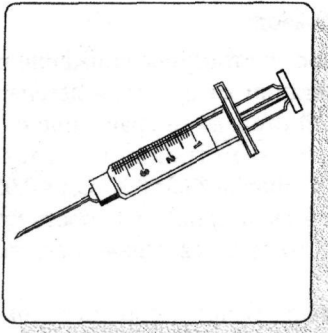


Л.А. Басинская

ПРИМЕНЕНИЕ РЕТИНАЛАМИНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПРЕПРОЛИФЕРАТИВНОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ

Амурская государственная медицинская академия г. Благовещенск



Сложной и не до конца решенной является проблема лечения больных с диабетической ретинопатией. Для устранения патологических явлений на сетчатке при диабетической ретинопатии предложено довольно много медикаментозных и хирургических методик [3-6]. Однако повышение эффективности лечения больных с диабетической ретинопатией остается очень актуальной задачей, поскольку большинство методик влияют на следствия поражения сетчатки, а не на патогенетические звенья развития ретинопатии.

С учетом многообразия патогенетических факторов заболевания, основные методы лечения диабетической ретинопатии направлены на улучшение гемодинамики и обменных процессов в сетчатке и предотвращение дальнейшего прогрессирования заболевания [2].

Существующие методы лечения диабетической ретинопатии, наряду с рядом преимуществ (отсутствие травматического фактора, общедоступность и универсальность), имеют свои недостатки и главный из них — отсутствие возможности воздействовать непосредственно на очаг поражения, что снижает эффективность проводимого лечения.

В связи с этим стоит актуальная задача разработки эффективного метода лечения диабетической ретинопатии, который сочетал бы в себе минимально травматическое хирургическое вмешательство и непосредственное подведение лекарственного препарата к сетчатке, а также способствовал улучшению зрительных функций и стабилизации процесса в течение длительного времени [1]. В этом плане особого внимания заслуживают дальнейший поиск и детальная разработка комплексного подхода для лечения этой тяжелой патологии, в основе которых лежит комбинированный механизм действия.

Цель работы — оценить эффективность лечения диабетической ретинопатии препаратом ретиналамином.

Материалы и методы

Под наблюдением находилось 73 пациента (123 глаза) с сахарным диабетом 2 типа в возрасте от 36 до 68 лет. Большинство пациентов были женщины — 38 (92,7%) чел. Препролиферативная диабетическая ретинопатия диагностирована у всех пациентов. В 81,2% случаев процесс носил двусторонний характер.

Все пациенты были разделены на две группы, сопоставимые по возрасту, полу, типам и длительности СД, тяжести диабетической ретинопатии.

Резюме

Проведена оценка эффективности лечения больных с диабетической ретинопатией препаратом ретиналамином. Обследовано 73 пациента с диабетической ретинопатией. С целью повышения фармакологической эффективности ретиналамина, препарат вводили к заднему полюсу глаза под конъюнктиву (0,5 мл раствора). Предварительно выполняли трофическую склерэктомию (ТСЭ) в верхнем наружном сегменте глазного яблока, с последующей аргонлазеркоагуляцией сетчатки в месте проекции ТСЭ. Курс лечения составил 10 дн. В результате лечения получено достоверное улучшение зрительных функций у 71% больных с диабетической ретинопатией.

L.A. Basinskay

USING OF RETINALAMIN IN COMPLEX TREATMENT OF DIABETIC RETINOPATHY

*Amur State Academy, Department
of eye diseases, Blagoveshensk*

Summary

The assessment of retinalamin treatment efficiency of patients suffering from diabetic retinopathy was carried out. 73 patients with diabetic retinopathy were examined. The drug was introduced to posterior pole of eyeball under conjunctiva (0.5 ml of solution) with the purpose of pharmacological effectiveness increase. Before the drug administration trophic sclerectomy in upper external segment of eyeball was carried out with the argon laser coagulation of retina in the site of projection of trophic sclerectomy after that. The course of treatment was 10 days. As a result of the treatment significant visual function improvement of 71% of patients suffering from diabetic retinopathy was achieved.

В 1 (основную) группу вошли пациенты (31 — 60 глаз), которым проводилось комплексное лечение, включающее хирургическое, лазерное и медикаментозное воздействие. Первым этапом проводили трофическую склерэктомию (ТСЭ) в верхнем наружном квадранте. Вторым этапом — направленную аргонлазеркоагуляцию в проекции ТСЭ. Третьим этапом под конъюнктиву в верхненаружный квадрант вводили ретиналамин по 0,5 мл. Курс лечения — 10 дней.

Во 2 (контрольную) группу вошли пациенты (42 — 63 глаза) с диабетической ретинопатией, которым проводилось медикаментозное лечение. Парабульбарные инъекции ретиналамина по 0,5 мл. Курс лечения — 10 дней. Офтальмологическое обследование включало

визометрию, компьютерную статическую периметрию, офтальмоскопию, реоофтальмографию, доплерографию, электрофизиологическое исследование.

Результаты лечения

После проведенного курса лечения в основной группе улучшение остроты зрения произошло на 0,25. Повышение остроты зрения наблюдали в 88,9%. К 6 мес. отмечали постепенное снижение показателей остроты зрения в среднем на 0,06. Через год средний уровень остроты зрения достоверно не отличался от исходного.

В контрольной группе после проведения курса медикаментозной терапии острота зрения увеличилась на 0,12. Это на 0,13 меньше, чем в основной группе. В отдаленном периоде (6-12 мес.) средний показатель остроты зрения снижался практически до исходного уровня.

Расширение полей зрения в основной группе происходило за счет исчезновения относительных скотом и перехода абсолютных скотом в относительные. Количество нормально воспринимаемых точек возрастало в среднем на 21%. Поля зрения непосредственно после лечения улучшились у 64% больных, в 36% случаев поля зрения не изменились; случаев ухудшения не наблюдалось.

В контрольной группе сразу после лечения количество относительных скотом снизилось до 13,42%. Затем их количество постепенно увеличивалось и к 6 мес. наблюдения практически не отличалось от исходных показателей. В офтальмоскопической картине глазного дна у пациентов с ДР отмечено улучшение картины глазного дна за счет исчезновения геморрагий, микроаневризм.

Анализ реограмм показал достоверный рост реографического коэффициента в основной группе сразу после курса лечения в среднем на 0,61%. Более поздние контрольные исследования выявили тенденцию к стабилизации этого показателя в сроки от 3 до 6 мес. Через год уровень реографического коэффициента превышал исходные значения на 0,44%.

В контрольной группе после курса медикаментозной терапии был также отмечен рост реографического коэффициента в среднем по группе на 0,3%. Дальнейшее наблюдение показало, что такой уровень реографического коэффициента сохранялся 1-6 мес., затем мы отмечали тенденцию к его снижению. Уже через 12 мес. после лечения данный показатель практически не отличается от исходного.

Значительное снижение линейных скоростей кровотока в глазничной артерии до лечения было выявлено у пациентов основной группы. После курса лечения в основной группе максимальная скорость кровотока увеличилась на 2,8 см/с. К 6 мес. динамического наблюдения этот показатель стал снижаться, оставаясь, тем не менее, выше исходного уровня. Через год он приближался к показателям, зарегистрированным до лечения.

В контрольной группе систолическая скорость кровотока в глазничной артерии после лечения увеличилась на 1,8 см/с. После 3 мес. наблюдения систолическая скорость кровотока в глазничной артерии снизилась до исходных цифр — 33,3 см/с.

При проведении общей электроретинограммы были получены следующие результаты: увеличение амплитуды -волны в основной группе сразу после курса лечения в среднем на 11,8 мкВ. Состояние стабилизации амплитуды -волны сохранялось в течение полугода, когда средние значения этого показателя определялись на уровне 37,2 мкВ. В более поздние сроки (6 мес.) после лечения амплитуда -волны имела тенденцию к некоторому снижению до 35,4 мкВ.

В контрольной группе глаз было отмечено повышение среднего уровня амплитуды -волны непосредственно после лечения на 9,1 мкВ. Однако уже через полгода наблюдения выявлено снижение среднего уровня амплитуды -волны до 23,3 мкВ. В более поздние сроки было установлено уменьшение значений амплитуды -волны практически до исходного уровня.

После лечения средний показатель амплитуды -волны достоверно увеличился на 37,9 мкВ. Относительно высокий уровень этого показателя был отмечен и при дальнейшем наблюдении. В отдаленные сроки, через 12 мес. наблюдения, несмотря на некоторое снижение уровня амплитуды -волны до 23,8 мкВ, он оставался все же выше исходного.

В контрольной группе было отмечено повышение среднего уровня амплитуды -волны непосредственно после лечения на 33,2 мкВ. Однако уже через полгода наблюдения выявлено снижение амплитуды -волны до 19,6 мкВ. В более поздние сроки было установлено снижение значений амплитуды -волны практически до исходного уровня.

Таким образом, применение ретиналамина при лечении диабетической ретинопатии является патогенетически обоснованным. Достигнуто значительное улучшение зрительных функций. По-нашему мнению, это связано с фармакологическим действием лекарственного препарата, а также способом его введения. При введении лекарственного препарата посредством ТСЭ и направленной аргонлазеркоагуляции возникает возможность усилить степень проникновения во внутренние структуры глазного яблока и добиться максимального эффекта ретиналамина.

Отдаленные результаты лечения свидетельствуют, что стабилизация диабетического процесса после парабубарных инъекций наступила в 39% случаев, после комплексного метода у 71% пациентов.

Данный метод лечения позволяет проводить активную медикаментозную терапию, добиваясь улучшения зрительных функций, что дает возможность использовать предложенное лечение как метод выбора при отсутствии стабилизации процесса у больных с диабетической ретинопатией. Методику подведения лекарственного препарата можно выполнять повторно, в любом квадранте глазного яблока.

Выводы

1. Разработан способ адресной доставки лекарственного препарата к заднему отрезку глаза в лечении диабетической ретинопатии, включающий выполнение трофической склерэктомии, с последующей направленной лазеркоагуляцией и медикаментозной терапией.

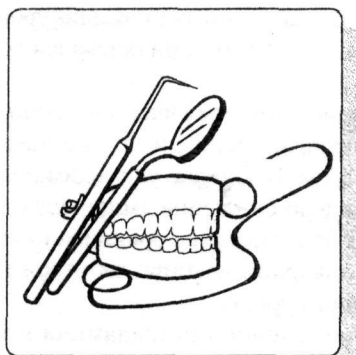
2. Доказана клиническая эффективность способа, обеспечивающего устойчивую стабилизацию зритель-

ных функций у 71% пациентов с ДР в течение 12 мес. после лечения.

Л и т е р а т у р а

1. Беляев В. С. // Вестн. офтальмологии. 1983. №6. С. 18-21.
2. Киселев Г. А. // Вестн. офтальмологии. 1988. №2. С. 40-43.

3. Tang S. // Br J Ophthalmol. 1994. Vol. 78, №5. P. 370-376.
4. Van der Fijl J.W. // J. Am. Soc. Nephrol. 1997. Vol. 8, №3. P. 456-462.
5. Van der Fijl J.W. // Lancet. 1997. Vol. 350, №9093. P. 1743-1745.
6. Van der Fijl J.W. // Lancet. 1998. Vol. 351, №9094. P. 1743-1744.



УДК 14.00.21

Н.Г. Бобылев, Ф.И. Тарасова, А.Г. Бобылев, И.А. Горбонос,
Ю.В. Маслова

МОДИФИЦИРОВАННЫЙ СПОСОБ ОСТЕОСИНТЕЗА ПО ДОНСКОМУ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ УГЛА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск

Среди повреждений костей лицевого скелета на долю переломов нижней челюсти приходится от 66 до 96%. По данным литературы, переломы нижней челюсти чаще всего возникают в области ее углов — 57-65%. Несмотря на распространенность и высокий удельный вес данного вида патологии, она до сих пор представляет собой сложную и актуальную проблему. Общеизвестная схема лечения переломов челюстей с помощью алюминиевых шин, предложенная еще в 1915 г. С.С. Тигерштедтом, несмотря на многочисленные усовершенствования, имеет ограниченные показания к применению. Она неэффективна при переломах со смещением отломков, не обеспечивает надежной иммобилизации отломков, особенно при ретромолярных переломах, когда вторичные смещения отломков обуславливают замедление сроков консолидации, неправильное сращение отломков, нарушения прикуса. Кроме того, ограничение функции нижней челюсти вследствие шинирования влечет развитие кальциевого дефицита в зоне перелома, мышечные контрактуры, дефицит белка с потерей веса до 10% от массы тела, что также отрицательно сказывается на сроках консолидации. В настоящее время общая тенденция в травматологии сводится к функционально-физиологическому лечению переломов челюстей. При этом одни авторы решают задачу путем более рационального режима ведения больных, включающего периодическое снятие резиновых колец, разрешение ранних движений и от-

Р е з ю м е

В сообщении изложен новый способ хирургического лечения переломов угла нижней челюсти со смещением отломков, разработанный в клинике челюстно-лицевой хирургии ДВГМУ г. Хабаровска. Проведена сравнительная характеристика консервативных методов лечения переломов и различных способов остеосинтеза. Оригинальный способ остеосинтеза позволяет добиться качественной репозиции смещенных отломков нижней челюсти и их надежной фиксации, сокращая сроки лечения и реабилитации пострадавших.

N.G. Bobylev, F.I. Tarasova, A.G. Bobylev,
J.V. Maslova

MODIFIED OSTEOSYNTHESIS TECHNIQUE BY DONSKOY FOR THE ANGLE LOW JAW FRACTURE

Far East state medical university, Khabarovsk

S u m m a r y

This article presents a new method of the surgery of the jaw fracture with fragments dislocation, elaborated in the maxillae-facial surgery department of the Far East Medical University (Khabarovsk). We compared different surgical and no surgical methods of the jaw fracture treatment. Original method of osteosynthesis allows achieving precise reposition of the dislocated jaw fragments and stable fixation, reducing treatment time and rehabilitation period for the patients with jaw fractures.