

Acta otorhinolaryngol. belg.—1986.—Vol. 40.—P. 482—486.

19. Cole J.//Laryngoscope.—1982.—Vol. 92.—P. 863—872.

20. Harris J., Ryan A.//Amer. J. Otolaryngol.—1984.—Vol. 5.—P. 418—425.

21. McKenna M., Mills B.//Otolaryng. Head Neck Surg.—1983.—Vol. 62.—387—390.

22. Shrader M., Weber B., Poppendieck J.//Ann. Otol.—1990.—Vol. 99.—P. 349—359.

23. Shambaugh G., Scott A.//Arch. Otolaryng.—1964.—Vol. 80.—P. 263—270.

24. Yoo T., Shea J., Floyd R.//Amer. J. Otolaryngol.—1987.—Vol. 8.—P. 317—324.

Поступила 01.10.94.

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 617.7—007.681—089.8

Н. Х. Хасанова, З. Г. Камалов, Ф. С. Амирова, Р. Ф. Ахметшин (Казань). Зависимость эффективности антиглаукоматозных операций от способа формирования конъюнктивального лоскута.

Изучено влияние двух способов формирования конъюнктивального лоскута на гипотензивную эффективность операций и отток внутриглазной жидкости в отдаленные сроки наблюдений.

Прооперированы 2 группы больных—150 человек (150 глаз). В 1-й группе (76 пациентов) операции были выполнены с разрезом конъюнктивы у места ее прикрепления по лимбу на протяжении 5—6 мм с последующей отсепаровкой ее на 3—4 мм вверх.

На края конъюнктивальной раны у больных обеих групп на завершающем этапе операции накладывали нейлоновый непрерывный шов с фиксацией его концов.

В возрасте до 50 лет прооперировано 3 пациента, остальные были старше. Открытоугольная глаукома констатирована у 45 больных, закрытоугольная—у 16, смешанная—у 6, вторичная—у 9. Начальная стадия была у 19 пациентов, развитая—у 42, далеко зашедшая—у 15. С умеренно повышенным внутриглазным давлением (ВГД) прооперировано 43 человека, с высоким—33. Коэффициент легкости оттока (КЛО) был низким и колебался от 0,01 до 0,09 мм³/мин. Глубокая склерэктомия произведена 39 (51,3%) пациентам, синусотрабекулоэктомия с задней трепанацией склеры—у 36 (47,4%), иридэктомия—у 1 (1,3%). Осложнений во время операций не было.

В послеоперационном периоде у 2 больных была гифема высотой в 2 мм, которая рассосалась бесследно после двух подконъюнктивальных инъекций эмоксипина.

Во 2-й группе (74 пациента—74 глаза) больные прооперированы с выкраиванием конъюнктивального лоскута традиционным способом—отступя 7—8 мм от лимба и параллельно ему длиной 6—7 мм. Группы больных были стандартизированы по возрасту, форме глаукомы, стадии заболевания, степени компенсации. Больным этой группы также производили глубокую склерэктомия (40 глаз), синусотрабекулоэктомию с задней трепанацией (34 глаза). Сроки наблюдения—до 3 лет (от 18 до 36 мес).

Наблюдения за больными указанных групп показали, что при выкраивании конъюнктивального лоскута разрезом от лимба отмечалось почти ареактивное течение послеоперационного периода. Рана конъюнктивы у лимба быстро склеивалась, рубец был почти незаметен, а глаз спокоен с первых дней. Не было

реакции конъюнктивальных и эписклеральных сосудов. В раннем послеоперационном периоде всегда формировалась разлитая фильтрационная подушка. Ни разу не наблюдалось отхождения конъюнктивального лоскута от лимба. При этом способе во время операции создавались технические удобства для производства основных этапов антиглаукоматозных операций, так как конъюнктива, отсепарованная сверху, расширяла операционное поле, позволяла хорошо контролировать манипуляции в углу передней камеры. У больных при традиционном формировании конъюнктивального лоскута в послеоперационном периоде реактивное воспаление тканей конъюнктивы и эписклеры было более выраженным и держалось длительное (в среднем—8—10 дней), в то время как при лимбальном разрезе они были минимальными и исчезали через 2—3 дня. Кроме того, у 4 больных с традиционным разрезом наблюдалось расхождение краев конъюнктивальной раны, что потребовало повторного наложения швов. У 28 (37,8%) пациентов этой группы в отдаленные сроки выявлен приобретенный птоз (от 1 до 3 мм), в то время как при лимбальном разрезе он был обнаружен у 3 (4%) больных в легкой степени (1,5 мм). Что касается ВГД, то при традиционном способе формирования лоскута умеренно повышенное и высокое давление в отдаленные сроки встречалось в 2 раза чаще, чем при формировании лоскута от лимба (11% и 5,2%). Истинное ВГД при лимбальном разрезе снизилось с $35,1 \pm 1,2$ до $16,8 \pm 0,4$; КЛО увеличился с $0,08 \pm 0,02$ до $0,26 \pm 0,01$, при традиционном—соответственно с $33,2 \pm 1,2$ до $17,8 \pm 0,7$ и с $0,09 \pm 0,01$ до $0,22 \pm 0,01$. Фильтрационная подушечка также чаще сохранялась выраженной при лимбальном способе формирования лоскута.

Приведенные данные свидетельствуют, что лимбальный метод формирования лоскута удобен технически, дает ареактивное заживление раны и создает лучшие условия для восстановления оттока внутриглазной жидкости и нормализации ВГД.

УДК 616.831.9—002—02:[616.28—002.2+616.216.1—002.2

С. К. Мудрецова, В. Т. Тимашов, В. В. Рафаилов (Казань). Обострение хронического воспалительного процесса уха и верхнечелюстной пазухи на фоне вирусного менингоэнцефалита

За последние годы участились случаи серозного менингита при гриппе. Приводим наше наблюдение.

Ш., 12 лет, поступил в клинику 22.11.1993 г. по поводу гнойных выделений из правого уха в течение длительного времени и выделений с неприятным запахом и зуда в левом ухе. В анамнезе у ребенка частые пневмонии, ОРВИ,