

агулянтной терапии и методов наружной компрессии (госпитальный трикотаж, прерывистая пневмокомпрессия нижних конечностей, электромиостимуляция), вплоть до методов хирургической профилактики. В течение всего стационарного лечения мы проводим динамическое наблюдение, включающее УЗИ венозной системы нижних конечностей и вен таза, лабораторное мониторирование (АЧТВ, МНО, АТ-III, D-димер), для определения адекватности проводимой антикоагулянтной терапии.

Среди методов хирургической профилактики ТЭЛА использовались удаление тромбов из просвета вены, перевязка тромбированного сосуда, постановка временных и постоянных кава-фильтров, клипирование НПВ или общей и наружной подвздошной вен. У 23 (60,5%) пострадавших для профилактики ТЭЛА перед оперативным вмешательством на нижних конечностях выполнялась чрескожная постановка кава-фильтра. У 10 (26,3%) выполнили клипирование

наружной подвздошной вены на стороне повреждения, у 4 (10,5%) клипирование НПВ. В нескольких наблюдениях перед травматологической операцией была выполнена перевязка тромбированной поверхностной бедренной вены. В 21 наблюдении выполнялась перевязка большой подкожной вены, с удалением тромбов «наездников» (12 наблюдений).

Заключение. Осложнений после выполнения операций не отмечалось, при этом у одного пострадавшего в отдаленном периоде отмечено тромбообразование в установленном кава-фильтре, но мы расцениваем это как эмболизацию его при продолжающемся прогрессировании тромбоза венозного сплетения таза. При объективном прогнозировании риска развития ТЭЛА у пострадавших с ТСТ, своевременной диагностике и хирургической профилактике, удается предотвратить развернутую картину ТЭЛА и снизить до 2,2% летальные исходы вследствие этой грозной патологии.

Samohvalov I.M., Petrov A.N., Badalov V.I., Nemchenko N.S., Petrov A.A. **Using the methods of forecasting and prevention of surgical thromboembolic complications in-affected with associated trauma.** *Military Medical Academy. S.M. Kirov in St. Petersburg.*

Keywords: combined trauma, thromboembolic complications, prognosis, surgical prophylaxis.

Сведения об авторах:

Самохвалов Игорь Маркеллович, кафедра военно-полевой хирургии Военно-медицинской академии, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева 6; тел (раб). 8 (812) 292-33-54; e-mail: zhabin.anatolij@yandex.ru (автор-корреспондент).

Петров Александр Николаевич, Бадалов Вадим Измайлович, Немченко Наталья Степановна, Петров Антон Александрович

© Коллектив авторов, 2012

УДК 617.7-007.681

Тедеева Н. С., Мельников В. Я., Вершинин А. М., Григорьев Д. В.

ПРИМЕНЕНИЯ ГИСТОХРОМА ВО ВРЕМЯ СИНУСТРАБЕКУЛЭКТОМИИ И В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

ФБУ «1477 Военно-морской клинический госпиталь флота», Владивосток;

ГОУ ВПО «Владивостокский государственный медицинский университет», Владивосток

Ключевые слова: гистохром, синустрабекулэктомия.

Актуальность. Глаукома – одно из наиболее распространенных заболеваний органа зрения и главная причина неустранимой слепоты. В мире количество глаукомных больных колеблется от 60,5 до 105 млн человек, а уровень слепоты вследствие данного заболевания варьирует от 5,2 до 10,5 млн (Либман, 2009). В настоящее время комплексное лечение глаукомы становится наиболее актуальным. Оно подразумевает сочетание лекарственных, хирургических и физиотерапевтических методов, направленных на различные патогенетические факторы заболевания. Основными аргументами в пользу комплексного подхода в лечении глаукомы

являются многофакторность заболевания (Нестеров, 2008), отсутствие стабилизации глаукомного процесса при нормализованном внутриглазном давлении (ВГД) (Егоров, 2001; Нестеров, 2007), необходимость постоянного проведения нейропротекторного лечения глаукомной оптической нейропатии (ГОН) при активном гипотензивном лечении (медикаментозном, лазерном, хирургическом) (Курьшева, 2009). Операции проникающего типа (синустрабекулэктомия и ее модификации) остаются «золотым» стандартом в лечении первичной открытоугольной глаукомы.

Препарат гистохром является одним из наибо-

лее современных высокоактивных антиоксидантов, антигипоксантов, ретино- и нейропротекторов. Отмечены положительные результаты его применения при внутриглазных кровоизлияниях различной локализации и интенсивности, пролиферативных, дегенеративных процессах (Егоров, 1999; Гусева, 2007–2010; Александрова, 2009; Красногорская, 2008), способность препарата улучшать энергетический обмен в тканях и реологические свойства крови в зоне ишемии, возможность использования при глаукомной оптиконеуропатии (Курышева, 2008). Экспериментальным путем доказана эффективность и безопасность использования гистохрома при интравитреальном введении (Тахчиди, Метав, Кагиров и соавт., 2003).

Цель исследования: оценить эффективность применения препарата гистохром у пациентов с первичной глаукомой в ходе синустрабекулэктомии и в раннем послеоперационном периоде.

Материалы и методы. Этапы новой методики лечения: 1 день – синустрабекулэктомия, склерэктомия 3x3 мм треугольной формы в нижне-внутреннем квадранте в 5 мм от лимба; подведение в субтеноновое пространство гемостатической коллагеновой губки 10x5 мм, пропитанной гистохромом; 2–10 дни – подконъюнктивальные

инъекции гистохрома 0.5 мл, сеансы магнитотерапии. Критерии оценки результатов лечения: визометрия, биомикроскопия, офтальмоскопия с асферической линзой 60 Д, КЧСМ, периметрия, тонометрия.

Лечение по данной методике проведено у 5 пациентов с первичной открытоугольной развитой и далеко зашедшей стадиях глаукомы на базе офтальмологического отделения «ФБУ 1477 госпиталь флота» МО РФ.

Результаты. На 10 сутки после операции отмечено снижение ВГД на 40–50% (с 26–30 до 13–15 мм рт. ст.), повышение остроты зрения на 10–30%, расширение границ поля зрения (суммарное значение по 8 меридианам, на 20–100°), увеличение КЧСМ (в среднем на 5 гц). При биомикроскопии и офтальмоскопии осложнений не наблюдалось. Особенностью является темное окрашивание конъюнктивы в месте введения гистохрома, которое самостоятельно рассасывается по истечению 2–3 месяцев.

Выводы. Таким образом, опыт применения препарата гистохром у пациентов с первичной глаукомой в ходе синустрабекулэктомии и в раннем послеоперационном периоде можно оценить положительно. Исследование продолжается.

Tedeeva N.S., Melnikov V.Y., Vershinin A.M., Grigoriev D. V.. **Applications histochrome sinustrabekulektomii and during the early postoperative period.** FBU «1477 Naval Hospital, Navy», Vladivostok; GOU VPO «Vladivostok State Medical University», Vladivostok.

Keywords: histochrome, sinustrabekulektomiya.

Сведения об авторах:

Тедеева Наталья Сергеевна, врач-офтальмолог высшей категории офтальмологического отделения ФБУ «1477 ВМКГ флота», аспирант заочной формы обучения кафедры офтальмологии ВГМУ, телефон 8-914-655-65-24, электронный адрес- natalya.tedeeva@mail.ru

Мельников Валерий Яковлевич, д.м.н., проф., заведующий кафедрой офтальмологии ВГМУ, телефон 8-902-480-90-23, электронный адрес: VladVisus@yandex.ru

Вершинин Александр Михайлович, врач-офтальмолог высшей категории офтальмологического отделения ФБУ «1477 ВМКГ флота», телефон 8-924-232-07-29, электронный адрес: Alex-vl1945@mail.ru

Григорьев Дмитрий Владимирович, кандидат медицинских наук, майор медицинской службы, начальник офтальмологического отделения ФБУ «1477 ВМКГ флота», телефон 8-914-706-31-04, электронный адрес: grdmvl@rambler.ru