
Результаты. Полная резорбция рецидива меланомы сосудистой оболочки глаза наблюдались у 17 пациентов (77,3%). Отсутствие реакции на проведенную фотодинамическую терапию наблюдалось у 5 пациентов (22,7%). У 5 пациентов отсутствовала реакция на проведенное лечение: 2 пациентам (9,2%) – выполнена брахитерапия с использованием β -офтальмоаппликатора Ru106; 3 пациентам (13,6%) выполнено радикальное хирургическое лечение – энуклеация. Пациенты, получившие специальное лечение, находятся на динамическом наблюдении.

Вывод. Фотодинамическая терапия является эффективным методом органосохраняющего лечения рецидива меланомы сосудистой оболочки глаза T1-T3N0M0.

Photodynamic therapy of recurrent choroidal melanoma

Zhilyaeva K., Navumenka L., Karman A.

N.N. Alexandrov National Cancer Centre of Belarus (Minsk, Belarus)

Photodynamic therapy (PDT) of recurrent choroid melanoma has been used in Belarus since 2012. The aim of the investigation was to study the effectiveness of PDT for the treatment of recurrent choroid melanoma. The method of PDT has met the expectations of researchers and can be used for the treatment of melanoma recurrence.

Первый опыт применения формоустойчивого орбитального имплантата NUBIPLANT™

Костенко П. А., Якименко С. А., Пасечникова Н. В., Насинник И. О.

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

Актуальность. Потеря глаза вследствие травмы, опухоли или терминальной стадии ряда заболеваний глаза является психологической травмой для любого пациента, оказывая сильное влияние на образ его жизни и уверенность в себе, поэтому естественный вид, зависящий от последующего глазного протезирования, оказывается очень важным для пациента.

Удаление глаза сопровождается возникновением двух основных проблем – подбор орбитального имплантата (ОИ) для выполнения объема орбиты и создания опоры для косметического протеза (КП). Несмотря на то, что КП применялись на протяжении тысячелетий, первые орбитальные имплантаты были разработаны только около 100 лет назад. Основной причиной их возникновения послужило отсутствие движения КП «первого поколения» (небольшие сферы из стекла, пластика или силикона). В свою очередь использование ОИ может сопровождаться целым рядом серьезных осложнений - миграцией ОИ в орбите, отторжением ОИ, что требует необходимости в дальнейшем проведения ряда дополнительных операций. Эти проблемы вынуждают исследователей на поиск новых ОИ.

Цель. Проанализировать первые результаты применения нового формоустойчивого орбитального имплантата NUBIPLANT™ для формирования опорно-двигательной культы после удаления глаза.

Материал и методы. В период 2015-2016 гг. было прооперировано 5 пациентов (3 женщины и 2 мужчин), средний период наблюдения 10 месяцев. В качестве материала для ОИ впервые был использован формоустойчивый имплантат NUBIPLANT™, созданный на основе карбоцепного сополимера, обладающего высокой механической прочностью, эластичностью, устойчивостью к биохимическому и гидролитическому расщеплению, высокой биологической и физиологической совместимостью с тканями организма человека (свидетельство о госрегистрации №13427/2013).

Основными критериями оценки результатов операции служили - течение послеоперационного периода, развитие осложнений и эстетические результаты.

Результаты. Течение послеоперационного периода, развитие осложнений сравнивались с архивными данными, где в качестве ОИ использовался кадаверный хрящ, результаты оказались сопоставимы ($p > 0,1$). Осложнений, вызвавших необходимость замены имплантата не возникало. Все пациенты выразили высокий уровень удовлетворенности эстетическим результатом.

Таким образом, применение имплантата NUBIPLANT™, позволило восстановить объем утраченных тканей орбиты, сформировать опорно-двигательную культю, избежав использования донорского материала. Ареактивность течения послеоперационного периода позволила сократить сроки пребывания больного в условиях стационара на 2-3 дня.

Выводы. Полученные результаты применения в клинической практике формоустойчивого орбитального имплантата NUBIPLANT™ для формирования опорно-двигательной культы после удаления глаза показали, что он безопасен и ареактивен, позволяет избежать использования донорского материала, а также сократить сроки пребывания больного в условиях стационара на 2-3 дня. Вышеуказанное позволяет рекомендовать его для применения в широкой офтальмологической практике.

The first experience the use of NUBIPLANT™ orbital implant

Kostenko P. O., Iakimenko S. A., Pasyechnikova N. V., Nasinnik I. O.

Filatov Institut of Eye Diseases and Tissue Therapy (Odessa, Ukraine)

The first results of using a new orbital NUBIPLANT™ implant for the formation of locomotor stump after removing the eye were analyzed. Within 2015-2016 years, it was implanted in five patients (3 women and 2 men) with a mean observation period of 10 months. No postoperative complications requiring implant replacement occurred. All patients were highly satisfied with the aesthetic result. The results of NUBIPLANT™ implant application in clinical practice showed that it was safe and non-responsive; it avoided using donor material and reduced the terms of patient's in hospital stay by 2-3 days. The above can recommend it for using in a wide ophthalmic practice.

Усовершенствования при резекции кости при наружной дакриоцисториностомии

Лищенко В. Б., Левтюх О. В.

*ГУ «Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В.П. Филатова НАМН»
(Одесса, Украина)*

Актуальность. Трепанация кости является одним из основных и ответственных этапов при наружной дакриоцисториностомии. В настоящее время наиболее популярным способом образования костного отверстия стоит признать применение трепанофрезы и бормашины. Ряд офтальмологов считает, что оптимальные размеры костного окна должны быть в пределах 2 x 1,5 см, другие допускают уменьшение его размеров до 10 мм в диаметре. Однако практика показывает, что не может быть стандартной величины костного отверстия и в каждом случае она должна быть индивидуальной.

Цель работы - усовершенствование способа формирования костного отверстия путем изменение конфигурации костного окна, соблюдая оптимальные его пропорции, что позволило бы увеличить площадь последнего.

Материал и методы. Костное отверстие формируется нами в виде прямоугольной трапеции с длиной боковых стенок 10-12 и 12-14 мм и длиной верхней основы трапеции порядка 18 мм. Выпиливание кости производим при помощи бормашины с фисурным коническим бором с диаметром, равным толщине распатора. Сначала фисурным бором делаем разрез кости nasalis, начиная от crista lacremalis anterior в горизонтальном направлении длиной до 10 мм. Дальше, начиная от crista lacremalis posterior, производим разрез снизу длиной 12-14 мм под углом 135° по отношению к слезному мешку. Затем две выпиленные части в области crista lacremalis posterior и nasalis соединяются. Таким образом, формируется верхняя часть трапеции длиной 18 – 20 мм. параллельно слезному мешку. Наружная стенка отверстия (до 15 мм) формируется самостоятельно при удалении распатором вырезанной части кости полностью. Таким образом формируется прямоугольная трапеция. Края отверстия при таком способе получаются гладкими и ровными. На данную методику получен патент Украины № 38231 А. С целью выбора рациональной формы костного окна, проведен сравнительный анализ площадей разных отверстий: прямоугольной, полуовальной и в форме прямоугольной трапеции. При математическом анализе соотношение площади трапеции к прямоугольнику составляет 85,7 %, а полуовала к трапеции 67,5 %.

Результаты. Мы провели в эксперименте сравнительную оценку нескольких типов боров: конического, цилиндрического и шаровидного. При сравнительной оценке боров исходили из удобства пользования, времени, повреждения слизистой оболочки носа, скорости вращения режущей головки, образования костных осколков, качества и характера краев полученного отверстия. Конический зубоорубный бор оказался наиболее удобным в работе. Время образования костного отверстия минимальное, края отверстия гладкие и ровные, костных осколков не образуется, скорость вращения головки достаточная для выполнения трепанации. За счет конической формы четко ощущается момент прохождения инструмента на всю толщину кости, при этом мы не отмечали ни одного случая повреждения слизистой оболочки носа.

Выводы. 1. Данная модификация образования костного окна в виде трапеции позволяет, изменяя конфигурации резецированной кости и, соблюдая оптимальные пропорции, увеличить площадь последней по сравнению с прямоугольной формой на 15%, и почти на 30% с полуовальной. 2. Конический зубоорубный бор не повреждает слизистую оболочку носа и наиболее оптимальный для выпиливания костного окна при наружной дакриоцисториностомии.

Improvements in resection of bone in the external dacryocystorhinostomy

Lishchenko V. B., Levtyuh O. V.

SI "Filatov institute of Eye Diseases and Tissue Therapy of the NAMS of Ukraine" (Odessa, Ukraine)

The article deals with improving the method of forming a bone access hole through rational changes that will increase the operating field, improving conditions for surgical manipulation to facilitate connection of the nasal mucosa with mucous lacrimal sac, and as a result, achieving a relatively large diameter of the anastomosis, resulting in reduction the number of relapses.
