



больных в послеоперационный период, но порой и к инвалидизации в связи с частым развитием послеоперационных миофасциальных дефектов, достигающих порой гигантских размеров, диктует необходимость более

интенсивного внедрения в урологическую практику альтернативных люмботомии и менее травматичных оперативных доступов: трансабдоминальных, межмышечных, лапароскопических, ретроперитонеоскопических.

© И.А.СКВОРЦОВ, А.А.СУРКОВ, 2009
УДК 617.741-77

И.А.Скворцов, А.А.Сурков — Разработка методики имплантации типовых заднекамерных моделей искусственных хрусталиков глаза с шовной фиксацией к лимбу.

Нами разработана методика лимбальной интракорнеальной шовной фиксации гаптических или оптических элементов *искусственных хрусталиков глаза* — ИХГ (патенты на изобретения РФ № 2214808 и № 2214809 от 27.10.2003 г.) для заднекамерной имплантации различных типовых стандартных моделей ИХГ при повреждениях капсульного мешка с выпадением стекловидного тела для офтальмологических отделений с различным уровнем технического оснащения операционных.

Техника операции

Анестезия: эпibuльбарно — трехкратная инстилляцией 1% раствора дикаина с интервалом 1 мин, ретробульбарно — 3 мл 2% раствора лидокаина.

Проводится тоннельный разрез роговицы в зоне верхнего лимба длиной от 4 до 6 мм в зависимости от способа удаления катаракты (факоэмульсификация или фако-секция) и от модели ИХГ (гибкая или жесткая). При появлении осложнения (выпадение стекловидного тела) выполняется передняя витрэктомия. Затем проводится второй тоннельный разрез лимба в меридиане 6 ч длиной 3 мм.

Инъекционной иглой 23 калибра выполняется периферическая иридотомия (прокол) в меридианах 6 и 12 ч (или иридэктомия ножницами).

В стандартной отечественной модели ИХГ (заднекамерная модель Т-26 С.Н.Федорова или ее модификации) фиксируем двумя узловыми швами (полипропилен 10–0) наружный край кольцевидной сетки, имеющейся на противоположных сторонах гаптической части ИХГ, или фиксируем полипропиленом 10–0 (тройным узлом) середину обеих частей S-образной гаптики твердых или гибких моделей ИХГ. Через нижний лимбальный разрез и базальную колобому в радужке в заднюю камеру под радужку вводится изогнутая канюля 23 калибра, проводится через зрачок и выводится в верхний лимбальный разрез, где в торцевое отверстие канюли вставляются фиксированная ранее к гаптке ИХГ микроигла с полипропиленовой нитью 10–0 примерно наполовину дли-

ны иглы, т. е. на 2,5–3 мм, и свободный конец фиксирующей нити, и затем канюля вместе с иглой выводится наружу через нижний лимбальный разрез роговицы. Иглой прокалываем изнутри канюлю заднюю роговичную губу лимбальной раны на уровне задней трети и выводим фиксирующую нить в рану, т. е. фиксирующий узел будет находиться внутри роговичной раны.

Фиксация ИХГ к верхнему разрезу лимба (12 ч) проводится следующим образом. Приоткрывается рана лимба, пинцетом подтягивается к ране верхний край расширенного зрачка, иглу с нитью иглодержателем проводим через зрачок под радужку, выводим в базальную колобому радужки, прокалываем роговицу на уровне нижней трети задней губы лимбальной раны и выводим фиксирующую нить в рану. После этого обе нити вытягиваются наружу в разрезы лимба, в переднюю камеру вводится пузырек воздуха для профилактики выпадения стекловидного тела в камеру, ИХГ имплантируем в заднюю камеру, постепенно подтягивая фиксирующие нити, вводим в глаз физиологический раствор до нормализации глазного давления, окончательно подтягиваем в лимбальные разрезы полипропиленовые нити, чтобы ИХГ был надежно фиксирован и центрирован в задней камере, и по очереди завязываем нити на узлы, которые оказываются в глубине лимбальной раны и поэтому становятся не видны при сшивании или самостоятельной адаптации краев лимбальных разрезов и не мешают герметизации раны.

Далее накладываем один узловый шов на рану нижнего лимба и один-два шва на рану верхнего лимба. Пузырек воздуха из передней камеры можно аспирировать или же оставить в камере, где он через 1–2 сут после операции рассосется.

Второй способ фиксации отличается тем, что нити проводятся в два технологических отверстия оптики, которые имеются у многих моделей ИХГ. Искусственный хрусталик имплантируется в заднюю камеру и затем подшивается в противоположных меридианах лимба.

Вместо изогнутой канюли 23 калибра мы также с успехом применяли торцевой пин-



цет Горбаня, шпатель (с технологическим отверстием для проведения нити), возможно применение витреального цангового пинцета.

Технология имплантации ИХГ при отсутствии капсульной поддержки путем лимбальной интракорнеальной шовной фиксации была применена нами в клинике у 78 пациентов с катарактой и афакией в возрасте от 17 до 95 лет. Сроки наблюдения варьировали от 2 мес до 6 лет. Всем пациентам до и после операции проведено стандартное офтальмологическое обследование. Острота зрения до оперативного вмешательства от правильной светопроекции до 0,1 (у пациентов с афакией острота зрения с коррекцией до 0,7). У 53 пациентов с катарактой на различных этапах ее экстракции имело

место два вида осложнений: обширный разрыв задней капсулы хрусталика (44 пациента) и полный отрыв капсульного мешка от волокон цинновой связки (9 пациентов), сопровождавшиеся выпадением стекловидного тела в переднюю камеру. Всем пациентам были имплантированы заднекамерные модели ИХГ, в основном Т-26, а также модели с S-образной гапстикой с шовной фиксацией гаптических (56 глаз) и оптических (22 глаза) элементов к лимбу. Гемофтальм не отмечен ни в одном наблюдении во время имплантации. В послеоперационный период не было дислокации ИХГ и прорезывания лимбального интракорнеального шовного узла наружу или внутрь, в переднюю камеру.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2009

УДК 616.833.17-085.841

С.В.Козлов, Ю.А.Родин, А.А.Ушаков, Н.Г.Сучкова — Исследование эффективности применения аппаратов серии «ДиаДЭНС» в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.

Чрескожная электронейростимуляция и как один из новых ее вариантов — *динамическая электронейростимуляция* (ДЭНС-терапия) оказывают анальгезирующий эффект, который может быть объяснен при помощи «воротной теории боли», согласно которой в задних рогах спинного мозга находится нейронный механизм, регулирующий, подобно воротам, поток афферентной болевой импульсации с периферии в ЦНС.

Кроме анальгезии, возникающей во время процедуры, ДЭНС-терапия оказывает выраженное вазоактивное действие, в результате которого усиливаются кровообращение в ишемизированных тканях, обменные и трофические процессы в зоне воздействия и в глубоко лежащих тканях, сегментарно-связанных с кожными сегментами.

Под воздействием курсовой электростимуляции снижается отек и регрессируют явления воспаления, т. е. устраняется причина, вызывающая болевой синдром.

Аппараты серии «ДиаДЭНС», разработанные ООО «РЦ АРТ» г. Екатеринбурга (Россия), находились на медицинских испытаниях в ГВКГ им. Н.Н.Бурденко с сентября 2005 г. по настоящее время в отделениях челюстно-лицевой хирургии и стоматологии.

Методика применялась в 3 группах пациентов: в 1-й — как самостоятельный метод лечения, во 2-й — в сочетании с *антибактериальной и противовоспалительной терапией* (АБиПВТ) в послеоперационный период, в 3-й — в комбинации с другими *методами физиотерапии* (МФТ).

Лечение проведено при следующей патологии зубочелюстной системы:

— постэкстракционный альвеолит — 20 случаев;

— гнойно-воспалительные заболевания в стадии разрешения воспалительного процесса — 14 случаев;

— артрозартрит височно-нижнечелюстных суставов — 14 случаев.

Контрольную группу составили 25 пациентов, которым проводилось только традиционное лечение без применения ДЭНС-терапии.

Методика ДЭНС-терапии:

— воздействие проводили по стабильно-лабильной (сканирующей) методике и методом рефлексотерапии по биологически активным точкам акупунктуры и триггерным зонам;

— режим воздействия подбирали индивидуально, начиная с фиксированной частоты 100 Гц и длительности импульса 0,2 мс. Плавное увеличивали силу тока до появления спровоцированной парестезии типа «вибрации» в зоне воздействия. Затем, изменяя длительность импульсов и частоту их следования, подбирали оптимальный режим стимуляции, при котором не было болевых ощущений, «вибрация» приятна и быстро наступает анальгезия;

— продолжительность воздействия составляла в среднем 10–20 мин и варьировала в зависимости от патологии, локализации и динамики уменьшения болевого синдрома;

— курс лечения — по 1 процедуре ежедневно в течение 8–15 дней.

Противопоказаниями к проведению ДЭНС-терапии были: