

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) звёздчатые (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).

Хирургическая обработка сквозных ран века с повреждением нижнего слезного канальца начиналась с определения места нахождения отверстия, принадлежащего медиальному отрезку разорванного слезного канальца, что осложнено в условиях уже развившегося отека поврежденных тканей века. Эту задачу мы решали путем введения через верхнюю слезную точку специального штопорообразного зонда. С помощью металлического "Г"-образной формы зонда, введенного через нижнюю слезную точку, соединялись концы и сшивались стенки разорванного слезного канальца.

Частота послеоперационных осложнений в целом составила 11,3%: гипостезия (3%), птоз (1,2%), лагофтальм (1,2%), эверсия нижней слезной точки (0,6%), эктропион (2,4%), энтропион (2,4%), что соответствует усредненным литературным данным.

Выводы: дифференцированный подход в хирургическом лечении ранений века, включающий профилактику осложнений, является решением проблемы медико-социальной реабилитации пациентов с косметическими дефектами в области глазницы и способствует возвращению их к активной жизненной позиции.

## **ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ РЕВИЗИЯ ФИЛЬТРАЦИОННОЙ ПОДУШКИ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ**

*Завадский П. Ч. \*, Матвеев Е. А.*

*Ильина С. Н., к.м.н., доцент, Солодовникова Н. Г., ассист. кафедры*

*\*Гродненская областная клиническая больница*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

Синустрабекулектomia, предложенная более трёх десятилетий назад, до настоящего времени остаётся самой часто выполняемой антиглаукоматозной операцией как в мире, так и в Республике Беларусь.

Эффективность и длительность гипотензивного эффекта синустрабекулектомии напрямую зависит от процесса формирования фильтрационной подушки (ФП), нарушение которого связано с обструкцией внутренней фистулы, кистой тенной капсулы и, зачастую, субконъюнктивальным фиброзом. Решение проблемы активного формирования ФП после операций фистулизирующего типа является актуальным вопросом современной офтальмохирургии.

Цель работы: проанализировать результаты ревизии ФП у пациентов с первичной открытоугольной глаукомой (ПОУГ) после проникающей синустрабекулектомии с базальной иридэктомией, находившихся на лечении в МХГ УОЗ "ГОКБ".

Под нашим наблюдением находилось 9 больных (9 глаз) из отделения МХГ УОЗ "ГОКБ" с ПОУГ, у которых после выполненной антиглаукоматозной операции появились признаки несостоятельности фистулы. К последним мы относили плоскую, инъецированную ФП и крупные канатовидные сосуды на ней.

Среди больных было 5 мужчин (55,6%) и 4 (44,4%) женщины. Средний возраст составил  $52,3 \pm 4,5$  года.

Все пациенты были разделены на 2 группы: 1) контрольная (n=4) (проводился пальцевой массаж прооперированного глаза); 2) опытная (n=5), проводилась ревизия ФП в связи с наличием мелкой передней камеры, неуверенности в адаптации краёв конъюнктивальной раны.

Диагностика включала визометрию (аппарат Рота), биомикроскопию (Kowa, Япония), офтальмоскопию (Heine Beta 200S, Германия), периметрию, гониоскопию, тонометрию, эластотометрию и эластотонографию.