

лампсией и эклампсией; венозных осложнений, случаев преждевременного разрыва плодных оболочек, анемии. Вместе с тем отмечается снижение частоты случаев нарушений родовой деятельности за счет уменьшения числа осложнений в виде слабости и дискоординации родовой деятельности. В то же время среди нарушений родовой деятельности выявлено увеличение частоты затрудненных родов, осложненных патологией пуповины.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Увеличение заболеваемости недоношенных детей связано с условно управляемой патологией, что вероятно определяется недостаточным уровнем антенатальной диагностики. Рождение детей с ЭНМТ происходит в условиях действия резких стрессорных факторов, при острых осложнениях беременности, что сопоставимо с исследованиями в центральной части России. Факторами высокого риска рождения ребенка с массой тела 1000—2499 г являются хронические заболевания и патология матери, приводящие к длительным нарушениям питания, роста и развития плода.

УДК 617.7-007.681

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДРЕНАЖНОГО ИМПЛАНТА HEALAFLOW В ХИРУРГИИ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ

В. П. Фокин, Е. В. Абросимова, А. И. Щава

Волгоградский филиал ФГБУ МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С. Н. Фёдорова»

Применение дренажного импланта HealaFlow в хирургии глаукомы дает возможность получить хороший гипотензивный эффект. Данный имплант прост в использовании, позволяет сохранять субконъюнктивальное и интрасклеральное пространства.

Ключевые слова: первичная открытоугольная глаукома, хирургия, HealaFlow.

APPLICATION OF A DRAINAGE IMPLANT (HEALAFLOW) IN SURGICAL TREATMENT OF PRIMARY OPEN-ANGLE GLAUCOMA

V. P. Fokin, H. V. Abrosimova, A. I. Schava

Application of a drainage implant (HealaFlow) in surgical treatment of glaucoma was shown to have a good hypotensive effect. This implant is easy to use and makes it possible to preserve subconjunctival and intrascleral spaces.

Key words: primary open-angle glaucoma, surgery, HealaFlow.

Глаукома является одной из основных причин снижения зрения и слепоты в мире [1].

Главной проблемой антиглаукомных операций (АГО) по-прежнему является избыточное рубцевание в области хирургически сформированных путей оттока водянистой влаги [5].

По данным различных авторов, снижение гипотензивного эффекта после АГО наблюдается от 15—45 % до 37—70 % случаев [1, 2]. В хирургическом лечении глаукомы остается актуальным использование дренажей для уменьшения процессов рубцевания в области фильтрационной подушки и улучшения оттока внутриглазной жидкости (ВГЖ),

ЛИТЕРАТУРА

1. Неонатология: национальное руководство / Под ред. Н. Н. Володина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 848 с.
2. Клиточенко Г. В., Петрова И. В., Тонконоженко Н. Л. // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. — 2013. — № 3. — С. 277—279.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ и Правительства Волгоградской области в рамках проекта проведения научных исследований («Исследование состояния здоровья недоношенных детей и механизмов их реабилитации в Нижневолжском регионе»), проект № 14-16-34007

Контактная информация

Полякова Ольга Владимировна — к. м. н., доцент кафедры детских болезней педиатрического факультета, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: olivpolyakova@gmail.com

идет поиск наиболее эффективных и безопасных форм дренажей [2, 4].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Проанализировать первые результаты применения медленно рассасывающегося дренажного импланта HealaFlow в хирургическом лечении открытоугольной глаукомы.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Под наблюдением находилось 28 пациентов (28 глаз) с различными стадиями первичной открытоугольной глаукомы (ПОУГ), которым была проведена не-

проникающая АГО (НГСЭ) с применением дренажного имплантата HealaFlow. Средний возраст больных 68,6 (40—89) лет, женщины — 39,3 % (11 человек), мужчин — 60,7 % (17 человек).

Распределение по стадиям ПОУГ следующее: I ст. — 6 человек (21,5 %), II ст. — 5 человек (17,8 %), III ст. — 17 человек (60,7 %).

Исходное внутриглазное давление (ВГД) на медикаментозном режиме, измеренное тонометром Маклакова, было в среднем $30,6 \pm 1,1$ (от 24 до 47) мм рт. ст.

Перед операцией всем пациентам проводили стандартные исследования: визометрию, периметрию, измерение ВГД, тонографию, биомикроскопию, офтальмоскопию, гониоскопию.

Повторные обследования пациентов выполняли через 1 и 3 месяца после операции, проводили ультразвуковую биомикроскопию (УБМ) послеоперационной зоны.

Всем пациентам была проведена НГСЭ по обычной технологии.

После удаления внутреннего склерального лоскута, наружной стенки Шлеммова канала и получения удовлетворительной фильтрации ВГЖ в интрасклеральное пространство из шприца через канюлю вводился дренажный имплантат HealaFlow в количестве 0,1 мл. Поверхностный склеральный лоскут фиксировался 1—2 условными швами неплотно. АГО завершалась репозицией конъюнктивального лоскута с наложением непрерывного шва и введением под конъюнктиву HealaFlow в объеме 0,2—0,3 мл. В послеоперационном периоде больные получали противовоспалительное лечение, выписаны из стационара на 5—7 сутки.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В первые сутки после операции отмечали формирование умеренно выраженной фильтрационной подушечки. Послеоперационный период протекал гладко, практически адекватно. Все пациенты выписаны с нормальным (от 13 до 18 мм рт. ст.) ВГД. Гипотонии не отмечалось ни у одного из 28 пациентов.

Средний уровень тонометрического ВГД через 1 мес. после АГО с применением HealaFlow был равен $(21,5 \pm 1,2)$ мм рт. ст. Офтальмотонус снизился на 29,7 % от дооперационного уровня ВГД.

У 19 пациентов (68 %) тонометрическое ВГД через 1 мес. после операции было в норме: от 13 до 23 мм рт. ст.

У 9 пациентов (32 %) ВГД повысилось через 1 мес. после операции. У 7 пациентов (25 %) ВГД было нормализовано гипотензивными препаратами. Двоим пациентам (7 %) через 1 мес. была проведена лазерная десцеметогониопунктура (ДГП) с хорошим гипотензивным эффектом, без осложнений. Через 2—4 месяца ДГП была проведена у 4 (14,3 %) из этих 9 пациентов. После ДГП офтальмотонус снизился в среднем до $(16,4 \pm 0,37)$ мм рт. ст. и находился в пределах от 14 до 19 мм рт. ст.

Семерым пациентам с наличием незрелой катаракты через 1,5—2 мес. была проведена ФЭК с имплантацией ИОЛ. Пациенты выписаны в срок с нормальным ВГД (17—21 мм рт. ст.) и улучшением зрительных функций. У одного пациента после факэмульсификации катаракты повысилось ВГД до 34 мм рт. ст., не компенсировалось медикаментозно. Ему через 2 недели была выполнена ДГП, после которой на 2-е сут. у пациента развилась отслойка сосудистой оболочки (ОСО), появились экссудативные явления в передней камере. Последние, по нашему мнению, могли быть реакцией на попавший через фистулу в переднюю камеру препарат

HealaFlow. Были выполнены задняя трепанация склеры (ЗТС) и прошивание передней камеры. Пациент выписан с нормальным ВГД (16 мм рт. ст.), прилегающей отслойкой сосудистой оболочки, без ухудшения зрительных функций.

Данные УБМ через 1 мес.: толщина трабекулодесцеметовой мембраны (ТДМ) в среднем $0,07 \pm 0,005$ (от 0,03 до 0,15) мм, ширина интрасклеральной полости (ИСП) $0,37 \pm 0,03$ (от 0,15 до 0,7) мм, высота фильтрационной подушки (ФП) $0,7 \pm 0,075$ (0,25—1,8) мм.

Через 3 мес. ВГД было равно в среднем $(21,3 \pm 7,14)$ мм рт. ст. Офтальмотонус снизился на 30,4 % от дооперационного уровня внутриглазного давления.

У двоих пациентов (7,14 %) наблюдалось повышение ВГД до 27 и 39 мм рт. ст., им была проведена ДГП с хорошим гипотензивным эффектом (ВГД 14 и 16 мм рт. ст. соответственно), без осложнений. Ширина ИСП через 3 мес., по данным УБМ, в среднем $0,3 \pm 0,09$ (от 0,15 до 0,45) мм, высота ФП $0,48 \pm 0,2$ (от 0,25 до 0,85) мм, что подтверждает формирование стойко функционирующей, умеренно выраженной фильтрационной подушечки.

HealaFlow выступает в качестве наполнителя данных пространств и ограничивает послеоперационный фиброз, повышая тем самым эффективность хирургии глаукомы.

Применение дренажного имплантата HealaFlow, особенно интрасклерально, возможно при непроникающих АГО. Нежелательно выполнение ДГП до резорбции имплантата HealaFlow (до 3—4 месяцев после АГО), так как при попадании данного препарата в переднюю камеру возможна асептическая воспалительная реакция. Поэтому остается открытым вопрос о применении HealaFlow в проникающей хирургии глаукомы (возможно, только субконъюнктивально).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение дренажного имплантата HealaFlow в хирургии глаукомы дает возможность получить хороший гипотензивный эффект. Дренажный имплантат HealaFlow Данный прост в использовании, позволяет сохранять субконъюнктивальное и интрасклеральное пространства.

Необходим более длительный срок наблюдения за пациентами после АГО с применением дренажного имплантата HealaFlow.

ЛИТЕРАТУРА

1. Еричев В. П., Слепова О. С., Ловлаче Дж. Н. // Глаукома. — 2001. — № 1. — С. 11—17.
2. Измайлова С. Б. Хирургическое лечение основных форм глаукомы с использованием гидрогелевого дренажа в проникающей хирургии малых разрезов: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. — М., 2005. — С. 24.
3. Мошетьева Л. К., Алексеев И. Б., Кошечкина Е. А. Метод хирургического лечения пациентов с субкомпенсированной и некомпенсированной глаукомой, ранее перенесших фистулизирующую операцию: Пособие для врачей. — М., 2007. — С. 2—3.

4. Слонимский А. Ю., Алексеев И. Б., Долгий С. С. и др. // Глаукома. — 2012. — С. 55—59.
5. Чекареева Л. Т., Юрьева Т. Н., Шестаков А. О. и др. // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. — 2000. — № 4. — С. 20—22.

Контактная информация

Фокин Виктор Петрович — д. м. н., профессор, директор Волгоградского филиала ФГБУ МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С. Н. Фёдорова», e-mail: mntk@isee.ru

УДК 618.173+611.664

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ

Н. И. Свиридова

*Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии факультета усовершенствования врачей*

Проведено комплексное клинико-лабораторное обследование 108 пациенток в возрасте от 41 до 53 лет [средний возраст — $(48,12 \pm 2,15)$ лет] с рецидивирующей гиперплазией эндометрия. Нами выполнено иммуногистохимическое исследование экспрессии ER- α , PR и маркеров пролиферации Ki-67 и PCNA в эпителии желез и стромы эндометрия. Экспрессия рецепторов характеризовалась преобладанием PR относительно ER- α у пациенток с ПГЭ и СГЭ. Установлено максимальное снижение иммуногистохимического индекса PR при СГЭ по сравнению с таковым в контрольной группе. Обоснован дифференцированный подход к лечению гиперпластических процессов эндометрия.

Ключевые слова: перименопауза, гиперплазия эндометрия, рецепторы половых стероидов, маркеры пролиферации.

CLINICAL AND MORPHOLOGICAL SUBSTANTIATION OF A DIFFERENTIATED APPROACH TO TREATMENT OF ENDOMETRIAL HYPERPLASIA IN PERIMENOPAUSE

N. I. Sviridova

We carried out a comprehensive clinical and laboratory study in which 108 patients aged 41 to 53 ($48,12 \pm 2,15$) years with recurrent endometrial hyperplasia (EH) were engaged. We performed an immunohistochemical study of the expression of ER- α , PR and the Ki-67 and PCNA proliferation markers in the epithelium of endometrial glands and stromal cells. Receptor expression was characterized by a predominance of PR over ER- α in patients with simple endometrial hyperplasia (SEH) and complex endometrial hyperplasia (CEH). We established a maximal reduction in the PR immunohistochemical index in CEH as compared with those in the control group. The differentiated approach to treatment of endometrial hyperplasia was substantiated.

Key words: perimenopause, endometrial hyperplasia, sex steroid receptors, proliferation markers.

Несмотря на значительные успехи в изучении этиологии и патогенеза гиперпластических процессов эндометрия (ГПЭ), многие вопросы лечения и профилактики данной патологии в настоящее время еще далеки от окончательного решения [1—7].

За последние 20 лет отмечен неуклонный рост частоты рака тела матки [2, 7, 12], который занимает 4-е место среди злокачественных новообразований, встречающихся у женщин (после рака молочной желе-

зы, легких и толстого кишечника и 1-е место среди опухолей женских половых органов) [7]. Только за последние 10 лет заболеваемость раком тела матки повысилась на 17,8 % [2]. Следует отметить, что ежегодно в мире выявляют примерно 150000 новых больных раком тела матки и 42000 женщин умирают от этой опухоли. Максимальная заболеваемость отмечается в возрасте 65—69 лет и составляет 68,7 случая на 100000 женщин [12]. В 20—25 % случаев заболевание диагности-