

Таким образом, между уровнем офтальмотонуса и выраженностью экскавации диска зрительного нерва имеется четкая связь: чем выше внутриглазное давление, тем чаще наблюдается патологическая экскавация диска зрительного нерва. Так, у больных 1-й группы Э/Д, превышавшее 0,6, констатировано в 27% случаев, 2-й — в 46%, в 3-й — в 72%.

ВЫВОДЫ

1. Ориентировочный статический периметр Вургафта прост, доступен в конструкции и обращении и может быть рекомендован для широкого клинического применения.

2. Выявлена прямая зависимость выраженности отношения диаметра экскавации к соответствующему диаметру диска от уровня внутриглазного давления.

3. Глаукоматозная экскавация диска зрительного нерва не всегда сочетается с изменением поля зрения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вургафт М. Б. В кн.: Труды IV Всероссийского съезда офтальмологов. М., 1982. — 2. Сабитова Д. И. В сб.: Глаукома, Л., 1980.

Поступила 18 ноября 1984 г.

УДК 617.7—007.681+617.741—004.1]—089.8

КОМБИНИРОВАННАЯ ЭКСТРАКЦИЯ КАТАРАКТЫ С ИНТРАСКЛЕРАЛЬНОЙ ФИЛЬТРУЮЩЕЙ ИРИДЭКТОМИЕЙ

М. Г. Галеев

Глазное отделение (зав.— М. Г. Галеев) Нурлат-Октябрьской центральной районной больницы (главрач — З. А. Шабаев) МЗ ТАССР

За последние годы в литературе появились сообщения о комбинации экстракции катаракты с различными вариантами антиглаукоматозных операций.

В данном сообщении представлены наблюдения, проведенные за 15 больными (мужчин — 6, женщин — 9, возраст — от 60 до 78 лет), которым экстракция катаракты была сделана одновременно с интрасклеральной фильтрующей иридэктомией по М. Б. Вургафту (1973). Операции производили под микроскопом с применением микрохирургического инструментария. Перед операцией исследовали состояние глаза и зрительные функции с использованием биомикроскопии, гониоскопии, тонометрии, тонографии и периметрии.

Открытоугольная глаукома была диагностирована у 7 пациентов, закрытоугольная — у 8. Умеренно повышенное внутриглазное давление было у 11 больных, высокое — у 4. Начальная глаукома констатирована у 3 больных, развитая — у 10, далеко зашедшая — у 2. Коэффициент легкости оттока колебался от 0,03 до 0,15 мм³/мин на 1 мм рт. ст. Зрелая катаракта определена у 12 пациентов, незрелая — у 3. Из сопутствующих заболеваний гипертоническая болезнь выявлена у 3 больных, помутнение роговицы — у 2.

Предоперационная подготовка включала назначение фенобарбитала, викасола, диакарба и очистительной клизмы. Премедикация: 2% промедол (1 мл), 1% ди-медрол (1 мл) внутримышечно за 20 мин до операции.

Техника операции (см. рис.). Анестезия инстилляционная и ретробульбарная, акинезия. Наложение провизорного шва на сухожилие верхней прямой мышцы, образование конъюнктивального лоскута. Гемостаз. Электродом гальванокаутера намечаются границы П-образного лоскута склеры размером 5×7 мм, основанием к лимбу. Образование П-образного склерального лоскута на 1/2 ее толщины. В обе стороны от основания склерального лоскута делаются надрезы почти до горизонтального меридиана, затем накладывается один предварительный шов. Путем диафаноскопического транскорнеального просвечивания намечается передний край цилиарного тела, впереди которого производится термокоагуляция глубоких слоев склеры электродом гальванокаутера в виде полоски шириной 3 мм. В зоне коагулированной полоски производится разрез до вскрытия передней камеры, после этого

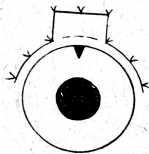


Схема однокомментной экстракции катаракты с интрасклеральной фильтрующей иридэктомией.

для лучшей ретракции склеры дополнительно прижигается задняя губа склерально-го разреза. Разрез по лимбу продолжается в обе стороны почти до горизонтального меридиана, как при экстракции катаракты. Базальная иридэктомия, криоэкстракция. Предварительный шов завязывается. Закапывается 6% раствор пилокарпина. Дополнительно накладываются 8 швов. В переднюю камеру вводится воздух. На конъюнктиву накладывается непрерывный шов. В нижний свод конъюнктивы вводится 0,3 мл 2,5% эмульсии гидрокортизона и 100 тыс. ЕД пенициллина. В глаз закапывается 30% раствор сульфацила натрия. Накладывается бинокулярная повязка.

Во время операции осложнений не было.

В послеоперационном периоде осложнения отмечены у 4 больных, из них у 2 наблюдалась гифема, рассосавшаяся самостоятельно. У 2 больных выявлена отслойка сосудистой оболочки, которая прилегла после подконъюнктивальных инъекций 5% раствора кофеина и применения внутрь диакарба. Результаты операции были следующими: внутриглазное давление нормализовалось на всех 15 глазах. Острота зрения до операции у 12 больных была равна светоощущению с правильной проекцией, у 3 — от 0,07 до 0,09 D. После операции острота зрения с коррекцией у 3 больных составила 0,1, у 3 — 0,3, у 4 — 0,4, у 5 — 0,6—0,8 D. Поле зрения осталось таким же, как и до операции.

Отдаленные результаты прослежены у всех больных. Срок наблюдения — от 6 мес до 3 лет. У всех оперированных внутриглазное давление остается без миотиков в пределах 2,3—3,1 кПа (17—23 мм рт. ст.). Острота зрения соответствовала данным после операции. Коэффициент легкости оттока колебался от 0,2 до 0,4 мм³/мин на 1 мм рт. ст. Минутный объем жидкости — от 1,5 до 3,8 мм³/мин. Фильтрационная подушечка на 13 глазах плоская, расположенная высоко; в 2 случаях выявлена кистозная подушечка.

ВЫВОДЫ

1. Комбинированная экстракция катаракты с интрасклеральной фильтрующей иридэктомией дает стойкий гипотензивный эффект и способствует сохранению зрительных функций.

2. Операция эффективна и имеет ряд преимуществ перед двухэтапным оперативным вмешательством. Она показана и при незрелой ядерной катаракте, сочетающейся с глаукомой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вургафт М. Б. Казанский мед. ж., 1973, 6.

Поступила 7 февраля 1984 г.

УДК 617.7—001.4—001.5—089.8—084

ПРОФИЛАКТИКА И СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРОБОДНЫХ РАНЕНИЙ ГЛАЗ

А. Ф. Корнилова, С. М. Макарова

Кафедра глазных болезней (зав.— проф. А. Ф. Корнилова) Саратовского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института

Анализ причин травм на одном из заводов г. Саратова показал, что в 92% случаев они зависят от нечеткого инструктажа по безопасному ведению работ на рабочем месте, недостаточного обеспечения рабочих очками рациональной конструкции. Технические причины вследствие плохой организации коллективных средств защиты на станке составляют лишь 8% [10]. Наиболее тяжелыми среди поврежденных органов зрения являются прободные ранения, поскольку они часто ведут к снижению зрения и относятся к главным причинам энуклеации.

Ежегодно в Саратовский офтальмотравматологический центр поступает около 200 человек с прободными ранениями, из них в среднем 180 больным производится хирургическая обработка раны, 85—90 пострадавшим — удаление инородного тела из глаза. Прободные ранения глаза требуют высококвалифицированного лечения, особенно на этапе оказания urgentной помощи. Небрежная обработка раны и некачественный подход к удалению инородного тела из глаза могут принести больше вреда, чем пользы.