

Гомельской области сократилась вдвое.

2. Снижение частоты аппендэктомий в среднем опережало сокращение доли операций при катаральном аппендиците, таким образом, можно говорить о реальном снижении заболеваемости деструктивным аппендицитом у областного населения.

3. На фоне относительно равномерного снижения частоты аппендэктомий во второй половине 80-х гг. имел место отчетливый пик показателя с апогеем в 1988 г., причина которого требует дальнейшего изучения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Колесов, В. И. Клиника и лечение острого аппендицита / В. И. Колесов. — Л., 1972. — 200 с.
2. Острый аппендицит / А. Г. Кригер [и др.]. — М.: Медпрактика-М, 2002. — 244 с.
3. Заболевания червеобразного отростка / А. А. Курыгин [и др.]. — СПб, 2005. — 260 с.
4. Bailey & Love's Short Practice of Surgery. — 21-st ed. — Chapman & Hall Medical, 1992. — P. 1194-1214.

УДК 617.735 – 007.281 – 08

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОТСЛОЙКИ СЕТЧАТКИ АРТИФАКИЧНОГО ГЛАЗА ПО МАТЕРИАЛАМ ОТДЕЛЕНИЯ МИКРОХИРУРГИИ ГЛАЗА ГУ «РНПЦ РМиЭЧ»

Хохлов К. Ф.

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

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Анатомические изменения внутри глаза, возникающие в результате глазной хирургии, создают условия, предрасполагающие к развитию пролиферативной витреоретинопатии (ПВР) даже в неосложненных случаях [1]. ПВР — основное осложнение глазной хирургии и травмы заднего сегмента глазного яблока — является многостадийным процессом, приводящим к тракционной и регматогенно-тракционной отслойке сетчатки (ОС). По литературным данным ОС в раннем послеоперационном периоде на артефактичных глазах встречается в 0,1–0,4 % случаев, в отдаленном периоде в 1,0–3,5 % [2]. Предрасполагающими причинами к развитию ОС на артефактичных глазах является высокая осевая миопия, зонулярный диализ, интраоперационный разрыв задней капсулы, ИАГ — лазерная дисцизия задней капсулы [2, 3].

Цель работы

Анализ результатов хирургического лечения отслойки сетчатки артефактичного глаза по материалам отделения микрохирургии глаза ГУ «РНПЦ РМиЭЧ».

Материал и методы

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 53 пациентов, оперированных в 2007–2009 гг. в отделении микрохирургии глаза ГУ «РНПЦ РМиЭЧ». Средний возраст пациентов составил $57 \pm 1,3$ лет. Из них мужчин — 41, женщин — 12. Предшествующая хирургия катаракты у 28 (50 %) больных выполнена методом факоэмульсификации, у 21 (42,2 %) произведена экстракапсулярная экстракция катаракты, у 4 (7,6 %) — интракапсулярная криоэкстракция. По модели имплантируемых интраокулярных линз (ИОЛ) в 44 глаза, что составило 82,6 %, имплантирована заднекамерная ИОЛ, в 7 глаз (17,6 %) — переднекамерная. Длительность возникновения отслойки сетчатки, прошедшей с момента произведенной операции по поводу катаракты колебалась в пределах от 1 до 12 месяцев. В послеоперационном этапе составила $0,01 \pm 0,001$ лет.

Дизайн офтальмологического обследования включал: визометрию, бинокулярную офтальмоскопию, фундускопию, А-В-сканирование.

По данным А-В сканирования на дооперационном этапе у всех больных была выявлена ПВР С степени.

Оперативное вмешательство включало экстраклеральное пломбирование в сочетании с витреэктомией, тампонадой сетчатки, введением перфторорганических соеди-

нений с последующей заменой на силиконовое масло, эндолазеркоагуляцией.

Результаты

После проведенного оперативного вмешательства анатомическое прилегание отслоенной сетчатки достигнуто на 45 (84 %) глазах, частичное прилегание — 5 (8 %) глазах и в 3 (8 %) случаях, сетчатка не прилегла. Полученный анатомический эффект получил выражение в улучшении зрительных функций. Так, послеоперационная острота зрения 0,01–0,02 сохранилась на 4 (7,5 %) глазах, улучшение остроты зрения от 0,03 до 0,1 получено на 21 (40 %) глазу, острота зрения равная 0,15–0,3 на 16 (30 %) глазах и на 4 (7,5 %) глазах — острота зрения осталась без перемен.

Выводы

1. Частота встречаемости пролиферативного синдрома с последующей отслойкой сетчатки практически в равной степени развивается на глазах после традиционной экстракапсулярной экстракции катаракты (42,2 %) и факоэмульсификации (50 %).

2. Применение витреоретинальной хирургии позволило получить прилегание сетчатки в 84 % случаев.

3. При наличии ПВР у больных, имеющих интраокулярные линзы показаны ежеквартальные профилактические осмотры глазного дна с фундус-линзой для раннего выявления тракционных тяжей и разрывов сетчатки с целью проведения профилактической лазерной или витреальной хирургии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Захаров, В. Д. Особенности витреоретинальной хирургии при отслойках сетчатки, осложненных передней пролиферативной витреоретинопатией / В. Д. Захаров // Офтальмохирургия. — 2007. — № 1. — С. 38–41.
2. Тактика хирургического лечения отслоек сетчатки на артефактных глазах / В. С. Шкворченко [и др.] // Офтальмохирургия. — 2002. — № 2. — С. 44–48.
3. Луковская, Н. Г. Анализ хирургического лечения отслойки сетчатки у больных, оперированных ранее по поводу катаракты с имплантацией ИОЛ / Н. Г. Луковская, А. Д. Щукин // Российский медицинский журнал. — 2007.

УДК: 616.62 – 002 – 076 – 085.276

РАК ИЛИ ЦИСТИТ. ДИФДИАГНОСТИКА

Цыбуля О. А., Ковылина М. В.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Д. Ю. Пушкарь

**Государственное образовательное учреждение
высшего профессионального образования**

**«Московский государственный медико-стоматологический университет»
г. Москва, Российская Федерация**

Введение

Полипоидный цистит, редко встречающееся заболевание, которое цистоскопически и гистологически может симулировать уротелиальные неоплазии. В мировой литературе описываются единичные случаи. Частота встречаемости полипоидного цистита составляет 0,38 %, среди пациентов, перенесших катетеризацию мочевого пузыря.

Материалы и методы

В условиях клиники урологии ГКБ № 50 мы наблюдали двух больных с диагнозом полипоидный цистит. В обоих случаях причиной обращения к урологу явилась макрогематурия. По данным лабораторно-инструментальных методов обследования было заподозрено злокачественное поражение мочевого пузыря с распространенным характером роста. При эндоскопическом исследовании определялось наличие стеющихся грубоворсинчатых образований, без четких границ с явлениями буллезного отека, распада, кровоизлияний и инкрустацией мочевыми солями. Данные мультиспиральной компьютерной томографии подтвердили распространенный характер роста.