

НОВЫЙ МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СТОЙКОЙ ПОСТКОНТУЗИОННОЙ ГИПОТОНИИ

Н. Х. Хасанова, Ф. С. Амирова

Кафедра офтальмологии (зав.— доц. З. Г. Камалов) Казанского государственного
медицинского университета

Тяжелые контузии глазного яблока могут сопровождаться постконтрузионной гипотонией. Она может развиваться в раннем периоде после контузии и быть проявлением сосудистой реакции цилиарного тела на нанесенную глазу травму — «шок» сосудистой системы по Хейденрайху. В результате этой реакции снижается продукция внутриглазной жидкости. Такая гипотония, как правило, исчезает после терапии, направленной на улучшение микроциркуляции и обменных процессов в цилиарном теле. Вторая форма постконтрузионной гипотонии, по нашему мнению, держится длительно, консервативная ее терапия, как правило, неэффективна. Она обусловлена рядом анатомических изменений в углубленной передней камере в результате тяжелой тупой травмы: разрыва внутренней стенки шлеммова канала, отрыва цилиарного тела от склеральной шпоры на различном протяжении периметра угла. Такая форма гипотонии при длительном существовании может быть не только причиной слабости зрения и слепоты, но и анатомической гибели глаза (субатрофии, атрофии). В литературе нет четких разграничений указанных форм постконтрузионной гипотонии. Последние необходимы для адекватного лечения, направленного на устранение патогенетических механизмов, формирующих гипотонический синдром после контузий.

Для лечения стойкой постконтрузионной гипотонии предложены различные методы: диатермокоагуляция зоны шлеммова канала [3], склероциклография [1, 2], криопексия области цилиарного тела [7], диатермокоагуляция склеры над областью циклодиализа в сочетании с тампонадой супрацилиарной щели аутокровью [5], аргонлазеркоагуляция супрацилиарной щели [6]. Однако эти методы неэффективны; их использование зачастую ведет к повторным операциям, а иногда к их комбинациям.

Цель настоящей работы — изучить

эффективность новой операции, а именно блокады супрацилиарной щели биотканями при стойкой постконтрузионной гипотонии.

Нами проведены наблюдения за эффективностью нового способа у 16 больных в возрасте от 9 до 55 лет. Среди больных с травматической гипотонией было трое детей от 9 до 12 лет. Все пациенты имели в анамнезе тяжелую контузию, однако по поводу гипотонии обратились через довольно продолжительные сроки после травмы. Минимальный срок составлял 1 месяц, максимальный — 5 лет. Поэтому при обращении у всех обнаружилась глубокая гипотония на совершенно спокойном глазу. Уровень внутриглазного давления (ВГД) колебался от 1,1 до 1,3 кПа. Всем пациентам проведены следующие исследования: визопериметрия, биомикроскопия, гониоскопия, микроофтальмоскопия, электроофтальмоскопия, тонометрия тонографией, эхография, у 9 пациентов — электроретинография (ЭРГ).

Кроме отрыва цилиарного тела констатированы следующие изменения: субкапсулярная катаракта (5 глаз), мидриаз (4), разрывы хориоидеи (6), подвывих хрусталика (6), вторичная дистрофия макулы (3), частичная атрофия зрительного нерва (2). У 5 больных наблюдалось одновременное сочетание трех осложнений. Передняя камера была мелкой у 10 человек, неравномерной глубины — у 5, слегка неправильной формы зрачок за счет иридодиализа соответственно участку отслоившегося цилиарного тела — у 10, легкий иридоноз — у 5. Кроме того, у всех на глазном дне выявлялся типичный, увеличенный в размере застойный диск зрительного нерва. В перипапиллярной и макулярной областях сетчатка была отечна, местами напоминала скомканную пергаментную бумагу. Острота зрения равнялась светоощущению у 7 пациентов, от 0,02 до 0,1 — у 9. Поле зрения у всех было нормальным. Гониоскопи-

чески, после надавливания на роговицу (корнеокомпрессия) в секторе, соответствовавшем отстойке цилиарного тела, угол передней камеры становился более узким.

При компрессии противоположного отдела роговицы удавалось увидеть щель темного цвета, слегка прикрытую корнем радужки и уходившую под цилиарное тело. Такое отслоение цилиарного тела в пределах периметра одного квадранта имело место у 8 лиц, двух квадрантов — у 5, круговой отрыв — у 3. В последних трех случаях смещения зрачка не определялось, а из-за очень мелкой передней камеры угол гониоскопически не открывался. Был предположен круговой отрыв цилиарного тела, что подтвердилось после произведенных операций. Блокада отрыва цилиарного тела снизила гипотонию, не восстановила переднюю камеру. Через неделю была сделана блокада сверху, которая восстановила глубину камеры и нормализовала ВГД (на следующий же день после второй операции — до 2,3—2,5 кПа). Пломбировочным материалом у 10 пациентов была твердая мозговая оболочка, у 6 — широкая фасция бедра. Асимметрия размеров глаза эхографически составляла 1,0—1,5 мм, только в двух случаях — 4 мм. Предварительно проведенная консервативная терапия (подконъюнктивальные введения 0,1 % раствора сернокислого атропина), инстилляция его 1 % раствора, а также применение сосудорасширяющих препаратов, направленных на усиление кровоснабжения цилиарного тела, улучшение его секреторной способности у всех больных и подшивание цилиарного тела у одного из них не дали должного эффекта.

Больным была произведена блокада супрацилиарной щели [4]. После обычной эпibuльбарной, ретробульбарной анестезии, акинезии, разреза и отсепаровки конъюнктивы сделаны сквозные разрезы склеры над областью установленного циклодиализа с отступом на 1,5 мм от лимба и перпендикулярно к нему длиной 2,0—2,5 мм с дренажем супрахориоидальной жидкости. Число разрезов определялось протяженностью отрыва цилиарного тела. При отрыве по периметру одного квадранта необходимо сделать 3 разреза, что облегчает проведение

пломбировочного материала шириной в 1,5—2,0 мм. Протягивание этой ленты осуществляется узкой петлей или плоской иглой с затупленными концами. В месте введения и выведения plombировочную ткань фиксируют к склере одним швом. После вскрытия глаза было отмечено обильное истечение жидкости у всех больных с обменением передней камеры (у 6 из них).

Гипотонический синдром устранен у всех оперированных. У 3 пациентов в первые три дня после операции выявлялась даже легкая гипертензия, сменившаяся нормальным офтальмотонусом. Следует заметить, что передняя камера восстановилась до нормальной глубины уже на второй день после операции.

Послеоперационный период протекал почти ареактивно, лишь у 5 пациентов имели место явления легкого ирита, которые быстро купировались инстилляциями дексаметазона. У 6 больных с подвывихом хрусталика пропал иридофакодонез вследствие образования задних синехий. Картина застойного соска полностью исчезла у всех оперированных. Острота зрения повысилась: у 9 человек — с 0,02—0,1 до 0,3—0,5, у 4 — со светощущения до 0,1, у 1 — со светощущения до 0,05. У 2 пациентов зрение осталось прежним (равным светощущению) из-за вторичной макулодистрофии. ВГД составляло 2,3—2,5 кПа у всех оперированных с 2—3-го дня после операции. Больной находился в стационаре в среднем 12 дней. Прослеженный эффект длился от 1 года до 5 лет. Острота зрения у 2 больных повысилась с 0,3 до 0,5, у одного — с 0,1 до 0,3; у остальных она осталась такой же, как в день выписки из стационара. ВГД у всех было нормальным (от 2,4 до 2,9 кПа). Гониоскопически в месте произведенной операции была видна белая plombировочная ткань с полным закрытием циклодиализной щели.

Следовательно, plombирование супрацилиарной щели биотканями при постконтузионной гипотонии вследствие отрыва цилиарного тела от склеры является новым эффективным методом борьбы с указанным осложнением тяжелой тупой травмы. Операция проста по технике исполнения, безопасна; в 100 % случаев она дает на-

дежный эффект излечения гипотонического синдрома, не требует повторных вмешательств или комбинаций ее с другими методами лечения. Этот способ хирургического лечения постконтузионной гипотонии глаза можно рекомендовать для широкого применения в офтальмотравматологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисенко И. Ф., Перламутрова В. В.// Вестн. офтальмол.— 1983.— № 4.— С. 32—33.
2. Волков В. В., Гацу А. В.//Офтальмохирургия.— 1989.— № 3—4.— С. 70—72.
3. Гундорова Р. А., Петропавловская Г. А. Тупые травмы.— М., 1975.
4. Кобзева З. И., Дудинов О. О. Авт. свид-во № 1482693 от 01.11.1989 г. на «Способ хирургического лечения отслойки цилиарного тела».
5. Родзевич Г. З., Пайкина О. Л. Новые методы диагностики и лечения повреждения органа зрения.— Калининград, 1987.

УДК 616.318—08

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЯЗЫКА И ЕГО ПОВРЕЖДЕНИЯ

(клинико-статистические аспекты)

И. Г. Ямашев

Кафедра хирургической стоматологии (зав.— проф. И. Г. Ямашев)
Казанской государственной медицинской академии последипломного образования

Язык, возникший в филогенезе как орган механического действия и осязания, в ходе эволюции стал выполнять самые разнообразные функции, которые влияют не только на жизнедеятельность организма, но и на связь человека с внешним миром и обществом. Именно его многофункциональность, анатомо-топографические особенности и определенная защищенность от внешних травмирующих воздействий свидетельствуют о большом значении, какое придала природа этому органу. В этой связи особый интерес представляют патологические состояния языка и его травмы. Вместе с тем в отечественной и зарубежной литературе не уделено должного внимания вопросам распространенности заболеваний и травм языка, особенностям клинического проявления и продолжительности лечения тех его болезней, по поводу которых пациентов госпитализируют в челюстно-лицевые стационары.

Изучена заболеваемость болезнями и травмами языка по материалам обращаемости в МСЧ КАПО им. С. П. Горбунова за 30-летний период

6. Родзевич Г. В., Пайкина О. Л., Панькин С. В., Светлова О. В. Тезисы докладов научно-практической конференции, посвященной 110-летию со дня рождения С. В. Очаковского.— Краснодар, 1988.

7. Demeller U.//Eys.— 1988.— Vol. 2.— P. 77—79.

Поступила 22.06.94.

NEW METHOD OF THE SURGICAL TREATMENT OF PERSISTENT POSTCONTUSION HYPOTONY

N. Kh. Khasanova, F. S. Amirova

Summary

The efficacy of the new operation — the supraciliary slit blockade by means of biotissue in persistent postcontusion hypotony — developed by Z. I. Kobzeva, professor, is analyzed. The reasonably high efficacy, realization ease of the operation allow to recommend it for the wide clinical use.

(1961—1990) и за 3 года (1987—1989) в стоматологическую поликлинику № 2 г. Казани. В соответствии с задачами исследования по этим учреждениям выкопированы и углубленно проанализированы 60487 индивидуальных карт амбулаторных больных. Кроме того, проанализированы 555 историй болезни лиц, госпитализированных по поводу заболеваний и повреждений языка (ЗПЯ) в челюстно-лицевые отделения лечебно-профилактических учреждений Министерства здравоохранения РТ и Казанского городского управления здравоохранения в 1961—1990 гг.

Анализ эпидемиологии ЗПЯ показал, что их частота составляет $1,89 \pm 0,18$ случая на 10 тысяч взрослого городского населения. Установлено, что поражения языка наиболее характерны для женской части населения ($P < 0,01$). Чаще всего они выявлялись у лиц в возрасте 40 и более лет с пиком заболеваемости в 60—69 лет — в этом периоде уровень заболеваемости в 2 с лишним раза превышал средний показатель по всему населению.