилактических программ, направленных на улучшение контроля заболевания.

Ключевые слова: бронхиальная астма, внешние факторы риска.

Болезни органов дыхания (БОД) в значительной степени определяют уровень детской заболеваемости. Как представлено на рис. 1-2, БОД стабильно занимают первое место в структуре общей заболеваемости детей Тверского региона. Проведенные исследования показали, что по данным обращаемости, распространенность БА в Тверском регионе варьируется в различных районах, однако среди хронической патологии органов дыхания она занимает ведущее место. На 01.01.2009 года регистр детей, больных БА включал 1914 пациентов. За 7 лет (2003-2009 гг)

* Тверская государственная медицинская академия.