

ДИНАМИЧЕСКИЙ ЦИРКЛЯЖ ПРИ ОТСЛОЙКАХ СЕТЧАТОЙ ОБОЛОЧКИ ГЛАЗА

Н. Х. Хасанова, Н. А. Валимухаметова, Н. В. Федорова

*Кафедра глазных болезней (зав. — проф. Н. Х. Хасанова) Казанского ордена Трудового
Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова*

Реферат. Проведено 27 операций циркулярного вдавления склеры при отслойках сетчатой оболочки с использованием ленты из отечественной силиконовой резины. Полное прилегание сетчатки наступило в 23 глазах, неполное — в 2; в 2 глазах сетчатка не прилегла. Циркулярное вдавление склеры при отслойке сетчатой оболочки силиконовой резиной уменьшает опасность прорезания склеры. Вал вдавления постоянно имеет тенденцию к сближению с сетчатой оболочкой.

Ключевые слова: отслойка сетчатки, лечение.
1 таблица. Библиография: 2 названия.

Отслойка сетчатой оболочки является одним из тяжелейших заболеваний органа зрения. Без лечения она может привести не только к полной слепоте, но и к гибели глаза как органа. Главным фактором, обеспечивающим эффект операции по поводу отслойки сетчатки, является блокада разрыва. Придавливание склеры и сосудистой оболочки к ригидной сетчатке приводит к уменьшению объема глазного яблока, рассасыванию субретинальной жидкости, блокаде разрыва.

Операция кругового вдавления склеры — циркляж — предложена в 1958 г. Аргуа (цит. по [2]). Она заключается в наложении циркулярного шва на склеру по экватору глазного яблока или параллельно ему, чаще в 14 мм от лимба. Вдавление склеры осуществляется одновременно по всей окружности глазного яблока при помощи пояса, придающего глазу нерезко выраженную форму песочных часов. Идея вмешательства — создать новую линию прикрепления сетчатки и таким образом предохранить задний полюс глаза от распространения на него отслойки. При этом все разрывы должны располагаться либо на самом валу вдавления, либо остаться на его периферии. При операции циркляжа в качестве шовного материала обычно используют сдвоенную нить капрона, нейлона, шелка, лавсана, мерсилена. Н. Н. Пивоваров и Т. А. Багдасарова (1977) сообщили о применении при отслойках сетчатки лент из силиконовой резины.

В данной работе представлен анализ исходов операции циркулярного вдавления склеры с использованием ленты из отечественной силиконовой резины (ширина — 2,5—3 мм, толщина — 0,6 мм) у 27 больных — 19 мужчин и 8 женщин в возрасте от 14 до 68 лет. 17 человек занимались физическим трудом и 10 — умственным. У 5 больных наблюдалась тотальная отслойка, у 14 — субтотальная, у 5 отслойка захватывала 2 квадранта глазного дна и у 3 — один квадрант. Пузыревидная отслойка была у 24 больных, плоская — у 3. Клапанные разрывы были у 14 пациентов (в том числе гигантские — у 4), дырчатые — у 7 (из них у 5 — по 2—4 разрыва), отрыв сетчатки от зубчатой линии — у 6. Ригидная сетчатка оказалась у 11 больных. У 17 пациентов отслойка произошла в результате травмы (производственной — у 8, бытовой — у 9), у 8 — при высокой миопии; у 2 больных этиология отслойки не выяснена.

Давность заболевания колебалась от 1 до 18 мес. Внутриглазное давление до операции было в пределах нормы у 10 больных, понижено до 1,9—2,1 кПа — у 16, повышено до 4,1 кПа — у 1.

Поиск разрывов и уточнение их локализации проводили до хирургического вмешательства. В операционной при компрессии склеры мышечным крючком с помощью обратной и прямой офтальмоскопии контролировали локализацию разрыва.

У 15 больных локальное вдавление склеры проводили посредством интрасклеральной имплантации гомосклеры с циркляжем лентой из силиконовой резины, у 12 — интрасклеральной имплантацией силиконовой резины с циркляжем также лентой из силиконовой резины.

Оперировали под местной анестезией. Делали разрез конъюнктивы на 6 мм от лимба в 4 меридианах между прямыми мышцами с оставлением над ними полоски, затем надрез и отсепаровку склеры в участке, соответствующем проекции разрыва. Интрасклеральный карман для укладывания пломбы по ширине должен заходить за края разрыва примерно на 3 мм. Проекция разрыва должна находиться в центре обрванного кармана. Этим достигается равномерное вдавление в области разрыва. На края склерального кармана накладывают П-образные супраимидные швы.

Проводили диатермокоагуляцию склеры вокруг разрыва и дна кармана. В склеральный карман вкладывали пломбу, затягивали и завязывали супраимидные швы.

Циркляжную ленту проводили под прямыми мышцами, закрепляли в 4 меридианах П-образными супраимидными швами таким образом, чтобы лента в дальнейшем проходила над пломбой. Концы ленты скрепляли муфтой из силиконовой трубочки обычно в нижненаружном квадранте.

Для получения наиболее типичного вала вдавления высотой 2 мм силиконовую ленточку, свободно проходящую по экватору глаза и соответствующую по длине его окружности, следует натягивать и укорачивать на 12 мм.

Вначале концы циркляжной ленты проводили через муфту, без натяжения. Делали отметки раствором бриллиантового зеленого на ленте у краев муфты. Затем натягивали ленту и измеряли расстояние между краями муфты и отметками зелени. Натяжные ленты проводили под контролем глазного дна. У 3 оперированных перед натяжением ленты выпускали субретинальную жидкость.

Полное прилегание сетчатки наступило у 23 пациентов, неполное — у 2; у 2 больных с пузыревидной тотальной отслойкой сетчатка не прилегла.

Осложнений во время операции не было. У 1 больного возник рецидив отслойки сетчатки; после повторной операции сетчатка прилегла.

Острота зрения у больных до операции и при выписке из больницы представлена в таблице.

Острота зрения до операции и при выписке из больницы

Острота зрения	До операции	После операции
0,6—1,0	2	3
0,1—0,5	14	15
0,01—0,09	9	7
1		
∞ р. С.	2	2

При выписке из больницы суммарное поле зрения в 12 меридианах у лиц с полным прилеганием сетчатки после операции составило 683°, тогда как при поступлении их в стационар оно было равно 454°.

Циркулярное вдавление силиконовой резиной по механизму действия принципиально отличается от циркляжа нерастяжимой нитью: оно обеспечивает эластичный или «динамический» циркляж (в отличие от «статического» при применении нерастяжимой нити), благодаря чему вал вдавления постоянно имеет тенденцию к сближению с сетчаткой. Кроме того, уменьшается опасность прорезания склеры, можно чаще проводить операции без пункции и выпускания субретинальной жидкости, вдавление оболочек хорошо коррелирует с изменениями внутриглазного давления.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пивоваров Н. Н., Багдасарова Т. А. Вестн. офтальмол., 1977, 2.—
2. Филатов С. В. Отслойка сетчатки. М., Медицина, 1978.

Поступила 5 мая 1981 г.

УДК 616.24—002.3+616.24—002.364]—089.8

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ АБСЦЕССОВ И ГАНГРЕНЫ ЛЕГКИХ

*Е. А. Вагнер, В. М. Субботин, В. Д. Фирсов, В. А. Черкасов,
В. И. Ильчишин, А. П. Кубариков*

*Кафедра госпитальной хирургии (зав. — чл.-корр. АМН СССР проф. Е. А. Вагнер)
Пермского медицинского института*

Реферат. Обобщен опыт лечения 263 больных с острыми абсцессами и гангренной легки. Острые абсцессы подлежат преимущественно консервативному лечению, оперативные вмешательства осуществлены в 13%. При гангрене легкого консервативное лечение и паллиативные операции бесперспективны. Предпочтение отдается ранним радикальным операциям, выполняемым до возникновения опасных осложнений. Указываются возможные пути снижения летальности при острых легочных нагноениях.

Ключевые слова: острые абсцессы и гангрена легки, оперативное лечение. Библиография: 9 названий.

Лечение острых легочных нагноений до настоящего времени является актуальной проблемой пульмонологии. Летальность и инвалидность в результате гангренозных абсцессов и особенно гангрены легкого остаются высокими как при консервативном, так и при оперативном лечении [7, 86].