

действие высоких температур, излучения, пыли, потоков воздуха, токсинов; длительное напряжение внимания; работа с оптикой; работа на компьютере); **медицинские** (наличие общих заболеваний и заболеваний глаза, приводящих к ксерозу; приём медикаментов, вызывающих сухость слизистых; ношение контактных линз; перенесенные ранее операции на органе зрения)

Заключение

По нашему мнению, предложенная классификация факторов риска по ВСГ обращает внимание на неисследованные ранее региональные аспекты данной проблемы, и является приемлемой для проведения эпидемиологических исследований реальных человеческих популяций, проживающих на определённых территориях.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРЕПАРАТА «КОРНЕРЕГЕЛЬ» В ПРОФИЛАКТИКЕ КОМБИНИРОВАННОГО СИНДРОМА СУХОГО ГЛАЗА ПОСЛЕ КАТАРАКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Ерёменко А.И., Бойко А.А.,
Янченко С.В., Дубинкина В.О.
Кубанский государственный медуниверситет,
Медицинский центр «Три – 3»,
Краснодар

Синдром сухого глаза (ССГ) выявляется более чем у 67% офтальмологических пациентов старше 50 лет (Бржеский В.В., Сомов Е.Е., 2002). У части из них состояние *гипопродукции слёзной жидкости* не сопровождается наличием «активных» жалоб и клиники ССГ (Смиренная Е.В., 2004), что может быть обозначено как *субклинический ксероз*. Другие авторы описывают возникновение *вторичного «сухого глаза»* после оперативных вмешательств, связанных с нанесением разрезов на роговицу (Майчук Д.Ю., 2004; McDonald M., 2001). Сочетание нескольких факторов риска приводит к развитию *комбинированного ССГ* (Полунин Г.С. и соавт., 2003).

Цель исследования

Изучить возможности препарата *Корнерегель* в профилактике развития *комбинированного ССГ* после катарактальной хирургии.

Материалы и методы

од наблюдением были 1340 больных (1340 глаз) в возрасте от 51 года до 80 лет. Всем им, помимо стандартного офтальмологического обследования, определяли суммарную слёзопродукцию по Ширмеру, стабильность прероговичной слёзной плёнки (ПСП) по Норну, проводили осмотр слёзного мениска и пробы с флюоресцином. Никому из пациентов, диагноз ССГ ранее не выставлялся, специфические клинические проявления отсутствовали. У 50,8% наблюдавшихся функциональные пробы соответствовали норме (15,3±1,1 мм; 10,1±1,2 с) - *отсутствие ксероза*, а у 49,2% - отмечалось их снижение (12,4±1,2 мм; 7,1±1,6 с) - *субклинический ксероз*. Хирургия включала: экстракапсулярную экстракцию катаракты роговичным разрезом с имплантацией ИОЛ (ЭЭК с ИОЛ) – 121 человек; факоэмульсификацию катаракты с имплан-

тацией ИОЛ (ФЭМ с ИОЛ) – 1219 человек. Пациенты **1-й группы** (ЭЭК с ИОЛ – 81; ФЭМ с ИОЛ – 1019) помимо стандартной терапии (инстилляций Макситрола 6 раз в сутки – 1 месяц), получали инстилляцию препарата *Корнерегель* 4 раза в сутки. Больные **2-й группы** (ЭЭК с ИОЛ – 40 человек; ФЭМ с ИОЛ – 200 человек) – только стандартную терапию.

Результаты

В течение 1-3 суток после операции состояние всех наблюдавшихся было расценено, как *субклинический ксероз* транзиторного характера. Снижение функциональных проб было достоверно более выраженным у пациентов **2-й группы**. В пределах обеих групп стабильность ПСП была достоверно ниже у пациентов после ЭЭК с ИОЛ.

В **1-й группе** на 5-7 сутки послеоперационного периода отсутствие ССГ наблюдалось у 97,5% пациентов, субклинический ксероз – у 2,2%, клиническая манифестация ССГ – у 0,3%. Во **2-й группе** отсутствие ССГ было отмечено у 3,3% больных, субклинический ксероз – у 68,4%; клинические признаки ССГ появились у 28,3%. Манифестация клинических проявлений ССГ заставила прибегнуть к назначению препарата *Корнерегель* (4-6 раз в сутки при ксерозе лёгкой и средней степени; 6-8 раз в при тяжёлом). На 10 сутки наблюдения в **1-й группе** отсутствие ксероза отмечалось у 98,3% наблюдавшихся; субклинический ксероз – у 1,7%. У пациентов **2-й группы** отсутствие ксероза было отмечено у 19,6% больных; субклинический ксероз – у 69,2%; клинически манифестированный – у 11,2%. Через 1 месяц после оперативного лечения жалобы и клинические проявления ССГ отсутствовали у пациентов обеих групп, функциональные пробы были субнормальными и достоверно не отличались у пациентов 1-й и 2-й групп.

Заключение

Исходя из выше изложенного, препарат *Корнерегель* показал свою высокую эффективность в профилактике *комбинированного ССГ* у пациентов старшей возрастной группы после катарактальной хирургии.

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ БЛОКАД СИНОКАРОТИДНОЙ ЗОНЫ, СПОСОБОВ ЭНДОЛИМФАТИЧЕСКОГО РЕГИОНАРНОГО ВВЕДЕНИЯ И ДЛИТЕЛЬНОЙ ВНУТРИКАРОТИДНОЙ ИНФУЗИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ СОСУДИСТЫХ ОПТИЧЕСКИХ НЕЙРОПАТИЙ

Ерёменко А.И., Янченко С.В.,
Каленич Л.А., Лысенко О.И., Татаршао Ф.А.
Кубанский государственный медуниверситет,
Краснодар

В последние годы отечественными и зарубежными авторами был предложен ряд способов лечебного, в том числе хирургического, воздействия при острых сосудистых оптических нейропатиях (Аветисов С.Э. и соавт., 2005; Линник Л.Ф. и соавт., 2005; Richard G. et al., 1999; Tang W. et al., 2000). Тем не менее, функциональные исходы при данной тяжёлой патологии зрительного нерва всё ещё остаются недостаточными,

эффективность терапии не превышает 50% (Аветисов С.Э. и соавт., 2005; Елисеева Т.О. и соавт., 2000; Naugheh S.S., 2001).

Цель работы

Оценить клиническую эффективность блокад синокаротидной зоны, способов эндолимфатического введения и длительной внутрикаротидной инфузии лекарственных препаратов в лечении острых сосудистых оптических нейропатий (ОСОН) в сравнении с традиционной консервативной терапией.

Материалы и методы

В течение 15 лет нами был обследовано и пролечено 397 пациентов с ОСОН (520 глаз) в возрасте от 28 до 81 года. Этиологическими причинами развития ОСОН были: сочетание атеросклероза и гипертонической болезни (60,2%), сахарный диабет (28,2%) и височный артериит – болезнь Хортона (11,6%). Помимо традиционные методов офтальмоскопического и сосудистого обследования, с целью дифференциальной диагностики ОСОН с невритами зрительного нерва воспалительного или токсико-аллергического генеза нами были использованы термография и блокады синокаротидной зоны (Yeremenko A.I., Yanchenko S.V. et al., 2005). Все больные ОСОН были разделены на 4 группы в зависимости от проводимой терапии:

1-группа (62 пациента – 107 глаз) проводилась обычная терапия;

2-группа (215 человек – 274 глаза) – обычная консервативная терапия + блокады синокаротидной зоны (блокады синокаротидной зоны выполнялись на стороне поражённого глаза; вводилось 5,0 мл 2% лидокаина, 2% новокаина или 1% бензофуорокаина, №10 на курс);

3-группа (29 больных – 48 глаз) – обычная консервативная терапия + лимфотропная терапия (лимфотропную терапию проводили по модифицированной нами методике Н.Б. Шуруповой (2004 год) – в области сосцевидного отростка на 1 см ниже и назад, на стороне поражённого глаза подкожно вводили 0,5 мл трентала, №10 на курс);

4-группа (91 пациент – 91 глаз) – проводились длительные внутрикаротидные инфузии лекарственных препаратов через катетер, введённый в поверхностную височную артерию до уровня каротидной бифуркации (инфузию проводили со скоростью 14 – 16 капель в минуту, в течение 5-7 дней, круглосуточно; если причиной ОСОН были атеросклероз, артериальная гипертензия, сахарный диабет, инфузат из расчёта на 24 часа включал 1000,0 мл – 0,9% физраствора, 15 000 ЕД гепарина, 300 мг трентала, 150,0 мл – 0,5% новокаина; при установлении диагноза – болезнь Хортона, в состав инфузата включали 60,0 мг преднизолона).

Результаты и обсуждение

Эффективность традиционной терапии ОСОН. Улучшение отмечено в 41,4% наблюдений (44 глаза), стабилизация зрительных функций – в 53,2% случаев (57 глаз), ухудшение зрительных функций – в 5,5%. Среднее повышение остроты зрения составило $0,08 \pm 0,005$. Исследование полей зрения не указывает на существенное изменение их периферических границ и границ скотом. Было отмечено достоверное, но

незначительное повышение линейной скорости кровотока по глазничной артерии.

Эффективность блокад синокаротидной зоны в сочетании с консервативной терапией. Острота зрения повысилась в 89,4% наблюдений (245 глаз), расширение поля зрения на $129,7^\circ \pm 12,7^\circ$ отмечено в 93,8% случаев (257 глаз). Повышение остроты зрения составило $0,25 \pm 0,06$. После курса блокад отмечалось статистически достоверное улучшение исследованных показателей гемодинамики глаза и мозга.

Эффективность лимфотропной терапии в сочетании с консервативной терапией. Положительная динамика зрительных функций отмечена в 50% наблюдений. Острота зрения повысилась на $0,17 \pm 0,06$. Суммарное поле зрения (по 8 меридианам) расширилось на $58,1^\circ \pm 11,5^\circ$. Отсутствие динамики зрительных функций было зафиксировано в 45,8% наблюдений, их ухудшение – 4,2%.

Эффективность длительной внутрикаротидной инфузионной терапии. Положительный эффект был зафиксирован у 96,7% больных (88 глаз), зрительные функции остались стабильными у 3,3% пациентов. Повышение остроты зрения составило $0,31 \pm 0,08$, суммарное расширение поля зрения – $178,5^\circ \pm 22,1^\circ$. У больных, получивших курс длительных внутрикаротидных инфузий отмечалось улучшение гемодинамических показателей глаза и мозга. По нашему мнению, более выраженный визуальный эффект обусловлен созданием высоких концентраций лекарственных препаратов в бассейне внутренней сонной артерии в течение 5-7 дней; длительным воздействием на синокаротидную рефлексогенную зону (устранением её патологической ирритации) и эффектом непрямого реваскуляризации за счёт перевязки дистального конца поверхностной височной артерии. В ходе инфузии возникли осложнения в виде частичного тромбирования катетера (2 больных), подкожная гематома после удаления катетера (1 пациент). Указанные осложнения не повлекли за собой расстройства здоровья больных и снижения зрительных функций.

Углублённый анализ результатов различных методов лечения ОСОН показал, что синокаротидные блокады и длительная внутрикаротидная инфузия лекарственных препаратов являются оптимальными способами лечебного воздействия, позволяющими достигнуть более высокого визуального эффекта.

Выводы:

1. Модифицированный нами способ терапии (лимфотропное введение препаратов) позволяет улучшить течение процесса и повысить зрительные функции у 50% пациентов, страдающих ОСОН, в то время как традиционная общепринятая терапия повышает их лишь у 41,4% больных.

2. Разработанные новые патогенетически обоснованные способы терапии (блокады синокаротидной зоны и длительная внутрикаротидная инфузия), позволяют улучшить зрительные функции у 89,4 – 96,7% больных ОСОН.

ПОЛУЧЕНИЕ ВЫСОКОМОЛЕКУЛЯРНЫХ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ НА ОСНОВЕ РАСТИТЕЛЬНОГО СЫРЬЯ

Ефанов М.В., Галочкин А.И.
*НИИ Древесных термoplastиков,
Барнаул*

Комплексное использование растительного сырья – это одна из актуальных задач современности. Одним из перспективных направлений химической переработки растительного сырья является получение органических, органоминеральных удобрений и ингибиторов нитрификации на его основе методами окислительного аммонолиза и ксантогенирования.

В качестве нового методологического подхода к решению технологических задач по производству N,S – содержащих полимерных продуктов на основе лигноуглеводных материалов нами предлагается использовать механохимический метод модификации растительного сырья, в основу которого положен принцип проведения реакций в твердой фазе (без растворителя). Основополагающая идея наших исследований заключается в глубокой комплексной химической переработке различного по составу лигноуглеводного растительного сырья без разделения на основные компоненты, что ведет к созданию безотходных технологий получения высокомолекулярных продуктов с широким спектром физико-химических свойств [1]. Как показали исследования процессов модификации древесины, проведение химического взаимодействия между древесиной и действующим реагентом-модификатором в этих условиях гарантирует: снижение расхода реагентов, сокращение продолжительности реакции, возможность осуществления непрерывности процессов химической модификации лигноуглеводных материалов [1].

Разработаны способы получения азотсодержащих производных лигноуглеводных материалов при окислении различными окислителями (персульфат аммония, пероксид водорода, кислород воздуха) в среде аммиака механохимическим способом. Показана возможность получения высокомолекулярных продуктов, содержащих до 12 % органически связанного азота [2]. Полученные азотсодержащие органические удобрения проявляют пролонгированный характер действия и повышают урожайность яровой пшеницы в течение 3 лет. Прирост урожая зависит от дозы внесения удобрений и составляет 13 - 27 % в год внесения, 10 - 16% первое последствие и 13 - 16 % - на третий год после внесения.

Нами также разработан новый одностадийный способ ксантогенирования лигноуглеводных материалов механохимическим методом. Получены высокомолекулярные продукты, содержащие до 5.4 % связанной серы, растворимые до 89 % в водно-щелочных растворах [3]. Полученное агрохимическое средство (ксантогенаты лигноуглеводных материалов) проявляет пролонгированный характер действия и повышает эффективность использования азотных удобрений и урожайность яровой пшеницы в течение 3 лет.

Таким образом, нами разработаны новые способы химической модификации растительного сырья механохимическим методом. Получены новые поли-

мерные N,S - содержащие биологически активные соединения с технически ценными свойствами (удобрения, ингибиторы нитрификации).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Першина Л.А., Галочкин А.И., Ефанов М.В. Новые процессы и продукты глубокой химической переработки растительного сырья. //Тезисы докладов 3 Международного конгресса «Waste-Tech-2003». М., 2003, с. 136-137.
2. Дудкин Д.В. Взаимодействие лигноуглеводных материалов с окислителями в водном растворе аммиака при механохимическом воздействии. Автореферат дисс. канд. хим. наук. Красноярск, 2004, 24с.
Ефанов М.В., Першина Л.А., Филина Е.С. Способ ксантогенирования целлюлозосодержащих материалов. //Патент РФ № 2221810. Опубликовано 20.01.2004. БИ № 2.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ТРАХЕОБРОНХИАЛЬНОГО ДЕРЕВА У ДЕТЕЙ

Козырева Н.О.
*Ростовский Государственный
медицинский университет,
Ростов-на-Дону*

За последние 6 лет в Областной детской больнице обследовано 215 детей с инородными телами трахеи и бронхов. Основную группу детей составили дети первых 5 лет жизни (86,1%), из которой самой многочисленной была группа детей 2-3 года жизни (60,9%). Выявлено значительное преобладание детей, аспирировавших в дыхательные пути органические инородные тела (85,1%), среди которых преобладали подсолнечные и арбузные семечки и различные виды орехов, на долю которых пришлось более половины случаев аспирации (58,1%). Из неорганических инородных тел чаще всего встречались металлические и пластмассовые детали от игрушек (9,8%), с которыми наиболее часто сталкивались дети.

Основная локализация аспирированных инородных тел – бронхи (92,5%), значительно реже они задерживались в трахее (3,3%). В бронхах правого легкого аспирированные инородные тела находили чаще (49,3%), чем в бронхах левого легкого (36,7%), что может быть объяснено анатомо-физиологическими особенностями строения трахеобронхиального дерева. Большинство аспирированных органических инородных тел были разжеванными, то есть множественными инородными телами. Поэтому в 43,7% случаев отмечалась одновременная аспирация в разные отделы бронхиального дерева, что значительно утяжеляло лечение детей и их прогноз.

Длительность нахождения аспирированных инородных тел в дыхательных путях была различна: в течение 1 суток – у 37,7%, в течение 2-3 суток – у 18,6%, в течение 1 недели – у 15,3% детей. Типичный анамнез аспирации инородного тела отмечался у подавляющего числа детей (99,1%). При осмотре у этих детей выявлялись локальные физикальные изменения со стороны легких в виде выраженного коробочного оттенка легочного звука (15,8%)или его укорочения