

	человек Правильная светопроекция – 2 человек Неправильная светопроекция – 3 человека 0 – 2 человек	Правильная светопроекция – 2 человек Неправильная светопроекция – 3 человека 0 – 2 человека
--	---	---

В раннем послеоперационном периоде отмечается незначительное снижение остроты зрения во 2 и 4 стадиях глаукомы и улучшение зрения при 3 стадии глаукомы, а также при рефрактерной и неоваскулярной формах глаукомы.

Средняя длительность пребывания пациентов в стационаре составила $6,2 \pm 0,4$ дне. Осложнения в послеоперационном периоде выявлены у 11,27% (8) пациентов: цилиохореидальная отслойка наблюдалась у 7 человек (87,5%), гифема - 1 человек (12,5%).

Из 72 пациентов с глаукомой, которым проводилась имплантация клапана Ахмеда артефакция имела место у 24 пациентов (35,2%), у остальных пациентов факичный глаз

Заметное снижение внутриглазного давления наблюдалось в обоих случаях: на факичном глазу наблюдалось с $42,3 \pm 8$ мм рт.ст. до операции до $11,9 \pm 1,8$ мм рт.ст. при выписке; на артефакичном с $38,67 \pm 9,28$ мм рт.ст. до операции до при выписке $11,75 \pm 3,5$ мм рт.ст..

Выводы:

1. Наибольшая частота имплантаций клапана Ахмеда среди исследуемой группы проводилась пациентам с открытоугольной глаукомой, (44,44%), с 3 стадией глаукомы – 52,83%, с некомпенсированным внутриглазным давлением (с) - 73,61%.

2. Нормализация внутриглазного давления в раннем послеоперационном наблюдалась во всех стадиях глаукомы, а также при рефрактерной и неоваскулярной глаукоме с сохранением предоперационной остроты зрения.

3. Существенной разницы в гипотензивном эффекте между факичным и артефакичным глазами после имплантации клапана Ахмеда в раннем послеоперационном периода не наблюдалось.

Литература:

1. Чен Т. Хирургия глаукомы / Чен Т., Аветисов С. Э., Еричев В. П. // – М.: Логосфера, 2013. – 320 с.

УДК616-005.1-08

**Е.В. Спехова, Л.Р. Мухаметянова, К.В. Шаманская,
Х.Т. Абдулкеримов**

**АНАЛИЗ СЛУЧАЯ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОЯВЛЕНИЯ СИГНАЛЬНОГО
НОСОВОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТА В КРУГЛОСУТОЧНОМ
СТАЦИОНАРЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ**

Кафедра оториноларингологии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

**E.V. Spekhova, L.R. Mukhametyanova, K.V. Shamanskaya,
H.T. Abdulkherimov**

**THE ANALYSIS OF THE CASE OF CLINICAL DISPLAY OF ALARM
NASAL BLEEDING AT THE PATIENT IN THE HOSPITAL OF
OTORINOLARINGOLOGICHESKY OFFICE OF HOSPITAL**

Department of otorhinolaryngology
Ural state medical university
Ekaterinburg, Russian Federation

Контактный E-mail: a-spekhova@mail.ru

Аннотация. Носовое кровотечение (НК) занимает важное место среди патологии ЛОР-органов и является одной из наиболее частых причин госпитализации больных в оториноларингологические отделения. По частоте возникновения НК занимают первое место среди спонтанных кровотечений. Данные пациенты требуют оказания экстренной и неотложной помощи в максимально короткие сроки. Для остановки НК используются такие методики, как: химические, физические, механические, биологические, медикаментозные и хирургические. Стандартные методы остановки НК (передняя/задняя тампонада) зачастую являются неэффективными, а консервативные методы плохо переносятся пациентами и имеют большой процент рецидивов. Благодаря внедрению современных, щадящих методик, возможна не только визуализация источника кровотечения, но и одновременная его эмболизация, за счет чего снижается потребность в проведении таких радикальных вмешательств, как перевязка наружной сонной артерии и этмоидотомия.

Annotation. Nasal bleeding (NB) occupies an important place among pathology of otorhinolaryngology and it is one of the most frequent causes of hospitalization. The frequency of occurrence of NB ranked first among spontaneous bleeding. These patients are require to provide emergency help in short terms. Chemical, physical, biological, medical and surgical methods used to stop nasal bleeding. Standard methods of stopping NB (anterior /posterior тампонада) have ineffective results usually, and they have a large percentage of relapses. With the introduction of modern, gentle techniques, it is possible not only the visualization of the bleeding source, but also simultaneously embolization, reducing the need for radical interventions such as ligation of the external carotid artery and ethmoidectomy.

Ключевые слова: сигнальные носовые кровотечения, рецидив, ангиография.

Keywords: Signal nasal bleeding, relaps, angiography.

Носовое кровотечение (НК), или эпистаксис (epistaxis, от греческого «капля за каплей»), занимает важное место среди патологии ЛОР-органов и является одной из наиболее частых причин госпитализации больных в терапевтические и специализированные оториноларингологические отделения. [3,5]

По частоте возникновения НК занимают первое место среди спонтанных кровотечений. За последние годы отмечается рост частоты встречаемости и госпитализаций пациентов с данной патологией. [2,4] Данные пациенты требуют оказания экстренной и неотложной помощи в максимально короткие сроки. Зачастую, источник носового кровотечения становится «случайной» прижизненной находкой в связи с внедрением современных методов диагностики и визуализации. [4]

Для остановки НК используются такие методики, как: химические (склерозирование сосудов), физические (локальная гипотермия и гипертермия), механические (тампонада), биологические (использование биотканей), медикаментозные (гемостатическая терапия) и хирургические. [1]

Несмотря на множество современных методик и материалов (полигемостат, Surgiflo) для остановки НК, актуальность данной проблемы по-прежнему сохраняется.

Цель исследования - анализ случая из практики клинического проявления сигнального НК у пациента в круглосуточном стационаре оториноларингологического отделения.

Для достижения указанной цели, решались следующие задачи: анализ литературных источников по данной патологии и изучение актуальности применения современных хирургических методик для определения локализации источника с последующей остановкой сигнальных носовых кровотечений (на примере эмболизации с использованием КТ-ангиографии) [2]

Материалы и методы исследования

Работа основана на собственном наблюдении клинического случая возникновения сигнального НК, наблюдавшегося в условиях клиники оториноларингологии УГМУ (оториноларингологическое отделение МАУ ГKB № 40)

Результаты исследования и их обсуждение

Пациент К. 51 год, доставлен бригадой СМП с продолжающимся НК, госпитализирован в неотложном порядке 14.02.2016 г. 01:45 мин.

St.localis при поступлении: наружный нос правильной формы, область придаточных пазух носа безболезненна, носовое дыхание удовлетворительное, слизистая розовая, нижние носовые раковины обычной формы, носовая перегородка искривлена влево, в общих носовых ходах с двух сторон следы

алой крови. Носоглотка - стекание алой крови справа и слева. Глотка слизистая розовая, по задней стенке глотки стекание алой крови. Остальные ЛОР-органы на момент осмотра без патологии.

01:50 мин: на момент осмотра у пациента продолжающееся носовое кровотечение из обеих половин полости носа. По имеющимся показаниям выполнена передняя петлевая тампонада по Воячеку с двух сторон. Кровотечение остановлено. АД до 160\90 мм.рт.ст. Пульс 80 уд. В мин.

Сопутствующая патология: гипертоническая болезнь II стадии, 3 степени, риск 3, сердечная недостаточность I по NYHA.

14.02.16 09.00. Рецидив НК – визуализируются следы свежей крови по задней стенке глотки. Кожные покровы бледные. АД 100\80 мм.рт.ст. Ввиду несостоятельности передней тампонады выполнена задняя тампонада. Кровотечение остановлено. ОАК: анемия легкой степени тяжести (лейкоциты- $14,2 \times 10^9/\text{л}$; эритроциты- $3,83 \times 10^{12}/\text{л}$; гемоглобин-123г/л; гематокрит-33,1 %)

15-16.02.2016 г. Без признаков рецидива носового кровотечения, тампонада носа состоятельна.

17.02.2016 г. 09.00 Состояние больного ближе к удовлетворительному. АД 120\75 мм.рт.ст. Пульс 72 уд. в мин. ЧД 17 в мин. Удалены все тампоны из полости носа и носоглотки. Кровотечения нет.

19.02.2016 г. 03.00 Рецидив носового кровотечения. АД 105\67 мм рт. ст. Кровотечение из левой половины полости носа. По задней стенке глотки обильно свежая кровь. Выполнена предняя тампонада носа с двух сторон. Кровотечение остановлено.

Учитывая рецидивирующий характер заболевания, на фоне нормальных значений АД, без видимой причины носового кровотечения, для исключения объемного образования, а также для выявления возможного компретированного сосуда, выполнена КТ головного мозга и околоносовых пазух (ОНП) с контрастным усилением.

19.02.2016 09.00 КТ артерий головы с контрастом Ультравист 300 – 80 мл: Данных за мешотчатые аневризмы или АВМ нет. Пробег и калибр крупных интракраниальных артерий не изменены. Гемодинамически значимых стенозов не определяется. Виллизиев круг замкнут. Определяется утолщение слизистой в гайморовых, основных пазухах, клетках решетчатого лабиринта и базальных отделах лобных пазух. Костно-деструктивных изменений не выявлено. Данных за новообразование также не получено. Патологического накопления КВ нет. Пневматизация воздушных полостей височных костей не нарушена. Орбиты и их содержимое без особенностей.

19.02.16 14.45 Пациент консультирован терапевтом. Диагноз: язвенная болезнь желудка. Рекомендовано ФГС. По результатам исследования: эрозивный бульбит, данных за продолжающееся кровотечение из ЖКТ нет.

20.02.16 Пациент консультирован трансфузиологом: учитывая рецидивирующее течение заболевания, отрицательные показатели лабораторных исследований (эритроциты $2,56 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин 76 г\л,

гематокрит 23,8%, АЧТВ 76,6 сек, ПТИ – 76,1%, МНО – 1,16), показана гемотрансфузия в объеме переливания эритроцитарной массы и свежезамороженной плазмы (СЗП).

22.02.16 Состояние больного средней степени тяжести. АД и пульс в пределах нормы. По задней стенке глотки следы свежей крови. В связи с неэффективностью передней тампонады носа, больному повторно выполнена задняя тампонада. Кровотечение остановлено. Учитывая снижение показателей красной крови, после согласования с гемотрансфузиологом, показана повторная гемотрансфузия.

22.03-25.03 Рецидивов НК не наблюдалось.

26.02.16 Состояние пациента средней степени. АД 117/70 мм.рт.ст. Учитывая рецидивирующие носовые кровотечения, повторную заднюю тампонаду носа, нельзя исключить аномалию развития сосудов или нарушение целостности сосуда, кровоснабжающих полость носа. Больному показано ангиографическое исследование сосудов по Сельдингеру С.И. с возможной эмболизацией кровоточащего сосуда.

Под м/а Sol. Lidocaini 0,1% пунктирована a.femoralis comm. dex. Катетеризированы ОСА dex. et sin., ВСА dex. et sin., НСА dex. et sin., нисходящая аорта. Выполнена ангиография бассейнов перечисленных сосудов. Обращает внимание усиленное кровоснабжение и утолщение слизистой оболочки левой половины полости носа. Выполнена эмболизация дистальных ветвей левой внутричелюстной артерии (ВЧА) микрочастицами 600 мкм. Местный гемостаз. Давящая повязка.

27.02.16 Состояние ближе к удовлетворительному. АД и пульс в пределах нормы. На перевязке удалены все тампоны. Кровотечения нет. Все последующие дни АД и пульс сохраняются в пределах нормальных значений. Произведен туалет слизистой полости носа. Носовое дыхание удовлетворительное. Рецидивов НК нет.

01.03.16 Пациент выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение ЛОР-врача и терапевта по месту жительства. ОАК от 29.02.16 – эритроциты $3,10 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $10,8 \times 10^9/л$, гемоглобин 90 г/л, тромбоциты $350 \times 10^9/л$. Рецидивов НК не наблюдалось.

Выводы:

1. Профузные НК приводят к глубоким нарушениям гемостаза и представляют реальную угрозу жизни больного.

2. Стандартные методы остановки НК (передняя/задняя тампонада) зачастую являются неэффективными, а консервативные методы плохо переносятся пациентами и имеют большой процент рецидивов.

3. Благодаря внедрению современных, щадящих методик, возможна не только визуализация источника кровотечения, но и одновременная его эмболизация, за счет чего снижается потребность в проведении таких радикальных вмешательств, как перевязка наружной сонной артерии и этмоидотомия.

Литература:

1. Анготоева И.Б. Лекарственные средства в практике оториноларинголога / Пискунов Г.З. /-М.:МИА, 2015.- С. 36-37
2. Анготоева И.Б. Методы остановки носовых кровотечений / А.В Курлова, Н.Я Горносталев // Вестник оториноларингологии.-М., 2012.- С.24-25
3. Косяков С.Я. Носовое кровотечение: учебное пособие / Косяков С.Я., Анготоева И.Б., Курлова А.В., Решетников С.В., Горносталев Н.Я., Котомин В.В. /-М.:РМАПО, 2012.-С.16-17
4. Пантелеев М.А. Практическая коагулология / Пантелеев М.А., Васильев С.А., Синауридзе Е.И., Воробьев А.И., Атауллаханов Ф.И./ -М.: Практическая медицина,2011. - С. 11-40
5. Фейгин Г.А. Кровотечения и тромбозы в практической оториноларингологии и в хирургии головы и шеи / Фейгин Г.А., Кузник Б.И., Стуров В.Г./-Ч:Экспресс-издательство, 2015. – С.479-480

УДК 617.71

Е.И. Тимошевская, Е.В. Бердникова
ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ГНОЙНЫХ ЯЗВ РОГОВИЦЫ,
ВОЗНИКШИХ НА ФОНЕ НОШЕНИЯ МЯГКИХ КОНТАКТНЫХ ЛИНЗ
Кафедра глазных болезней
Южно-Уральский государственный медицинский университет
Челябинск, Российская Федерация

E.I. Timoshevskaya, E.V. Berdnikova
SPECIFIC FEATURES OF BACTERIAL CORNEAL ULCERS CAUSED BY
CONTACT LENSES
Department of eye diseases
South Ural State Medical University
Chelyabinsk, Russian Federation

Контактный E-mail: minny@mail.ru

Аннотация. В статье рассмотрено возникновение гнойных язв роговицы, на фоне ношения мягких контактных линз. Не смотря на очевидные плюсы данных способов коррекции миопии, к сожалению, существует и целый ряд недостатков.

Исследования проходили на базе офтальмологического отделения ОКБ №3 города Челябинска в период с 2015-2016гг. В исследовании приняли участие 101 человек, которые были разделены на две группы. В первой группе (46 человек) гнойные язвы роговицы возникли в результате ношения МКЛ, во второй(55 человек) причиной язвообразования стали иные причины. При