

ЛИТЕРАТУРА

1. Радзинский, В.Е. Неразвивающаяся беременность / В.Е. Радзинский, В.И. Димитрова, И.Ю. Майкова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 200 с.

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ТРОМБОЗА ВЕРХНЕЙ ГЛАЗНИЧНОЙ ВЕНЫ

Кринец Ж. М.¹, Ильина С. Н.¹, Карпович Н. В.², Васильчук Л. Ф.²

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь¹,

Гродненская университетская клиника, Гродно, Беларусь²

Актуальность. Тромбоз верхней глазничной вены – относительно редкое заболевание, которое имеет серьезные клинические признаки и затруднительную диагностику вследствие схожести проявлений с осложнениями при воспалительных заболеваниях околоносовых пазух носа [1]. Главным коллектором крови, отекающим от глазного яблока и орбиты, является верхняя глазничная вена. Затруднение венозного оттока из верхней глазничной вены приводит к возникновению экзофталмии, полной или частичной офтальмоплегии, выраженному отеку век. Данные клинические симптомы также характерны для флегмоны и новообразования орбиты, тромбоза кавернозного синуса, спонтанной каротидно-кавернозной fistулы, что вызывает затруднения в постановке диагноза и может привести к неправильной тактике лечения.

Цель. Клиническая демонстрация диагностики и лечения пациента с тромбозом верхней глазничной вены правого глаза.

Методы исследования. В отделение микрохирургии глаза Гродненской университетской клиники поступил пациент 68 лет с жалобами на покраснение, отек кожи век и конъюнктивы глазного яблока, экзофталм и снижение зрения. Выставлен диагноз: Флегмона орбиты справа? Неврит лицевого нерва справа? Из анамнеза заболевания, данные жалобы возникли около 6 дней назад. Офтальмологический статус: острота центрального зрения правого глаза = 0,9. Выраженный экзофталм (25 мм), кожа век отёчная, верхнее веко опущено до 1/3 зрачка, гиперемия и красный хемоз конъюнктивы, полная офтальмоплегия, двоение, роговица чистая прозрачная, чувствительность ее снижена, передняя камера средней глубины, радужная оболочка без изменений, зрачок узкий, помутнение кортикальных слоёв хрусталика. ДЗН бледно-розовый, границы чёткие, артерии сужены, вены полнокровны, извиты. Со стороны левого глаза патологических изменений не обнаружено. Пациент осмотрен оториноларингологом (хронический кистозно-полипозный синусит вне обострения), кардиологом (ИБС, атеросклеротический кардиосклероз, атеросклероз аорты, коронарных и мозговых сосудов, аортальная регургитация 1–2 степени, митральная регургитация 2 степени, триkuspidальная недостаточность 2 степени, дилатация левого и правого предсердий, фракция вы-

броса сердца 40%, постоянная форма фибрилляции предсердий, нормоформа, артериальная гипертензия 2 риск 4 Н1). Рекомендовано: варфарин 2,5мг в 17.00 по 2 таблетки под контролем МНО (2,0–3,0), торасемид 5мг утром натощак, метопролол 25мг 2раза в день, лизиноприл 10мг 2 раза в день, аторвастатин 10мг в 20.00 с контролем липидограммы. Однако варфарин пациент принимал не регулярно.

Результаты и их обсуждение. По неотложным показаниям с целью исключения новообразования выполнено МРТ головного мозга и орбиты. Субкортикально и перивентрикулярно имеются множественные участки округлой и линейной формы с нечёткими контурами, дающие умеренно однородно повышенный сигнал на Т2 и изоинтенсивный либо слабо гипоинтенсивный на Т1 сканах, размером от 0,2 до 7,8 мм; некоторые из них сливаются между собой. На диффузионно взвешенных изображениях участков с ограничением диффузии не обнаружено. Субарахноидальное пространство и цистерны равномерно незначительно расширены; без локальных расширений. Сигнал от их содержимого однородный, как от обычного ликвора. Крупные сосуды без видимой грубой патологии. Гипофиз расположен полностью интраселлярно, строение его передней доли неоднородное, больше в левой половине. В левой гайморовой пазухе по нижней стенке имеются кисты с неоднородным содержимым до 15 мм диаметром, свободной жидкости нет. В полости орбит дополнительных образований не выявлено. Справа имеется отёк наружной прямой мышцы, слёзной железы наружного угла глаза, прилежащей к ним клетчатки, наружной части обоих век. Заключение: МРТ – признаки дегенеративных изменений в головном мозге, отёка структур наружной части правой орбиты (более всего наружной прямой мышцы); кист в левой гайморовой пазухе. Данных за объёмный процесс, демиелинизирующее заболевание, участок «свежего» отёка, сосудистую аневризму не получено. Судить о наличии признаков тромбоза кавернозного синуса по имеющимся данным нельзя.

С целью верификации диагноза пациенту выполнено МСКТ-исследование головного мозга и лицевого отдела черепа с внутривенным контрастированием сосудов головного мозга в артериальную и венозную фазу. Серое и белое вещество головного мозга достаточно четко дифференцируются. Срединные структуры не смешены. Желудочки мозга не расширены, форма их не изменена. Справа в сравнении с противоположной стороной наблюдается утолщение латеральной прямой глазодвигательной мышцы до 9мм, слева она толщиной около 3мм. Умеренное смещение правого глазного яблока кпереди задний край на расстоянии около 3 мм от бitemporальной линии, (левый до 7мм). Видимых дополнительных образований в ретробульбарной клетчатке справа не определяется. Справа расширена глазная вена до 5мм (слева 2,5–3мм), при внутривенном контрастировании в артериальную фазу в задних отделах просвета вены отмечается наличие концентрированного контрастного препарата, к нижнему контуру вены тесно прилежит без четкого отграничения тонкая веточка глазничной артерии. В венозную фазу кавернозный синус без явного наличия дефектов контрастирования. Заключение:

МСКТ – картина может соответствовать А–В фистуле между ветвью правой глазной артерии и верхней глазной веной.

Лабораторные исследования пациента (общий анализ крови, общий анализ мочи, тесты для определения функции щитовидной железы, биохимический анализ крови) находились в пределах нормы. При анализе гемостазиограммы обнаружено низкое МНО (международное нормализованное отношение) 1,78 (норма 0,85 – 1,3) с учетом приема варфарина 2,5мг в 17.00 по 2 таблетки. МНО позволяет осуществлять мониторинг свертывающей системы крови у пациентов, которым назначен антикоагулянт варфарин. Для каждого пациента определяется диапазон нормальных значений (как правило, это 2–3), которые в отсутствие приема препарата бывают более низкими.

Решено выполнить селективную каротидную ангиографию с исследованием венозной фазы. Заключение: данных за наличие А–В фистулы между a.ophtalmica et v.ophtalmica superior не выявлено. На каротидной ангиограмме в венозную фазу определяется стаз контраста в верхней глазничной вене справа, что свидетельствует о нарушении оттока по венам, возможно тромботическом поражении ка-вернозного синуса.



Учитывая клинику, данные селективной ангиографии, показатели МНО на фоне приема варфарина выставлен диагноз: Тромбоз верхней глазничной вены справа. Пациенту назначено лечение: в правый глаз гентадекс по 2 капли 4 раза в день, диклофенак по 2 капли 3 раза в день, мазь гидрокортизоновая глазная 4 раза, внутривенно капельно метронидазол 0,5% 100мл 2 раза в день, дексаметазон по схеме, внутримышечно цефтриаксон 1,0 х 2 раза в день, бисопролол 2.5мг 1 таблетка утро, лизиноприл 10мг 2 раза в день, молсидомин 2,5 мг 1 раз в день, варфарин 2.5 мг 2 раза в день под контролем МНО.

На момент выписки из стационара: острота центрального зрения 0,9. Сохраняется легкий экзофталм, незначительная гиперемия конъюнктивы век и глазного яблока, хемоза нет, подвижность глаза в полном объеме, роговица прозрачная, передняя камера средней глубины, радужная оболочка без изменений, зрачок узкий, помутнение кортикальных слоёв хрусталика. ДЗН бледно-розовый, границы чёткие, артерии сужены, вены полнокровны, извиты.

Выводы. При наличии у пациента резко возникшего экзофталма, офтальмоплегии, хемоза необходимо проводить дифференциальную диагностику между тромбозом верхней глазничной вены, кавернозного синуса, флегмоной и новообразованиями орбиты, спонтанной каротидно-кавернозной fistулой. Важную роль в верификации тромбоза верхней глазничной вены отводится селективной каротидной ангиографии с исследованием венозной фазы. Необходимо назначение оральных антикоагулянтов (варфарин) на срок не менее 3 месяцев с регулярным измерением МНО и его контролем на уровне 2,5 – 3, чтобы предотвратить распространение тромба в кавернозный синус.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сидоренко, Н. Н. Диагностика и лечение тромбоза вен глазницы / Н.Н. Сидоренко, А.Г. Тарабенко, Н.А. Сидоренко//Ринология. – 2010. – №3. – С. 28-34.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФТОРОПЛАСТА-4 ПРИ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЯХ НА СЕЛЕЗЕНКЕ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Кудло В. В., Прокопчик Н. И., Селятыцкий В. Ю.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Актуальность. В последние годы отмечается неуклонный рост уровня травматизма во многих развитых странах [1]. Травмы селезенки при повреждении брюшной полости встречаются в 16-53% случаев [2, 3] и сопровождаются развитием грозных осложнений, вплоть до внутреннего кровотечения и геморрагического шока. Существенную роль в уровне смертности при этом играют степень повреждения самой селезенки, объем и интенсивность кровопотери, длительности шока, время начала интенсивной терапии и хирургического лечения, наличие и тяжесть сочетанных повреждений. Основополагающим направлением оказания экстренной хирургической помощи при травме паренхиматозных органов, в том числе и селезенки, является выполнение малотравматичных и органосохранных оперативных вмешательств. Для этого необходимо применять критерии, установленные для каждого из типов повреждений. Для количественной оценки степени повреждения у пациентов с разрывами селезенки был предложен ряд систем классификации. Одной из наиболее известных является созданная Американской ассоциацией хирургов-травматологов (AAST) [4].