

ной области. Женщины, возраст 48-54 года. Посттравматическая грыжа, мужчина 68 лет. Межмышечная грыжа боковой области, мужчина 53 лет. Послеоперационные грыжи: дефекты LW2-3. Во всех случаях мышечный слой атрофирован. Операция: брюшная полость максимально отграничена сальником. Сетчатый трансплантат фиксирован к ребру. Дальнейшая фиксация проводилась непрерывным швом между внутренней и наружной косой мышцей. С целью профилактики провисания и смещения сетки, при экскурсии грудной клетки во время акта дыхания, произведена дополнительная фиксация по 4 краям аллотрансплантата чрескожно, с максимальным его натяжением. Посттравматическая грыжа правой боковой области (LW3). Основой модификации является фиксация сетки к гребню подвздошной кости с захватом надкостницы и сухожильной части и за ребро проксимально отдельными швами. Методикой onlay фиксирован имплантат к мягким тканям непрерывным швом. Герниопластика межмышечной грыжи методикой inlay с фиксацией к ребру и подвздошной кости. Проведена УЗИ диагностика в сроки: до операции, через 3 дня и перед выпиской.

Результаты и выводы. Послеоперационный период без осложнений. При наблюдении отдаленных результатов (2-4 года) рецидивов грыж не выявлено. УЗИ зафиксировало благоприятное течение регенераторных процессов.

1. Боковые грыжи необходимо фиксировать за одну или более костных структур в случае атрофии подлежащих тканей, обеспечивая высокую надежность фиксации и неподвижность аллотрансплантата, противодействие повышению внутрибрюшного давления. 2. Наложение чрескожных швов на сетку препятствует ее миграции и провисанию при дыхательных движениях, уменьшает количество шовного материала в ране. 3. Непрерывный шов позволяет избежать рубцевания мышечной ткани. 4. Методики дают возможность оперировать в сложных ситуациях (разволокнение, атрофия мышц, близко расположенные костные структуры). Они просты в исполнении и могут быть предложены для широкого использования. 5. УЗИ диагностика позволяет достоверно оценить регенераторные процессы в послеоперационном периоде, что обеспечивает раннюю диагностику возможных осложнений.

Литература:

1. Жебровский, В. В. Хирургия грыж живота и эвентраций / В. В. Жебровский, Мохаммед Том Эльбашир. Симферополь: Бизнес-Информ. 2002. 440 с.
2. Ненатяжная герниопластика / А. С. Егиев [и др.]; под общ.ред. А. С. Егиева. М.: Медпрактика-М. 2002. 148 с.
3. Самойлов, А. В. Протезирующая вентропластика в onlay технике / А. В. Самойлов, А. Н. Овчарников // Герниология. 2006. № 2(10). С. 11-13.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕТИНАЛАМИНА ПРИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ХОРИОРЕТИНАЛЬНОЙ ДИСТРОФИИ СЕТЧАТКИ

Лоско А. В., Жагунь И. А., Покумейко В. А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра глазных болезней

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ильина С.Н.

Актуальность. Дистрофические заболевания сетчатки являются основными причинами слабовидения и слепоты. За последнее десятилетие отмечается существенный рост частоты данных заболеваний в молодом возрасте [1,3-5, 8, 9, 11, 13].

Цель исследования: изучить эффективность Ретиналамина при центральной хориоретинальной дистрофии сетчатки на фоне традиционной терапии, а также анализ его эффективности в сравнении с курсом консервативного лечения.

Материал и методы. Основная группа включала 23 чел. (45 глаз) с центральной хориоретинальной дистрофией. Из них 14 (28 глаз) с экссудативной и 9 (17 глаз) с неэкссудативной формой. В контрольную группу вошли 20 пациентов (38 глаз) с центральной хориоретинальной дистрофией (11 чел. (20 глаз) с экссудативной формой, 9 чел. (18 глаз) с неэкссудативной формой). Традиционное лечение включало: вит. В₆/В₁₂, актовегин 2,0 в/в, пирацетам 5.0 в/в, раствор глюкозы 40%-10,0 с аскорбиновой кислотой 5%-5,0 в/в и внутривенные инъекции эмоксипина 3% по 5 мл и парабульбарные инъекции дексазона 0,5 мл. Пациенты основной группы дополнительно получали парабульбарные инъекции Ретиналамин в течение 10 дней ежедневно.

Результаты. По окончании первого курса лечения острота зрения достигла 0,8-1,0 на 16 глазах (35,6%), 0,5-0,7 на 14 глазах (31,1%), 0,2-0,4 на 10 глазах (22,2%), 0,05-0,1 на 3 глазах (6,7%), 0,02-0,04 на 2 глазах (4,4%), остроты зрения ниже 0,02 не наблюдалось. Полученные результаты сохранялись приблизительно устойчиво в течение 3-6 месяцев. После повторного курса лечения (спустя 6 мес. после первого курса) также наблюдался положительный эффект. Острота зрения достигла 0,8-1,0 на 22 глазах (49%), 0,5-0,7 на 10 глазах (22,2%), 0,2-0,4 на 10 глазах (22,2%), 0,05-0,1 на 2 глазах (4,4%), 0,02-0,04 на 1 глазу (2,2%), остроты зрения ниже 0,02 не наблюдалось. У всех пациентов зарегистрировано расширение суммарных границ поля зрения в среднем на 110-125°, количество скотом в стандартных точках снизилось в 2,5 раза. В контрольной группе повышение остроты зрения после первого курса наблюдалось только на 4 глазах (7,9%), в то время как после повторного курса положительная динамика отмечалась на 6 глазах (15,8%). В остальных случаях изменений в зрительных функциях не отмечено. У 53,3% пациентов (24 глаза) после первого курса лечения не наблюдалось ни положительной, ни отрицательной динамики. В 38,8% случаях (17 глаз), несмотря на терапию, процесс прогрессировал, сопровождаясь дальнейшим снижением остроты зрения. После повторного курса лечения в контрольной группе увеличение остроты зрения до 0,8-1,0 произошло в 29,0%, что в 1,7 раза меньше в сравнении с основной группой. В контрольной группе значимого расширения периферических границ поля зрения не отмечено, уменьшение размера центральных скотом на 5-10° зарегистрировано в 36,8% наблюдений (14 глаз). В 66,8% случаев зарегистрировано частичное, а в 24,4% - полное рассасывание геморрагий. Только в 17,6% случаев не произошло значительных изменений в офтальмоскопической картине. В контрольной группе динамика изменений на глазном дне была менее заметной.

Выводы: 1. Ретиналамин является высокоэффективным препаратом в лечении «сухой» и «влажной» форм хориоретинальной дистрофии. 2. Наибольший эффект отмечался в ранней стадии ВМД неэкссудативной формы с преимущественными изменениями в ретинальном пигментном эпителии.

Литература:

1. Налобнова, Ю.В., Егоров, Е. А, Ставицкая, Т.В., Асророва, Г.К. Применение цитомединов в офтальмологии // Клини. офтальм. - 2003. - №2. - С. 176-178.

ПОЛУЧЕНИЕ И ДЕМОНСТРАЦИЯ ОСЦИЛЛОГРАММ И СПЕКТРОВ ЗВУКОВЫХ СИГНАЛОВ

Лукашик Е.Е., Сухоцкая М.Д.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра медицинской и биологической физики

Научный руководитель – ст. преп. Лукашик Е.Я.

При изучении раздела «Механика» курса медицинской и биологической физики в разделе «Акустика» обсуждаются различные характеристики звука, а