

ТЕНОСКЛЕРОПЛАСТИЧЕСКОЕ УДЛИНЕНИЕ МЫШЦЫ ПРИ КОСОГЛАЗИИ

Проф. М. Б. Вургафт, канд. мед. наук В. А. Смирнов

(Казань)

Среди хирургических методов лечения содружественного косоглазия существенное место занимают операции, направленные на ослабление «сильной» мышцы.

К операциям, ослабляющим ту или иную мышцу, относятся разного типа рецессии и удлинения. Каждый из этих методов, наряду с положительными сторонами, имеет ряд недостатков. Так, при рецессии перемещение точки фиксации мышцы на склере более чем на 5 мм кзади от места ее естественного прикрепления может вызвать ограничение подвижности глаза и нарушение конвергенции. Вместе с тем смещение сухожилия на 5—6 мм не всегда достаточно для устранения косоглазия. Различные способы удлинения мышцы, сопряженные с множественными надрезами и последующим сшиванием удлиняемой мышцы, нередко приводят к рубцеванию и плоскостному сращению мышцы со склерой. В связи с этим Е. И. Ковалевский (1966) предлагает окутывать мышцу на месте хирургического вмешательства пленкой гетерогенной брюшины. Эта рекомендация в какой-то мере ограничивает возможность широкого применения метода удлинения мышцы.

Нам представлялась целесообразной разработка такого оперативного вмешательства ослабления «сильной» мышцы при содружественном косоглазии, которое сочетало бы в себе как рецессию, так и удлинение мышцы. Мы считали важным достичь эту цель без значительной травматизации оперируемой мышцы. Имелась также в виду возможность контролировать полученный эффект и вносить необходимые коррективы по ходу самой операции.

В настоящем сообщении излагается методика разработанной нами операции теносклеропластического удлинения мышцы при косоглазии в двух вариантах и результаты ее применения.

Первый вариант (рис. 1). Разрезают конъюнктиву и теноновую сумку в 6 мм от лимба параллельно ему. Выделяют сухожильные мышцы и на него накладывают 3 шва. Перерезают сухожилие впереди швов, как при обычной рецессии. Затем, отведя мышцу, отступя на 1 мм от культи сухожилия параллельно ей производят скребцом надрез склеры на треть ее толщины, длиной 6—7 мм. Заднюю губу надреза захватывают тонким хирургическим пинцетом и круглым ножом Филатова в сторону заднего полюса глаза на необходимую длину выкраивают четырехугольный лоскут из поверхностных слоев склеры. Мышцу пришивают к свободному краю склерального лоскута наложенными на нее ранее швами. Проверяют положение глаз. В случае гипoeffекта производят дополнительную отсепаровку склерального лоскута, но последний удлиняют не более чем на 5—6 мм. После этого накладывают швы на конъюнктиву. Протяженность отворачиваемого склерального лоскута определяется величиной угла косоглазия с учетом, что 1 мм удлинения мышцы компенсирует 3° девиации глазного яблока. Максимально возможное смещение мышцы кзади достигает 8—9 мм. При этом линией функциональной фиксации мышцы к глазному яблоку служит основание склерального лоскута, расположенного всегда не дальше 5 мм от первоначального места прикрепления мышцы.

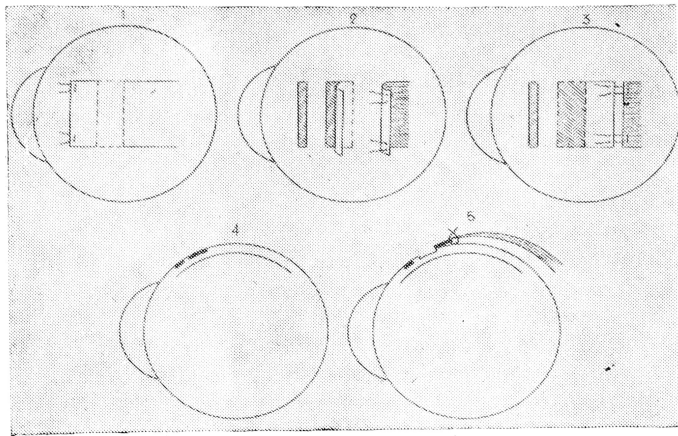


Рис. 2.

При сходящемся косоглазии более 25° нами чаще всего производится одномоментная теносклеропластика на обоих глазах, и тогда склеральный лоскут выкраивается в 2 раза меньшей длины, чем это необходимо при односторонней операции. Удобно бывает исправлять окончательное положение глаз дополнительной подсепаровкой склерального лоскута то на одном, то на другом глазу уже после подшивания мышц к склеральным лоскутам.

Второй вариант (рис. 2). Подготовительные моменты операции те же, что и при первом варианте. Мышцу не отсепа­ровывают. На сухожилие накладывают тенотомический крючок. В 0,5 мм впереди от места прикрепления мышц скребцом делают надрез склеры на всю ее длину и треть толщины. При помощи круглого ножа и тонкого хирургического пинцета поверхностный лоскут склеры вместе с прикрепленной к нему мышцей постепенно отсепа­ровывают кзади на необходимое расстояние.

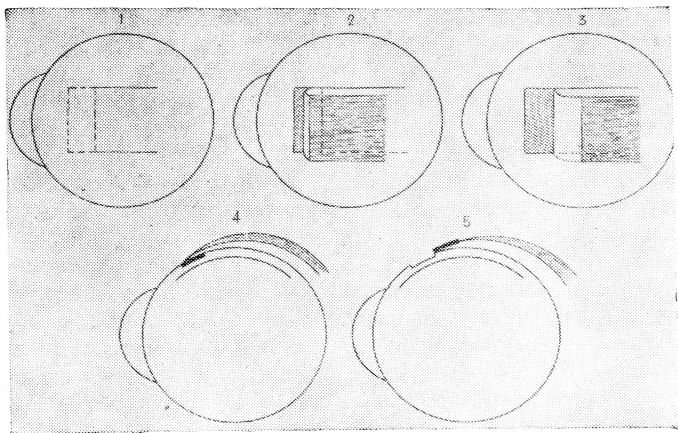


Рис. 3.

Следует избегать чрезмерного истончения остающейся под лоскутом полосы склеры. Швов на мышцу не накладывают. Отсутствие повреждений мышцы способствует сохранению ее естественной силы и позволяет более правильно градуировать положение глаза.

При сходящемся косоглазии свыше 25° операция может быть проведена одновременно на обоих глазах. Начинать удобнее с косящего глаза. В процессе операции легко исправить гипозэффект дополнительной подсепаровкой склерального лоскута то на одном, то на другом глазу.

К настоящему времени нами проведено 42 операции теносклеропластики, из них 36 в I варианте и 6 во II. Первый вариант более прост по технике и легко выполним, второй несколько сложнее технически, наблюдений по нему еще мало, но он подкупает бережным отношением к мышце, а также большими возможностями дозирования.

Оперированные больные были в возрасте от 5 до 49 лет. После операции правильное положение глаз и остаточная девиация до 5° получены у 32 больных, гипозэффект (до 10°) наблюдался у 10 больных. Отдаленные результаты операции прослежены пока у 20 чел. (в течение 3—9 мес.). Они оказались стойкими.

Дети до и после хирургического вмешательства во всех необходимых случаях подвергались ортоптическому лечению.

Каких-либо осложнений, связанных с выкраиванием лоскута из склеры, мы не наблюдали.

Выписка больных из стационара происходила в обычные сроки.

УДК 618.52—618.5—089.888.61

БЛИЖАЙШИЕ ИСХОДЫ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ, ПРОИЗВЕДЕННОГО ПО ПОВОДУ УЗКОГО ТАЗА

Р. М. Якупова

*Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав.—проф. Р. Г. Бакиева) Казанского
ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова*

Частота операций кесарева сечения, произведенных по поводу узкого таза, по данным различных авторов весьма вариабельна. По Францу, И. А. Покровскому, она производится в 24,6—21,4% узких тазов, тогда как по А. Ф. Пальмову, А. Проняевой, В. Штеккелю — у 4,8—1,2% всех рожениц с узким тазом.

Мы проанализировали исходы 562 родов у женщин с анатомическим сужением таза по материалам Республиканской клинической больницы (РКБ) за 11 лет (1949—1959 гг.) и родильного дома № 5 г. Казани за 2 года (1968—1969 гг.). У 113 из этих женщин (20,1%) роды закончились кесаревым сечением, в том числе по данным РКБ — у 100 из 441 женщины с узким тазом (22,7%), по данным родильного дома № 5 — у 13 из 121 (10,7%). Разница в частоте операций при узком тазе в указанных двух учреждениях объясняется тем, что в РКБ поступают женщины из районов Татарской республики, с более выраженной степенью сужения таза и отягощенным акушерским анамнезом.

Среди 113 женщин, подвергшихся кесареву сечению, в возрасте 21—25 лет было 13 (11,5%), 26—30 лет — 46 (10,7%), 31—35 лет — 26 (23%), 35—40 лет — 18 (15,9%) и старше — 10 (8,9%). Данные о форме и степени сужения таза по И. И. Яковлеву приведены в табл. 1.

У 100 повторнородящих в анамнезе отмечено 250 родов, причем у 60 женщин роды заканчивались кесаревым сечением: у 54 — по 1 разу и у 6 — по 2 раза (всего 66 кесаревых сечений). Из 66 детей 3 умерли в роддоме. У 1 женщины наступили спонтанные роды после кесарева сечения при сужении таза I ст., вес плода 3300 г. Роды через естественные родовые пути произошли 184 раза, из них 1 раз был осуществлен классический акушерский поворот при поперечном положении плода, при 12 родах наложены акушерские щипцы в связи со вторичной слабостью родовой деятельности, при 8 родах проведена краниотомия, при 3 — декапитация, у 3 женщины произошел разрыв матки.

Особенно неблагоприятным оказался прогноз для плодов и новорожденных. Перинатальная смертность по анамнестическим данным при 184 родах составила 116 (63%), в том числе мертворожденных было 95 (51,6%), умерших в родильном доме в первые сутки — 21 (11,4%).

Данная беременность и роды имели также ряд осложнений. Токсикозы первой половины беременности наблюдались у 14 женщин (12,4%), второй половины — у 15 (13,3%), в том числе у 1 была эклампсия. Переносная беременность была у 4 женщин, недоношенная — у 3. По одному разу отмечены следующие осложнения: рак шейки матки, боковое предлежание плаценты с сильным кровотечением; преждевре-