

Таблица 2

Характер внутричерепных осложнений

Осложнения	Число больных
Риногенный менингит	1
Экстрадуральный абсцесс	2
Риногенный ограниченный энцефалит лобной доли мозга	1
Риногенный энцефалит	1
Риногенный менингит, абсцесс лобной доли мозга	1
Риногенный менингит, абсцесс лобно-теменной области мозга	2
Риногенный менингит, пристеночный тромб продольного синуса	1
Риногенный сепсис — тромбоз кавернозного синуса	1
Риногенный менингит, абсцесс лобной доли мозга, гнойный синус-тромбоз продольного синуса	1
Итого	11

При хирургическом лечении было произведено вскрытие сразу трех пазух на одной стороне у 15 больных, вскрытие лобной пазухи с ревизией другой — также у 15. У 85 больных выполнены радикальные операции лобных пазух со вскрытием клеток решетчатого лабиринта. Наряду с хирургическим вмешательством больные получали пенициллин от 125 до 300 тыс. ЕД в сут. Пенициллин назначали в сочетании со стрептомицином, внутрь давали стрептоцид.

Консервативное лечение включало применение антибиотиков, пункцию верхнечелюстных пазух, инстилляцию сосудосуживающих капель в нос. у 6 из 10 леченных консервативно больных был острый синусит, у 4 — хронический процесс в пазухах. Летальных исходов не было.

Риногенные внутричерепные осложнения (см. табл. 2) наблюдались у 6 мужчин, 3 женщин и 2 детей. Самому младшему было 11 лет, самому старшему — 56.

У 6 больных были сочетанные внутричерепные осложнения. Это усложняло диагностику, ухудшало прогноз заболевания, затрудняло лечение. У всех больных в пазухах был хронический воспалительный процесс.

Все 11 пациентов подверглись хирургическому лечению. Срочно прооперировано 2 чел., на 2—3-и сутки — 5, в более поздние сроки — 4. У 1 больного одномоментно вскрыто 4 пазухи, у 2 — 3 пазухи на одной стороне, у 2 — 2 лобные и у 6 — только 2 пазухи. Ревизия передней черепной ямки произведена у 9 больных. У 2 больных нейрохирурги наружным доступом опорожнили абсцесс лобно-теменной области. Умерло 4 больных, из них 2 детей в возрасте 11 и 12 лет и 2 взрослых в возрасте 18 лет и 41 года.

Все больные с риногенными внутричерепными осложнениями, у которых наступил летальный исход, были доставлены в клинику в очень поздние сроки от начала заболевания, у них не был своевременно и правильно поставлен диагноз внутричерепного осложнения. Лечение больных с риногенными внутричерепными осложнениями включало активное хирургическое вмешательство на придаточных пазухах с ревизией передней черепной ямки и назначение антибиотиков.

Таким образом, за период с 1946 по 1955 г. среди риногенных осложнений преобладали орбитальный свищ, периостит, субперистальный абсцесс, мукоцеле, подавляющая часть которых была вызвана обострением хронического синусита. Лечение риногенных осложнений, как правило, было хирургическое под местной анестезией. Антибиотики больным назначали в небольших дозах, так как они были в тот период высокоэффективны.

Поступила 20 июня 1979 г.

УДК 617.741—004.1—053.9—089.8

ОРГАНИЗАЦИЯ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СТАРЧЕСКИМИ КАТАРАКТАМИ

М. Б. Вургафт, Л. Б. Тяняшина, Ю. А. Расческов

Кафедра офтальмологии (зав.—проф. М. Б. Вургафт) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина, Республиканская офтальмологическая больница

Реферат. Описаны рациональные организационные мероприятия и усовершенствованная методика хирургического вмешательства при катарактах, способствовавшие улучшению качественных показателей исходов экстракции катаракты и снижению длительности послеоперационного пребывания пациентов в стационаре до 5—6 дней.

Ключевые слова: катаракта, микрохирургия, реабилитация.

В настоящей статье обобщен опыт организации хирургического лечения старческой катаракты, который позволил в условиях Казани свести к минимуму продолжительность периода инвалидизации при этом заболевании.

При определении показаний к хирургическому лечению катаракты мы отказались от ориентации на классификацию катаракты, учитывающую степень ее «зрелости», а пользуемся функциональной классификацией катаракты, в которой выделяются 5 стадий в зависимости от остроты зрения пораженного глаза: I стадия — зрение 0,5 и больше; II стадия — зрение 0,4—0,3; III стадия — зрение 0,1—0,2; IV стадия — острота зрения определяется сотыми долями; V стадия — зрение снизилось до светощущения. Правильная организация хирургического лечения катаракты предусматривает проведение операции при II—III стадии заболевания на лучшем глазу.

Объем хирургического лечения катаракт на базе Республиканской офтальмологической больницы г. Казани за последние годы характеризуют следующие цифры: в 1971 г. выполнено 384 операции, в 1972 г. — 430, в 1973 г. — 503, в 1974 г. — 593, в 1975 г. — 627. В последующие годы отмечалось небольшое дальнейшее увеличение хирургической активности — число оперированных по поводу катаракты в 1978 г. равно 653. В настоящее время срок поступления в стационар страдающих катарактой жителей Казани не превышает 1 мес со дня обращения в больницу. Подавляющее большинство больных поступает со II—III стадией на лучшем глазу. Таким образом, мы оперируем больных, когда они еще могут вполне себя обслужить.

Самым существенным для ускорения оздоровления континентов лиц со старческой катарактой в Казани явилось увеличение оборачиваемости хирургической койки. Это удалось достичь благодаря осуществлению следующих мер: 1) все предварительные исследования и санация больных производились в амбулаторных условиях; 2) предоперационное пребывание пациента в стационаре было сокращено до 1 сут; 3) внедрено применение современных способов операции, обеспечивших возможность выписки больных из стационара к 5—6-му послеоперационному дню.

Апробирована предложенная одним из нас (М. Б. Вургафт) двухэтапная методика герметизации операционного разреза при криоэкстракции катаракты.

Ход операции таков: за час до нее больному даем внутрь глицерин из расчета 1,5 г на 1 кг массы тела и аскорбиновую кислоту 0,1 г/кг. Ретробульбарную анестезию и акинезию дополняем эпibuльбарной анестезией зоны прикрепления сухожилий нижней и верхней прямых мышц 2% раствором дикаина по Бохон—Водовозову. Накладываем уздечные швы на верхнюю и нижнюю прямые мышцы (нижний шов выводим через кожу века). Наложение двух противоположно направленных уздечных швов обеспечивает эффект, сходный с эффектом наложения кольца Флиринга, — уменьшает опасность выпадения стекловидного тела во время операции. Производим отсепаровку конъюнктивного лоскута основанием к лимбу высотой 4 мм, затем отступая от прозрачной зоны лимба на 2 мм наносим несквозной надрез соответственно верхней полуокружности роговицы. На края надреза накладываем 3 предварительных шелковых шва, на роговично направленных концах которых навязываем «страхующие» узелки. Последующие этапы операции, включая момент криоэкстракции, не отличаются от общепринятых. После извлечения хрусталика завязываем предварительно наложенные шелковые швы и приступаем к выполнению второго, окончательного этапа герметизации роговичного разреза с помощью 6—7 стежков петлеобразного непрерывного нейлонового шва. По мере наложения нейлонового шва предварительные шелковые швы удаляем. Операцию завершаем наложением трех биологических швов на конъюнктиву и введением стерильного воздуха в переднюю камеру глаза.

Предложенный способ герметизации разреза при экстракции катаракты имеет ряд преимуществ. Предварительно наложенные шелковые швы позволяют выполнить окончательную герметизацию разреза без нарушений топографических взаимоотношений в зоне лимба и предотвратить послеоперационный астигматизм. Нейлоновый шов в отличие от шелкового вживляется безреактивно, надежно герметизирует разрез и ускоряет его заживление.

Наш опыт показал, что строгий постельный режим после экстракции катаракты и герметизации разреза непрерывным петлеобразным нейлоновым швом может быть ограничен одними сутками, а госпитализация — 5—6 сутками.

Внедрение в практику работы Республиканской офтальмологической больницы изложенных выше организационных мер, а также усовершенствование техники экстракции катаракты позволили увеличить количество операций по поводу катаракты. По сравнению с 1971 г., в 1975 г. и в последующие годы прооперировано на 63% больше больных. Показатель операций на 1 тысячу населения г. Казани в возрасте старше 40 лет повысился с 1,4 в 1971 г. до 1,9 в 1975 и последующие годы.

Заметно улучшились и исходы экстракции катаракты. Так, частота выпадений стекловидного тела во время операции снизилась и ныне в неосложненных катарактах не превышает 5%; лишь в единичных случаях наблюдается расхождение послеоперационного разреза; редкими стали такие осложнения, как кровоизлияние в переднюю камеру.

Визуальный исход криоэкстракции катаракты за последние годы довольно стабилен. При операции неосложненных катаракт острота зрения с соответствующей коррекцией очками в 50—60% превышает 0,5, а в остальных случаях находится в пределах 0,4—0,3.

Поступила 20 февраля 1979 г.