

новорожденных отмечалась энцефалопатия токсико-гипоксического генеза с синдромом угнетения, у 4 (10 %) детей были выявлены врожденные пороки сердца, у 13 (32,5 %) детей — малые аномалии развития сердца; в единичных случаях отмечалась анемия, кефалогематома, врожденная пневмония, гипертензионный синдром. У подавляющего большинства детей (95 %) желтуха появилась на 2–4-е сутки жизни; у 2 детей было отмечено появление желтухи в первые сутки и обусловлено патологическим характером гипербилирубинемии. Проведенный нами анализ показал, что максимальные уровни билирубина у новорожденных отмечались на 4–6-е сутки жизни, причем у значительно числа детей (от 62,5 до 75 %) уровень билирубина превышал физиологические нормативные показатели (у доношенных — более 256 мкмоль/л, у недоношенных более 171 мкмоль/л), что потребовало проведения активных лечебных мероприятий.

Лечение, проводимое детям с неонатальной желтухой, включало назначение препаратов, препятствующих кишечно-печеночной рециркуляции билирубина: смекта применялась в лечении у 7 (17,5 %) детей, хофитол — у 11 (27,5 %) детей. Дюфалак, способствующий ускоренному выведению билирубина из кишечника, применялся у 27 (67,5 %) детей. С гепатопротективной целью 18 детям (45 %) назначался урсором, 11 (27,5 %) детям — холудексан.

При высоких уровнях билирубина новорожденным проводилась инфузионная терапия, а также фототерапия. Инфузионная терапия глюкозо-солевыми растворами использовалась у 40 (100 %) детей. Фототерапия применялась у 37 (92,5 %) детей. Длительность применения фототерапии до 12 часов — у 6 (15 %) детей, 12–24 часа — у 12 (30 %) детей, более 24 часов — у 22 (55 %) детей.

Выводы

1. Неонатальная желтуха чаще встречалась у доношенных детей с массой тела от 3001–3500 г, а также у новорожденных с массой тела 2501–3000 г; в половой структуре преобладали мальчики; 15 % детей с неонатальной желтухой родились в асфиксии и имели низкие показатели по шкале Апгар (4–7 баллов).

2. У подавляющего большинства матерей, у детей которых развилась неонатальная желтуха, отмечался неблагополучный акушерско-гинекологический анамнез: у 97,5% матерей была выявлена патология беременности.

3. Установлено, что практически у всех новорожденных желтуха развилась на 4–6-е сутки жизни (95 %). У подавляющего большинства новорожденных от 62,5 до 75 % на 4–6-е сутки отмечались высокие цифры билирубина, требующие проведения активных лечебных мероприятий.

4. Тяжесть состояния новорожденных усугублялась сопутствующей патологией, в которой преобладала энцефалопатия с синдромом угнетения, врожденные пороки сердца.

5. Базисной терапией неонатальных желтух у подавляющего большинства детей была фототерапия (92,5 %) и инфузионная терапия (100 %).

ЛИТЕРАТУРА

1. Володин, Н. Н. Основные причины желтух у новорожденных детей и принципы дифференциальной диагностики / Н. Н. Володин, А. В. Дегтярева // Рос. вест. перинатологии и педиатрии. — 2004. — № 5. — С. 8–23.
2. Гомелла, Т. Л. Неонатология / Т. Л. Гомелла, М. Д. Канниган. — М.: Медицина, 1995. — 636 с.

УДК 617.7-007.681-089

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ МЕТОДОМ СИНУСОТРАБЕКУЛЭКТОМИИ

Зубко Н. Е., Бойцова Н. Ю.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Л. В. Дравица

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Несмотря на очевидные достижения в медикаментозном и лазерном лечении глаукомы, хирургический метод является наиболее эффективным способом нормализации

внутриглазного давления (ВГД) и сохранения зрительных функций [1]. Для лечения открытоугольной глаукомы операциями выбора в настоящее время являются хирургические вмешательства фистулизирующего типа, наиболее эффективной из которых признана синусотрабекулэктомия [2].

Цель исследования

Анализ результатов лечения первичной открытоугольной глаукомы методом синусотрабекулэктомии.

Материалы и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ медицинских карт стационарного больного и амбулаторных карт пациентов, прооперированных по поводу первичной открытоугольной глаукомы в отделении микрохирургии глаза ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» за период с января 2010 г. по июль 2011 г. методом синусотрабекулэктомии с базальной иридэктомией. Исследуемая группа составила 34 пациента (35 глаз) — 24 мужчины и 10 женщин. Средний возраст $63,86 \pm 3,23$ лет. По клинической стадии глаукомы при поступлении пациенты распределились следующим образом: 1 стадия глаукомы — 3 глаза, 2 ст. — 9 глаз, 3 ст. — 8 глаз, 4 ст. — 15 глаз. По клиническому типу глаукомы: А — 2 глаза, В — 15 глаз, С — 18 глаз. Срок заболевания с момента дебюта глаукомы — до 15 лет, в среднем 2,95 года. Из сопутствующих заболеваний у пациентов чаще всего встречалась артериальная гипертензия (у 22 пациентов), ишемическая болезнь сердца: стабильная стенокардия напряжения, атеросклеротический кардиосклероз (у 13 пациентов), сахарный диабет (у 4 пациентов), а также мочекаменная болезнь, варикозная болезнь, гиперхолестеринемия, ожирение, хронический гастрит, панкреатит и гепатит, хронический пиелонефрит, ДГПЖ, хронический бронхит.

До операции гипотензивное медикаментозное лечение получали 33 пациента:

- монотерапия проводилась у 11 (34,6 %) пациентов — азокс (5 пациентов), траватан (3 пациента), тимолол (2 пациента), арутимол (1 пациент);
- комбинация лекарственных средств применялась у 16 (48,5 %) пациентов: азокс + траватан (4 пациента), азокс + тимолол (4 пациента), азокс + дуотрав (3 пациента), тимолол + траватан (3 пациента), бетоптик + траватан (1 пациент), траватан + фотил (1 пациент);
- комбинированные лекарственные средства применяли 6 (16,9 %) пациентов: дуотрав (4 пациента), азарга (2 пациента).

Несмотря на применяемый режим капель, не удавалось достичь устойчивой компенсации состояния, в связи с чем 6 пациентов из исследуемой группы (18 %) были направлены на лазерную хирургию, а 8 (24 %) пациентов подверглись хирургическому вмешательству.

Показатели ВГД при поступлении у пациентов колебались от 13 до 60 мм рт. ст. (в среднем $31,03 \pm 3,47$ мм рт. ст.). У всех пациентов имелись изменения со стороны зрительного нерва, о чем свидетельствует уровень КЧСМ — $32,33 \pm 7,78$ (в норме — 43).

Результаты исследования

Послеоперационный период после операции синусотрабекулэктомии с базальной иридэктомией протекал без осложнений. Среднее число проведенных в стационаре койко-дней составило $8,21 \pm 1,43$. У всех пациентов отмечалась компенсация ВГД с первого послеоперационного дня. При выписке показатели ВГД колебались от 15 до 26 мм рт. ст. (в среднем $21,26 \pm 1,05$ мм рт. ст.). Компенсация состояния в послеоперационном периоде позволила изменить режим капель в сторону уменьшения количества применяемых гипотензивных препаратов или уменьшения кратности инстилляций.

Из 34 пациентов основную группу динамического наблюдения составил 21 пациент (остальные пациенты наблюдались по месту жительства). Средние показатели ВГД у данной группы пациентов представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Средние показатели ВГД основной группы пациентов

| Срок обследования | ВГД, мм рт. ст. |
|-------------------------------------|-----------------|
| При поступлении в стационар | 37,25 ± 4,96 |
| Через 1 мес. после операции | 24,18 ± 3,48 |
| Через 2–5 мес. после операции | 20,13 ± 1,77 |
| Через 6 мес. и более после операции | 20,67 ± 1,84 |

Динамику данных компьютерной периметрии (по показателю MD) через 1 и 4–6 месяцев после оперативного лечения удалось проследить у 5 пациентов. Данные представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Динамика данных компьютерной периметрии (по показателю MD) через 1 и 4–6 месяцев после оперативного лечения

| Срок обследования | MD, dB |
|-------------------------------|---------|
| На догоспитальном этапе | -12,098 |
| Через 1 мес. после операции | -10,252 |
| Через 4–6 мес. после операции | -10,528 |

Выводы

1. Синусотрабекулэктомия с базальной иридэктомией является эффективной операцией, позволяющей достичь длительной компенсации ВГД.

2. Средний уровень ВГД постепенно снижался и составил 24,18 ± 3,48 мм рт. ст. через 1 месяц после операции (по сравнению с 37,25 ± 4,96 мм рт. ст. при поступлении в стационар), 20,13 ± 1,77 мм рт. ст. через 2–5 мес. после операции и 20,67 ± 1,84 мм рт. ст. через 6 мес. и более после операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Басинский, С. Н. Частота осложнений и сравнительная эффективность хирургического лечения первичной открытоугольной глаукомы / С. Н. Басинский // Приложение РМЖ «Клиническая офтальмология». — 2011. — Т. 12, № 2. — С. 38–42.
2. Efficacy and tolerability of nonpenetrating filtering surgery in the treatment of open-angle glaucoma: a meta-analysis. / J. W. Cheng [et al.] // Ophthalmologica. — 2010. — № 224(3). — P. 138–146.

УДК 616.12-008.331.1:616.831-005]:616.839

АНАЛИЗ ПСИХОВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ГИПЕРТЕНЗИВНЫМ КРИЗОМ

Иванашко Е. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. В. Галиновская

Учреждение образования

**«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Церебральный гипертензивный криз (ЦГК) — изменение мозгового кровообращения, наступающее в результате внезапного или индивидуального для каждого пациента значительного повышения артериального давления, сопровождающегося появлением или усугублением имевшейся ранее церебральной симптоматики в связи с возникающим вазогенным отеком мозговой ткани [1, 2]. Наиболее выражены эти изменения в зонах смежного кровообращения затылочной области, с чем связаны особенности ЦГК [2]. В клинической картине ЦГК на первый план всегда выступает общемозговая симптоматика в виде распирающей головной боли с тошнотой и рвотой, головокружение