

ՇՆՁԱԿԱՆ ՕՐԳԱՆՆԵՐԻ ՓՈՇԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ
ԼԵՌՆԱՀԱՆՔԱՅԻՆ ԱՐԴՅՈՒՆԱՐԵՐՈՒԹՅԱՆ ՄԵՋ ԶԲԱՂՎԱԾ ԲԱՆՎՈՐՆԵՐԻ ՄՈՏ

Ուսումնասիրվել է փոշային ծագման խրոնիկական բրոնխիտի և սիլիկոզի տարածվածությունը Հայաստանի լեռնահանքային արդյունաբերության առաջատար ձեռնարկություններում դրազված բանվորների մոտ: Տարբեր հանքավայրերում հետազոտված 1420 հոգուց փոշային բրոնխիտ ախտորոշվել է հիմնական խմբերում 3,8-ից մինչև 20 % դեպքերում, օժանդակ խմբերում՝ մինչև 6,5 %:

Հարկ է նշել, որ դիտվել են հիմնականում թույլ արտահայտված բրոնխիտի դեպքեր: Վերջին 5 տարում առաջնակի սիլիկոզ հայտնաբերվել է ընդամենը 10 բանվորի մոտ, առավելապես նրա ինտերստիցիալ ձևերը առաջին ստադիայում: Մեր կլինիկայի տվյալներով նշված հիվանդությունները զարգացել են 10 տարուց ավելի փոշու ազդեցության ներքո աշխատելու դեպքում:

G. A. NARGIZIAN, A. M. MELKONIAN, V. S. ARMENAKIAN, S. Sh. PAPOYAN,

ON THE DUST DISEASES OF THE RESPIRATORY ORGANS IN
WORKERS OF MINING PRODUCTION IN ARMENA

The incidence of dust diseases of respiratory organs has been studied in conditions of Armenia. The prevalence of the initial forms of these diseases with few symptoms is established.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Волкова В. М., Бродский О. Б., Топчий Р. В. и др. Гиг. труда и проф. заболевл., 1981, 1, с. 24.
2. Измеров Н. Ф. Там же, 1984, 8, с. 1.
3. Левин А. И., Блохина Л. М. Там же, 1984, 8, с. 16.
4. Лутаи А. В. Там же, 1977, 8, с. 6.
5. Монаенкова А. М., Глотова К. В., Палагушина А. И. Там же, 1982, 7, с. 22.
6. Наргизян Г. А., Азоян И. С. Ж. экспер. и клин. мед. АН АрмССР, 1981, XXI, 1, с. 56.

УДК 616—006.36—053

Т. Л. ОВСЕПЯН, Л. А. ГАЛСТЯН, А. С. ВАРТАНЯН

БРЕФОСКЛЕРОПЛАСТИКА ПРИ ВЫСОКОЙ
ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ МИОПИИ У ЛЮДЕЙ
МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Предложена новая модификация склеропластических операций с использованием лиофилизированной и силиковысушенной аллобрефосклеры, что позволит стабилизировать процесс прогрессирования миопии, предотвратить возможные осложнения и повысить зрительные функции благодаря улучшению питания тканей глаза.

Высокая прогрессирующая близорукость часто приводит к снижению трудоспособности, нередко являясь причиной слепоты. Существующие

щие методы консервативного лечения малоэффективны, в связи с чем в последнее десятилетие широкое распространение приобретают хирургические методы профилактики и лечения близорукости, в частности различные модификации укрепления склеры [4—6, 8, 9]. Главной задачей является поиск наилучшего материала для трансплантации и более эффективной технологии таких операций. В качестве трансплантата наряду с применявшейся ранее широкой фасцией бедра самого пациента [5] используется гомосклера [3, 4, 6, 9, 13]. При этом необходим контакт донорской склеры со склерой «хозяина», так как трансплантат оказывает местное тканевое действие, способствует укреплению коллагенового остова склеры реципиента, а также стимулирует развитие новых сосудов, улучшающих их питание.

Таким образом, положительный эффект склеропластических операций при близорукости не вызывает сомнения [1, 12]. Однако послеоперационный период часто сопровождается выраженным отеком конъюнктивы и тенонитом, что ухудшает исход операций [3, 6, 8].

Нами с 1981 г. впервые в качестве трансплантата использовалась лиофилизированная и силиковысушенная брешосклера для склеропластических операций при прогрессирующей близорукости. В литературе мы не встретили работ, посвященных изучению зависимости течения послеоперационного периода от способа консервации.

Методика заготовки и консервации склеры заключается в следующем: в стерильных условиях с трупного глазного яблока срезали все мягкие ткани, удаляли внутренние оболочки и вырезали полоску склеры шириной 7—8 мм и длиной 8—9 см по спирали. Трансплантаты обрабатывали в водном растворе 1 : 2000 бриллиантовой зелени, после чего наружную поверхность склеры очищали от остатков мышц, конъюнктивы и теноновой капсулы, затем подвергали консервации методом лиофилизации или высушивания на силикагеле. За 40 мин до операции производили регидратацию трансплантата в 10 мл физиологического раствора (10000 ед. антибиотика), а затем промывали его в стерильном физиологическом растворе.

Под нашим наблюдением находилось 18 больных (19 глаз) с прогрессирующей близорукостью высокой степени в возрасте от 12 до 35 лет. Женщин было 8, мужчин—10. Семейный характер выявлен у 7 больных. Степень близорукости варьировала от 6,0 до 34,0 дптр. В зависимости от степени миопии изменения со стороны глазного дна были различными: от миопического конуса до задней истинной миопической стафиломы с грубыми дегенеративно-атрофическими изменениями глазного дна. Поле зрения в 14 глазах было в пределах нормы, в 5 глазах отмечалось его концентрическое сужение с наличием центральных и парacentральных скотом. Передне-задняя ось до операции была равна 23,6—34,2 мм.

Показанием к операции склеропластики считали: 1. Быстро прогрессирующую близорукость выше 6,0 дптр. (прогрессирование в год 1—2 дптр.). 2. Стационарную близорукость выше 10,0 дптр. 3. Высокую близорукость с выраженными дегенеративными изменениями на глазном дне

со снижением остроты зрения. Все больные до операции неоднократно получали курс консервативного лечения, но особого улучшения зрения не отмечали.

Техника операции: выполняли экстрасклеральную аллосклеропластику в двух вариантах. Первый вариант—секторообразная аллосклеропластика. После обезболивания производили разрез конъюнктивы и теноновой капсулы в наружном отделе, отступя от лимба на 6—8 мм. Отсепаровывали ткани от эписклеры шпателем. Трансплантат склеры шириной 6—7 мм и длиной 8—9 мм последовательно проводили под верхней наружной и нижней прямыми мышцами, затем подтягивали и подшивали к склере у места прикрепления верхней и нижней прямых мышц.

Второй вариант—полисадная аллосклеропластика: 4 разреза проводили в косых меридианах, отступя от лимба на 8—9 мм, каждый длиной 8—10 мм. Осторожно шпателем отслаивали от склеры тенонову капсулу в виде туннеля до заднего полюса глаза. Полоскообразный или бочкообразный трансплантат вводили в эти туннели до заднего полюса глаза и подшивали одним П-образным или узловым швом к склере на уровне прикрепления прямых мышц.

Выбор величины и формы трансплантата, а также методика операции не зависели от возраста больного и состояния глаза. В последующем при проверке исхода было установлено, что величина и форма трансплантатов существенно не отражается на результатах операции.

Течение послеоперационного периода было гладким. Непосредственно после операции всем больным назначались анальгетики, антигистаминные препараты, кортикостероиды. Функции глаза определялись к моменту выписки и амбулаторно на 3-й неделе после операции, через 1, 3, 6 и 12 месяцев. В ближайший послеоперационный период у 9 оперированных больных отмечено улучшение зрения на 0,05—0,3 без коррекции. Больных выписывали на 10—18-й день после операции. Отдаленные исходы проверены у 17 больных (17 глаз) в сроки наблюдения от 6 месяцев до 14 лет. Следует отметить более высокие визуальные результаты в отдаленные сроки с коррекцией. Во всех группах средние размеры слепого пятна в отдаленные сроки уменьшились. Данные тонометрии и тонографии позволили заключить, что аллосклеропластика гемодинамику глаз не ухудшает. В отдаленные сроки наблюдения результаты ультразвуковой биометрии, произведенной на эхоофтальмометре «Эхо-21», показали уменьшение передне-задней оси в 11 глазах, ось не изменилась в 6 глазах. Передне-задняя ось в среднем укорачивалась на 1,01 мм. Параллельно наблюдалось изменение степени миопии и переносимой коррекции. Переносимая коррекция в среднем уменьшилась на 0,6 дптр. Прекращение у большинства оперированных детей и подростков прогрессирования высокой миопии, по-видимому, как и у взрослых, можно объяснить укреплением области экватора и заднего отдела трансплантатом аллосклеры, пересаженной экстрасклерально.

Таким образом, техническая простота, отсутствие осложнений во время операции и в послеоперационном периоде и положительные результаты операции (стабилизация процесса прогрессирования миопии,

сохранение остроты зрения и отсутствие осложнений самой миопии в послеоперационном периоде) позволяют рекомендовать склеропластику при прогрессирующей миопии высокой степени.

Кафедра глазных болезней
Ереванского медицинского
института

Поступила 13/V 1985 г.

Տ. Լ. ՀՈՎՍԵՓՅԱՆ, Լ. Հ. ԴԱԼՍՏՅԱՆ, Ա. Ս. ՎԱՐԴԱՆՅԱՆ

**ԲՐԵՖՈՍԿԼԵՐՈՊԼԱՍՏԻԿԱՆ ԲԱՐՁՐ ՋԱՐԳԱՑՈՂ ԿԱՐՃԱՏԵՍՈՒԹՅԱՄԲ
ՏԱՌԱՊՈՂ ԵՐԻՏԱՍԱՐԴՆԵՐԻ ՄՈՏ**

Կատարվել են սկլերոպլաստիկ վիրահատություններ զարգացող կարճատեսությամբ տառապող 18 հիվանդների մոտ: Վիրահատության ժամանակ օգտագործվել է բրեֆոսկլերա, կոնսերվացված լիոֆիլիզացիայի և սիլիկաչորացման եղանակներով: Նշված վիրահատությունը թույլ է տալիս կայունացնելու կարճատեսության զարգացումը, բարձրացնում տեսողական ֆունկցիաները և հաշիվ աչքի հյուսվածքների սնուցման լավացման:

T. L. HOVSEPIAN, L. A. GALSTIAN, A. S. VARTANIAN

**BREFOSCLEROPLASTICS IN HIGH PROGRESSIVE MYOPIA IN
YOUNG PERSONS**

A new modification of scleroplastic operations is proposed with application of lympholized and sillicodried allobrefosclera. The operation stabilizes the process of myopia progression, prevents possible complications and increases the visual functions of the eye.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Зайкова М. В., Марков Е. П. Вестн. офтальмол., 1982, 4, с. 30.
2. Балашова Н. Х. В кн.: Хирургия аномалий рефракций глаза. М., 1978, с. 32.
3. Беляев В. С., Ильина Т. С. В кн.: Тезисы докладов III зональной научной конференции офтальмологов Дальнего Востока. Хабаровск, 1972, с. 63.
4. Беляев В. С. В кн.: Операции на роговой оболочке и склере. М., 1984.
5. Ерошевский Т. И., Мачехин В. А., Кондраков Е. В. Вестн. офтальмол., 1982, 4, с. 20.
6. Зайкова М. В., Негода В. Ш. Вестн. офтальмол., 1979, 2, с. 32.
7. Зайкова М. В., Марков Е. Н. Вестн. офтальмол., 1982, 4, с. 30.
8. Маценко В. П. Дисс. канд. Владивосток, 1979.
9. Пивоваров Н. Н., Приставка Э. Ф., Ширшиков Ю. К. В кн.: Всесоюзная конф. по вопросам детской офтальмологии, ч. I. М., 1979, с. 141.
10. Розенблом Ю. Э., Аветисов В. Э. В кн.: Проблемы рефракции глаза. М., 1981.
11. Ронкина Т. И., Балашова Н. Х. Там же, с. 62.
12. Савиных В. И. Дисс. канд. М., 1982.
13. Snyder A. A., Thompson F. B. Amer. J. Ophthalm., 1972, 74, 2, 273.