

шим данным, только у 3 из 31 больного. У подавляющего большинства пациентов наиболее результативной была артротомия с введением дренажа или открытым ведением раны.

Присоединение гнойно-некротических изменений в суставных поверхностях фаланг существенно ухудшает состояние больного. Процесс переходит в следующую фазу — костно-суставной панариций (у 18,5%). В результате вскрытия гнойников в зоне сустава возникают свищи. Наблюдаются патологическая подвижность в суставе, типичная крепитация в нем за счет разрушения костно-суставной поверхности. Рентгенологические данные подтверждают диагноз.

Вид операции зависел от объема поражения. У 60% больных была выполнена артротомия с резекцией суставной поверхности, у остальных — ампутация.

Особую группу составили пациенты с наиболее тяжелой формой заболевания — пандактилитом (у 15,6%). Данное осложнение характеризовалось влажным некрозом и гнойным расплавлением тканей пальцев. В процесс вовлекалась кисть, наблюдался лимфангоит. Довершала клинику выраженная интоксикация: слабость, высокая температура, озноб и т. п.

Лечение больных было только хирургическим. Угроза генерализации процесса, реальность сепсиса делали активную

тактику единственно возможным методом лечения. Операцию, как правило, начинали с широкого рассечения тканей, санации, удаления секвестра и дренирования раны. К сожалению, у большинства больных в связи с запущенностью заболевания на догоспитальном этапе щадящие операции были лишь промежуточным этапом лечения. У 83,6% больных выздоровления удалось добиться только с помощью ампутации. По-видимому, этот объем операции является хотя и вынужденным, но оправданным ввиду тяжести нагноительного процесса и его распространенности.

Следует подчеркнуть, что во всех случаях проведения операции мы действовали по органосохраняющему принципу, то есть стремились сохранить функциональную полноценность кисти или, если это было невозможно, добиться косметической полноценности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лишке А. А., Лунегов А. И. // Костный панариций у взрослых и детей. — Пермь, 1977.
2. Лыткин М. И., Косачев И. Д. // Панариций. — Л., Медицина, 1975.
3. Фишман Л. Г. // Клиника и лечение заболеваний пальцев и кисти. — М., Медгиз, 1963.

Поступила 21.05.86

УДК 617.735—007.281

СВЯЗЬ ПОЛОЖЕНИЯ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА В ОРБИТЕ С ЦИЛИОХОРИОИДАЛЬНОЙ ОТСЛОЙКОЙ

Е. А. Карташева, О. Д. Машуков

Кафедра глазных болезней лечебного факультета (зав.— член-корр. АМН СССР, проф. А. П. Нестеров) 2-го МОЛГМИ имени Н. И. Пирогова

Одним из наиболее частых, иногда достаточно серьезных осложнений экстракции катаракты является цилиохориоидальная отслойка. В. В. Волков [1] полагает, что ее пусковым механизмом служит коллапс глазного яблока во время операции. Герметизация раны при дефиците содержимого глазного яблока ведет к возникновению под склерой вакуума, в дальнейшем постепенно заполняющегося трансудатом.

Цель наших исследований — выяснить, не связано ли положение глазного яблока в орбите с появлением коллапса роговицы во время экстракции катаракты, а также с возникновением отслойки сосудистой оболочки в послеоперационном периоде.

Под нашим наблюдением находилось

87 больных (35 мужчин и 52 женщины) в возрасте от 44 до 87 лет с незрелой, зрелой и перезрелой возрастной катарактой. Востояние глазного яблока измеряли с помощью зеркального экзофтальмометра Гертеля. По положению глазного яблока в орбите пациенты были разделены на 3 группы. У больных 1-й группы (29 чел.) величинаостояния была меньше 16 мм, 2-й (46) — 16—20 мм, 3-й (12) — превышала 20 мм.

Предоперационная подготовка была одинаковой для всех больных и состояла из премедикации (2% промедола, 2% ди-медрола по 2,0 внутримышечно в одном шприце, глицерола — 180,0—200,0 внутри за 40—50 мин до операции). При планировании экстракапсулярной экстракции

катаракты за 30 мин до операции под конъюнктиву из 3 точек у лимба вводили по 0,3—0,4 мл мезатона и по 0,2—0,3 мл 0,1% сульфата атропина.

На операционном столе после акинезии и ретробульбарной анестезии проводили мануальный массаж глазного яблока. Коллапс роговицы после удаления хрусталика был виден невооруженным глазом. О наличии или отсутствии отслойки сосудистой оболочки в послеоперационном периоде судили по данным двухмерного ультразвукового сканирования (см. табл.).

Число больных с цилиохориоидальной отслойкой в зависимости от положения глазного яблока в орбите и наличия коллапса роговицы во время операции

Положение глазного яблока	Коллапс роговицы	Отслойка хориоидеи
Западение глазного яблока ($n = 29$)	27	21
Нормальное положение глаза ($n = 46$)	16	9
Выстоящее глазное яблоко ($n = 12$)	0	0

При обработке полученных данных методом оценки разности относительных показателей оказалось, что больных с коллапсом роговицы, выявленным на операционном столе сразу же после экстракции катаракты, достоверно больше в группе с западением глазного яблока, чем со средним его положением. Среди больных с выстоящим глазным яблоком коллапса роговицы мы не наблюдали. При сравнении показателей в 1 и 2-й группах разность превышала свою ошибку более чем в 8 раз.

Хотя отслойка хориоидеи у больных всех групп встречалась значительно реже, чем коллапс роговицы, она гораздо чаще

бывала при западении глазного яблока, чем при нормальном его положении. При выстоящем глазном яблоке цилиохориоидальной отслойки не обнаружено. У подавляющего числа пациентов отслойка сосудистой оболочки была выражена слабо, определялась только при сканировании или была видна при осмотре в проходящем свете лишь на периферии. Только у 2 больных глубина передней камеры была уменьшенной. При сравнении показателей у лиц с западением глазного яблока с показателями пациентов с нормальным его положением разность превышала свою ошибку более чем в 2 раза. При выстоянии глазного яблока отслоек сосудистой оболочки мы не выявили, возможно, из-за небольшого числа лиц в этой группе (положение глазного яблока в орбите, превышающее по данным экзофтальмометрии 20 мм, встречается нечасто).

ВЫВОДЫ

1. У больных даже с незначительным западением глазного яблока сразу же после удаления хрусталика нередко возникают коллапс роговицы, а также отслойка хориоидеи в послеоперационном периоде.

2. При глубоком положении глазного яблока в орбите для избежания коллапса роговицы во время экстракции катаракты и отслойки сосудистой оболочки в послеоперационном периоде рекомендуется в начале операции подшивать кольцо Флиринга.

ЛИТЕРАТУРА

1. Волков В. В. // Вестн. офтальмол.— 1973.— № 5.— С. 31—35.

Поступила 24.12.86.

ОБЗОРЫ

УДК 616.127—005.4—06:616.126.422—085.217.34

ПРИМЕНЕНИЕ СОСУДОРАСШИРЯЮЩИХ СРЕДСТВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ЗАСТОЙНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Е. И. Жаров, М. А. Бузанова, А. Л. Верткин

Кафедра внутренних болезней № 4 (зав.— проф. Е. И. Жаров) Московского медицинского стоматологического института имени Н. А. Семашко

Застойная сердечная недостаточность продолжает оставаться очень распространенным осложнением ишемической болезни сердца, нередко приводящим больных к летальному исходу. Для рационального лечения этого ослож-

нения необходимо понимание лежащих в его основе патофизиологических механизмов. У пациентов с застойной сердечной недостаточностью наблюдаются характерные гемодинамические нарушения. Частота сердечных