

А. В. Борисов

Записки пенитенциарного офтальмолога

Иркутск, 2018

18+

Александр Валерьевич Борисов

Записки пенитенциарного

офтальмолога

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=34709745

SelfPub; 2018

Аннотация

Это в частности, взгляд на офтальмохирургию 60-70 годов 20 века из века 21. Я был связан с работой в этой системе и условиях неполных 14 лет. Помню как первые три года пациенты совсем не хотели ехать. Потом наступило другое время, пациенты, видя полученные результаты, просились на лечение. Больше десятка лет оперировать приходилось в телескопических очках. Когда появился микроскоп, перечень операций расширился.

Предисловие

Вы собираетесь ознакомиться с моими излияниями на бумаге, прошу понять, что это не мемуары, но и не учебное пособие или руководство к действию. Это скорее, в частности, взгляд на офтальмохирургию 60-70 годов 20 века из века 21, ввиду особенностей оснащённости и снабжения расходными материалами. Я был связан с работой в этой системе и условиях неполных 14 лет, и, хоть я пришел в нее уже имея за плечами профессиональный багаж, это был определенный опыт, приучивший ко многому, например – полагаться только на себя. За этот период было многое – первое время мне пришлось очень много заниматься энуклеацией, это связано с тем, что до моего прихода оперативной деятельности у врачей офтальмологов почти не было, ну совсем не было, так что даже травма велась парахирургическими и медикаментозными методами. Так за первый год работы пришлось выполнить порядка 40 энуклеаций и эвисцераций, потом эти операции хоть и случались, но гораздо реже. Помню как первые три года пациенты совсем не хотели ехать на лечение из подразделений – сарафанное радио говорило, что в больнице доктор офтальмолог совсем не лечит, сразу удаляет глаза. Потом наступило другое время – мы с хирургами внедрили методику формирования опорной культи лентой из широкой фасции бедра и, пациенты, видя полученные резуль-

таты, просили при обращении обязательно вот такую операцию. Больше десятка лет оперировать приходилось в телескопических очках, соответственно перечень операций был несколько сужен – трудно оперировать в такой ситуации, например катаракту. Когда появился микроскоп, перечень операций расширился. Первые годы очень много в системе было подростков 14-15 лет, и операции, по склеропластике и на мышцах при косоглазии, выполнялись гораздо чаще. Лекарственное обеспечение также менялось – со временем при глаукоме пришлось придерживаться более агрессивной хирургической тактики. Вот я и попытался изложить свой опыт на бумаге и получился этот опус. Иногда текст получался телеграфно, не очень связно, потому и назвал записками. Да и получилось не в один прием и не на одном дыхании. Прошу не судить слишком строго.

Введение

Особенности практики, в пенитенциарной системе, таковы: пациенты появляются поздно, в запущенном виде, с множественной лекарственной устойчивостью, нет гарантии, что удастся довести пациента до выздоровления (часто это только улучшение) за время пребывания в лечебном учреждении, нет полноценной преемственности в этапах лечения (на местах – либо нет полного объема лекарственной терапии, либо пациент, по той или иной причине, не может ее

получать), очень высок процент ВИЧ – инфицированных, вплоть до 45 % среди мужчин, до 52% среди женщин. На местах офтальмолог может быть только эпизодически, раз в несколько месяцев. И потому приходится больше полагаться на хирургию, хирургию раннюю и агрессивную. Разумеется, есть стремление максимально приблизить помощь в муниципальных и территориальных учреждениях к этим пациентам, но это только стремление. И, я не претендую на исключительность, это только мое мнение, так, как я, понимаю проблему. Итак, давайте по разделам.

Патология конъюнктивы.

Казалось, из условий содержания, можно было бы предполагать большой процент грибковых инфекций, но, видимо из-за терапии ВИЧ, распространение грибковой этиологии минимальны, за исключение актиномикоза. Слава Богу, что конъюнктива имеет доступ к кислороду воздуха и к солнечному свету. Так же не часто встречается и синегнойная палочка. Очень велик процент членовредительства, пациенты часто используют биологические жидкости, для начала инфекционных процессов, потому часто встречается условно патогенная бактериальная флора. Много естественно и вирусных инфекций. Велика доля аллергозов, особенно туберкулеза, ввиду большого количества ВИЧ – инфицированных, потому в лечении важны как антигистаминные, так и мембраностабилизаторы. Указанные особенности обязыва-

ют большое значение придавать не столько местной, сколько общей терапии. С каждым годом увеличивается доля больных с синдромом сухого глаза, хотя нельзя исключить и особенности пациентов и их жизненного пути – более половины в прошлом или настоящем наркоманы, любители крепкого и низкосортного чая, здесь также, наверное большое значение имеют побочные эффекты от приема H₂-гистаминоблокаторов особенно 1 и 2 поколения, ингибиторов АПФ 1 генерации, блокаторов Ca каналов быстрого действия, химиотерапии туберкулеза, джейнериков АРВТ и др. Ввиду психологических особенностей контингента велик процент и микротравматизма, а учитывая низкий интеллектуальный уровень, плохих санитарно-гигиенических навыков. Определенную роль играет и склонность с одной стороны к попустительству, а с другой, к аггравации и симуляции. Хирургия заболеваний и повреждений конъюнктивы достаточно благодарна, так как объем свободной ткани достаточен для пластики местными тканями, в крайнем случае, можно прибегнуть к аутотрансплантации. Самые большие проблемы возникают при ожогах и ожоговой болезни. В этих случаях приходится часто пользоваться объемными блокадами, ранней обширной некроэктомией, профилактикой симблефарона и анкилоблефарона, широко применять ингибиторы протеолитических ферментов местно и внутрь, парентерально. Следует помнить о простых нейтрализаторах: кислых – растворы борной и аскорбиновой кислот, сульфацил натрия; ще-

лочных – банально, раствор глюкозы. Следует также помнить об обязательном массаже в сводах на фоне применения глазных мазей, до 2 – 3 раз в сутки, хоть это часто неприятная и кровавая процедура, исключение составляют ожоги 3б – 4 степени, когда для сохранения глаза приходится наоборот идти на кровавую блефарорафию.

Патология век и слезных органов.

Вопросы этиологии уже разбирались. В лечении воспалительных процессов немаловажную роль играет дифференциальный диагноз, какой возбудитель играет ведущую роль, и если есть хотя бы подозрение, что имеет место стрептодермия, необходимо использовать мазевые формы, а если есть данные за нарушение работы мейбомиевых желез, то необходимо ограничиться растворами. В гигиеническом плане можно рекомендовать использование слабых растворов соды и соли, что хорошо зарекомендовало себя в лечении демодекоза и связанных с ним патологий, и, хоть педикулез и редок, надо помнить и о нем. Хорошо работает, как массаж век на стеклянной палочке, так и самомассаж с растягивающими движениями при умывании. Из антисептиков проще и быстрее всего использовать спиртовой раствор брильянтового зеленого и водный раствор хлоргексидина, при перевязках не потеряли свое значение перманганат калия и раствор фуксина кислого, при разлитых гнойных процессах можно

применять и порошок борной кислоты, бониацин, рифампицин. Важным элементом являются и повязки с мазью «Левомеколь». Официальные марлевые, синтетические, фиксированные на гелевых, пластырных формах повязки крайне редки по организационным причинам, невозможно использовать также и продукты и препараты растительного происхождения, не прошедшие глубокую фабричную переработку и сертификацию.

Значительную часть патологии составляют реактивные и метастатические процессы. Здесь важно помнить о том, что часто при вскрытии инфильтратов не получаешь гнойного отделяемого по причине того, что оно еще не сформировалось, либо процесс и очаг находится глубже, чем казалось до операции. У ВИЧ – инфицированных, особенно при финальных стадиях отмечается не только снижение CD4 – связанных клеток, но отмечается и гранулоцитопения и тромбоцитопения. В случае же одонтогенных процессов, при вскрытии будет большое количество клеточного детрита.

В случае вскрытия необходимо придерживаться естественных складок и вскрывать контраппертурно, дренировать резиновыми выпускниками, и не использовать широко перекись водорода. Причин здесь несколько, косметика не столь важна, главное в другом: в местах естественных складок имеется отграничивающий сухожильно – фасциальный поддерживающий скелет, доступ будет без развалившихся краев раны, ограничение воспалительного процесса будет

естественным, в случае стрептодермии это позволяет профилактировать развитие субъапоневротической флегмоны. В случае развития целлюлита орбиты, пока идет инфильтрация, чаще достаточно орбитотомии в нижненаружном квадрате, как наиболее доступном, где меньше всего различных анатомических образований. Если же речь о гнойном процессе, то необходим контраппертурный разрез как минимум. Если есть подозрения на поднадкостничное расположение абсцесса, то необходимо вскрывать и надкостницу, если кость изменена то необходимо и ее зачистить.

В случае формирования участков некроза необходимо, насколько возможно, раннее иссечение, после очищения раны, пока не сформировались избыточные грануляции, необходима пластика дефектов, можно использовать как свободную, так и полусвободную аутопластику кожи, пластика местными тканями редко возможна из-за поствоспалительных изменений, иногда бывает нужна и блефарорафия, чаще временная, для иммобилизации. Хотя веки и имеют замечательную васкуляризацию, препараты улучшающие реологию при пересадке только помогут быстрейшему заживлению.

При проведении операций выигрышнее использовать региональную и проводниковую анестезию, так удастся уменьшить отек тканей. Наиболее удачными будут блокады крылонебной ямки по Вайсблату, либо Войно – Ясенецкому. Однако 1 ветвь тройничного нерва все равно придется блокировать. Проводниковая блокада хорошо работает и при herpes

zoster.

При удалении холазиона требования классические: убрать в капсуле, макропрепарат на гистологическое исследование. Если в ходе операции произошло вскрытие капсулы, главное – иссечение всех участков капсулы.

В лечении птоза можно выделить два момента: первый – это операции подвешивающего типа, второй – операции усиливающие действие леватора века. Не единожды полученным результатом операций подвешивающего типа с использованием различных трансплантатов – это либо нагноение, либо отторжение, либо инкапсуляция. Потому пришлось идти по пути пересадок различных элементов. Лучше всего работает выделение ножки из апоневроза лба, проведение ее через туннель под переходными складками, прикрепление к средней части хряща века. Из операций усиливающего типа лучше всего себя показала комбинированная пластика верхнего века с усилением леватора за счет дубликатуры, перенесением точки прикрепления к хрящу и формированием новых переходных складок верхнего века, иссечением излишков кожи.

При наличии трихиаза не более $1/3$ длины века можно использовать операцию по Спенсер – Ватсону. При большем протяжении можно использовать операцию Снеллена с пластикой интермаргинального пространства свободной пересадкой полоски кожи, после лепесткового конусообразного иссечения века на всю глубину в средней части высоты века

с проведением П-образных глубоких вворачивающих швов.

При вывороте лучше всего показала себя пластика наружного угла с кантотомией и кантопексией, укорочением наружной спайки век. Иногда можно провести и внутреннюю кантопексию, погружными швами от слезных точек к наружной порции внутренней спайки век. В случае выворота слезных точек проще всего сделать операцию Блашковича.

При стриктурах слезных канальцев и слезно – носового канала зондирование и бужирование – неплохая методика, но обязательно нужно провести рентгенографию с контрастированием, это позволяет точно диагностировать место стриктуры и, что немаловажно, так как контраст йодсодержащий и тяжелый по плотности агент, то рубцевание просвета уменьшается. При полной обтурации есть показания к дакриоцисториностомии, лучшая статистически – это операция Султанова, при длительном дакриоцистите и растяжении стенок слезного мешка, приходится выполнять экстирпацию. При травматических повреждениях век с разрывом канальцев, в отличие от детской практики, проще использовать не восстановление канальца на леске, зондами типа Калахана, а пластику нижнего века по Зайцевой на П-образном шве, с валиком. При тяжелой степени синдрома сухого глаза, возникает необходимость в обтурации, либо в отсутствие обтураторов, можно просто ушить слезные точки. Грибковые каналикулиты встречаются редко, а вот дакриoadениты весьма нередки, чаще вирусного происхождения, у ВИЧ – инфи-

цированных, в основном.

Из новообразований чаще приходилось встречаться с атеромами, папилломами, очагами первично множественной базалиомы, ретенционными кистами, очагами саркомы Капоши. При наличии атеромы в области хвоста брови, следует помнить о возможном сочетании с передне-боковым менингоцеле, поэтому даже рентгеновский снимок орбит или ППН очень важен.

При любых хирургических вмешательствах надо помнить о необходимости своевременной и максимально полной пластики дефектов, и, чтобы уменьшить рубцевание, необходимо оперировать либо сразу, либо не позднее 7-10 дня, если позже, то лучше воздержаться до 3-6 месяцев.

Патология роговицы.

Об этиологии я уже писал ранее. При травмах и воспалительных процессах роговица часто имеет язвенные повреждения, и надо не только наиболее полно убрать измененную ткань, но и отнестись к этому максимально щадяще. Кстати продукты природного происхождения часто способствуют восстановлению объема поврежденной ткани, этот феномен отслежен на каменном масле, продуктах пчеловодства, экстрактах хвои.

При поверхностных видах кератитов, язвах используется туширование бриллиантовой зеленью. Диатермокоагуляция,

микродиатермокоагуляция при поверхностных формах кератитов. При хронических, подострых формах, осложненных васкуляризацией, рецидивирующей эрозией хорошо зарекомендовали себя криообдувания с пилокарпином, для этого можно использовать как жидкий азот, так и аптечные формы хладагентов, так и охлаждение металлических накопечников в естественных условиях на улице в зимнее время. Блокада крылонебной ямки по Вайс-Блату, Войно-Ясенецкому, субмастоидального пространства, ваго-симпатическая блокада по Вишневскому, хорошо работают как при острых, так и при хронических воспалительных процессах, так и при рецидивирующих эрозиях роговицы. Они могут проводиться как сами по себе, так и как базис для различных препаратов противовоспалительной, репаративной, десенсибилизирующей, сосудистой направленности. При тяжелых формах ожогов, язвенных дефектах, перфорациях, кератомалациях часто приходится использовать пластику конъюнктивой по Кунту, конъюнктивальную повязку, иммобилизацию дубликатурой конъюнктивы, это нужно для подготовки к кератопластике, либо как ургентная помощь.

Периодизация воспаления. Необходимо помнить о периодах катаболизма и анаболизма, периодах альтерации, формирования иммунного ответа и репарации, которая, в условиях сохраняющейся гипоксии, будет идти с васкуляризацией. Васкуляризация, т. е. период воздействия факторов роста новообразованных сосудов идет до тех пор, пока ткани

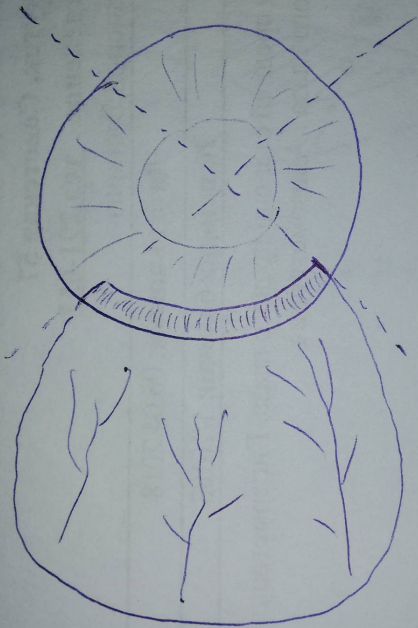
испытывают гипоксию, неважно, какая культура или группа клеток ее испытывает. На стадии формирования иммунного ответа важно понимать – когда это еще норма, а когда это уже аутоиммунный процесс, либо аллергизация, и соответственно реагировать. Потому назначение различных лекарственных средств должно быть рациональным, обоснованным, периодичным, лекарства позволяют добиться определенного эффекта и важно понимать, когда он достигнут. Необходимо помнить, что взаимодействие 4 и более химических агентов на организм уже трудно прогнозируются, а лекарственных субстанций тем более.

При васкуляризации необходимо либо дождаться ее окончания, либо устранить гипоксию, либо убрать измененную ткань, либо убрать воздействие факторов роста новообразованных сосудов. По характеру васкуляризации можно ретроспективно дифференцировать возбудителя. При формировании глубокой васкуляризации после стромальных процессов вид ее может указывать, так например наличие прямых «щеток» свидетельствует о перенесенном сифилисе, а васкуляризация с дихотомическим делением, как бронхиальное дерево, характерна для метастатического туберкулеза. Поверхностная васкуляризация часто встречается при аллергозах.

В условиях отсутствия трансплантационных банков роговицы, возможности ее заготовки, можно использовать пересадку атипичную ламеллярную с переворотом свободного

конъюнктивального лоскута и разворотом роговичного лоскута, либо его аутопересадкой, при десцеметоцеле и незначительных по протяженности дефектах, для этих же целей может использоваться лимбальная аутопересадка роговицы с конъюнктивальным лоскутом, при близких к лимбу, дефектах. Последняя также может быть использована с барьерной и репаративной целью при птеригиуме. При рецидивирующем птеригиуме часто используется пластика по Мак-Рейнольдцу, но если у вас под рукой есть операционный микроскоп, то – есть особенности обработки ложа. Раньше ложе зачищали «секирой», теперь же есть ножи роговичные с обратной заточкой. Они позволяют, при обработке ложа спиртсо-держащими растворами, «интимно» срезать сформировавшуюся «стекловидную» пластинку, что существенно улучшает прогноз заболевания. Однако при этом толщина роговицы уменьшается, и нужна какая либо покровная пластика. Еще одним достоинством лимбальной ламелярной аутокератопластики будет барьерная, и не только для роговицы, для чего часто используют аллопланты, но и для конъюнктивы, так как здесь все будет единым блоком, и такого осложнения, как подслизистый рост птеригиума, как при пересадке по Мак-Рейнольдцу, удастся избежать. А за счет лимбальных клеток удастся лучше вывести роговицу при 2 и 3 степени.

заготовка
лимбального
ауто транспланта



1/2

Патология сосудистой оболочки.

Преобладание в структуре заболеваемости ВИЧ-инфекции, большого количества наркоманов, приводят к наличию большого количества увеитов, как результат оппортунистических инфекций, и отличаются атипичностью протекания. Туберкулезный панувеит, при вторичном процессе метастатического типа, витреит, протекающий при туберкулезном аллергозе проявляются высокой экссудативной реакцией и довольно быстро купируются на противовоспалительной и десенсибилизирующей терапии при условии назначения адекватной специфической химиотерапии основного очага. Вирусные увеиты, а тем более цитомегаловирусные встречаются в разы реже, как правило это происходит в случае критического снижения CD4 компетентных клеток (ниже 50), задние часто начинаются с ишемического тромбоза ЦВС, но встречались и в виде бело желтых паравазатов, как описывал Майчук.

Увеиты при системных заболеваниях, при ВИЧ отличаются непредсказуемостью, гиперсистемностью, частыми обострениями.

Синдром Фогта – Каянаги – Харада также пришлось увидеть, это связано с наличием в условиях ГУФСИН большого количества аутохтонного населения Крайнего Севера Си-

бири, где раньше часто проводили ядерные испытания. Прогноз по этому заболеванию всегда сомнительный, как ввиду упорности и агрессивности процесса, так и, снижающемуся в процессе заболевания, показателю мыслительных процессов.

Иридокорнеальные дистрофии часто приводят к тяжелой рефрактерной глаукоме, формированию обратного кератоконуса, вплоть до формирования десцеметоцелле и перфорации. Чем раньше поставлен диагноз, назначена гипотензивная и кератопротекторная терапия, тем дольше удастся довести больного без активной хирургии.

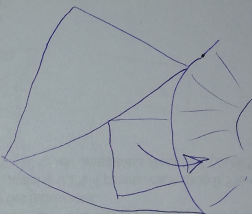
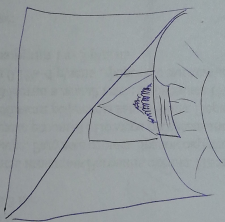
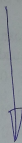
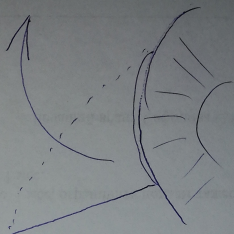
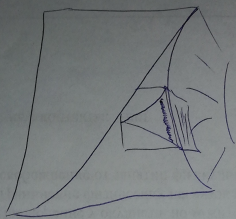
Патология хрусталика.

Ведущая операция – экстракапсулярная экстракция катаракты и афакия, так как нет ни ИОЛ, ни возможности ее приобрести ни у осужденных, ни у больницы, из – за особенностей финансирования. Но так как долгое время не было микроскопа, никогда: вискоэластиков и систем ирригации и аспирации, то операция становится несколько сложнее, хоть и в телескопических очках.

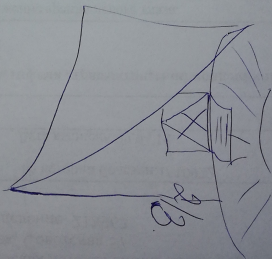
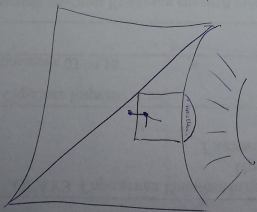
Глаукома.

Диагностика классическая. Тонометрия, тонография, вид ДЗН и экскавации, периметрия по Ферстеру, можно исполь-

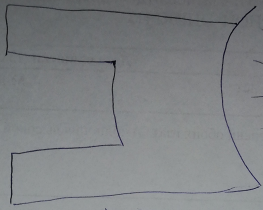
зовать сетку Амслера. После установления диагноза, учитывая наличия из медикаментозного обеспечения только тимолола, предпочтительно раннее хирургическое лечение, 2-камерное дренирование при резистентных и осложненных формах, с формированием поверхностного клапана в виде «штанов» и заведением последних в супрахориоидальное пространство, выполнением дренирования задней камеры, локального отграниченного циклодиализа, проведение ЗТС в начале операции, для профилактики экспульсивного кровотечения и отслойки сосудистой в раннем послеоперационном периоде. При выполнении ГСЭ клапан выкраивается с постепенным увеличением толщины и подшивается либо одиночным швом «внатяг», либо 2—мя швами для формирования «домика», это позволяет, в дальнейшем, сохранить интрасклеральный канал постоянно действующим. При молодом возрасте, повторных оперативных вмешательствах, нидлинге – зона интрасклерального канала обрабатывалась аппликациями и инстилляциями 50% раствора анальгина, так как других цитостатиков в наличии нет. Доступ как правило лимбальный, с теноконъюнктивальным швом держалкой у нижнего лимба. При осложненных и далекозашедших формах с гиперсекрецией приходится выполнять диатермокоагуляцию, криокоагуляцию цилиарных отростков, либо селективную, либо распространенную.



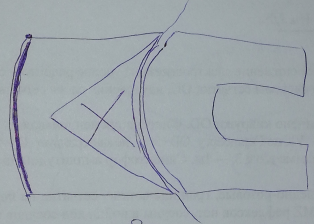
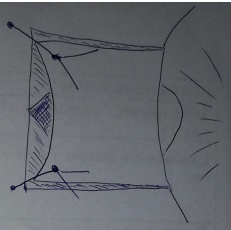
$\frac{1}{3}$



$\frac{2}{3}$

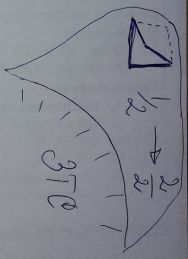
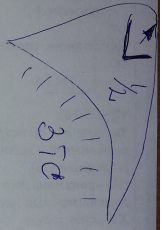
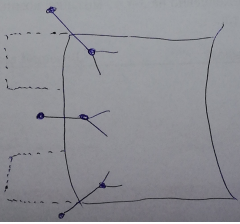


$1/3$



$3/3$

$2/3$



Патология сетчатки.

При отслойке сетчатки применялось укорочение склеры, засчет иссечения поверхностных слоев и формированием вдавления из глубоких, как в экваториальном, так и в радиальном направлении. Склера ушивалась как П-образными, так и матрацными швами., выполнялось удаление субретинальной жидкости аспирационно, диатермокоагуляция по линии отграничения, можно использовать и криопексию. При макулярном отеке в качестве начальной тактики надо помнить об ингибиторах карбоангидразы и НПВС, в крайнем случае ГКС.

Патология зрительного нерва, орбиты, глазодвигательных мышц, склеры

Болевой синдром это дифференциальный диагноз для данной патологии. Для склерита и эписклерита характерна боль при крайних отведениях в определенной плоскости, чаще горизонтально, при неврите боль за глазным яблоком. как правило, носит ноющий характер, при начале движения и чаще характерна для «оболочечных» процессов, в том числе при рассеянном склерозе. При миозитах боль имеет локализацию, начинается для закрепленной мышцы при определенном движении сразу, и в конце движения мышцы анта-

гониста. При процессах в орбите носит разлитой, распирающий характер, проградиентный во времени, иногда просто чувство тяжести. Наиболее неблагоприятны гранулематозы, как первичные, так и вторичные. Саркоидоз орбиты сложен в диагностике, эозинофильные, часто ведут себя как лимфомы, но отличаются «летучестью». Гранулематоз Вегенера страшен потерей органа зрения, так как часто приводит к некротическим процессам «капсулы» глаза.

Патология рефракции, амблиопия, косоглазие

При близорукости необходимо дифференцировать активный и пассивный миопический конус, особенно когда у вас нет, чем измерить ПЗО.

Дуохромный тест, надо помнить о его проведении как при начале подбора первоначально очков, и по переносимости, так и при проверке правильности подбора уже после изготовления очков.

Диафрагма, как и «стеклянный атропин», позволяют быстро добиться относительной циклоплегии.

При амблиопии проще всего работает «заклейка», надо помнить, что необходимы хотя бы 3 часа ее ношения, и не сильно уповайте на возраст, он здесь играет второстепенную роль, так как это отдельная тема от пластичности коры для механизмов бификсации. Если нет амовроза на почве депривации с рождения, значит есть зрительный тракт, и моноку-

лярная система может регулироваться. Другое дело косоглазие: очень сложно идет процесс образования проприорецепции, для развития корковых процессов бинокулярного зрения, потому как, при формировании бинокулярного зрения с рождения, около 75% клеток наружных колленчатых тел уже имеют бинокулярную ориентацию, и в этом случае корковые механизмы носят дополнительный характер.

По поводу оперативного лечения косоглазия: ТСП по 3-типу более выгодная, с точки зрения удлинения сухожилия, операция чем рецессия, но тут уж кто как привык, однозначно одно: происходит уменьшение ширины приложения силы мышцы.

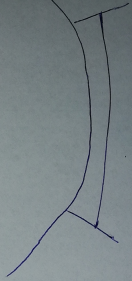
4-точечный цветотест, это «прибор в себе», особенно на разных расстояниях, и при наличии призм из набора очковых линз, однако надо помнить, что это средние гаплоскопические условия, а не жесткие как на синоптофоре, здесь не сравнишь СУ с ОУ, разобраться с ФСП тоже не удастся, но в восстановительный период после хирургического этапа, когда угол уменьшен до минимума, вполне подойдет для проведения ортоптических тренировок. Дополнением к диплоптикам могут служить тренировки по принципу бинариметра, но на оконном стекле с вертикальными и, в дальнейшем, горизонтальными полосками, с увеличением расстояния между ними, изменением расстояния до стекла и фиксируемого объекта.

Травма органа зрения.

При обработке ран век, нужно не только использовать одиночные узловые швы, помнить и о четкой послойности наложения швов, профилактике тяжелых рубцовых осложнений, избегать большого натяжения тканей, стараться восстановить нормальную анатомию, но и максимально соблюсти законы асептики и антисептики, несмотря на попустительские уверения о хорошем кровоснабжении век и очень быстром заживлении. Необходимо помнить, что переделывать и разбирать рубец всегда сложнее, чем шить свежую рану. Хорошо работают рассасывающиеся нити при погружной технике, отлично работает 8 – образный шов на край века с длительным периодом функционирования до 2 – ух недель. При обработке ран роговицы главное помнить о том, что на картинке и в нашем микроскопе мы рисуем 2 – ух мерную модель, но роговица это сегмент тора даже, а не шара. По мимо направления иглы от центра к лимбу, из глубины наружу, необходимо правильное сопоставление краев раны и при всей, кажущейся физиологичности непрерывного шва, для сохранения геометрии роговицы проще именно узловой одиночный шов. При повреждении лимба, именно его и нужно восстанавливать первым. Для ран склеры дальше линии прикрепления прямых мышц временной фактор играет часто обратную роль. При обработке после 48 – 72 часов исход более прогнозируем. Потому здесь уже и не нужна спешка, надо отдать предпочтение дневной хирургии по сроч-

ным показаниям, чем хватать экстренно больного. За время паузы, как правило, развиваются осложнения, которые и должны произойти, обработка таких ран будет более успешной и полной. При травме лицевого скелета, скулоорбитального комплекса необходимо использовать мультидисциплинарную хирургическую бригаду, использовать рациональные подходы к тактике остеосинтеза. Можно использовать различные материалы. Мы использовали, особенно для восстановительной хирургии в отдаленный период, аутооттрансплантацию, чаще пластинки с крыла подвздошной кости, так как это дает меньшую ретракцию. В острый период при небольшом дефекте нижней стенки орбиты можно использовать и тампонирование верхнечелюстной пазухи на 2-3 недели, с постепенной его эвакуацией.

РАССЕЧЕНИЕ
НАДКОСТНИЦЫ

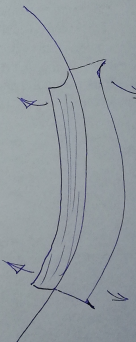


45° к ФРОНТУ

сверление
от вершины

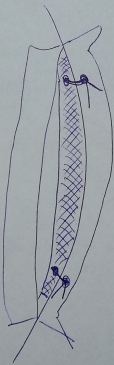


одна жесть
костью



КОСТНЫЙ

автоматический



Вместо заключения

Дорогу осилит идущий.

Глаза боятся, руки делают.

Эти два девиза – были и остаются для меня главной движущей силой. Пусть они послужат и тем, кто придет за мной. И буду очень рад, если мои мысли помогут в нелегком труде врачевания Вам, мои читатели.

Список литературы.

1. «Первая помощь при заболеваниях и повреждениях глаз» О.А. Джалиашвили и А.И. Горбань, С.-Петербург, «Гиппократ», 1999г.

2. «Атлас глазных болезней». Под редакцией Н. А. Пучковской, Москва, «Медицина», 1981г.

3. «Современная офтальмология». Под редакцией проф. В. Ф. Даниличева, С.-Петербург, «Питер», 2000г.

4. Руководство по глазной хирургии. Под редакцией проф. Краснова М. Л. и проф. Беляева В. С. Москва, «Медицина», 1988г.

5. Готовые лекарственные средства. М. Д. Машковский, Харьков, «Торсинг», 1998г.

6. Иллюстрированный справочник «Клинический атлас патологии глазного дна». Проф. А. А. Кацнельсон, «Геотар»,

1998г.

7. «Глаз, мозг, зрение». Д. Хьюбел, Москва, «Мир», 1990г.

8. Функциональные методы исследования в офтальмологии. Шамшинова А. М., Волков В. В. Москва, «Медицина», 1998г.

9. Информационное письмо о лечебно-диагностической помощи в Иркутском филиале ГУ МНТК «Микрохирургия глаза» им. Академика С. Н. Федорова. Иркутск, 2000г.

10. «Руководство по детской офтальмологии» Э.С. Аветисов, Е. И. Ковалевский, А. В. Хватова. Москва, «Медицина», 1987г.

11. «Офтальмология» Вильгельм Хаппе. Справочник практического врача. Перевод. с нем., 2005г.

12. Атлас по клинической офтальмологии. Дэвид Дж. Спэлтон, Роджер А.Хитчинг, Пол А.Хантер; перевод с англ., 2007г.

13. Национальное руководство по глаукоме для поликлинических врачей. Под ред. Е.А. Егорова, Ю.С. Астахова, А.Г. Щуко., 2008г.

14. Мулдашев Э. Р., Корнилаева Г.Г., Галимова В.У. Осложненная глаукома. – СПб., 2005г.

©А. В. Борисов. Записки пенитенциарного офтальмолога

– Иркутск., 2018. – 20 с. ил.