

Возможность иерсиниозного артрита следует иметь в виду у всех больных серонегативными артритами, помня, что такие больные поступают в ревматологические, а не инфекционные стационары.

НИИ кардиологии им. Л. А. Оганесяна МЗ Арм ССР,
НИИ эпидемиологии, вирусологии и медицинской
паразитологии им. А. Б. Алексаняна МЗ Арм ССР

Поступила 13/III 1986 г.

Ս. Վ. ԱՂԱԲԱՐՈՎ, Ծ. Ս. ՊԵՏՏՈՍՅԱՆ, Տ. Մ. ԽԱՉԱՏՐՅԱՆ, Գ. Ռ. ԳԱԲՐԻԵԼՅԱՆ

ԻԲՐՍԻՆԻՈՋ ԱՐԹՐԻՏԻ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ԲՆՈՒԹԱԳԻՐԸ

Հոդվածում արված է անակտիվ իբրսինիոզ արթրիտով հիվանդների կլինիկական բնութագիրը, որոնք երկու տարվա ընթացքում դիտարկվել են հանրապետական ունիվերսիտետի կենտրոնում: Հեղինակները հանգել են այն եզրակացության, որ իբրսինիոզ արթրիտը զգալի տարածում ունի հայկական պոպուլյացիայում և սերոնեգատիվ արթրիտների մեջ կազմում է էական բաժին:

S. V. AGHABABOV, Ts. PETSOSSIAN, T. M. KHACHATRIAN, G. R. GABRIELIAN

THE CLINICAL CHARACTERISTICS OF YERSINIOUS ARTHRITIS

The clinical characteristics of the patients with reactive yersinious arthritis is given. The significant number of persons with this pathology has been found out among the patients with seronegative arthritis. The effectiveness of the timely therapy has been established.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Агабабова Э. Р. Ревматология, 1985, 1, с. 3.
2. Ahvonen P., Stevers K., Aho K. Acta Rheumatol. Scand., 1969, vol. 15, 232.
3. Tolvanen A., Granfors K., Lahtesmaa-Rantala R. et al. Immunol. Rev., 1985, 86, 47.

УДК 616.211—007—089.844

Р. Г. ЗАХАРЯН, Р. Т. КОСТАНЫАН

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ РИНОПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Приводятся результаты восстановительных операций носа, произведенных с целью устранения косметических изъянов и восстановления его функций.

Возрастающая обращаемость больных с деформациями наружного носа и перегородки к оториноларингологам, стоматологам, хирургам и косметологам в поисках наиболее квалифицированного лечения указывает на необходимость выработки единого подхода в вопросах госпитализации и лечения этих больных. Задачей восстановительных операций являются устранение косметических изъянов (контурная пластика) и восстановление функций (функциональная пластика) носа, так называемые ринопластические операции [2]. В настоящей работе рас-

считаются некоторые вопросы косметической ринопластики—показания, противопоказания, подготовка, планирование операции, выбор метода и техники хирургического вмешательства.

За 5 лет в ЛОР клинике сделано 1565 восстановительных операций носа, из коих у 748 больных одновременно произведена косметическая и функциональная пластика, у 716—только косметическая и у 101—функциональная ринопластика. Мужчин было 567, женщин—998. В возрасте до 20 лет было 316, от 2 до 30—825, старше 30 лет—424 человека. Давность заболевания от 2 до 5 лет отмечалась у 342, от 5 до 10 лет—у 412, более 10 лет—у 811 больных. С врожденными дефектами носа были: горбатый нос—у 206, длинный—у 176, широкий нос—у 47, с комбинированными дефектами было 287 человек. Из приобретенных деформаций кривой нос был у 146, седловидный—у 52 и комбинированные деформации—у 550 человек. Среди причин, вызвавших деформацию, преобладали перенесенные в разное время травмы носа.

Ринопластические операции производились у больных с врожденными и приобретенными дефектами и деформациями носа, сопровождающимися нарушением дыхательной, обонятельной, резонаторной и других функций. Противопоказанием считались острые заболевания носа и придаточных пазух, декомпенсация и обострение сердечно-сосудистых заболеваний, болезни крови, эндокринные и психические заболевания.

Подготовка к операции начиналась с изучения характера, величины и локализации наружных деформаций носа, определения степени искривления перегородки, проходимости носовых ходов, состояния носовых раковин и вентиляции придаточных пазух. В связи с предстоящей операцией решались и некоторые вопросы психического характера. Большое значение уделялось предварительному знакомству хирурга с пациентом, чтобы хирург видел и обследовал «не нос, а человека с носом» [4]. С этой целью план предстоящей операции в общих чертах обсуждался с больными, которых предупреждали о возможных послеоперационных осложнениях, сроках исчезновения отеков и кровоизлияний, а также о времени наступления окончательного выздоровления. Особого подхода заслуживают больные, требующие оперативного вмешательства по поводу незначительных, порой просто воображаемых изъянов и деформаций. Их следует отговорить от операции, однако сделать это нужно с большим тактом, соблюдая законы врачебной этики и деонтологии [3]. В вопросах планирования косметических операций ценную помощь оказывают фотографии лица, сделанные в разных проекциях. Они дают возможность изучить черты лица, увидеть «детали», которые иногда можно не заметить на «живом» лице, наметить линии и контуры предполагаемого профиля. Самое главное, фотографии, сделанные до операции, являются единственным объективным тестом при оценке успеха или неудаче ринопластических операций.

Много лет среди оториноларингологов существует мнение, что операции на носу должны выполняться не ранее 16 лет, однако при наличии показаний восстановление носового дыхания успешно производи-

лось и в более молодом возрасте. Хирургическая коррекция носа только с косметической целью назначалась лицам не моложе 18 лет, когда заканчивалось физическое, психическое и эмоциональное формирование личности. Пациенты старше 40 лет более критически относятся к своим физическим недостаткам. Их больше, чем молодых, волнует состояние здоровья, внешний вид и отношение к ним окружающих. Оценивая возможности ринопластики в этом возрасте, нужно помнить, что кожа теряет свою эластичность, а фиксация созданного в воображении образа своей внешности усиливается, что может в дальнейшем привести к нежелательным результатам [5].

Ценные топографические данные о расположении костей носа, перегородки и придаточных пазух дают рентгенологические исследования. После операции в результате восстановления правильных соотношений наружного носа и перегородки улучшались носовое дыхание и обоняние, нормализовались резонаторная и защитная функции носа. На большом материале доказано, что создание правильной формы носа улучшает внешнее дыхание [1]. Со стороны придаточных пазух носа какой-либо реакции на ринопластическую операцию не отмечалось.

Косметическая ринопластика производилась с целью исправления врожденных и приобретенных деформаций наружного носа (горбатый, высокий, широкий, кривой, седловидный, длинный и пр.). Всем больным до операции назначалась премедикация с поверхностной нейролептоаналгезией (седуксен, дроперидол). Операция производилась под местной анестезией 1% раствором новокаина с добавлением 0,1% раствора адреналина. Оперативный доступ, как более щадящий, характеризующийся быстрым и гладким заживлением, в большинстве случаев был внутриносовой (эндонозальный). Разрез в преддверии носа (передний, срединный и задний) с переходом на кожную часть перегородки выбирался в зависимости от объема и характера операции. После отсепаровки мягких тканей носа и последующего гемостаза долотом или пилкой удалялся горб. Особое внимание уделялось остеотомии, которая выполнялась изготовленными нами и имеющими различный изгиб и ширину долотами.

Функциональная ринопластика производилась с целью исправления деформации и дефектов в полости носа (искривление перегородки, шип, гребень основания, синехии и атразии полости носа). Оперативный доступ только эндонозальный. Отсепаровка слизисто-надхрящичного лоскута производилась по общепризнанной методике. Необходимо отметить, что резекция носовой перегородки по Киллиану выполнялась как исключение, главным образом производилась щадящая резекция и редрессация, а также реплантация исправленного перегородочного хряща.

Косметическая и функциональная одноэтапная ринопластика производилась больным со стойкими комбинированными деформациями наружного носа и перегородки для исправления его формы и восстановления носового дыхания. В этих случаях операция начиналась с исправления носовой перегородки и только после этого приступали к коррекции наружной деформации носа. Через передний разрез в преддверии

отсепаровывали мягкие ткани от костных стенок и боковых хрящей. Затем производилось удаление горба с последующей боковой остеотомией, без которой невозможно добиться какого-либо положительного косметического эффекта. Остеотомию мы производили чаще всего по трем направлениям: слева, справа, а также вверху у переносицы. Иногда ограничивались мобилизацией костной стенки только с одной стороны.

Хирургическая коррекция седловидного носа, как и при других комбинированных деформациях, начиналась с подслизистой резекции перегородки, которая, как правило, была утолщенной и деформированной. Для исправления западений спинки носа мы использовали аутохрящ, полученный во время подслизистой резекции перегородки носа, или пользовались законсервированным гомохрящом. Консервация хряща производилась по известной методике. Косметические операции на носу заканчивались передней тампонадой и наложением давящей повязки. Сначала накладывалась фиксирующая колодиевая повязка из 5 слоев марли, тонко повторяющая форму вновь созданного носа. Поверх нее накладывалась давящая гипсовая повязка для более прочной фиксации отломков и предупреждения образования гематомы. В течение последующих четырех недель по мере спада отеков давящая повязка сменялась новой.

В настоящее время исправлением косметических дефектов и деформаций носа занимаются разные специалисты. Как указывалось выше, при комбинированных деформациях носа хирургическая коррекция начиналась с исправления носовой перегородки и только после этого производилась косметическая ринопластика. Таким образом, исправление перегородки носа, которая может быть произведена только опытным оториноларингологом, является первым и необходимым этапом операции. Наш опыт и навыки позволяют выполнять эти операции одновременно с хорошим косметическим и функциональным эффектом, благодаря чему отпадает необходимость лечения больных сначала в оториноларингологическом, а затем косметологическом отделениях.

Кафедра оториноларингологии
Ереванского медицинского института

Поступила 23/VI 1986 г.

Ռ. Գ. ՉԱԲԱՐՅԱՆ, Հ. Տ. ԿՈՍՏԱՆԻԱՆ

ՌԻՆՈՊԼԱՍՏԻԿ ՎԻՐԱՀԱՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՈՐՈՇ ՀԱՐՑԵՐ

Բերված են մի շարք վերականգնողական վիրահատությունների արդյունքներ, կատարված թթի կոսմետիկական արատների և ֆունկցիոնալ խանգարումների շտկման նպատակով: Տվյալները վկայում են այդ կարգի վիրահատությունների բարձր արդյունավետության մասին:

R. G. ZAKARIAN, R. T. KOSTANIAN

SOME PROBLEMS OF RHINOPLASTIC OPERATIONS

The results of reconstructive operations, carried out for the elimination of the cosmetical defects and recovery of the nose functions are brought in the article.

ЛИТЕРАТУРА

1. Болков Ю. Н., Карапетян И. С., Мануйлов О. Е. В кн.: Республиканский сборник трудов МНИИ уха, горла и носа, в XXV. М., 1979, с. 23.
2. Фришберг И. А. Косметические операции на лице. М., 1984.
3. Франтишек Буриан. Атлас пластической хирургии, 1967, 2, с. 394.
4. Peterson R. A. Symposium on corrective rhinoplasty. Ed. D. R. Millard, St. Louis 1976, 167.
5. Ress T. D. Plast. reconstr. Surg., 1977, 60, 6, 851.

УДК 617.7—007.681—089—036—085—073

А. В. СУПРУН, А. А. ОГАНЕСЯН

НЕКОТОРЫЕ КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ СВЯЗИ РЕОГРАФИЧЕСКОГО КОЭФФИЦИЕНТА У БОЛЬНЫХ ГЛАУКОМОЙ ПРИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ

Проведен статистический анализ корреляционных связей между реографическим коэффициентом, показателями кровоснабжения оболочек глаза, гидродинамики и зрительных функций в зависимости от разгрузочной глицериновой пробы с реографическим контролем. Сделаны выводы о необходимости наблюдения за больными в послеоперационном периоде, особенно при отрицательной прогностической пробе, и о проведении им интенсивной общемедикаментозной терапии.

Всестороннее изучение состояния различных структур зрительного анализатора позволяет выявить некоторые стороны патогенеза глазных заболеваний, в частности глаукомы.

Изучение корреляционных связей между реографическими и другими показателями позволяет определить характер и степень их взаимного влияния, что способствует уточнению и раскрытию новых звеньев в патогенезе глаукомы. Однако до настоящего времени имеются единичные работы, посвященные выявлению этих связей [1, 2].

В настоящей работе представлены результаты статистического анализа определения корреляционных связей между реографическим коэффициентом глаза (РК) и показателями гидро-, гемодинамики, а также зрительных функций до и после медикаментозной декомпрессии. Кроме того, с целью изучения влияния глицероаскорбата на состояние всего организма в целом у глаукомных больных исследовалось артериальное давление и гемодинамика на произвольно выбранном участке нижней трети предплечья. Определены коэффициенты до (x_1) и после приема глицероаскорбата (x_2) между РК и следующими показателями: длительностью анакроты α и диакроты β реографической волны глаза; соотношением $\alpha/\alpha+\beta$ и A/α ; пульсовым объемом глаза (ПО); аналогичными показателями гемодинамики на предплечье; АД; остротой зрения и полем зрения, величинами тонографических показателей (P_0 , КЛО, F, КБ).

Достоверность различия между коэффициентами корреляции до и после пробы определялась статистическим методом Z [3] по форму-