

МОДИФИКАЦИЯ ОПЕРАЦИИ ХРОНИСА ПРИ РУБЦОВОМ ЗАВОРОТЕ ВЕК

М. С. Зарбева

*Кафедра глазных болезней (и. о. зав. — доц. К. И. Гафарова)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина*

По мнению многих авторов, для исправления рубцового заворота века и трихиаза показана операция Хрониса. Но и данный способ не всегда дает достаточный эффект, особенно когда заворот век сопровождается распространенным трихиазмом и ресницы растут даже на межреберном пространстве. С целью усиления эффекта эту операцию дополняют пересадкой различных тканей в интермаргинальное пространство.

На нашей кафедре с 1962 г. в качестве пересадочного материала применяют орбиккулярную мышцу, взятую при операции Хрониса.

У 64 из 80 наблюдаемых нами больных была трахома III ст. с незначительной инфильтрацией конъюнктивы век, с выраженным заворотом, утолщением хряща верхнего века, у 16 — трахома IV ст. с наличием заворота, трихиаза и рубцового утолщения хряща верхнего века на одном глазу (у 8 из них был также полный или частичный трихиаз и на другом глазу). 3 больных были в возрасте до 40 лет, все остальные — старше. Женщин было 48, мужчин — 32. На верхнем веке пересадка мышцы применена у 77 больных, на нижнем — у 3.

Техника операции. Отступая от края века на 3—4 мм, параллельно ему производят разрез кожи до круговой мышцы. Кожу отсепааровывают книзу до корней ресниц и кверху до тарзоорбитальной фасции. Удаляют часть мышцы, покрывающей хрящ. Последний истончают скальпелем. Затем накладывают 5 лигатур на рану. После завязывания швов расщепляют интермаргинальное пространство глубиной на 2 мм и сюда пересаживают полосу мышцы, удаленной в период операции. Швы на мышцу не накладывают. Таким способом оперировано 80 человек (88 глаз) с весьма благоприятным исходом.

Пересаженный лоскут мышцы в достаточной степени заполняет разрез интермаргинального пространства, внешне он напоминает собой полосу слизистой губы, быстро склеивается с окружающими тканями и стойко удерживается в расщепленном интермаргинальном пространстве.

После операции применяется стерильная влажная повязка с изотоническим раствором поваренной соли 2 раза в день в течение 4—5 дней.

В первые дни после операции пересаженный лоскут мышцы имеет ярко-красный цвет и хорошо приживает. В дальнейшем лоскут мышцы бледнеет и через 2—3 недели принимает окраску нормального интермаргинального пространства. У всех наших больных заворот и трихиаз исправлялись в достаточной степени с благоприятным косметическим эффектом. Пересаженный лоскут мышцы играет роль биологического, раздвигающего края разреза клина, в то же время он стимулирует ткани века к регенерации. В дальнейшем интермаргинальное пространство покрывается эпителием, а пересаженная мышца постепенно рассасывается и заменяется соединительной тканью. Взятие орбиккулярной мышцы в период операции Хрониса не связано со специальным получением пластического материала у больного и не причиняет ему лишней травмы. Удаленная по ходу операции орбиккулярная мышца на одном глазу может быть применена для исправления частичного или полного трихиаза и на другом глазу.

Мы проследили отдаленные результаты у 32 больных сроком от 1 до 3 лет, они были так же благоприятны, как и непосредственные.

Клинические наблюдения показали эффективность операции Хрониса в нашей модификации. Она проста по технике, дает стойкое исправление заворота и трихиаза с положительным косметическим эффектом.

УДК 616.12—008.331.1—618.4

О ГИПЕРТОНИИ РОЖЕНИЦ

И. И. Фрейдлин

*Первая кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. Р. Г. Бакиева,
консультант — проф. П. В. Маненков) Казанского ордена Трудового Красного
Знамени медицинского института им. С. В. Курашова*

Распознавание начальных периодов позднего токсикоза, а тем более предтоксикозных состояний способствует профилактике тяжелых форм этого осложнения беременности.

В течение последних лет гипертония беременных рассматривается многими авторами как моносимптомная форма позднего токсикоза (А. А. Коган, 1951; С. М. Беккер, 1960; М. А. Петров-Маслаков, 1961; В. П. Михайлов и соавт., 1961; Р. С. Мирсоготова, А. Н. Яковлева, 1964, и др.). О гипертонии же рожениц в литературе имеются лишь единичные упоминания (М. А. Петров-Маслаков, 1961; Е. Б. Деранкова, 1961), специальных исследований в доступной литературе мы не обнаружили.

Перед практическим врачом нередко возникает вопрос, как расценивать впервые повысившееся лишь в родах АД: является ли это симптомом токсикоза либо своего рода рабочей гипертонией, вызванной нагрузкой на сердечно-сосудистую систему женщины?

Имеющиеся в литературе данные об изменениях АД в родах у здоровых женщин противоречивы. З. И. Лабутина (1959), А. Л. Ландау (1965) и др. считают, что у здоровых рожениц давление может значительно повышаться, особенно во время схваток и потуг. По мнению С. Г. Боярской (1949), Н. Ф. Рыбкиной (1958) и др. давление в родах не повышается, а Д. Ф. Чеботарев (1956) и др. рассматривают повышение АД в родах как проявление скрытого токсикоза.

Мы проанализировали 154 истории родов у рожениц с гипертонией. Диагноз устанавливали в том случае, если АД впервые повышалось лишь в родах (при отсутствии отеков и изменений со стороны мочи). В анамнезе этих женщин не было указаний на гипертоническую болезнь, заболевания почек или поздний токсикоз во время беременности. Основанием для диагноза служило выявление максимального давления в 140 мм и выше, а минимального — в 90 мм и выше (на фоне исходной нормо- или гипотонии). АД измерялось в паузе между схватками.

Первородящих было 80, повторнородящих — 74. В возрасте до 20 лет было 9 рожениц, от 21 до 25 лет — 54, от 26 до 30 лет — 56, от 31 до 35 лет — 18, от 36 до 40 лет — 12 и старше — 3. При первом исследовании в родах АД было менее 140 мм у 63 рожениц, 140 мм — у 62, от 141 до 150 мм — у 28 и 160 мм — у 1. Минимальное давление менее 90 мм было у 7 рожениц, 90 мм — у 74, от 91 до 100 мм — у 72 и 110 мм — у 1.

Лечение было проведено лишь у 53 женщин (дибазол, пентамин, бромистый натрий). Остальные женщины лечения не получали, так как большинство врачей не рассматривало изолированную гипертонию рожениц как патологию. В родах либо в ближайшие часы после них у 31 женщины (5 лечились и 26 не лечились) произошло усиление симптомов гипертонии и появление у части из них других признаков токсикоза (белок в моче, мозговые симптомы, приступы судорог). Выраженные мозговые симптомы появились у 7, а приступы эклампсии — у 2 из 154 женщин. По материалам родильного дома № 2 г. Казани за 1965 г. на 1903 родов эклампсия была у 4 женщин (0,2%). Следовательно, на фоне гипертонии рожениц приступы эклампсии возникали примерно в 6 раз чаще, чем на фоне всех родов в целом.

В качестве примера можно привести следующую историю родов.

Т., 35 лет, повторнородящая, поступила 19 июня 1965 г. в 22 часа по поводу срочных родов. Гипертоническую болезнь и болезни почек отрицает. Данная беременность протекала без осложнений.

При поступлении общее состояние удовлетворительное, жалоб нет. Отеков не обнаружено. Белка в моче нет. АД равнялось 150/90 мм, при повторном измерении через 15 мин. — 120/90 мм.

АД в течение родов держалось на уровне 130/90 мм, а сразу после них стало 140/80 мм. Роды протекали без осложнений, травматизма не было. Крошечка 200 мл.

Через 4 часа после родов во время завтрака внезапно произошел приступ эклампсии. АД 130/90 мм, пульс — 68. В моче белок — 0,168%, лейкоцитов 15—20, эритроцитов 0—1 в поле зрения. После лечения по Бровкину состояние женщины постепенно улучшилось, и 30/VI она выписана в удовлетворительном состоянии. Можно полагать, что отсутствие лечения у этой женщины привело к переходу гипертонии рожениц в эклампсию.

Полученные нами данные позволяют рассматривать моносимптомную гипертонию рожениц как первую фазу токсикоза, которая, прогрессируя, может перейти в нефропатию (в 20,1%), преэклампсию (в 4,5%) и даже эклампсию (в 1,3%).

Патогенез позднего токсикоза полностью не выяснен. Однако роль сосудистых изменений при этой патологии установлена многими (Г. М. Салганик, 1950; Д. Ф. Чеботарев, 1956; Р. Г. Бакиева, 1960, и др.). Известно также, что возникновение токсикоза связано с различными перегрузками и стрессовыми раздражениями.

Имеющиеся в родах значительная физическая нагрузка и различные стрессовые раздражители (болевые и психические моменты), несомненно, могут привести к проявлению токсикоза. Сосудистая система наиболее чувствительна ко всяким раздражениям и отвечает на них повышением АД. При отсутствии соответствующего лечения к гипертонии могут присоединиться другие симптомы токсикоза. Поэтому если АД вне схватки не возвращается к исходному уровню, есть основание полагать, что компенсаторно-регуляторные механизмы данной женщины несостоятельны. Все изложенное позволяет нам присоединиться к мнению тех авторов (М. А. Петров-Маслаков, 1961, и др.), которые рассматривают гипертонию рожениц как проявление скрытого токсикоза или раннюю форму позднего токсикоза.