

Так, на 30-й мин ишемии уровень ДК в плазме повысился на 108,4% ($p < 0,05$) по отношению к исходному и продолжал расти на протяжении реперфузионного периода, превышая исходное содержание на 30-й и 120-й мин реперфузии на 141,1% ($p < 0,05$) и 235,5% ($p < 0,05$), соответственно. Важно отметить, что у кроликов 2-й группы в реперфузионном периоде уровни ДК были существенно выше, чем на соответствующем промежутке времени у ложноперирированных животных (1-я группа). Ингибирование активности купферовских клеток на фоне ишемии-реперфузии печени приводило к уменьшению содержания ДК в крови в реперфузионном периоде. Так, уровень ДК был выше исходного в смешанной венозной крови только на 30-й мин ишемии, тогда как в постишемическом периоде изучаемый показатель активности ПОЛ не отличался от исходного и от значения этого показателя в группе ложноперирированных животных.

Таким образом, ингибирование активности купферовских клеток с помощью хлорида гадолиниума существенно уменьшает содержание ДК в крови у кроликов при ишемии-реперфузии печени.

АТРЕЗИЯ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА И ЕГО ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ (ВРОЖДЁННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ НАРУЖНОГО И СРЕДНЕГО УША И ИХ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ)

Хоров Г.О., Глуткин А. В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Научный руководитель – д.м.н., проф. Хоров О.Г.

Атрезия наружного слухового прохода – это врождённая аномалия, характеризующая отсутствием наружного слухового прохода. Атрезия (заращения) наружного слухового прохода часто сочетается с недоразвитием ушной раковины (микротией) или полным её отсутствием (анотией). Проблема является актуальной в нашей стране. Патология по встречаемости не частая (по данным литературы 1-2 случая на 10000), но требующая высококвалифицированной помощи.

Цель: клиническое изучение патологии и оценка результатов его лечения.

Материал и метод. В клинику Гродненского государственного медицинского университета были оперированы два человека. Ребёнок – 11 лет, второй взрослый - 19 лет. Поступили в клинику с диагнозом: микротия справа. Атрезия правого наружного слухового прохода.

Диагноз основывался на жалобах больных, на данных общепринятого клинического осмотра, отоскопии, тональной пороговой аудиометрии, акустической импедансометрии, компьютерной томографии (КТ) височной кости.

Остроту слуха определяли по разборчивости восприятия разговорной и шепотной речи, а также при тональной пороговой аудиометрии. Степень тугоухости была тяжелой и соответствовала аномалии развития наружного уха.

Методика оперирования: каналотимпаноластика. Под наркозом был выполнен заушной разрез мягких тканей позади рудимента ушной раковины. Обнаружена поверхность сосцевидного отростка. Фрезерованием вскрыта барабанная полость. Установлено, что наковальня и молоточек представлены в виде единого конгломерата, не связанного со стремечком. Стремечко подвижно. Взята фасция височной мышцы. На выступ канала лицевого нерва и головку стремени помещена аллохрящевая пластинка, сверху фасция височной мышцы, свободными кожными лоскутами выстлан наружный слуховой проход. Кожными швами сформирован *cutis conchaе*. Тампонада наружного слухового прохода турундами типа «кукла», швы на заушную рану. Асептическая

повязка. После хирургической коррекции слух улучшился в два раза (костно-воздушный интервал сократился с 60 Дб до 30 Дб после операции). Наружный слуховой проход сформирован, определяется неотимпанальный лоскут. Оперативное вмешательство документировано фото- и видеосъемкой. Нами подготовлена видеодемонстрация операции.

Выводы:

1. Чем более была выражена аномалия развития наружного уха, тем выше степень тугоухости.
2. Эффективность слухулучшающей операции зависит от исходных порогов воздушного звукопроведения, отсутствия сенсоневрального компонента поражения слуха у больного, а также от показателей КТ височных костей.
3. Хирургическая коррекция приводит к восстановлению наружного слухового прохода и улучшению слуха в два раза.

ВОПРОСЫ КЛИНИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ ГЛАЗНОГО ТРАВМАТИЗМА

Царук О.Ф.

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра оториноларингологии, офтальмологии и стоматологии
Научный руководитель – ассист. Солодовникова Н.Г.*

Повреждения органа зрения являются одним из наиболее тяжелых видов офтальмопатологии. Важным мероприятием в борьбе за сохранение зрения являются четко налаженная ургентная помощь при травмах глаз.

В Гродненской области улучшение работы в этом направлении в значительной мере связано с наличием отделения МХГ на 70 коек на базе УОЗ «ГОКБ», где оказание ургентной помощи производится круглосуточно.

Целью настоящей работы явилось изучение глазного травматизма по материалам отделения МХГ ГОКБ за 3 года (период 2004-2006 гг.).

Материал и методы. За период с 2004-2006гг. мы изучили истории болезни 646 пациентов с различными видами повреждения органа зрения.

Мужчин было 525 человек (81,3%), женщин – 121 человек (18,7%), детей – 127 человек (19,7%). Наибольшее число травм среди взрослого населения произошло в возрасте 18-60 лет – 449 человек (69,5%). Чаще травмы глаз случались весной – 28,2%, реже зимой – 18,4%. В первые 6 часов после травмы было госпитализировано 343 человека (53,1%), в первые сутки – 88 человек (13,6%), спустя 24 часа – 215 человек (33,3%).

Локализацией повреждения в 46,3% случаев явилась роговица, роговично-склеральная область – 5,2%, склера – 5,0%, придаточный аппарат глаза – 43,5%.

Самыми тяжелыми по последствиям повреждениями были проникающие ранения глазного яблока с наличием инородного тела в полости глаза.

По виду травм самый высокий процент составили бытовые травмы – 415 человек (64,2%), производственные – 99 человек (15,3%).

В состоянии алкогольного опьянения в стационар поступило 28 пациентов в возрасте от 21 до 56 лет с повреждениями различного характера (у 26 из них травма была бытовая).

Наиболее распространенным видом травмы явились контузии глаза – 33,4%, среди всех повреждений химические ожоги глазного яблока и придатков составили 12,4%.

В хирургическом лечении нуждалось 325 пациентов (50,3%), 12 пациентам была