

селективная трабекулопластика. Эффективность СЛТ оценивалась через 14 и 30 дней после ее выполнения.

Результаты и их обсуждение. У 9 пациентов 1 группы уровень ВГД составил 17–18 мм рт.ст., и они переведены на гипотензивный режим аналогом простагландинов, у остальных пациентов гипотензивный режим остался неизменным. Через 30 дней после селективной трабекулопластики уровень ВГД находился в пределах $\pm 1,0$ –2,0 мм рт.ст. Во 2 группе ВГД было в пределах 18–19 мм рт.ст. и гипотензивный режим простагландином был сохранен. Уровень давления после лазерной трабекулопластики через 30 дней находился в пределах $\pm 1,0$ мм рт.ст. Гипотензивный режим в данной группе был сохранен. Уровень ВГД через 30 дней после СЛТ находился в пределах $\pm 1,0$ мм рт.ст. В 3 группе ВГД находилось на уровне 19–20 мм рт.ст. на фоне сохранения медикаментозного лечения.

Выводы. 1. СЛТ является безопасным и эффективным методом лазерного лечения глаукомы

2. СЛТ не отменяет гипотензивный режим.

3. СЛТ обладает гипотензивным эффектом и может быть применена как дополнительный метод в стабилизации зрительных функций при первичной открытоугольной глаукоме.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев, И.Б. Селективная лазерная трабекулопластика в лечении открытоугольной глаукомы. 10–летний опыт применения/ И.Б. Алексеев, И.И Штейне, // Российский офтальмол. журн. – 2012. – Т. 5, № 4. – С. 98–106.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ТОНКОЙ КИШКИ

Иоскевич Н.Н.¹, Жук С.А.¹, Антоненко С.П.¹, Кучук В.Н.¹, Скерсь А.С.²

Гродненский государственный медицинский университет¹

Гродненская университетская клиника²

Актуальность. Нерешенной проблемой хирургии является лечение острой артериальной недостаточности тонкой кишки вследствие тромбоэмболической окклюзии верхней брыжеечной артерии (ВБА) [1, 2].

Цель. Целью исследования явилась разработка тактики хирургического лечения острой артериальной недостаточности тонкой кишки обусловленной нарушения кровотока по верхней брыжеечной артерии.

Методы исследования. Изучены результаты лечения 5 пациентов с острой артериальной недостаточностью тонкой кишки вследствие острой тромбоэмболической окклюзии ВБА госпитализированных в УЗ «Гродненская университетская клиника» в 2024 году. Мужчин было 3 человека, женщин – 2 в возрасте 70 - 80 лет. Поступили в стационар через 1 час от появления первых признаков развития острой ишемии тонкой кишки – 1 пациент, через 9

часов – 2 пациента, спустя 12 часов – 2 пациента. Инструментальное обследование пациентов включало выполнение ультразвукового исследования брюшной полости (5 пациентов), компьютерной ангиографии (3 пациента), рентгенконтрастной ангиографии (3 пациента), лапароскопии (2 пациента).

Результаты и их обсуждение. В основу хирургической тактики лечения пациентов с подозрением на развитие острой артериальной недостаточности тонкой кишки был положен принцип максимально быстрого определения проходимости ВБА. По данным КТ- и рентгенконтрастной ангиографии у 3 человек имелась тромбэмболическая окклюзия первого сегмента ВБА, у 1 – второго, у 1 – тотальная. В 1 наблюдении рентгенконтрастная ангиография сочеталась в попыткой выполнения тромбэмболэкстракции. Однако она оказалась не эффективной, что потребовало выполнения открытой тромбэмболэктомии из ВБА. У 1 пациента с тотальной окклюзией ВБА поступившему с разлитым перитонитом была выполнена лапароскопия, установившая наличие некроза всей тонкой кишки, слепой и восходящей ободочной кишки. Остальным пациентам производилась лапаротомия с ревизией органов брюшной полости. При отсутствии некроза тонкой кишки предпринималась попытка восстановления кровотока по ВБА посредством открытой тромбэмболэктомии из верхней срединной лапаротомии. Через 20 мин после пуска кровотока определяли границу жизнеспособности тонкой кишки. Отступая от нее на 20 см в проксимальном направлении выполняли резекцию кишки с наложением межкишечного анастомоза.

Выводы. 1. Лечение острой артериальной недостаточности тонкой кишки требует экстренной визуализации уровня тромбэмболической окклюзии ВБА.

2. Наиболее эффективным методом восстановления кровотока по ВБА является открытая тромбэмболэктомия из нее.

3. Перенесшая ишемию тонкая кишка резецируется, исходя из уровня границы нежизнеспособных тканей, отступая от нее в проксимальном направлении не менее 20 см.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гафарова, А.Р. Острая мезентериальная ишемия: этиология и современные методы ранней диагностики / А.Р. Гафарова, Ш.В. Тимербулатов // Медицинский вестник Башкортостана. – 2022. – Т.17, № 1. – С. 58- 65.

2. Резниченко, А. М. Острое нарушение мезентериального кровообращения: нерешенные вопросы в диагностике и лечении / А.М. Резниченко, В.Ю. Михайличенко, А.А. Бутырский // Таврический медицинский журнал. - 2022. – Т. 25, № 2. – С. 198 – 204.