

Результаты. Во всех случаях оперативное вмешательство протекало без осложнений, однако при наличии инфильтрата и отека роговицы отмечалось ухудшение интраоперационной визуализации. Среди общего количества у 23 больных (65,7 %) достаточным оказалось проведение одной витрэктомии. В I группе 11 больным (55%) проведено 1 витреоретинальное вмешательство (операции завершились у 4 - воздушной тампонадой, 1 - газовой тампонадой, 6-BSS), остальным 9 пациентам потребовалась ревитрэктомия в комбинации с динамическим циркуляжом в связи с развитием отслойки сетчатки и передней пролиферативной витреоретинопатии (ПВР) (у 5 – силиконовая тампонада, у 4 - газовая тампонада 20% СЗФ8). Во II группе 12 больным (80%) проведено 1 витреоретинальное вмешательство (у 4 - воздушная тампонада, у 8-BSS), у остальных 3 больных проведена ревитрэктомия в комбинации с динамическим циркуляжом (ДЦ) в связи с развитием отслойки сетчатки и ПВР (1-силиконовая тампонада, 2- газовая тампонада 20% СЗФ8). Таким образом, ревитрэктомия в комбинации с ДЦ была проведена у 12 пациентов (34,3%) в связи с возникновением отслойки сетчатки в течение одного месяца после первой витрэктомии, однако эффективной была у 22,8%: в I группе - 5 пациентов (3-ГТ, 2-СТ), во II группе - 3 (1-ГТ, 2-СТ). Четырём больным из I группы (11,4%) понадобилось 3 витрэктомии. В период наблюдения отслойка сетчатки сохранялась у 5 пациентов (14,28 %), субатрофия глазного яблока развилась у 2 пациентов (5,7 %), энуклеация проведена у 1 пациента (2,85 %). Получены такие оптические результаты: рг.1.incertae - у 5 больных с ЦХО, ОС, ПВР; 0,02-0,1 - у 9; 0,3-0,9- у 16; 1,0- у 5.

Выводы. Таким образом, наши данные свидетельствуют о том, что при посттравматическом эндофтальмите патогенетически обоснованным является применение современных технологий витрэктомии, позволяющей не только сохранить глаз как орган, но и улучшить зрительные функции.

Efficacy of vitrectomy in patients with posttraumatic endophthalmitis

Krasnovid T. A., Grubnyk N. P.

The Fialatov Institute of Eye Diseases and Tissue Therapy NAMS of Ukraine (Odesa, Ukraine)

We observed 35 patients with posttraumatic endophthalmitis after vitrectomy. One vitrectomy was effective and enough in 65.7% in group with penetrating injuries and intraocular foreign bodies and in 80 % in group with penetrating injuries. 34.3 % of the first group and 20 % of the second group needed revitrectomy with encircling band and endotamponade. In the follow-up period retinal detachment was observed in 14.28% of patients, phthisis bulbis – 5.7 %, enucleation was performed in 2.85%.

Виды дислокации ИОЛ и способы ее репозиции

**Красновид Т. А., Сидак-Петрецькая О. С., Тычина Н. П., Исько Е. Д.,
Курилюк А. Н., Пономарчук А. В.**

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

Актуальность. Несмотря на успехи в хирургии катаракты, вывих интраокулярной линзы (ИОЛ) остается важным интраоперационным и послеоперационным осложнением, которое, по данным литературы, встречается от 0,05 до 3% случаев. Смещение ИОЛ варьирует от простой децентрации в просвете зрачка до вывиха на глазное дно. Дислокация ИОЛ может произойти при первоначальном ее размещении на фрагменты капсульного мешка (ФКМ), а также в послеоперационном периоде в результате травмы, падения, растирания глаз, и таких внутренних факторов, как рубцевание или сокращение капсульного мешка (КМ), передняя пролиферация, слабость цинновых связок. В первом случае ИОЛ смещается через разрывы КМ во втором смещается комплекс «ИОЛ+мешок». Выбор способа репозиции ИОЛ обусловлен симптомами, потребностями и ожиданиями пациента. У лиц пожилого возраста при отсутствии мобильности ИОЛ, ретинальных осложнений и удовлетворенности пациента очковой или контактной коррекцией возможно наблюдение в динамике. Хирургические технологии репозиции ИОЛ включают в себя: перемещение линзы на ФКМ, шовную фиксацию к радужке или склере, замену или удаление линзы. Хирургические подходы: лимбально-роговичный и современные методы малоинвазивной трансцилиарной витрэктомии (ВЭ).

Цель работы. Оценить результаты хирургического лечения больных с дислокацией ИОЛ разного вида, степени и этиологии.

Материал и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения 64 пациентов (64 глаза) с дислокацией ИОЛ, находившихся на стационарном лечении в отделе посттравматической патологии глаза в течение 7-ми лет. Мужчин 46, женщин 18, возраст – от 24 до 83 лет. В подавляющем большинстве случаев (44 глаза) в возрасте свыше 50 лет. В 7-ми случаях смещение было в переднюю камеру, в 45 – в стекловидное тело, в 12 – на глазное дно. Сроки смещения ИОЛ колебались от её ятрогенного вывиха во время операции до 19 лет после операции. В 4 случаях вывих произошел интраоперационно, в 4 – в первые 2 дня, в 5 - в первые 2 месяца, в 12 случаях – до 1 года, в 39 случаях - в поздние сроки от 1 года до 19 лет после операции. ЭК катаракты с имплантацией ИОЛ в 29 случаях была произведена по поводу возрастной катаракты, в 8 – осложненной, в 24 – травматической и в 3 - врожденной. Спонтанная дислокация ИОЛ произошла на 41 глазу, травма была причиной смещения в 14

случаях, поднятие тяжести - в 3 случаях, на 2 глазах под влиянием интравитреально введенного газа и в 4 случаях вывих был ятрогенным. По виду ИОЛ в 32 случаях она была моноблочной, в 6 – 3-х составной, в 18 – жесткой заднекамерной, в 5 – жесткой модели Сергиенко или Пучковской-Голубенко, в 2 случаях линза была силиконовой. Острота зрения (ОЗ) с афакической коррекцией была следующей: от светоощущения до 0,03 - на 18 глазах, от 0,03 до 0,3 - на 16, от 0,3 до 1,0 - на 30. Внутриглазное давление (ВГД) по Маклакову: от 15 до 24 мм рт.ст. наблюдалось на 58 глазах (в том числе на 5 под гипотензивными каплями), от 25 до 31 мм рт.ст. – на 6 глазах (в 3-х под каплями). Выбор хирургического доступа к дислоцированной ИОЛ определялся степенью ее смещения и наличием сопутствующих осложнений. На 25 глазах ИОЛ была репозиционирована через роговичный парацентез, иногда с применением 1 склеротомии: в 3 случаях на ФКМ, в 4 случаях была шовная фиксация к склере, в 18 – к радужке. В 39 случаях для репозиции ИОЛ были применены методы т/ц ВЭ малых калибров 23 и 25 g: у 4 больных линза была перемещена на ФКМ, у 24 – применена шовная фиксация к радужке в одной или двух точках, в 10 – к склере. В 5 случаях ИОЛ была удалена: в 1 случае из передней камеры, в 4 случаях из заднего отдела. На 3-х глазах произведена реимплантация мягкой ИОЛ с шовной фиксацией к склере. В 2 случаях понадобилась фиксация ИОЛ к радужке после повторной ее дислокации с ФКМ. На 7 глазах одномоментно была устранена отслойка сетчатки.

Результаты. Результаты оперативного лечения оценивали по трем критериям: положение ИОЛ в послеоперационном периоде, ОЗ и состоянию ВГД. При динамическом наблюдении больных в период от 1 года до 5 лет, выявлено стабильное положение ИОЛ во всех случаях. Ультразвуковая биомикроскопия показала, что при фиксации к склере в 10 случаях гаптическая часть ИОЛ расположена в цилиарной борозде, в 4 случаях смещена относительно цилиарной борозды. При фиксации к радужке лишь в 6 случаях удалось сохранить зрачок правильной округлой формы. У большинства больных этой группы отмечался выраженный иридофакогенез, особенно на авитреальных глазах. Кроме того, в одном случае наблюдался транзиторный гемофтальм через 3 месяца после репозиции жесткой ИОЛ, что может быть связано с раздражением радужки. От светоощущения до 0,03 зрение сохранялось только на 8 глазах. На 56 глазах ОЗ без афакической коррекции значительно повысилось: от 0,03 до 0,3 на 23 глазах и от 0,3 до 1,0 на 33 глазах. Нормальные цифры ВГД наблюдались на 57 глазах (в 16 случаях под каплями). Декомпенсация от 25 до 31 мм рт.ст. была в 7 случаях, что объяснялось наличием в глазу силиконового масла или газа.

Выводы. Таким образом, при выборе правильной тактики репозиции ИОЛ у большинства пациентов могут быть достигнуты хорошие анатомические и визуальные результаты. При смещении линзы в переднюю камеру или передние отделы стекловидного тела может быть использован роговично-лимбальный подход. В случае выраженного смещения ИОЛ в стекловидное тело и на глазное дно должны быть применены современные методики ВЭ, что позволит одномоментно устранить сопутствующую патологию (гемофтальм, отслойку сетчатки).

IOL dislocation types and its reposition methods

Krasnovid T. A., Sidak-Petretska O. S., Tychina N. P., Isko K. D., Kuryliuk A. N., Ponomarchuk A. V.

The Fialatov Institute of Eye Diseases and Tissue Therapy NAMS of Ukraine (Odesa, Ukraine)

Results of surgical treatment of patients with dislocated IOL directly depend on choosing the correct tactics of IOL reposition. At lens displacement in the anterior chamber or the anterior vitreous – cornea-limbal access is optimal for use. In the case of IOL displacement in the vitreous body and fundus of the eye, the actual vitreoretinal surgery techniques should be applied. Such approach allows to remove an accompanying pathology (hemophthalmus, retinal detachment) at one time.

Исследование зрительных функций у пациентов пострадавших вследствие минно-взрывной травмы, полученной в военных условиях

Малачкова Н. В., Радега К. М.

Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова (Винница, Украина)

Введение. Минно-взрывная травма - класс поражений, который характеризуется влиянием множественных поражающих факторов, каждый из которых самостоятельно влияет на потерпевшего. Комбинация факторов может также вести к сосудистой ишемии впоследствии.

В последние годы офтальмологи в Украине имеют возможность наблюдать пострадавших вследствие минно-взрывных травм.

Целью нашего исследования было определить состояние зрительных функций у пациентов, перенесших минно-взрывные травмы.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 11 пациентов, обследуемых в Научно-исследовательском Институте Реабилитации Инвалидов Винницкого Национального Медицинского Университета им Н.И.