

др. ЖМЭИ, 1983, 4, с. 33. 4. Шахмурадян В. М., Геворкян Г. А., Вартазарян Н. Д. Ж. Экспер. и клин. мел. АН АрмССР, 1990, 2, с. 179. 5. Dahlander K., Christensen P. Streptococci and Streptococcal diseases. Lund, 1981, 127. 6. Ross P. J. Med. Microbiol., 1984, 18, 1-9.

Краткое сообщение

УДК 617.7—007.681—089

А. А. Оганесян

РЕДКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПОСЛЕ АНТИГЛАУКОМАТОЗНОЙ ОПЕРАЦИИ

Ряд авторов рассматривают глаукому как хроническую сосудистую недостаточность [1, 2]. Мы наблюдали острую ишемическую нейропатию после проведенной антиглаукоматозной операции. Приводим наше наблюдение.

Пациент А. В., 43 лет, находился на стационарном лечении 23/II—15/III 1989 г. с диагнозом: правый глаз—подозрение на глаукому, левый глаз—открытоугольная далекозашедшая глаукома (оперированная).

В 1984 г. произведена синустрабекулэктомия. Через 2 месяца ВГД оказалось на высоких цифрах (30—32 мм рт. ст.) из-за тампонирования внутренней фистулы корнем радужной оболочки. В течение 4 лет болезнь прогрессировала и из начальной стадии перешла в далекозашедшую.

Состояние глаза в период пребывания больного в клинике: острота зрения—1,0, поле зрения—340° суммарно по 8 меридианам. Роговица прозрачная, передняя камера средней глубины, влага прозрачная. Радужка карая, рисунок субатрофичный, пигментная зрачковая кайма истончена, местами отсутствует. Хрусталик прозрачный. Глазное дно—тотальная блюдцеобразная экскавация диско-зрительного нерва (ДЗН), Э/Д=10/10.

28/II 1989 г. произведена ультразвуковая синустрабекулэктомия. Операция прошла без осложнений. На 7-й день (6/II) больной внезапно почувствовал резкое снижение зрения. Острота зрения 0,1, поле зрения отсутствует в нижневнутреннем сегменте. При объективном исследовании—передний отрезок без изменений. Глазное дно—ДЗН бледный, отечный, глаукоматозная экскавация не определяется из-за промененции ткани ДЗН. Вокруг ДЗН имеется 2 штрихообразных ретинальных кровоизлияния.

Проведено экстренное медикаментозное лечение: парабульбарно сермион 0,5, дексазон 0,3, в левый висок—никотиновая кислота по схеме. Галидор 1,0 м/м, эуфиллин 2,4%—10,0 в/в, лазекс 2,0 в/м. Через 2 дня при офтальмоскопии выявлены четкие границы ДЗН, глаукоматозная экскавация не определяется. Острота зрения 0,5—0,6, 13/III—ДЗН бледно-розовый, границы четкие, определяется тотальная глаукоматозная экскавация. Острота зрения 1,0, поле зрения по сравнению с исходным расширилось и составило 395° суммарно по 8 меридианам, ВГД—19 мм рт. ст. Больной осмотрен через 3 месяца.

Острота зрения—1,0, ВГД—19 мм рт. ст., поле зрения—395°. Глазное дно—ДЗН бледно-розовый, тотальная блюдцеобразная глаукоматозная экскавация.

Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод, что после антиглаукоматозной операции на фоне резкого снижения офтальмотонуса нарушается баланс между перфузионным и внутриглазным давлением, не срабатывают адаптационные механизмы и наступает острое нарушение кровообращения в зрительном нерве. Ввиду этого необходимо в послеоперационном периоде следить за состоянием глазного дна и при обнаружении явлений ишемии назначить сосудорасширяющие, противоотечные средства, провести дегидратацию и применить препараты, улучшающие гемодинамику, микроциркуляцию тканей и нервную проводимость.

Кафедра глазных болезней ЕРГИУВ

Поступила 5/X 1989 г.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Волков В. В. В кн.: Актуальные проблемы офтальмологии. М., 1974; с. 45.
2. Hayreh S. S. Trans. Amer. Acad. Ophthalmol. Otolaryng., 1976, 81, 2, 197.