

ОБОСНОВАНИЕ ОДНОВРЕМЕННОГО ИСПРАВЛЕНИЯ ГОРИЗОНТАЛЬНОГО И ВЕРТИКАЛЬНОГО КОМПОНЕНТА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ СМЕШАННОЙ ФОРМЫ КОСОГЛАЗИЯ

В. М. Горбенко, В. П. Фокин

Волгоградский филиал ФГУ МНТК "Микрохирургия глаза" им. академика С. Н. Фёдорова Росздрава

Проводится сравнительный анализ одновременного исправления горизонтального и вертикального компонента при хирургическом лечении смешанной формы косоглазия предложенными авторами новыми методами миопластики и методом рецессии с резекцией. Разработанные авторами методы миопластики показывают большую эффективность по сравнению с традиционными методами для одновременного исправления горизонтального и вертикального компонентов в хирургическом лечении смешанной формы косоглазия.

Ключевые слова: смешанное косоглазие, хирургическое лечение.

JUSTIFICATION OF THE SIMULTANEOUS CORRECTION OF THE HORIZONTAL AND VERTICAL COMPONENTS IN SURGICAL TREATMENT OF MIXED FORM OF STRABISMUS

V. M. Gorbenko, B. P. Fokin

Abstract. The comparative evaluation of simultaneous correction of the horizontal and vertical components in surgical treatment of the mixed form of strabismus by the new methods of myoplastic surgery and recession with resection developed by the authors is provided. These methods demonstrate better effectiveness compared with the traditional methods of simultaneous correction of the horizontal and vertical components in surgical treatment of the mixed form of strabismus.

Key words: mixed strabismus, surgical treatment.

По данным различных авторов, вертикальные отклонения глаз при горизонтальном косоглазии встречаются в 30–72 % случаев [2]. Смешанная форма косоглазия, т. е. сочетание сходящегося или расходящегося косоглазия с вертикальным компонентом, плохо поддается ортоптическим методам лечения. В большинстве случаев больные нуждаются в хирургическом лечении. Определение тактики лечения, выбор вида хирургического вмешательства и его дозирование представляет значительные трудности для офтальмологов.

Известные способы лечения смешанной формы косоглазия заключаются в поэтапном или одновременном устранении горизонтального и вертикального компонентов косоглазия методом рецессии сильных и резекции слабых мышц глаза [1, 3, 5, 7]. Недостатком этих методов является большой объем хирургического вмешательства на двух и более мышцах одновременно или поэтапно, что увеличивает вероятность возникновения осложнений во время операции и в послеоперационном периоде. Поэтапное хирургическое лечение удлинит процесс реабилитации, так как интервал между операциями составляет от 3 до 6 месяцев. Также дополнительная операция, которая проводится у детей под общим наркозом, может негативным образом отразиться на

общем состоянии ребенка. Полное одновременное пересечение нескольких глазодвигательных мышц может вызвать ишемию переднего отрезка глаза. Частота склеральных перфораций при выполнении рецессии или резекции составляет от 0,16 до 2,8 % даже при современной микрохирургической технике [6]. Для одновременного исправления горизонтального и вертикального компонентов при смешанной форме косоглазия нами разработан новый метод оригинальной миопластики. При этом методе операция выполняется на одной сильной мышце горизонтального действия, при этом исправление горизонтального компонента происходит за счет двух факторов: пролонгации мышцы и срединной теномиэктомии, а коррекция вертикального компонента – за счет смещения места прикрепления мышцы. Причем для устранения суправергирующего компонента мышца перемещалась вверх, а при инфравергирующем – вниз [4]. Данный метод можно совмещать с выполнением резекции мышцы-антагониста (для одномоментного исправления горизонтального компонента с большой величиной угла косоглазия) и миопластики сильной вертикальной прямой мышцы глаза (для одномоментного исправления вертикального компонента с большим углом косоглазия). При выполнении миопластики на вертикальной прямой мышце

(23)

для исправления эзофории место прикрепления мышцы перемещалось кнутри, а для исправления экзофории – кнаружи.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Провести сравнительный анализ результатов одновременного исправления горизонтального и вертикального компонентов при хирургическом лечении смешанной формы косоглазия с использованием разработанных нами методов миопластики и стандартного метода рецессии с резекцией [2].

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведен анализ результатов хирургического лечения смешанной формы косоглазия 155 пациентов в возрасте от 3 до 16 лет. Содружественное сходящееся косоглазие наблюдалось у 119 (77 %) детей, расходящееся – у 36 (23 %). Предоперационное обследование пациентов включало визометрию, рефрактометрию, офтальмометрию, скиаскопию, а также определение угла косоглазия по Гиршбергу в очках и без них, состояние ретино-кортикальной корреспонденции на синоптофоре и характера зрения в условиях мягкой гаплоскопии на цветотесте. Планирование объема операций для исправления различных углов косоглазия проводилось по стандартным расчетам [3]. Для одновременного исправления горизонтального и вертикального углов косоглазия применялись следующие методы:

1. Разработанная нами миопластика одной горизонтальной мышцы (миопластика) – у 92 пациентов.
2. Рецессия горизонтальной и вертикальной прямых мышц (рецессия+рецессия) – у 22 пациентов.
3. Рецессия горизонтальной и вертикальной прямых мышц с резекцией горизонтальной мышцы-антагониста (рецессия+рецессия+резекция) – у 12 пациентов.
4. Разработанная нами миопластика горизонтальной мышцы с резекцией мышцы антагониста (миопластика + резекция) – у 11 пациентов.
5. Разработанная нами миопластика горизонтальной и вертикальной прямых мышц (миопластика + миопластика) – у 18 пациентов.

Горизонтальный угол косоглазия определялся до 10° у 33 детей, до 20° – у 41, до 30° – у 68, более 30° – у 13 человек. Распределение хирургических методов для исправления горизонтального компонента в зависимости от величины угла косоглазия представлено в табл. 1.

Анализ данных, представленных в табл. 1, показывает, что метод "рецессия + рецессия" применялся в основном (91 %) при малых (до 20°) углах косоглазия, а "миопластика + резекция" – только (100 %) для исправления больших (более 20°) углов горизонтального компонента

смешанной формы косоглазия.

Таблица 1

Распределение методов хирургического лечения для исправления горизонтального компонента смешанной формы косоглазия, %

хирургические методы	угол косоглазия	
	до 20°	более 20°
Миопластика	46	54
Рецессия + рецессия	91	9
Рецессия + рецессия + резекция	16	84
Миопластика + резекция	–	100
Миопластика + миопластика	50	50

Таблица 2

Распределение методов хирургического лечения для исправления вертикального компонента смешанной формы косоглазия, %

хирургические методы	угол косоглазия	
	до 20°	более 20°
Миопластика	91	9
Рецессия + рецессия	91	9
Рецессия + рецессия + резекция	91,5	8,5
Миопластика + резекция	91	9
Миопластика + миопластика	17	83

Вертикальный угол косоглазия до 5° определялся у 50 детей, до 10° – у 54 детей, до 20° – у 24, более 20° – у 27. Распределение хирургических методов для исправления вертикального компонента в зависимости от величины угла косоглазия представлено в табл. 2.

Анализ данных, представленных в табл. 2 показывает, что для исправления вертикального угла косоглазия метод "миопластика + миопластика" применялся в основном (83 %) при больших величинах (более 20°), а остальные методы – в основном (91 %) при малых (до 20°) углах косоглазия.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В результате одноэтапного хирургического лечения смешанной формы косоглазия горизонтальный компонент исправлен при выполнении метода миопластики в 87 % случаев, рецессия+рецессия – в 77 %, рецессия+рецессия + резекция – в 58 %, миопластика + резекция – в 73 %, миопластика + миопластика – в 83 %. При сравнительном анализе равнозначных групп больных, где угол косоглазия был до 30° (1, 2 и 5) и в основном 30° и более (3 и 4) видно, что миопластика более эффективна, чем рецессия. Результаты хирургической коррекции горизонтального ком-

понента смешанной формы косоглазия представлены в табл. 3.

Таблица 3

Результаты хирургической коррекции горизонтального компонента смешанной формы косоглазия

Хирургические методы (кол-во пациентов)	угол косоглазия до операции				угол косоглазия после операции		
	до 10°	до 20°	до 30°	более 30°	0°	до 10°	более 10°
1. Миопластика (92)	15 (16 %)	28 (30 %)	49 (54 %)	–	80 (87 %)	11 (12 %)	1 (1 %)
2. Рецессия + рецессия (22)	15 (68 %)	5 (23 %)	2 (9 %)	–	17 (77 %)	3 (14 %)	2 (9 %)
3. Рецессия + рецессия + резекция (12)	–	2 (16 %)	5 (42 %)	5 (42 %)	7 (58 %)	3 (25 %)	2 (17 %)
4. Миопластика + резекция (11)	–	–	3 (27 %)	8 (73 %)	8 (73 %)	2 (18 %)	1 (9 %)
5. Миопластика + миопластика (18)	3 (17 %)	6 (33 %)	9 (50 %)	–	15 (83 %)	2 (11 %)	1 (6 %)

Таблица 4

Результаты хирургической коррекции вертикального компонента смешанной формы косоглазия

Хирургические методы (кол-во пациентов)	угол косоглазия до операции				угол косоглазия после операции		
	до 5°	до 10°	до 20°	более 20°	0°	до 10°	более 10°
1. Миопластика (92)	29 (31,5 %)	40 (43 %)	15 (16,5 %)	8 (9 %)	82 (89 %)	5 (5,5 %)	5 (5,5 %)
2. Рецессия + рецессия (22)	10 (45 %)	7 (32 %)	3 (14 %)	2 (9 %)	19 (86 %)	1 (5 %)	2 (9 %)
3. Рецессия + рецессия + ре- резекция (12)	7 (58 %)	3 (25 %)	1 (8,5 %)	1 (8,5 %)	10 (83 %)	1 (8,5 %)	1 (8,5 %)
4. Миопластика + резекция (11)	4 (36 %)	4 (36 %)	2 (19 %)	1 (9 %)	9 (82 %)	1 (9 %)	1 (9 %)
5. Миопластика + миопластика (18)	–	–	3 (17 %)	15 (83 %)	15 (83 %)	2 (12 %)	1 (5 %)

В результате хирургического лечения смешанной формы косоглазия вертикальный компонент исправлен при выполнении метода миопластики в 89 % случаев, рецессия + рецессия – в 86 %, рецессия + рецессия + резекция – в 83 %, миопластика + резекция – в 82 %, миопластика + миопластика – в 83 %. Результаты хирургической коррекции вертикального компонента смешанной формы косоглазия представлены в табл. 4.

При анализе результатов коррекции вертикального компонента с углом косоглазия до 20° лучший результат показал метод "миопластика", при котором ортотропия достигнута в 89 % случаев. А для коррекции вертикального компонента с углом косоглазия более 20° – метод "миопластика + миопластика", при котором ортотропия достигнута в 83 % случаев.

Сравнительный анализ результатов хирургического лечения смешанной формы косоглазия показывает, что для коррекции горизонтального компонента преимущество имеют методы миопластики, при которых ортотропия достигнута в 73–87 % случаев в сравнении с традиционными методами, в которых ортотропия получена в 58–77 % случаев.

При наличии у пациентов горизонтального угла косоглазия 30° и более можно совмещать

предлагаемый нами метод миопластики с выполнением усиливающей операции (резекции) на мышце-антагонисте одновременно, что позволяет получить хороший результат одномоментного исправления большого угла косоглазия. При выявлении вертикального угла косоглазия 20° и более желательно выполнять этот метод одновременно на двух сильных прямых мышцах горизонтального и вертикального действия, что позволяет получать хорошие результаты для одномоментной коррекции больших углов косоглазия.

Сравнительный анализ исправления вертикального компонента смешанной формы косоглазия в равнозначных группах (1–4) показывает одинаково высокую (82–89 %) эффективность для коррекции малых и средних (до 20°) углов косоглазия различными методами. Время, затраченное на выполнение операций с применением разработанного метода миопластики, составляет 10–25 минут, а для выполнения стандартных методов – 30–45 минут, что позволяет снизить риск возникновения осложнений и уменьшить длительность наркоза.

Для одномоментной коррекции горизонтальных углов косоглазия до 30° и вертикальных более 20° лучшим оказался метод "миопласти-

ка+миопластика", при котором девиация по горизонтали и вертикали устранена в 83 % случаев.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Разработанный нами метод миопластики показал большую эффективность по сравнению с традиционными методами для одновременного исправления горизонтального и вертикального компонентов в хирургическом лечении смешанной формы косоглазия.

2. Новый метод миопластики на одной сильной горизонтальной мышце показывает хорошую эффективность одновременного исправления горизонтального компонента до 30° и вертикального компонента до 20°.

3. Для одновременного исправления горизонтального компонента более 30° при смешанной форме косоглазия целесообразно сочетать выполнение предлагаемого метода миопластики сильной горизонтальной мышцы с резекцией мышщ-антагонистов.

4. Для одновременного исправления вертикального компонента более 20° при смешанной форме косоглазия целесообразно сочетать одномоментное выполнение разработанного метода миопластики сильной горизонтальной и вер-

тикальной прямых мышц.

5. Учитывая безопасность, простоту выполнения и эффективность разработанного нами метода миопластики, его можно рекомендовать для хирургического лечения смешанной формы косоглазия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аветисов Э. С. Операции на глазных мышцах. Руководство по глазной хирургии / Под ред. М. Л. Краснова и др. – М.: Медицина, 1988. – 624 с.
2. Аветисов Э. С. Содружественное косоглазие. – М.: Медицина, 1977. – 312 с.
3. Аветисов Э. С., Кащенко Т. П., Смольянинова И. Л. и др. // Офтальмол. журн. – 1990. – №4. – С. 193–197.
4. Горбенко В. М. Способ хирургического лечения сложного вида косоглазия. Патент на изобретение РФ № 2288678 от 10.12.06.
5. Калачёв И. И. Диагностика и хирургическая коррекция вертикальных компонентов при содружественной эзотропии: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1992. – 39 с.
6. Noel L. P., Bloom J. N., Clarke W. N., et al // J. Pediatr. Ophthalmol. Strabismus/ – 1997. – Vol. 34, № 2 – P. 115–117.
7. Pediatric Ophthalmology and strabismus / American Academy of Ophthalmology. – USA: LEO, 1998–1999. – Section 6. – P. 1–160.

УДК 615.866–036.12:614.23/.25

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР КОМПЛАЙЕНСА

Я. С. Оруджев, Е. Ю. Зубова, Е. А. Козленко

Кафедра психиатрии и наркологии ВолГМУ,
Волгоградская областная психиатрическая больница № 1

Согласно результатам исследования, низкий уровень развития эмпатии медицинского персонала проявляется в противоречивом отношении сотрудников к пациентам, что препятствует установлению позитивного вербального контакта между медицинскими работниками и больными, понижая таким образом комплайенс. Коммуникативная категория "медицинский персонал – пациент" предполагает готовность к сотрудничеству и отражает соответствующее эмоционально положительное отношение.

Ключевые слова: комплайенс, эмпатия.

PSYCHOLOGICAL ASPECT OF COMPLIANCE

J. S. Orudzhev, E. J. Zubova, E. A. Kozlenko

Abstract. According to the results of the study, the low level of empathy in medical personnel is manifested by its contradictory attitude to the patients, which prevents them from establishing a positive verbal contact with patients, thus reducing the patients' compliance. The communicative model "medical personnel/patient" suggests a "response reaction", and a possibility of emotional participation in particular.

Key words: compliance, empathy.

У значительной части населения сформировано негативное отношение к факту установления психиатрического диагноза.

Угроза утраты авторитета в глазах общества, невозможность реализовать свои профессиональные способности, создать собственную семью и иметь детей заставляет человека с психи-

ческими проблемами избегать обращения к специалистам. Больной предпочитает лечиться у целителей и экстрасенсов, где "навешивание" ярлыков проявляется не так откровенно или вообще не имеет места, где умеют слушать и слышать и учитывают индивидуально-психологические особенности пациента [1].