

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА
МАГНОСТИЧЕСКИХ ТЕСТОВ ПРИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛАХ
ГЛАЗА И ОРБИТЫ

(по материалам областного глазного травмпункта)

Бнубовская Г.В., Грицай А.А., Стебловская Н.Д.
Кафедра хирургических болезней СумГУ

При травме органа зрения проведен анализ информативности рентгенографии (РГ), ультразвукового исследования (УЗИ), компьютерной томографии (КТ). Травмами органа зрения в 1996 году обратилось 208 человек. С помощью РГ, УЗИ и КТ инородные тела выявлены у 87 человек. Всем больным с подозрениями на наличие инородных тел в орбите и полости глаза выполнялась обзорная РГ. При выявлении инородных тел проводилась их РГ-локализация. РГ-контрастные инородные тела выявлены в 52 случаях (59,6%). Всем пациентам проведено хирургическое лечение.

В отделении микрохирургии глаза СОКБ в 1996 году произведено 428 операций по поводу травм, в 64 случаях (14,9%) операция сопровождалась удалением инородных тел из глаза, его придатков и орбиты.

В случаях ранения стеклом, деревом и прочими тупо РГ-контрастными травмирующими агентами проводилось УЗИ или КТ. С помощью УЗ-сканирования выявлено 7 внутриглазных и 4 ретробульбарных инородных тел.

В случаях орбитального расположения инородных тел информативнее была КТ, достоверно локализующая инородное тело по отношению к глазу и орбитальным структурам. С помощью КТ проведено уточнение локализации и характера инородных тел в 12 случаях.

Таким образом, при наличии РГ-контрастных инородных тел в 100% случаев РГ-исследование является достоверным. В случае затруднения РГ-локализации у детей, при обширных ранах роговицы и склеры, и

пр.) необходимо УЗ-локализация. При орбитальном и пограничном расположении инородных тел приоритетной является компьютерная томография.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ФОРМАМИ ПЕРИТОНИТА

Шевченко В.П., Борисенко А.И., Пустовой А.И.,
студент 3 курса Киселев Ю.В.

Кафедра хирургических болезней СумГУ

Нами проведен ретроспективный анализ 200 историй болезни больных, с распространенными формами перитонита, находившихся на лечении в хирургическом отделении СОКБ с 1989 по 1996 г. Возраст больных был от 17 до 83 лет. Мужчин - 123 (61,5%), женщин - 77 (38,5%). Причинами перитонита послужили: деструктивные формы аппендицита - 30, прободная язва - 49, острая кишечная непроходимость - 11, мезентериальный тромбоз - 7, острый панкреатит - 27, деструктивные формы ЖКБ - 12, травма брюшной полости - 21, пельвиоперитонит - 17, послеоперационный перитонит - 9, алокачественные опухоли - 11. У 44 (22%) обнаружен общий гнойный перитонит. При лабораторном исследовании у 99,8% больных определялся выраженный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, у 99,5% - токсические изменения в моче. При бактериологическом исследовании перитонеального экссудата у 57% определялись ассоциации микробных возбудителей. Основное место в комплексном лечении перитонита занимало раннее оперативное вмешательство. При распространенных формах перитонита использовалась интубация кишечника для декомпрессии и последующего внутрикишечного тюбажа. С целью повышения иммунологической реактивности переливалась гипериммунная и нативная плазма. У 9 больных использовалась гипербарическая оксигенация. Релапа-