

выходного тракта ЛЖ, где преобладают высокие скорости потока. Скорость потока, влияющая на интенсивность шума, увеличивается при гиперкинетическом варианте сократительной функции ЛЖ, характеризующемся наиболее достоверным параметром – КСР ЛЖ. Тембр звучания шума зависит от морфологических характеристик, среди которых наиболее значимым критерием оказалась длина самой хорды.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЛАЗНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Завадский П. Ч.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра оториноларингологии, офтальмологии и стоматологии
Научный руководитель - к.м.н., доцент С. Н. Ильина

В настоящее время отмечается значительный рост количества людей трудоспособного возраста с нарушениями кровообращения в сосудах сетчатки и сосудах, питающих зрительный нерв. Атеросклероз в 70-85% является сопутствующей патологией у больных с нарушением кровообращения в сосудах глаза, среди последних 40% становятся инвалидами [1,2]. Глазной ишемический синдром (ГИС) – это устойчивая совокупность симптомов ишемического поражения оболочек глазного яблока, сосудов глаза, каротидных артерий единого генеза. Установлено, что глазная симптоматика при выраженном стенозе сонных артерий у 80% больных предшествует развитию острых и хронических нарушений мозгового кровообращения [1,2].

Цель работы: изучить эффективность каротидной эндартерэктомии (ККЭ) в хирургии окклюзионно-стенотических поражений внутренней сонной артерии (ВСА) у больных с ГИС.

Под нашим наблюдением находилось 6 больных с ГИС, перенесших ККЭ. Все пациенты – мужчины в возрасте от 65 до 69 лет (средний возраст 67,6 года). В анамнезе у 4 больных отмечались

симптомы острого типа течения (ОТТ) ГИС: преходящая монокулярная слепота (amaurosis fugax) (n=1) и острая ишемическая нейрооптикопатия (n=3). У 2 пациентов выявлены симптомы первично-хронического типа течения (ПХТ) ГИС: хроническая ишемическая нейрооптикопатия (n=1) и хроническая ишемическая ретинопатия (n=1). Следует отметить, что у 2 обследуемых в анамнезе были эпизоды ТИА.

Комплексная диагностика окклюзионно-стенозных поражений ОСА и ВСА включала: исследование неврологического статуса, ЭЭГ, УЗИ сосудов шеи, ангиографию. Диагностика ишемических поражений органа зрения включала: визометрию, периметрию, тонометрию, биомикроскопию, офтальмоскопию.

Предоперационная подготовка включала назначение ноотропных препаратов (пирацетам), дезагрегантов (дипиридамола), средств, улучшающих микроциркуляцию (трентала, реополиглюкина). При ОТТ ГИС применялись препараты, улучшающие основную и коллатеральную кровотоки (папаверин, эуфиллин), а также реологические свойства крови (никотиновая кислота, ксантинола никотинат). При ПХТ ГИС назначались препараты для улучшения микроциркуляции, транскапиллярного обмена (кавинтон, танакан) и коррекции метаболизма в ишемизированных тканях и стенке повреждённых артерий (аевит, аскорутин). Курс лечения составлял 7-10 дней.

Всем больным проводился дооперационный тест состоятельности коллатерального кровообращения головного мозга (проба Матасса) на стороне предполагаемого вмешательства для решения вопроса о необходимости применения внутрипросветного временного шунта. С целью интраоперационной антигипоксической церебропротекции использовался метод управляемой артериальной гипертензии.

Средняя продолжительность операции составила $66 \pm 4,6$ мин, среднее время пережатия сонной артерии - $26 \pm 2,4$ мин.

Интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений не отмечалось. В отдалённом послеоперационном периоде у пациентов с

ГИС констатировано улучшение зрительных функций в поражённом глазу. Установлено достоверное увеличение остроты зрения после операции на стороне поражения у пациентов с ОТТ с 0,27 до 0,46. У оперированных с ПХТ ГИС положительной динамики остроты зрения не отмечалось.

Расширение периферических границ полей зрения на 10° и более выявлено в 3 случаях у пациентов с ОТТ ГИС и не отмечалось у пациентов с ПХТ ГИС. Также отмечено исчезновение абсолютных скотом у 1/2 больных с ОТТ ГИС.

1) КЭ является эффективным методом хирургического лечения атеросклеротических окклюзионно-стенотических поражений внутренних сонных артерий у больных с ОТТ ГИС.

2) Все пациенты с ГИС нуждаются в рациональной дифференцированной консервативной терапии.

Литература:

1. Киселева Т. Н., Тарасова Л. Н., Фокин А. А., Богданов А. Г./ Отдаленные результаты хирургической коррекции глазного ишемического синдрома// Журн. Вестн. Офтальм. – 2003 – №4 – с. 22-24

1. Киселева Т. Н., Тарасова Л. Н., Фокин Ал. Ан./Значение операций на сонных артериях для коррекции глазного ишемического синдрома.//Журн. Ангиол. и сосуд. хир. – 2001 – Т. 7, №3 – с. 15-21.

КАРОТИДНАЯ ЭНДАРТЕРАЭКТОМИЯ В ХИРУРГИИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ

Завадский П. Ч., Довнар А.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №1

Научный руководитель – д.м.н., профессор Н.Н.Иоскевич

В настоящее время в высокоразвитых странах в 50-78% случаев