

черно-белой гамме для обеспечения лучшего контраста. Применялось сканирование в режиме Chorioretinal с целью получения максимального усиления сигнала в зоне под ПЭ. Для вертикального скана проводилось измерение в семи точках: центральная точка (середина фовеа) и по три точки в направлении выше и ниже ее с интервалом 1000 микрон (т. е. в зоне до 3 мм от фовеа в горизонтальном и вертикальном направлениях). Для горизонтального скана измерения также проводились в семи точках: под центром фовеа и по три точки с интервалом 1000 микрон назально и темпорально.

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования было отмечено уменьшение толщины хориоидеи с утяжелением стадии глаукомного процесса. Так при выполнении ОКТ в 21 глазу с поражением глаукомой, соответствующим первой стадии, средняя ТХ составила 277 мкм, со второй (17 глаз) – 248 мкм, с третьей (14 глаз) – 239 мкм, с четвертой стадией (6 глаз) – 203 мкм. В двух глазах ТХ определить не удалось в связи с непрозрачностью оптических сред.

Выводы. В результате проведенного исследования выявлено, что у пациентов с первичной открытоугольной глаукомой средняя толщина фовеолярной хориоидеи уменьшается с прогрессированием течения заболевания. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о необходимости дальнейшего изучения роли хориоидеи в развитии глаукомной нейрооптикопатии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Курышева, Н. И. Глазная гемоперфузия и глаукома / Н. И. Курышева. – М. : Гринлайт, 2014. – 128 с.

ПОВРЕЖДЕНИЕ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ КАК ВЕДУЩЕЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ

Роуба А. П., Гецолд О. И., Пригодич А. В.

Гродненский государственный медицинский университет

Научный руководитель: канд. мед. наук, ст. препод. Ославский А. И.

Актуальность. Травмы органов брюшной полости – третья по распространённости причина смерти вследствие полученных травм [1, 2]. Одними из частых осложнений травм живота являются повреждения паренхиматозных органов брюшной полости (печени, селезенки) и забрюшинного пространства (поджелудочная железа, почки). Практически всегда подобные травмы являются показаниями к экстренным операциям. Факт наличия сочетанного повреждения значительно увеличивает риски для

пациента во время оперативного вмешательства и в послеоперационном периоде [1, 3].

Цель. Провести обзор потока пациентов УЗ «Больница скорой медицинской помощи» г. Гродно с травмами паренхиматозных органов брюшной полости как ведущего повреждения за период с 2018 г. по 2022 г. Оценить летальность и риски для пациентов при подобных травмах, проанализировать возможные осложнения.

Методы исследования. Проведено ретроспективное исследование историй болезни пациентов, из которых было 14 – мужчин, 8 – женщин с травмами паренхиматозных органов брюшной полости, поступивших в УЗ «Больница скорой медицинской помощи» г. Гродно в период с 2018 г. по 2022 г. с диагнозом «сочетанная травма». Статистический анализ полученных данных проводился с помощью программного обеспечения Statistica 10.

Результаты и их обсуждение. У 14 пациентов были травмы селезенки, у 6 – печени, у 2-х одновременные травмы и печени, и селезенки. Из 24 пациентов выписано – 22, 2 пациента скончались (летальность составила 8,3%). В ряде случаев данные пациенты доставлялись для лечения в отделение политравмы и имели сочетанные повреждения.

Травмы паренхиматозных органов сопровождались повреждениями со стороны других систем: переломы в различных отделах (33,3%), черепно-мозговые травмы (20,8%), разрывы полых органов (12,5%), ушибы органов грудной клетки (8,3%). В большинстве случаев пациенты имели ряд сопутствующих заболеваний, среди которых: артериальная гипертензия разной степени (29,1%), ИБС (20,8%), алкогольная интоксикация (16,6%), эритрема, гастродуоденопатия (12,5%), рефлюкс-эзофагит (12,5%), атеросклероз аорты и коронарных сосудов (12,5%), наджелудочковая экстрасистолия (8,3%), сахарный диабет 2-го типа (4,2%), хронический вирусный гепатит С (4,2%).

Также в ряде случаев встречались осложнения основного заболевания: острая сердечно-легочная недостаточность (16,6%), травматический шок (12,5%), постгеморрагическая анемия (16,6%), диссеминированное внутрисосудистое свертывание (ДВС-синдром) (4,2%), разлитой серозно-фибринозный перитонит (4,2%), в 54,2% травмы были осложнены распространенным гемоперитонеумом.

Выводы. Тактика лечения пациентов с травмами паренхиматозных органов во многом обусловлена повреждениями со стороны других систем и тяжестью сопутствующих заболеваний, а не только степенью выраженности ведущего повреждения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Closed abdominal trauma. Liver injuries. Part 1 / A. N. Smolyar, N. V. Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care (director – corresponding-member of RAS, prof. M. Sh. Khubutiya), Department of Health, Moscow.

2. Chalyk, R. Yu. Clinical rationale for the choice of surgical technique for liver damage. Abstract of the dissertation for the academic degree of candidate of medical sciences. Saratov, 2009. –21 p.

3. Абдоминальная травма. Руководство для врачей/ под ред. А. С. Ермолова, М. Ш. Хубутия, М. М. Абакумова. – М. : Видар-М, 2010. – 504 с.

ВИЗУАЛИЗАЦИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА КАК ЭТАП ДИАГНОСТИЧЕСКОГО АЛГОРИТМА У ПАЦИЕНТОВ С АНЕВРИЗМАТИЧЕСКОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Рунге А. Е., Дайнович В. А.

Гродненский государственный медицинский университет

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Василевский В. П.

Актуальность. Аневризма брюшной аорты (далее АБА) является наиболее частой локализацией аневризм сердечно-сосудистой системы: на ее долю приходится около 80% [1]. Инструментальная диагностика служит для верификации диагноза и получения всей необходимой информации об имеющейся патологии аорты и ее ветвей.

Цель. Оптимизировать диагностический алгоритм и повысить эффективность хирургической лечебной тактики при плановых и экстренных классических операциях у пациентов с АБА.

Методы исследования. Проведено исследование результатов диагностики 30 стационарных пациентов с аневризматической трансформацией брюшной аорты, которые были оперированы в отделении ангиохирургии УЗ «Гродненская университетская клиника». Абсолютное число пациентов (100%) – мужчины, в возрасте от 56 до 77 лет.

Результаты и их обсуждение. Для визуализации патологического процесса, а также для определения тактики лечения пациентов с АБА во всех клинических случаях было выполнено УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства и КТ или КТ-ангиография аорты и артерий нижних конечностей. Дооперационное обследование в том числе направлено на выявление аневризмы подвздошных артерий, окклюзирующих заболеваний подвздошных или почечных артерий, а также наличие сосудистых аномалий.

Так, по классификации А. В. Покровского (1979 г.), у 15 пациентов (50%) наблюдался 2 тип АБА (инфраренальный отдел без вовлечения бифуркации), у других 15 (50%) – 3 тип (аневризма инфраренального сегмента с вовлечением бифуркации аорты и подвздошных артерий). Острая артериальная