
Результаты. В обоих случаях под местной анестезией были удалены деревянные ИТ орбиты размерами 11x1,5x1,5мм и 27,5x4 мм, соответственно. В первом случае пребывание ИТ в орбите в течение 28 лет было бессимптомным с сохранением хороших зрительных функций. Во втором - уже в ранние сроки после травмы отмечалось снижение зрительных функций, обусловленное воспалительным процессом с вовлечением зрительного нерва. В обоих случаях ИТ, не обнаруженные при рентгенографии, были диагностированы при проведении КТ. Проявление клинической симптоматики было предопределено локализацией ИТ в орбите.

Выводы. Диагностика деревянных ИТ в орбите сопряжена с рядом трудностей, что в значительной степени обусловлено небольшими размерами входного отверстия (часто самоадаптирующимися), отсутствием патогномичных признаков для деревянных ИТ, отрицательными данными рентгенографии. Важное значение для своевременной диагностики имеет тщательный сбор анамнеза с выяснением обстоятельств травмы. Методом выбора «визуализации» деревянного ИТ в орбите является КТ. При отрицательном результате КТ может быть применён метод магнитноядерного резонанса, но при наличии уверенности в отсутствии металлического ИТ.

Two cases of wooden foreign bodies in orbit

Krasnovid T. A., Sidak-Petretskaia O. S., Tychina N. P., Ponomarchuk A. V.

“The Filatov Institute of Eye Diseases and Tissue Therapy of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine” (Odessa, Ukraine)

2 cases of penetrating wounds with intrusion of fragments of wooden foreign bodies with different clinical course are described. In the first case, 28 years after injury occurred, foreign bodies were removed (11x1.5x1.5 mm and 27.5x4mm) by orbitotomy in the area of the formed fistula of the lower eyelid; and, in the second case, it was 2 years after injury occurred. Best corrected visual acuity was of 1.0 and 0.04, respectively. The cause of low vision in the second case was an inflammatory process involving the optic nerve. Method of choice of “visualization” of wooden foreign bodies in the orbit is computed tomography. A method of nuclear magnetic resonance can be applied if the result of the computed tomography is negative.

Наш опыт энвисцеро-энуклеации с имплантацией орбитального политетрафторэтиленового импланта при посттравматической субатрофии глазного яблока

Красновид Т.А., Грубник Н.П., Григорашенко Л.А.

Государственное учреждение «Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В.П.Филатова НАМН Украины» (Одесса, Украина)

Актуальность. Одной из основных причин удаления глазного яблока является его травма (Spraul C.N., Grossniklaus, 1998, Viestenz A., Kuchle M., 2001). Однако нередко после энуклеации субатрофичных вследствие травмы глаз наблюдается обнажение и отторжение широко применяемого в настоящее время орбитального политетрафторэтиленового импланта, что сопровождается косметическим недостатком.

Цель: представить результаты применяемой нами методики энвисцеро-энуклеации с имплантацией орбитального политетрафторэтиленового импланта при посттравматической субатрофии глаза с целью профилактики обнажения и отторжения импланта.

Материал и методы. Под наблюдением находились 32 больных с посттравматической субатрофией глазного яблока, развившейся в результате открытой травмы глаза. Мужчин - 27, женщин - 5. Средний возраст больных 34 (±5,6) года. Сроки после травмы от 2 недель до 7 мес. Сроки наблюдения после удаления глазного яблока от 3 мес. до 2,8 лет. Острота зрения у всех больных равнялась 0 (нулю). Передне- задняя ось травмированного глазного яблока находилась в пределах 14 - 20 мм. Всем больным ранее производилась первичная хирургическая обработка (ПХО) проникающего ранения глазного яблока. У 4 из них в виде крайней попытки сохранения глаза, как органа, после ПХО проводилась трансцилиарная витрэктомия с устранением отслойки сетчатой и сосудистой оболочек.

Во всех случаях была проведена энвисцеро-энуклеация с имплантацией политетрафторэтиленового импланта по следующей методике. Конъюнктива отсепаровывалась по лимбу по всей его окружности. После иссечения роговицы производилось удаление внутренних оболочек глаза с последующим тщательным контролем под микроскопом внутренней поверхности склеральной капсулы с целью полного удаления остатков цилиарного тела, сосудистой оболочки. Затем в нижне-внутреннем, нижне-наружном, верхне-внутреннем, верхне-наружном квадрантах проводились 4 разреза склеральной капсулы в радиальном направлении. После невротомии и тщательного гемостаза в орбиту под склеральную капсулу имплантировали орбитальный политетрафторэтиленовый имплант, который располагали под склеральной капсулой между прямыми мышцами глазного яблока таким образом, чтобы он спереди был полностью покрыт склеральной капсулой.

В связи с уменьшением поверхности склеральной капсулы и объёма мягких тканей орбиты на субатрофичных глазах размещение импланта с целью предупреждения его обнажения и отторжения производилось под склеральную, а не в склеральную капсулу. Операция завершалась наложением швов (викрил 6-0) на тенонову

капсулу и на конъюнктиву (шелк 6-0). Конъюнктивальная полость протезировалась через 5-6 дней после операции. Снятие швов с конъюнктивы производилось через 10 дней.

Результаты. Ни у одного из оперированных больных в указанные нами сроки не наблюдалось обнажения либо отторжения импланта, а также каких-либо других интра- и послеоперационных осложнений. У всех больных были достигнуты хорошие подвижность культи и косметический результат.

Выводы. Проведение эвисцеро-энуклеации с имплантацией орбитального политетрафторэтиленового импланта при посттравматической субатрофии глаза по описанной выше методике позволило избежать обнажения и отторжения импланта, а также воспалительной реакции со стороны окружающих тканей, каких-либо других интра- и послеоперационных осложнений. Во всех случаях достигнуты хорошие косметический результат и подвижность культи.

Optimized method of eviscero-enucleation and implantation of orbital implant in patients with posttraumatic phthisis bulbi

Grubnyk N. P., Krasnovid T. A., Grigoraschenko L. A.

The Filatov Institute of Eye Diseases and Tissue Therapy of NAMS of Ukraine (Ukraine, Odessa)

We observed 32 patients with posttraumatic phthisis bulbi, which developed as a result of an open eye injury. The periods of observation after the removal of the eyeball was from 3 months up to 2.8 years. Eviscero-enucleation with implantation of a polytetrafluoroethylene implant under the scleral capsule in patients with posttraumatic phthisis bulbi allowed to avoid implant exposure and rejection, inflammatory response from the surrounding tissues and any other intra- and postoperative complications.

Особенности техники удаления больших внутриглазных амагнитных инородных тел

Красновид Т. А., Грубник Н. П.

Государственное учреждение «Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В.П.Филатова НАМН Украины» (Украина, Одесса)

Актуальность: Проникающие ранения глазного яблока с наличием больших амагнитных внутриглазных инородных тел (ВИТ) являются актуальной проблемой офтальмотравматологии.

Цель настоящего сообщения: представить особенности техники удаления больших амагнитных ВИТ у 3 больных, находившихся на стационарном лечении в отделе посттравматической патологии глаза в институте им. В.П.Филатова.

Материал и методы. Под наблюдением находились 3 больных (мужчины в возрасте 22-38 лет). Всем больным удаление больших амагнитных ВИТ производилось с применением трансклиарной лентивитректоми (ЛВЭ) 23 Ga (25 Ga) с одномоментным удалением гемофтальма и в одном случае с устранением отслойки сетчатки, эндолазеркоагуляцией сетчатки, газовой тампонады 20% СЗФ8. У всех больных производилось удаление задней гиалоидной мембраны. Витреоретинальные вмешательства производились с применением хирургической системы Constellation (Alcon).

Клинический случай №1. Б-ной Е. 36 лет, поступил в институт спустя 5 дней после травмы. Травма левого глаза произошла во время ремонта золотого кулона. Диагноз: проникающее ранение роговицы (после ПХО по м/ж), травматическая катаракта, частичный гемофтальм, ВИТ (золотой кулон). Острота зрения - светоощущение с правильной проекцией света. При рентгенографии по Комбергу-Балтину: тень осколка размером 6 x 7 мм расположена на 4.20-6 ч на расстоянии 2-8 мм от анатомической оси глаза, на глубине 6-13 мм от проекции плоскости лимба – в глазу. По данным ультразвукового исследования (УЗИ), гемофтальм, ВИТ.

Клинический случай №2. Б-ой М., 22лет, поступил в институт через 2 дня после травмы. Травму левого глаза получил на охоте. Диагноз: огнестрельное ранение левого глаза, травматическая катаракта, гемофтальм, отслойка сетчатки, субретинальное кровоизлияние, цилиохориоидальная отслойка, ВИТ (дробь). Входные ворота – лимбальная зона. Острота зрения - светоощущение с неправильной проекцией света. При рентгенографии по Комбергу-Балтину тень осколка (дробь) диаметром 4 мм расположена на 17.30-18.30 на расстоянии 3-6, 5 мм от анатомической оси глаза, на глубине 12,5-15,5 мм от проекции плоскости лимба. По данным УЗИ гемофтальм, отслойка сетчатки (ОС) с массивным субретинальным кровоизлиянием, цилиохориоидальная отслойка, ВИТ.

Клинический случай №3. Б-ной М., 38 лет, поступил в стационар через 2 дня после травмы. Травму левого глаза получил в шахте. Диагноз: проникающее ранение роговицы, травматическая катаракта, частичный гемофтальм, амагнитное ВИТ (горная порода). Острота зрения - светоощущение с правильной проекцией света. Рентгенография по Комбергу-Балтину: тень осколка размером 3 x 3 мм, расположена на 5-5.4 час на расстоянии 5,5- 8,5 мм от анатомической оси глаза, на глубине 15- 18 мм от проекции плоскости лимба - в глазу. По данным УЗИ гемофтальм, ВИТ.

Результаты. Во всех трех случаях произведена трансклиарная лентивитректоми. Учитывая большие размеры ВИТ, имеющего неправильную форму с выпуклой поверхностью, сроки после ПХО раны роговицы, в