

Выводы

1. Среди умерших от нетравматических внутричерепных гематом преобладали лица пожилого возраста (45,0 %) без существенного гендерного превалирования.
2. Наиболее частым проявлением нетравматического внутричерепного кровоизлияния были гемипарез или гемиплегия и тотальная афазия.
3. Характерными находками на вскрытии были диффузный отек головного мозга и внутримозговая гематома с прорывом в желудочки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Данилов, В. И. Внутричерепные нетравматические кровоизлияния: уч. пособие. Казанский государственный медицинский университет / В. И. Данилов, С. Н. Мартыненко, М. Ф. Исмагилов. — Казань, 2008. — 156 с.
2. Латышева, В. Я. Сосудистые заболевания головного мозга и их хирургическое лечение: уч. пособие / В. Я. Латышева, М. В. Олизарович, Е. А. Гуцева. — Гомель, 2004. — 146 с.
3. Скоромец, А. А. Нервные болезни: уч. пособие / А. А. Скоромец, А. П. Скоромец, Т. А. Скоромец. — М.: МЕДпресс-информ, 2005. — 544 с.

УДК 617.735-021.3-001.48-089.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ИДЕОПАТИЧЕСКИХ МАКУЛЯРНЫХ РАЗРЫВОВ

Степанова А. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Л. В. Дравица

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Макулярные разрывы (МР) — относительно редко встречающаяся патология, приблизительно 3,3 на 10 тыс. населения. Но у людей старше 60 лет этот показатель увеличивается в 10 раз [3]. Идиопатический макулярный разрыв (ИМР) является одной из причин снижения центрального зрения у лиц пожилого возраста [2]. Впервые макулярный разрыв описан Кнарр в 1869 г. В 1907 г. Coats выделил группу макулярных разрывов, развивающихся без видимых предрасполагающих условий, а только лишь вследствие «старческих ангиоспастических изменений кровообращения» и назвал их «сенильными» или «идиопатическими макулярными разрывами» (ИМР). Объединяет больных ИМР возраст более 60 лет и преобладание среди них женщин. Анатомическое строение сетчатки макулярной области предрасполагает к развитию разрыва. Фовеола — центральная и наиболее тонкая часть макулы. Толщина сетчатки в фовеоле минимальна, равна 150 мкм, а связь сетчатки и кортикального стекловидного тела, напротив, очень прочная. Такое строение может предрасполагать к образованию кист, интратетинальному расслоению и в конечном итоге к разрыву сетчатки [3]. На анатомо-функциональные результаты хирургического лечения ИМР существенное влияние оказывает исходный размер макулярного разрыва. Эффективность эндовитреальной хирургии ИМР составляет 55–90 % [1].

Цель

Анализ эффективности хирургического лечения идеопатических макулярных разрывов сетчатки.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 15 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в отделении микрохирургии глаза ГУ «РНПЦ РМиЭЧ» в 2012 году с диагнозом ИМР. Возраст пациентов от 32 до 75 лет, средний возраст составил $61,6 \pm 13,5$ лет. Распределение по полу — 3 мужчин (25 %), 12 женщин (75 %). Длительность заболева-

ния (с момента появления первых жалоб до госпитализации) колебалась от 1-го месяца до 2-х лет, средняя длительность заболевания была 6,5 месяца. Из наблюдаемых пациентов у четырех был неполный МР с расстоянием между краями разрыва до 200 мкм. У 11 пациентов диагностирован сквозной МР с расстоянием между краями до 950 мкм.

Дизайн офтальмологического обследования включал визометрию, прямую и обратную офтальмоскопию, биомикроскопию с бесконтактной линзой, фундускопию, периметрию, оптическую когерентную томографию сетчатки на аппарате «Stratus», ультразвуковое А-В сканирование. Исследование проводилось до операции, на 5-е сутки и через месяц после проведенного оперативного вмешательства.

Операция включала фокальную преретинальную закрытую витрэктомию (Alcon Accurus 2500) с применением инструментов 20-23-25 G, контрастированием премакулярной сумки кенологом и последующим ее удалением вместе с задней гиалоидной мембраны (ЗГМ); круговым пиллингом внутренней пограничной мембраны (ВПМ) вокруг зоны разрыва. Сопоставление краев разрыва проводилось силиконовым наконечником back-flesh. Операция завершилась в 12 случаях воздушной тампонадой витреальной полости, пневморетинопексия — 1, гидротампонада — 2 пациентам.

Результаты исследования

По данным проведенной биомикроскопии, офтальмоскопии, фундускопии и УЗИ глазного яблока на догоспитальном этапе выявлена витреальная деструкция у 12 пациентов (80 %); из них умеренная деструкция стекловидного тела отмечена у 9 пациентов (75 %); у 3 пациентов (25 %) — деструкция имела вид грубых фиброзных тяжей. Витрео-макулярный тракционный синдром (ВМТС) наблюдался у 8-и пациентов (53 %), отслойка ЗГМ у 5-и пациентов, эпиретинальная мембрана — 3 пациента (20 %), центральная дистрофия сетчатки: 2 пациента (13 %). 4 пациента имели миопическую рефракцию, в остальных случаях была гиперметропия средней и слабой степени.

Во время госпитализации все пациенты имели низкую остроту зрения, она колебалась от 0,01 до 0,4, коррекция была неэффективна. У 5 (33 %) пациентов отмечалось наличие центральной абсолютной скотомы, у 7-и (47 %) — метоморфопсии. По результатам ОКТ среднее расстояние между краями макулярного отверстия составило 444 ± 307 мкм, минимальное — 150 мкм, максимальное — 950 мкм. Толщина сетчатки в фовеолярной зоне (Avg retina thickness Fovea) в среднем составила 273 ± 85 микрон, максимальная — 454 микрон, минимальная — 160 микрон; макулярный объем (Total macula volume) составил в среднем $8,073 \pm 1,747$ мм³ (от 5,761 до 13,211 мм³). В ближайшем послеоперационном периоде (5–7 сутки) острота зрения осталась на дооперационном уровне — от 0,02 до 0,4 без коррекции, однако у трех пациентов удалось провести коррекцию, которая повысила остроту зрения в среднем с 0,25 до 0,6. По данным ОКТ 8-ми пациентам удалось добиться закрытия МР (53 %). В 7 случаях (47 %) расстояние между краями разрыва уменьшилось в среднем на 190 мкм (26 % от исходного значения). Толщина сетчатки в фовеолярной зоне в среднем составила 243 ± 69 микрона, максимальная — 374 микрон, минимальная — 145 микрон; макулярный объем (Total macula volume) в среднем $7,34 \pm 0,89$ мм³ (от 5,04 до 9,6 мм³). Наблюдение в динамике (месяц после операции) показало стабилизацию остроты зрения (показатели остались на прежнем послеоперационном уровне). По данным ОКТ у 9-ти пациентов получено полное закрытие МР (60 %). У одного наблюдался рецидив (6,7 %) — увеличение размеров МР с 650 до 910 мкм. У остальных 5-ти (33 %) расстояние между краями разрыва уменьшилось еще в среднем на 116 мкм со дня выписки. Толщина сетчатки в фовеолярной зоне в среднем составила 240 ± 100 микрон, максимальная — 517 микрон, минимальная — 120 микрон; макулярный объем (Total macula volume) в среднем $7,248$ мм³ $\pm 0,911$ (от 5,86 до 9,3 мм³). Получено снижение показателей толщины сетчатки и объема

макулы через 1–2 месяца в сравнении с дооперационным периодом за счет уменьшения отека в макулярной зоне.

Выводы

Оперативное лечение макулярных разрывов методом закрытой витрэктомии с удалением тракционного компонента и ВПМ позволило добиться полного закрытия макулярного отверстия в 60 % случаев и уменьшения размеров разрыва в остальных случаях в среднем на 305 мкм, что составило 40 % от исходного уровня.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тахчиди Х.П., Лыскин П.В., Захаров В.Д., Лозинская О.Л. «Невидимые» причины идеопатических макулярных разрывов».
2. Бибков М.М., Алтынбаев У.Р., Гильманшин Т.Р. «Выбор способа интраоперационного закрытия идеопатического макулярного разрыва большого диаметра».
3. ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова Росмедтехнологии» «Патогенез и лечение идеопатических макулярных разрывов. Эволюция вопроса».

УДК 618.4-089-06

РОДЫ У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Стрелкова (Кемежук) Ж. Н.

Научный руководитель: к.м.н., доцент В. Б. Белуга

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

Кесарево сечение — наиболее часто производимая операция в современном акушерстве. Но не смотря на это, степень риска для жизни и здоровья женщины при данной операции примерно в 12 раз превышает таковую при естественном родоразрешении. Нецелесообразность в любом случае проведения повторного кесарева сечения без наличия обоснованных медицинских показаний обусловлена возможностью возникновения значительных технических трудностей и грозных осложнений.

Цель

1. Оценить возможность естественных родов у женщин после кесарева сечения.
2. Выявить совокупность факторов, позволяющим женщине после кесарева сечения родить естественным путем.
3. Изучить течение и тактику ведения родов у женщин с рубцом на матке.
4. Оценить гистологическую картину ткани матки с состоятельным и несостоятельным рубцами.

Материалы

Проведен ретроспективный анализ 36 историй родов у женщин, родивших через естественные родовые пути после предыдущей операции кесарева сечения за 2010 и 2011 года. В трех случаях во время повторной операции кесарева сечения произведено иссечение рубца на матке с целью последующего гистологического изучения образцов ткани. В первом случае при состоятельном и полноценном рубце показанием к повторной плановой операции кесарева сечения служило тазовое предлежание, мужской пол плода. Показание к предыдущей операции — острая интранатальная гипоксия плода. Во втором и третьем случаях женщины прооперированы по поводу наличия клинических признаков несостоятельности рубца на матке (таблица 1).

При изучении образца ткани матки с рубцом, иссеченной у пациентки во время повторной операции кесарева сечения по поводу тазового предлежания плода, были получены следующие результаты: полноценные рубцы, характеризующиеся узкими прослойками зрелой соединительной ткани, которые окутывали пучки гипертрофирован-