

3. Hamackova, J. Clove Oil as an Anaesthetic for Different Freshwater Fish Species / J. Hamackova, J. Kouril, P. Kozak, Z. Stupka // Bulgarian Journal of Agricultural Science. – 2006. - № 12. – P. 185-194.
4. Phylogenetic relationships of Danio within the order Cypriniformes: a framework for comparative and evolutionary studies of a model species / R.L. Mayden et al. // J. Exp. Zool. (Mol. Dev. Evol.). – 2007. - №. 308B. – P. 642–654.
5. Rees, J.L. Genetics of hair and skin color / J.L. Rees. - Annu Rev Genet, 2003. - №. 37. – P. 67-90.
6. Watson, C.J. Osteogenic programs during zebrafish fin regeneration / C.J. Watson, R.Y. Kwon // Bonekey Rep. – 2015. - Vol. 4, №. 16. – P. 745.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РЕФРАКТЕРНЫМИ ФОРМАМИ ГЛАУКОМЫ

Ахтерякова И.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Особенностью РГ является более выраженная, чем при других формах глаукомы, фибропластическая активность тканей глаза, приводящая к быстрому рубцеванию и облитерации созданных в ходе стандартных фильтрующих операций путей оттока водянистой влаги. Способы хирургического лечения РГ продолжительное время не отличались от традиционных хирургических вмешательств. Однако клинические наблюдения на протяжении длительного времени показали их малую эффективность [1]. При антиглаукомных операциях, целью которых является снижение внутриглазного давления (ВГД), гипотензивный эффект в отдаленные сроки сохраняется без дополнительных назначений лишь у 40% пациентов, а 20-30% пациентов нуждаются в повторных антиглаукомных вмешательствах. Важной задачей становится разработка эффективных органосохраняющих операций и выбор оптимального способа лечения данного вида глаукомы [2].

Цель исследования. Изучить результаты и эффективность хирургического лечения пациентов с рефрактерными формами глаукомы.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 63 пациентов (122 глаза) с первичной открытоугольной глаукомой (ПОУГ), находившихся на стационарном лечении в 1-ом и 2-ом офтальмологических отделениях 3-ей ГКБ им. Е.В. Клумова в 2012 г. Средний возраст пациентов составил 69,4 года (от 50 до 96 лет). Давность заболевания – от 1 года до 20 лет. Уровень ВГД по Маклакову в дооперационном периоде был от 13 до 60 мм рт. ст., а у 11 пациентов (11 глаз) превышал 60 мм рт. ст. По гендерному признаку 67,7% (43 человека) обследованных пациентов составили мужчины, 31,8% (20 человек) - женщины. На максимальном медикаментозном режиме находилось 50 пациентов (80%), получая б-блокаторы, аналоги простагландинов и ингибиторы кар-

боангидразы. Наличие псевдоэкзофолиативного синдрома (ПЭС) отмечалось у 32 пациентов (60 глаз).

При сборе анамнеза установлено, что проникающая фистулизирующая операция ранее выполнялась 18 пациентам (19 глаз - 28,6%), при этом 2 пациентам (2 глаза - 3,2%), операция была выполнена 2 и более раз, а 44 пациентам (71,4%) проникающих антиглаукомных операций ранее не выполнялось. Лазерная трабекулопластика (ЛТП) ранее выполнялась 17 пациентам (21 глаз), троим (4 глаза) из них ЛТП проводилась многократно (два и более раз на одном глазу). 11 пациентам (12 глаз) ранее была произведена экстракция катаракты с имплантацией интраокулярной линзы.

Во время госпитализации всем пациентам проводился комплекс общепринятого офтальмологического обследования, включающего визометрию, автоматическую кинетическую периметрию, тонометрию по Маклакову, электротонографию, биомикроскопию, гониоскопию, офтальмоскопию.

С учетом факторов риска избыточного рубцевания все пациенты были разделены на две группы. Для определения степени риска избыточного рубцевания использовалась схема поэтапного лечения основных форм рефрактерной глаукомы А.М. Бессмертного (2006г.). Контрольную группу, группу ПОУГ составили пациенты с ПОУГ без факторов риска избыточного рубцевания либо при наличии 1 фактора риска (15 глаз). Основная группа, группа РГ состояла из пациентов с ПОУГ, вторичной и неоваскулярной глаукомой с 1-ой, 2-ой и 3-ей степенью рефрактерности (49 глаз). В основную группу вошло 34 пациента (36 глаз) с 1-ой степенью рефрактерности, 24 пациента (31 глаз) – со 2-ой степенью рефрактерности, 3 пациента (3 глаза) – с 3-ей степенью рефрактерности глаукомы.

Состав пациентов основной группы по стадиям глаукомного процесса был следующий: 13 пациентов (15 глаз) - со 2-ой стадией глаукомы, 34 пациента (40 глаз) – с 3-ей стадией, 10 человек (11 глаз) – с 4-ой стадией и 4 человека (4 глаза) – пациенты со вторичной глаукомой.

В контрольную группу вошли 15 пациентов (15 глаз) с 1-ой стадией болезни, 27 человек (32 глаза) – со 2-ой стадией, 4 человека (4 глаза) – с 3-ей, 1 человек (1 глаз) с – 4-ой стадией.

Среди пациентов основной группы ПЭС отмечался у 30 человек (41 глаз), а среди пациентов контрольной группы у 18 пациентов (19 глаз).

Все обследованные пациенты поступили для хирургического лечения глаукомы в связи с некомпенсированным ВГД. Средний уровень ВГД по Маклакову до операции в группе ПОУГ составил 22,0 мм рт. ст. (от 13 до 60 мм рт. ст.), а в группе РГ – 36,2 мм рт. ст. (от 11 до 60 мм рт. ст.). При том у 10 пациентов (10 глаз) из основ-

ной группы этот показатель значительно превышал уровень 60 мм рт. ст.

Основной массе пациентов из обеих групп была выполнена традиционная синусотрабекулэктомия (СТЭ) с задней склерэктомией и базальной иридэктомией. В группе РГ СТЭ произведена 44 пациентам (45 глаза), имплантация мини-шунта Ex-Press - 2 пациентам (2 глаза), установка дренажной системы Ahmed - 2 пациентам (2 глаза). В группе ПОУГ СТЭ выполнена 14 пациентам (14 глаз), а имплантация мини-шунта Ex-Press одному пациенту (1 глаз).

Результаты и их обсуждение. В раннем послеоперационном периоде средние показатели ВГД в обеих группах существенно не отличались. Среднее значение ВГД в группе РГ составило 14,7 мм рт. ст. (от 6 до 30 мм рт. ст.), а в группе ПОУГ - 15,3 мм рт. ст. (от 8 до 37 мм рт. ст.). Продолжительность пребывания в стационаре в послеоперационном периоде больных из основной группы была больше, чем в группе контроля, и соответственно составила 6,8 и 5,6 к/дн, что связано с большим количеством послеоперационных осложнений, возникших у пациентов в группе РГ.

Основным значимым осложнением в раннем послеоперационном периоде явилась цилиохориоидальная отслойка (ЦХО), которая наблюдалась у 10 пациентов (10 глаз) основной группы и была диагностирована на 2-ые сутки в верхне-височном и нижне-носовом сегментах в трех случаях и на 5-7 сутки в семи случаях в тех же сегментах. В связи с данным послеоперационным осложнением 6 пациентам (6 глаз) выполнена задняя глубокая склерэктомия (ЗГС). Одному пациенту (1 глаз) ЗГС выполнялась дважды с дополнительным дренированием передней камеры силиконовым дренажом. Случай ЦХО в группе контроля наблюдался лишь на одном прооперированном глазу и диагностирован на 2-е сутки.

Сравнение основной группы с контрольной показало, что ЦХО в контрольной группе наблюдалась значительно реже (6,7% случаев) по сравнению с основной группой (20,4% случаев), и дополнительное оперативное вмешательство пациентам контрольной группы не потребовалось.

В группу РГ входили пациенты с факторами риска избыточного рубцевания: далеко зашедшая стадия заболевания, ПЭС, высокий уровень ВГД, ранее оперированной ПОУГ, артифакичная, вторичная и неоваскулярная глаукома. Однако не смотря на то, что исходный средний уровень ВГД до операции в основной группе (36,2 мм рт. ст.) значительно превышал этот показатель в контрольной группе (22,0 мм рт. ст.), в раннем послеоперационном периоде средние показатели ВГД в обеих группах существенно не отличались, так как в случаях глаукомы 3-ей степени рефрактерности была выполнена

имплантация мини-шунта Ex-Pressi или установка дренажной системы Ahmed.

Выводы.

1. РГ представляет собой наиболее тяжелую категорию больных глаукомой, которая сопровождается выраженными изменениями путей оттока внутриглазной жидкости, пролиферацией тканей глаза, рубцеванием и неоваскуляризацией, ведущими к стойкому повышению ВГД, что требует индивидуального подхода как к выбору метода хирургического лечения, так и более тщательному дооперационному обследованию с использованием современных методов визуализации структур переднего отрезка глаза (Visant OCT).

2. При выборе метода хирургического лечения необходимо учитывать степень рефрактерности ПОУГ. При низких и средних степенях рефрактерности может быть использован классический подход к выбору хирургического лечения (СТЭ), а наличие высокой степени рефрактерности диктует применение дренажных устройств различной модификации.

3. Использование фильтрующих операций в сочетании с применением дренажей различной модификации является наиболее предпочтительным методом выбора хирургического лечения пациентов с рефрактерной глаукомой, который обеспечивает стойкую нормализацию ВГД.

Литература

1. Бессмертный, А.М. Система дифференциального хирургического лечения рефрактерной глаукомы: автореф. дис. ...д-ра мед. наук : 14.00.08 / А.М. Бессмертный; Моск. НИИ глазных болезней им. Гельмгольца Росздрава. – М., 2006. – 43 с.

2. Еричев, В.П. Рефрактерная глаукома: особенности лечения / В.П. Еричев // Вестн. офтальмол. – 2000. – № 5. – С.8 – 10.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Байгом С.И.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. В последнее десятилетие в структуре заболеваний органов дыхания отмечено отчетливое повышение удельного веса обструктивных бронхитов [2, 4]. Острый обструктивный бронхит относится к наиболее актуальным проблемам современной педиатрии. Это обусловлено высокой заболеваемостью, тяжестью течения, возможностью рецидивирования бронхообструктивного синдрома [1, 2, 5].

Обструктивный бронхит у детей – это воспалительное поражение бронхиального дерева, протекающее с явлением обструкции, т. е. нарушением проходимости бронхов. Течение обструктивного бронхита у детей сопровождается малопродуктивным кашлем, шумным свистящим дыханием с форсированным выдохом, тахипноэ,