

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 зудом в левом ухе. В анамнезе у ребенка частые пневмонии, ОРВИ,

гноймориты и гнойные отиты. В 1986 г. перенес аденоитомию. В феврале 1990 г. произведена радикальная операция на правом ухе по поводу отогенного менингита.

При осмотре ЛОР-органов носовое дыхание свободное, слизистая полости носа розовая, слегка отечна. В носовых ходах скудное количество слизистого отделяемого. Зев симметричный. Небные миндалины на уровне дужек, поверхность гладкая, лакуны свободные. Слизистая глотки физиологической окраски, чистая, влажная. Носоглотка свободная. Слуховой проход правого уха широкий, свободный. Определяется трепанационная полость, в которой видны грязно-серые корочки, эпидермальные массы и слизь. Слуховой проход левого уха также широк. Барабанная перепонка отечна и гиперемирована, в центральной части обширная перфорация, через которую в большом количестве поступает гнойный секрет. Слизистая оболочка барабанной полости утолщена, застойно гиперемирована.

При поступлении был поставлен диагноз: левосторонний хронический мезотимпанит в стадии обострения. Состояние после радикальной операции на правом ухе, отомикоз. Назначена десенсибилизирующая противогрибковая и местная противовоспалительная терапия без применения антибиотиков. Через 10 дней гноеечение из левого уха прекратилось, воспалительные явления стихли. Трепанационная полость в правом ухе хорошо контурируется, патологическое содержимое отсутствует. Ребенка готовят к выписке.

На 13-й день пребывания в стационаре у больного повысилась температура тела до 39°C, появились вялость, головная боль, катаральные явления. После осмотра педиатром был поставлен диагноз ОРВИ и назначено соответствующее лечение. В последующие дни состояние прогрессивно ухудшалось (симптомы Кернига и Брудзинского, явления правостороннего гемипареза в конечностях, многократная рвота). На фоне сопорозного состояния периодически возникало двигательное возбуждение.

Анализ крови: СОЭ — 17 мм/ч, л. — 9,1 — 10 · 10⁹/л. На ЭХОЭГ отмечается смещение срединных структур на 0,5 см справа налево и признаки гипертензионно-гидроцефального синдрома.

На ЭЭГ: очаг патологической активности в правой теменно-затылочной области. При пункции спинномозговая жидкость прозрачная, вытекает каплями, цитоз не выражен, содержание глюкозы нормальное.

Рентгенограмма височных костей соответствует клинической картине и свидетельствует об отсутствии обострения воспалительного процесса в ушах, а рентгенограмма околоносовых пазух — о снижении пневматизации левой верхнечелюстной пазухи. При пункции ее была получена слизь. Диагноз: энцефалит неясной этиологии. Левосторонний мезотимпанит вне обострения. Состояние после радикальной операции на правом ухе. Обострение левостороннего хронического гиперпластического гайморита.

Несмотря на проводимую массивную антибактериальную и дегидратационную терапию состояние больного продолжало ухудшаться и на 17-й день квалифицировано как терминальное. Сознание отсутствовало, реакции зрачков на свет не было, дыхание поддержи-

валось в режиме ИВЛ через трахеотомическое отверстие. Анализ крови: СОЭ — 25 мм/ч, л. — 9,8 — 10 · 10⁹/л. Биохимические анализы показали признаки умеренной почечной и печеночной недостаточности. В иммунологическом статусе — снижение активности клеточного звена иммунитета. К этому времени появились признаки обострения хронического воспаления со стороны правого уха и левой верхнечелюстной пазухи. С целью санации произведена реоперация на правом ухе. При этом было дополнительно вскрыто несколько периапикальных клеток, содержащих гнойный секрет. При пункции вещества мозга в области задней и средней черепных ямок гноя не выявлено. При левосторонней гайморотомии по Колдуэллу — Люку был обнаружен гнойный секрет в небольшом количестве.

20.12.1993 г. произведена ЯМР-томография головного мозга. На ЯМР-томограммах в теменно-затылочной области определяется гиперинтенсивный сигнал до 3,5 см в диаметре. Мозговой рельеф сглажен, рисунок мозга нечеткий. При повторной ЯМР-томографии через 17 дней очаг практически исчез, однако несколько усилились общемозговые нарушения, особенно в области ствола мозга.

12.01.1994 г. на фоне активно проводимой дегидратационной, дезинтоксикационной, антибактериальной и гипосенсибилизирующей терапии в состоянии больного наметилась положительная динамика: появились слабая реакция на боль, осознанная двигательная активность. Через 2,5 месяца от начала заболевания больному хорошо вступает в контакты, самостоятельно сидит. С остаточными явлениями в неврологическом статусе (расходящееся косоглазие, левосторонний гемипарез, снижение остроты зрения) больной выписан домой под наблюдение невропатолога.

Особенность данного наблюдения заключается в возникновении менингоэнцефалита на фоне вирусной инфекции, а также обострения хронического воспалительного процесса в правом ухе и левой верхнечелюстной пазухе, что потребовало хирургического вмешательства.

Активная противовоспалительная дегидратационная терапия и применение иммуномулирующих препаратов привели к выздоровлению больного, но с сохранением остаточных неврологических нарушений.

УДК 616.211—002—039.34

В. Н. Цибулькина, М. И. Хасанова, Г. В. Черепнев (Казань). Аллергический ринит как проявление «атопического фенотипа»

Под нашим наблюдением в Республиканском центре клинической иммунологии находились 96 больных аллергическим ринитом в возрасте от 24 до 40 лет. Пациенты (40 мужчин и 56 женщин) наблюдались регулярно на протяжении 5 лет. Длительность заболевания не превышала 10 лет. Диагностическая программа ставила целью установление признаков «атопического фенотипа» и специфической гиперчувствительности у больных аллергическим ринитом. Она включала аллергологический анамнез, кожное тестирование, провокационные назальные тесты, тест торможения естественной эмиграции лейкоцитов (ТТЕЭЛ) с гистамином, определение числа эозинофилов в периферической крови, оценку гуморального и клеточного иммунитета, HLA-типирование.