

Необходимо отметить, что при висцероптозе элементы печеночно-двенадцатиперстной связки располагаются более плотно друг к другу, что создает возможность их повреждения и это должно учитываться хирургами во время операции.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ИШЕМИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА И СЕТЧАТКИ

Завадский П. Ч. (врач-стажёр, отд. МХГ ГОКБ)

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Ильина С. Н., к.м.н., доцент

Иоскевич Н. Н., д. м. н., профессор

Ишемические заболевания глаза полиэтиологичны, имеют различный патогенез и многоликую клиническую картину. Риск их развития обусловлен анатомическими особенностями микроциркуляторного русла.

Острая ишемия заднего отрезка глаза является следствием стенозов сонной и глазничной артерий, диабетической или гипертонической ангиоретинопатии, дегенеративных изменений сетчатки, травм, побочного действия некоторых лекарственных препаратов и других причин. Она проявляется в виде нарушения кровообращения в ЦАС и ее ветвях, передней и задней ишемической нейрооптикопатии и является острой формой течения глазного ишемического синдрома (ГИС). Учитывая то, что окклюзионно-стенозические поражения являются основной причиной нарушения кровообращения в сонных артериях и сосудах глаза, каротидная эндартерэктомия является патогенетически обоснованной операцией.

Цель работы: изучить эффективность каротидной эндартерэктомии (КЭ) в хирургии окклюзионно-стенозических поражений внутренней сонной артерии (ВСА) у больных с острыми ишемическими состояниями глаза.

Под нашим наблюдением находилось 11 (11 глаз) больных с острым типом течения ГИС, перенесших КЭ. Из них 10 мужчин и 1 женщина. В анамнезе у больных отмечались симптомы преходящей монокулярной слепоты (amaurosis fugax) (n=1), окклюзии центральной артерии сетчатки (n=3) и острой ишемической нейрооптикопатии (n=7). Следует отметить, что у 6 обследуемых в анамнезе были эпизоды транзиторной ишемической атаки, у 3 – малые инфаркты головного мозга.

Комплексная диагностика окклюзионно-стенозических поражений ОСА и ВСА включала исследование неврологического статуса, ЭЭГ, УЗИ сосудов шеи, ангиографию. Диагностика ишемических поражений органа зрения включала визометрию (аппарат Pota), биомикроскопию (Kowa, Япония), офтальмоскопию (Heine Beta 200S, Германия), периметрию (Perimat, Япония) и тонометрию по Маклакову.

Предоперационная подготовка включала назначение ноотропных препаратов (пирацетам), дезагрегантов (дипиридамол), средств, улучшающих микроциркуляцию (трентал, реополиглюкин). Также применялись но-шпа, папаверин, эуфилин, галидор, никотиновая кислота, ксантинола никотинат, гепарин (внутримышечно и парабульбарно).

Средняя продолжительность операции составила $58,2 \pm 6,6$ мин., среднее время пережатия сонной артерии - $23 \pm 2,2$ 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 ОТГ с $0,16 \pm 0,08$ до $0,35 \pm 0,09$.

Расширение периферических границ полей зрения на 10^0 и более выявлено в 7 случаях, исчезновение абсолютных скотом у 5 пациентов.

Выводы: 1) Учитывая, что наиболее частой причиной нарушения зрительных функций у пациентов с ишемическими состояниями зрительного нерва и сетчатки является патология экстракраниального сегмента сонных артерий, КЭ является патогенетически обоснованной операцией. 2) Проведение КЭ обеспечивает улучшение зрительных функций и предупреждает развитие инфаркта головного мозга.

РАНЕНИЯ ВЕК. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ.

Завадский П. Ч. (врач-стажёр, отд. МХГ ГОКБ),*

Матвеев Е. А. (5 курс, ЛПФ)

Ильина С. Н., к.м.н., доцент

**Гродненская областная клиническая больница*

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

В настоящее время врачам-офтальмологам нередко приходится сталкиваться с глазным травматизмом. Благодаря значительным достижениям современной медицинской науки вообще и офтальмологии в частности, показатель инвалидности в результате травмы органа зрения существенно снизился, однако ещё нередки случаи тяжёлого исхода.

Травмы век – основная патология, требующая восстановительной хирургии [2]. При кажущейся простоте хирургического вмешательства, существует много скрытых проблем, ведущих к нарушению функций органа зрения, возможному развитию целого ряда осложнений, которые должен учитывать хирург [1, 3].

Разработка методик хирургического вмешательства на веках, способных достигать длительного результата и сводящих вероятность развития осложнений к минимуму, является актуальной проблемой современной офтальмологии [2].

Цель работы: проанализировать результаты хирургического лечения ранений век у пациентов, находившихся на лечении в отделении микрохирургии глаза УОЗ “ГОКБ” в 2007 году.

Под нашим наблюдением находился 41 пациент (45 глаз) с ранениями век, на стационарном лечении, и 127 больных (136 глаз) получивших хирургическую помощь амбулаторно. Среди 168 пациентов, 132 – лиц мужского пола (78,6%) и 36 (21,4%) – женского. Дети в возрасте от 1 года до 17 лет составляли 11,3% (19 больных). Средний возраст пациентов составил $34,9 \pm 5,7$ года.

По механизму повреждения раны век были: 1) ушибленные (81%); 2) резаные (11,3%); 3) рубленые (1,2%); 4) колотые (4,8%); 5) укушенные (0,5%), огнестрельные (1,2%). По клиническим проявлениям раны век делились следующим образом: 1) линейные (57,1%); 2) звездчатые (7,7%); 3) лоскутные (17,9%); 4) скальпированные (11,9%); 5) с истинным изъёмом тканей (5,4%). В 11,3% ранения век сочетались с проникающим ранением глазного яблока, которое требовало проведения оптико-реконструктивной операции для восстановления целостности оболочек глаза.

Хирургическая обработка ран век проводилась дифференцировано и зависела от наличия сопутствующей патологии и морфологии раны.

При ранах века с повреждением свободного края сперва накладывался шов на межреберный край века в месте его разрыва, а на остальную часть раны накладывались наложения "двухэтажные" швы (наружные кожно-мышечные и внутренние тарзо-конъюнктивальные).