

Изобретение относится к медицине, конкретно, к офтальмологии и может быть использовано для хирургического лечения эндофтальмита.

Известен способ лечения эндофтальмита, заключающийся в том, что сначала производят корнеосклеральный разрез, через который удаляется экссудат из передней камеры глаза, затем в области плоской части цилиарного тела производят разрез склеры и цилиарного тела, через который осуществляют витрэктомию с заполнением полости глаза жидкостью и интравитреальное введение антибиотика.

Однако применение дополнительного корнеосклерального разреза существенно увеличивает травматичность операции и частоту осложнений. В связи с угнетением репаративных процессов при эндофтальмите возможна фильтрация внутриглазной жидкости через этот разрез, что создает условия для реинфицирования внутриглазных структур в послеоперационном периоде. Нередко заживление корнеосклерального рубца сопровождается прогрессирующей неоваскуляризацией роговицы, что приводит к необратимым ее помутнениям, ухудшающим косметический вид глаза. Применение данного метода создает предпосылки для развития гнойного кератита в области корнеосклерального разреза, а повреждение фильтрационной зоны обуславливает опасность стойких нарушений регуляции внутриглазного давления в послеоперационном периоде. Наличие разреза вблизи от угла передней камеры зачастую приводит к развитию синехий и повышает частоту пролиферативных осложнений в передней камере, т.к. процессы заживления протекают на фоне мощной воспалительной реакции с выраженным экссудативным компонентом и тенденцией к развитию фиброзио-пролиферативных процессов.

Следовательно, данный способ является довольно травматичным и опасен многочисленными осложнениями.

В основу изобретения поставлена задача усовершенствования способа лечения эндофтальмита, в котором удаление экссудата из передней камеры глаза и витрэктомию с заполнением полости глаза жидкостью и раствором антибиотика производят через один и тот же разрез склеры в области плоской части цилиарного тела, чем обеспечивается снижение травматичности операции и профилактика осложнений и за счет этого повышается эффективность операции.

Поставленная задача решается тем, что в способе лечения эндофтальмита, заключающемся в удалении экссудата из передней камеры глаза с последующим выполнением витрэктомии с заполнением полости глаза жидкостью и интравитреальным введением антибиотика, согласно изобретению производят разрез склеры в области плоской части цилиарного тела, затем через этот, разрез производят циклодиализ со вскрытием передней камеры, вводят через него в переднюю камеру наконечник аспирационно-ирригационного устройства, который удаляет экссудат из передней камеры, затем производят разрез плоской части цилиарного тела в области разреза склеры, через который выполняют витрэктомию с заполнением полости глаза жидкостью (например, раствором Рингер-Локка) и вводят антибиотик.

Разрез склеры в области плоской части цилиарного тела, с последующим циклодиализом со вскрытием передней камеры и введением через него в переднюю камеру наконечник аспирационно-ирригационного устройства, которым удаляют экссудат из передней камеры, обеспечивает возможность удаления экссудата из передней камеры глаза без выполнения дополнительного разреза роговицы по способу прототипа. Это уменьшает травматичность операции, так как вместо двух разрезов оболочек глаза производится один разрез. Кроме того, исключение из операции роговичного разреза предупреждает возможность развития связанных с ним осложнений - фильтрация раны, ратифицирование внутриглазных структур в послеоперационном периоде, гнойный кератит, помутнение и васкуляризация роговицы, внутриглазные кровоизлияния, передние синехии, нарушение регуляции внутриглазного давления. В итоге снижение травматичности операции и риска осложнений обеспечивают повышение эффективности лечения.

Выполнение разрезов плоской части склеры и цилиарного тела, необходимых для витрэктомии и интравитреального введения антибиотиков, предусматривается в два этапа. За счет этого, во-первых, обеспечивается реализация первого существенного признака заявляемого изобретения, во-вторых, исключаются осложнения, связанные с преждевременным вскрытием полости стекловидного тела (до выполнения циклодиализа) - выпадения стекловидного тела, гипотония, внутриглазные кровоизлияния, отслойка сетчатки.

Способ осуществляют следующим образом:

После последующей обработки операционного поля, акинезии век и анестезии накладывают уздечный шов на верхнюю прямую мышцу. Разрез конъюнктивы и склеры в области плоской части цилиарного тела. Шпателем через разрез склеры в том же меридиане производят циклодиализ со вскрытием передней камеры. Через циклодиализ в переднюю камеру вводят наконечник аспирационно-ирригационного устройства (например, наконечник витреотома), которым удаляют экссудат из передней камеры. Затем производят разрез плоской части цилиарного тела в области разреза склеры, через который выполняют витрэктомию с заполнением полости глаза жидкостью (например, раствором Рингер-Локка) и вводят антибиотик. Накладывают швы на разрезы склеры и конъюнктивы. Под конъюнктиву вводят антибиотик.

При необходимости через тот же разрез производят дополнительные вмешательства -

ленсэктомии, удаление внутриглазных инородных тел, диатермокоагуляцию внутриглазных сосудов и др.

Клинические испытания предложенной операции проведены в отделе микрохирургии повреждений глаз и витреоретинальной хирургии Украинского НИИ глазных болезней и тканевой терапии им. акад. В.П. Филатова.

Конкретный пример: Больной С. (ист. бол. №279754) поступил в отделение 12.05.91г. с диагнозом: правый глаз - здоров; левый - рубец роговицы, травматическая катаракта, травматический эндофтальмит, абсцесс стекловидного тела.

При поступлении: острота зрения левого глаза - светоощущение с правильной светопроекцией. Левый глаз - веки отечны, смешанная инъекция, парацентральный рубец роговицы, роговица отечна, на эндотелии экссудативные отложения, на радужке гнойно-экссудативная пленка, влага передней камеры оффусцирована, хрусталик оффусцирован, желтый рефлекс с глазного дна, ВГД - 20мм рт.ст. УЗ биометрия - передне-задняя ось обоих глаз -21,4мм. Проекционная периметрия левого глаза - поле зрения не определяется. Прицельная рентгенография левого глаза - теней инородных тел не обнаружено.

14.05.91г. на левом глазу произведена операция по предлагаемому способу с одномоментной ленсэктомией.

Обработка операционного поля 1% раствором бриллиантовой зелени, акинезия век и ретробульбарная анестезия 1% раствором тримекаина, уздечный шов на верхнюю прямую мышцу. Произведен разрез конъюнктивы и склеры длиной 3мм в области плоской части цилиарного тела на 10час. Шпателем через разрез склеры в том же меридиане произведен циклодиализ со вскрытием передней камеры. Через циклодиализ в переднюю камеру введен наконечник витреотома, соединенный с аспирационно-ирригационной системой, которым удален экссудат из передней камеры. Наконечник витреотома удален из глаза. Произведен разрез цилиарного тела соответственно разрезу склеры, через который дисцизионным ножом сформирован канал в хрусталике. Витреотомом через тот же разрез произведена ленсэктомия, затем витректомия с заполнением полости глаза раствором Рингер-Локка. Наконечник витреотома удален, в полость глаза через тот же разрез введена игла на шприце, которым введено 0,4мг гентамицина. Наложены узловые швы 8 × 0 на разрез склеры и непрерывный шов 3 × 0 на разрез конъюнктивы. Под конъюнктиву введено 20мг гентамицина. Бинокулярная повязка. Осложнений во время операции не наблюдалось. Больной получил курс общепринятой антибактериальной, противовоспалительной, рассасывающей терапии.

Состояние при выписке: острота зрения левого глаза - 0,02 с корр. + 10 Од = 0,17. Глаз почти спокоен, роговица вне рубца прозрачная, водянистая влага прозрачна, передняя камера глубокая, зрачок круглый, диаметр 4мм, афакия, розовый рефлекс с глазного дна. ВГД - 20мм рт.ст. УЗ биометрия - передне-задняя ось обоих глаз - 21,5мм.

Осмотр через 2 месяца. Острота зрения левого глаза = 0,02 с корр. +10,0Д - 1,0. Глаз спокоен: нежный парацентральный рубец роговицы, роговица вне рубца прозрачная, водянистая влага прозрачна, передняя камера глубокая, зрачок круглый, в центре, диаметр 4мм, афакия, глазное дно - диск зрительного нерва, макулярная область и периферия без особенностей. ВГД - 20мм рт.ст.

Всего под наблюдением находилось 23 больных с эндофтальмитом, исходное состояние глаз было крайне тяжелым во всех случаях и характеризовалось наличием признаков необратимой деструкции нейро-рецепторного аппарата из-за далекозашедшей стадии внутриглазной инфекции. В связи с этим лечение проводилось с целью сохранения глаза и остаточных функций.

Контрольную группу составили 11 больных, которым была произведена операция по способу прототипа. В 2 - х случаях (18,2%) инфекцию купировать не удалось, в связи с чем была произведена эквисцерация. В 3 - х случаях (27,3%) наблюдалась утрата светоощущения в послеоперационном периоде. Из прочих осложнений следует отметить кровоизлияние в переднюю камеру у 3 больных (27,3%), кератопатию - у 2 (18,2%), неоваскуляризацию роговицы - у 2 (18,2%). Форменного зрения не было получено ни в одном случае.

Опытную группу составили 12 больных с аналогичным исходным состоянием глаз, которым операция была произведена по предложенной методике. Осложнений во время вмешательства и в послеоперационном периоде не наблюдалось ни у одного больного. Экссудат из передней камеры удалялся полностью без технических трудностей и без повреждения внутриглазных структур.

Использование предложенного метода лечения позволило купировать внутриглазную инфекцию и избежать потери глаза во всех 12 случаях (100%). Светоощущение также было сохранено во всех 11 глазах (100%), обладавших светоощущением к моменту начала лечения. У -х больных (16,6%) получено форменное зрение (0,04 и 0,17). Ухудшение в состоянии глаз в послеоперационном периоде не наблюдалось.

Проведенные нами исследования подтверждают известные данные литературы о том, что при хирургическом лечении эндофтальмита по способу прототипа у 64% больных развиваются серьезные осложнения, связанные с выполнением корнеосклерального разреза, которые отягощают состояние глаза и ухудшают результаты лечения.

С другой стороны, использование предложенного способе лечения позволяет уменьшить

травматичность операции и избежать развития осложнений.