

• При оценке гемодинамики по данным реоэнцефалографии в ранние сроки (10-12 день), пульсовое кровенаполнение сосудов головного мозга улучшилось у 19 пациентов (41,3%), при повторном исследовании РЭГ через 1-1,5 месяца положительные изменения отмечены у 31 больного (67,3%), у 16 человек (34,7%) – гемодинамические показатели без перемен.

Ухудшение функциональных гемодинамических показателей не выявлено.

Выводы: Результаты проведенного нами анализа позволяют рекомендовать включать милдронат в арсенал средств для проведения курсов лечения хронических заболеваний сетчатки и зрительного нерва.

ВЫБОР ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ АМАГНИТНЫХ ВНУТРИГЛАЗНЫХ ИНОРОДНЫХ ТЕЛАХ

Т.В. Якубовская, А.А. Дорофеева, О.В. Емец (Сумы)

Глазной травматизм остается одной из причин инвалидности по зрению. При поврежденных органах зрения особого внимания требует контингент больных с проникающим ранением глазного яблока и наличием внутриглазных инородных тел. Особую трудность в диагностике, тактике и исходах представляют повреждения с амагнитными внутриглазными инородными телами.

Проанализированы 11 случаев с амагнитными инородными телами.

Амагнитные тела металлические – 7 чел; неметаллические – (стекло, дерево) – 4 чел.

При поступлении острота зрения была:

- От светоощущения до 0,05 – 4 случая;
- От 0,06 до 0,2 – 4 случая;
- Выше 0,25 – 3 случая.

Лечение при внутриглазных амагнитных инородных телах проводилось с учетом степени поврежденности внутренних структур глаза, размеров инородного тела, реактивности материала.

Если внутриглазное амагнитное инородное тело является химическим инородным, реактивным, а размеры его не превышают 3-5 мм в большем измерении, можно предположить о минимальном влиянии на орган зрения. В наибольшей степени это относится к повреждениям стеклом.

В анализируемых 11 случаях одномоментная обработка входного отверстия с удалением внутриглазного тела проведена в 3-х случаях, а в остальных 8-ми только микрохирургическая обработка входного отверстия с назначением адекватной противовоспалительной терапии.

Трое больных направлены в последующем в НИИ в связи с внедрением металлического инородного тела в задние (зрительные) отделы сетчатки.

После предварительного лазер – отграничения сетчатки вокруг инородного тела 2 больным инородные тела удалены, а в 1 случае – только лазер – коагуляция (в связи с опасностью повреждения нейронных структур глаза при удалении инородного тела).

В одном случае с внутриглазным инородными телами в виде частиц дерева через 5 дней после травмы в связи с развитием эндофтальмита проведена хирургическая санация с введением в стекловидное тело контрикала с антибиотиками.

В 3 случаях повреждение стеклом в отдаленные сроки наличие внутриглазного тела для структур глаза является химически интактным, а развитие катаракты в 1 случае вызвано механическим повреждением стеклом хрусталика. Все пациенты с внутриглазными инородными телами находятся под диспансерным наблюдением.

Литературные данные и опыт работы областного глазного травмцентра позволяют сделать вывод, что при высоких зрительных функциях, ареактивности материала и небольших размерах амагнитных инородных тел их удаление будет большей травмой для органа, чем его нахождение в глазу или его оболочках

ДОСВІД ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГЛАУКОМИ З ОРГАНІЧНИМ БЛОКОМ КУТА ПЕРЕДНЬОЇ КАМЕРИ

Л.В. Грицай, О.О. Грицай, А.Г. Ломова, Мусхен Амер (Сумы)

Однією з найбільших форм глаукоми, яка в більшості випадків призводить до інвалідності, сліпоти та видалення очного яблука, являється первинна закритокутова глаукома та вторинні неоваскулярні, увеальна та післятравматична, для якої характерний органічний блок кута передньої камери. Мета нашої роботи – вивчити ефективність хірургічного патогенетичного втручання, направленою на мобілізацію основного шляху та створення шунта між водянистою вологою передньої камери та капілярним руслом циліарного тіла. Антиглаукомна операція поєднує в собі елементи субсклеральної сіноутрабекулоектомії, іридоциклоретрації та дилатації супракоріоїдального простору.

Нами було прооперовано 29 хворих (37очей) у віці 58-74 роки з декомпенсованою закритокутовою та вторинною глаукомою, 16 очей з неоваскулярною глаукомою, 7 – з післятравматичною глаукомою.

У хворих з первинною закритокутовою глаукомою спостерігалась стійка нормалізація внутрішньоочного тиску (ВОТ). В післяопераційному періоді хворих з неоваскулярною глаукомою відмічався регрес рубцевої радужки, зниження ВОТ до 2-24 сс Нг. В 3-х випадках (8.1%) відмічена поява після операційної гипотонії, яка самоліквідувала через 3-4 тижні. Взагалі, 4 5 випадках (13,5%) післяопераційний період супроводжувався появою гіфем,