

уровнем тревожности не имели существенных различий при сравнении в пределах возрастной подгруппы.

Литература

1. Авдеев А. В. Изменения физико-химических показателей ротовой жидкости юношей и девушек при лечении гингивита / 21 век: фундаментальная наука и технологии : науч.-практ. конф. 24-25 декабря 2012 г. : сб. мат.-овконф. - Москва, 2012.-С. 29-34.
2. Деньга О.В., Жук Д.Д., Макаренко О.А. - Клинико-лабораторная оценка эффективности комплекса адаптогенов и физических факторов на биохимические параметры ротовой жидкости у больных хроническим катаральным гингивитом // Вестник стоматологии. - 2004. - № 4. - С. 62-68.
3. Ковач И.В. - Воздействие комплексной биостимулирующей терапии на иммунологическую реактивность у подростков, страдающих хроническим катаральным гингивитом и сочетанной патологией (кариес и гингивит) // Украинский стоматологический альманах. - 2005. - № 6. - С. 45-50.
4. Локтионова М.В. - Лечение хронического катарального гингивита с использованием десневых повязок на основе растительных компонентов и сульфатированных гликозаминогликанов : автореф. дис... канд. мед.наук: 14.00.21 - Смоленск, 2009. - 20 с.
5. Мамаева Е.В. Пародонтологический статус и функциональное состояние организма у подростков: автореф. Дис. докт. мед.наук: 14.00.21 - Казань, 2007. - 35 с.
6. Паласюк Б. О. - Рівень тривожності та зміни ферментів ротової рідини у дітей середнього та старшого шкільного віку // Буковинський медичний вісник. - 2012. - № 4. - 123-127с.
7. Психологія шкільного віку. Постбач. [Винославська, О. А. Бреусенко-Кузнецов та ш.]; за науковою ред. О. В. Винославсько.-К. : Фірма «ІНКІОС», 2005.-352с
8. Рабухина Н. А., Аржанцев А. П. Рентгенодиагностика в стоматологии - М.: «МИА», 2003. - 450 с.
9. Терапевтическая стоматология детского возраста / Л. О. Хоменко, О. И. Остапко, О. Ф. Кононович, В. И. Шматко и др.; учебник. - К.: Книга плюс, 1999. - 526 с.
10. Цепов Л.М., Николаев А.И. Диагностика и лечение заболеваний пародонта. М.: МЕД пресс-информ, 2002. - 189 с.

Гаффаров Г.К.,
Бектурдиев Ш.С.,
Юсупова Н.А.,
Шодиев У.О.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ НЕОВАСКУЛЯРНОЙ ГЛАУКОМЫ

Самаркандский медицинский институт (ректор - проф. Шамсиев А.М.), Кафедра офтальмологии (зав. - проф. Юсупов А.А.)

На сегодняшний день глаукома занимает одно из ведущих мест среди причин слепоты, слабовидения и инвалидности по зрению. В структуре заболеваемости глаукомой доля вторичной глаукомы составляет 24 - 40%. При этом на фоне сахарного диабета (СД) вторичная глаукома развивается в 4-5 раз чаще, чем в общей популяции, где в 30% случаев диагностируется её неоваскулярная форма (Жеребков И.Б., 2002).

Согласно современным представлениям, патогенез развития неоваскулярной глаукомы (НГ) при СД обусловлен совокупностью взаимосвязанных между собой генетических, биохимических, иммунных и морфологических нарушений, на фоне которых развивается выраженная гипоксия сетчатки, что сопровождается выработкой вазопротрофических факторов - ВПФ различными клетками (Хорошилова-Маслова И.П. с соавт., 2002). Непосредственной причиной повышения ВГД при НГ является формирование фиброваскулярной мембраны (ФВМ) в углу передней камеры (УПК) (Гурджиян К.Д. с соавт., 2004; Фролов М.А. с соавт., 2006).

Резистентность к медикаментозному лечению и низкая эффективность широко применяемых антиглаукоматозных операций определяет принадлежность проблемы лечения НГ диабетического генеза (НГДГ) к рангу одной из самых актуальных в современной офтальмологии. Поэтому исследования в этом направлении своевременны и целесообразны.

Методом выбора при лечении неоваскулярной глаукомы считают хирургические вмешательства. С этой целью разработан целый ряд оперативных пособий фистулизирующего, дренирующего и циклодеструктивного типа. Традиционные фистулизирующие операции, а также множество модифицированных

вмешательств, как правило, сопровождаются геморрагическими осложнениями, как во время операции, так и в послеоперационном периоде (Захарова И.А., Махмутов В.Ю., 1991, Нестеров А.П., 1995, Сергиенко Н.М., Торчинская Н.В., 1999). Они часто не дают желаемого результата, так как вновь созданные пути оттока внутриглазной жидкости блокируются новообразованными сосудами, фиброваскулярной мембраной, рубцовой тканью. Для уменьшения риска развития осложнений было предложено изменение топографии операционного доступа в циклоитреальную область (Батманов Ю.Е. и соавт., 1985, Косых Н.В., 1989), диатермо- или криокоагуляция тканей в области операционного разреза, использование в ходе антиглаукоматозных операций электромагнитных волн (De Roeth A., 1966, Веселовская З.Ф., Ващенко И.В., 1998, Лузь-янина В.В., 2002). С целью повышения эффективности операций для подавления пролиферации клеток в зоне формирования фильтрации в клинической практике используют цитостатические препараты 5-фторурацил, митоминин-С (Rockwood E.J. et al, 1987, Cardia L. et al, 1993, Szymanski A. et al, 1994, Tsai J.C. et al, 1995). Однако большое количество осложнений и слабо дозируемый эффект часто ограничивает возможность широкого применения антиметаболитов.

Другим направлением лечения неоваскулярной глаукомы является дренажная хирургия (Алексеев Б.П., Кабанов К.Б., 1986, Sidoti P.A. et al, 1995, Luttrull J.K. et al, 2000, Scott L.U., 2000, Broadway D.C. et al, 2001). Распространенные за рубежом импланты Molteno, Krupin, Baerveldt, Ahmed, обладая достаточно высокой эффективностью, имеют ряд недостатков: значительные размеры, приводящие к развитию таких осложнений, как диплопия, ограничение подвижности глазного яблока, высокая стоимость. Аллоэксплантаты из силикона,

гидрогеля, применяемые в нашей стране, зачастую не обеспечивают полноценной и долгосрочной нормализации ВГД (Денисов И.А., 1987, Чеглаков Ю.А., Хермасси Ш., 1995, Марченко Л.Н. и соавт., 1999, Балашова Л.М., 2000).

На смену циклодиатермии и циклокриотерапии приходят более щадящие и безопасные методы циклодеструкции, такие как диодная и ИАГ-лазерная транссклеральная, трансконъюнктивальная циклофотокоагуляция, эндофотокоагуляция, ультразвуковая склерциклодеструкция (Klein J., Kuechle H. J., 1981, Колесникова Л.Н. и соавт., 1985, Schlote T. et al, 1997, Калинина О.М., 1997, Еричев В.П., 1998, Henring AN et al, 1998).

Вместе с тем изолированное применение либо циклодеструкции, либо фистулизирующей или дренирующей хирургии при лечении НВГ не позволяет воздействовать на все патогенетические звенья, обуславливающие повышение ВГД у данной категории больных, и обеспечивать стойкую его нормализацию. С одной стороны, необходимо устранять ретенцию внутриглазной жидкости с учетом морфологических изменений в УПК, с другой, необходимо предотвращать выработку вазопротрофических факторов, способствующих дальнейшему прогрессированию заболевания. Рядом авторов было предложено выполнять комбинированные криомикрохирургические вмешательства (Джалишвили О.А., Жданова Л.В., 1993, Веселовская З.Ф., Ващенко КВ., 1998, Пастухова А.Н. и соавт., 1997, Артеменко Н.Н. и со-авт., 1997).

По данным литературы, эффективность хирургического лечения неоваскулярной глаукомы при использовании только фистулизирующих вмешательств невысока - до 40-50%, в то же время применение комбинированных операций позволяет повысить эффективность до 70%.

Приведенные данные указывают на отсутствие универсальных методов лечения пациентов с неоваскулярной глаукомой. Представляется оправданным дальнейший поиск и разработка вмешательств для лечения этой тяжелой патологии, в основе которых лежит комбинированный механизм действия.

В связи с этим определена цель нашего исследования - разработка и клиническая оценка комбинированных методов лечения терминальной болящей неоваскулярной глаукомы.

Материал и методы: Мы исследовали в отделении глазных болезней клиники СамМИ 25 больных с диагнозом неоваскулярная глаукома с терминальным болевым синдромом.

Все больные были подразделены на две группы: первая (основная) группа - 14 больных (18 глаз), вторая (контрольная) группа - 11 больных (14 глаз). В основной группе мужчин было 6 (46,15%), женщин - 8 (53,84%), в возрасте от 19 до 70 лет, в среднем $47,85 \pm 17,33$. У 13 больных был диагностирован сахарный диабет, и в 2 случаях (17%) был компенсированным, в 8 (62,2%) - субкомпенсированным и в 3 случаях (20,8%) декомпенсированным. На максимальном гипотензивном режиме ВГД составляло $44,84 \pm 13,39$ мм рт.ст., выраженный болевой синдром наблюдался на 15 глазах (82%). При поступлении оптические среды были непрозрачны в 11 случаях (59%). Гонио-

<Dokjor a%>orotnomasi, Samarqand

скопически в 7 случаях (41%) УПК был закрыт, вследствие ретракции ФВМ, в остальных случаях наблюдалась полная (44%) или частичная гониосинехия (15%).

Больным основной группы была произведена операция задней трепанации в 2 квадрантах склеры: в верхне-внутренних и нижне-внешних секторах в 5 мм от лимба и криодеструкция цилиарного тела. Конъюнктива была рассечена от лимба по кругу в диаметре 3-4 мм и произведена двухрядовая криоапликация склеры. После операции больные обеих групп получали курс инстилляции кортикостероидов и антибиотиков.

Контрольной группе мужчин было 3 (27,27%), женщин - 8 (72,72%), в возрасте от 20 до 73 лет, в среднем $37,4 \pm 17,07$. У 9 больных был диагностирован сахарный диабет, в 1 случае (11%) был компенсирован и в 8 (89%) субкомпенсирован. На максимальном гипотензивном режиме ВГД составило $45,11 \pm 11,87$ мм рт.ст., выраженный болевой синдром наблюдался в 13 случаях (91%).

Все больные были обследованы согласно стандартам: общий анализ крови, клинико-биохимические исследования крови; осмотр специалистов: эндокринолог, терапевт, невропатолог. В клинике проводили традиционные офтальмологические обследования: визиометрия, биомикроскопия, гониоскопия, офтальмоскопия, тонометрия, топография.

Результаты и их обсуждение: Больные контрольной группы до операции получали инстилляции простагландина - Тафлотана по 1 капле 1 раза в сутки и 0,5% тимолола по 1 капле 2 раза в сутки.

В основной группе проявилась тенденция к снижению продукции камерной влаги в сроки до 14 недель и в сроки наблюдения 3-6 месяцев. В последующем в течение всего периода наблюдения отмечалось постепенное снижение продукции ВГЖ ($4,13 \pm 4,50$ до $1,9 \pm 1,85$). В контрольной группе в течение 3 месяцев отмечалось повышение продукции ВГЖ ($0,93 \pm 0,65$ до $2,10 \pm 1,19$) с последующим постепенным снижением этого показателя (до $1,34 \pm 0,96$).

В контрольной группе в течение 3 месяцев отмечалось повышение продукции ВГЖ ($0,93 \pm 0,65$ до $2,10 \pm 1,19$) с последующим постепенным снижением этого показателя (до $1,34 \pm 0,96$). На наш взгляд, повышение продукции ВГЖ в контрольной группе объясняется тем, что здесь не выполнялась операция, из-за чего сохранялось повышенное гидравлическое давление в капиллярах цилиарного тела и по описанному И.В. Глыбиной и И.В. Залускаловым (2003) механизму происходила гиперпродукция ВГЖ.

Кроме того, было отмечено, что степень рубцоза радужки до операции отчетливо характеризует степень ишемических метаболических нарушений в сетчатке и, чем более она выражена до операции, тем более неблагоприятным является послеоперационный прогноз в отношении зрительных функций.

Таким образом, предлагаемая нами комбинированная операция является эффективным патогенетически ориентированным антиглаукоматозным вмешательством при лечении НГ.

Выводы

1) Метод задней трепанации склеры и операцию криодеструкция цилиарного тела можно применить при вторичной терминальной болящей

неоваскулярной глаукоме для устранения болевого синдрома и косметическая сохранения глаза.

2) Метод наиболее целесообразен у лиц с новы- 59,5% случаев, шенным риском развития избыточного рубцевания - у пациентов молодого возраста, ранее безуспешно и неоднократно оперированных;

3) Результаты нормализации внутриглазного давления после предлагаемых операций достигнуты в

Литература

1. Кривошеина О.П. Проллиферативная витроретинопатия: факторы патогенеза и закономерности развития // Вести, офтальмологии. 2003. № 3. С. 47-50.
2. Нестеров А.П. Глаукома. М., 1995. С. 148-151.
3. Слепова О.С., Герасименко В.А., Макаров П.В. и др. Сравнительное исследование роли цитокинов при разных формах глазных заболеваний. Сообщение 1. Фактор некроза опухоли альфа // Вести, офтальмологии. 1998. № 3. С. 28-32.
4. Батманов Ю.Е., Мовшович А.И., Нестеров А.П., Серов А.А. Фильтрующая склерокловитректомия в лечении болящей терминальной глаукомы // Вести, офтальмологии. 1985
5. Бездего П.А., Дроздовская В.С., Рамадан А.И., Соболева И.А. К вопросу о профилактике постстромботической болящей терминальной глаукомы // Офтальмол. журн. 1992
6. Гогина И.Ф. Аутоаллергические и аутоиммунные аспекты патогенеза непролиферативной и пролиферативной диабетической ретинопатии // Офтальмол. журн. 1991
7. Гогина И.Ф., Плешанов Е.В., Ковалишин В.И. О патогенетических механизмах развития ангиоретинопатии при сахарном диабете // Вести, офтальмологии. 1987

Горачук В.В.

УДК 614.2:616-082

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ САМООЦЕНКИ В СИСТЕМЕ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ

Национальная медицинская академия последиplomного образования имени П.Л. Шупика, Украина, г. Киев

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ САМООЦЕНКИ В СИСТЕМЕ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ

Резюме. Статья посвящена самооценке как одному из методов информационной поддержки управленческих решений по улучшению качества медицинской помощи. Цель статьи - разработка методических подходов к организации самооценки в учреждениях здравоохранения. Анализ международных стандартов и источников научной литературы, методы системно-процессного подхода и моделирования позволили представить примерный порядок проведения самооценки, подходы к выбору критериев, подкритериев и квалиметрической шкалы самооценки, предложить графическую модель системы менеджмента качества медицинских организаций, использующих самооценку.

Вывод: проведение самооценки обеспечит руководство конкретного медицинского учреждения внутренней информацией для поддержки принятия управленческих решений по улучшению качества медицинской помощи.

Ключевые слова. Самооценка, информация, качество медицинской помощи, критерии, учреждения здравоохранения.

V.V. GORACHUK. APPROACHES TO SELF-ORGANIZATION IN THE QUALITY MANAGEMENT SYSTEM. National Medical Academy of Postgraduate Education named P.L. Shupyk, Ukraine, Kiev

Resume. The article is devoted to self-esteem as one of the methods of information to support management decisions to improve the quality of care. Purpose of the article - the development of methodological approaches to selfevaluation in health care. Analysis of international standards and the scientific literature, methods of system-process approach and modeling allowed to present an example of how self assessment approaches to the selection criteria, subcriteria and scale of self-esteem, provide a graphical model of the system of quality management of medical organizations using self-esteem.

Conclusion: The self-assessment will provide guidance specific medical institution inside information to support management decision-making to improve the quality of care.

Key words. Self-esteem, information, quality of care criteria, health care.

Введение. Системные принципы управления деятельностью в любой экономической сфере предусматривают непрерывную связь управления и информации. В основу обеспечения информацией положен фундаментальный принцип обратной связи, предусматривающий передачу субъекту управления информации о функционировании управляемой системы или ее отдельных элементов [1].

В системе управления качеством медицинской помощи непостоянство внешних и внутренних политических и социально-экономических факторов значительно усиливает значимость управленческих решений по улучшению деятельности, ее своевременной

изменчивости и гибкое™ в соответствии с окружающими реалиями [2, 3]. Насколько удалось достичь запланированного уровня улучшения в системе, могут свидетельствовать, в частности, данные самооценки, как метода информационного обеспечения оуководства об уровне развития системы, проблемных аспектах деятельности и возможностях планирования усовершенствования и инноваций [4].