
му його край є краєм дефекту та інтерпольований – ротований навколо своєї осі, який закриває дефект розташований поруч із донорською ділянкою, але не прилеглий до неї), висувні (простий ковзкий клапоть – це прямокутний або квадратний фрагмент шкіри та підшкірної клітковини, який переміщується вперед за рахунок еластичності тканини, ковзний клапоть на ніжках – це клапоть, який формують за допомогою двох розрізів паралельно довгій осі дефекту, а шкіра, розташована між дефектом і розрізом, мобілізується та зсувається, закриваючи дефект, V-Y-клапоть-проводиться V-подібний розріз, після чого ділянка шкіри зсувається, а рана зашивається як буква Y).

Більш поширеним для закриття великих дефектів стають мікросудинні клапті та вільна пересадка аутоотканин.

Висновок. Таким чином, сьогодні в Україні ми маємо всі можливості для проведення високотехнологічної хірургії переорбітальної ділянки у пацієнтів з бойовою травмою

Possibilities of reconstructive surgery of traumatic injuries of the periorbital area during the war

Petrenko O.V., Denisyuk O.Y., Borkhalenko M.V.

(Kyiv, Ukraine)

Frequent injuries of the organ of vision are characterized by significant damage to the tissues of the eye and the periorbital area, a large number of foreign bodies, combined and combined injuries. Modern methods of closing defects often include local tissue plasticity using microvascular flaps and free autotissue transplantation.

Особливості хірургічного лікування наслідків вибухової травми ока

Сідак-Петрецька О. С., Тичина Н. П., Бондар Н. І., Родіна Ю. М., Курилюк А. М., Пономарчук О. В., Пірвердієва С. Ф., Ульянова Н. А.

ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України» (Одеса, Україна)

Актуальність. Сучасна бойова травма ока – це багатofакторне ураження, яке виникає внаслідок сукупної ушкоджуючої дії на організм людини ударної хвилі, газових струменів, вогню, токсичних продуктів вибуху та горіння, осколків корпусу боєприпасів,

вторинних сторонніх тіл. Характерними особливостями бойової вибухової травми очного яблука є наявність важких ушкоджень переднього і заднього відділів ока, а також пошкодження допоміжного апарату ока, що чинить певний негативний вплив на терміни проведення та функціональний прогноз хірургічного лікування. Найбільш актуальною проблемою є необхідність проведення вітректомії у пацієнтів з наслідками вибухової травми ока при відсутності прозорості рогівки.

Мета: вивчити результати транскліарної вітректомії з використанням тимчасового інтраопераційного кератопротезу у пацієнтів з важкими вибуховими травмами ока.

Матеріал і методи. Під спостереженням знаходились 18 пацієнтів з вибуховими травмами ока, яких в залежності від термінів виконання вітректомії розподілили на три групи: I група (5 очей) до 7 діб після отримання травми, II група (5 очей) – з 8-ої до 14-ої доби, III група (8 очей) після 14-ої доби. По важкості отриманих травм групи пацієнтів були співставні. Серед пацієнтів, що знаходились під спостереженням було 12 (67 %) очей з відкритою травмою ока, 6 очей (33 %) з закритою травмою ока. У 10 пацієнтів (56 %) було помутніння рогівки, у 5 пацієнтів (28 %) обширні проникаючі поранення рогівки зі швами, на 2 очах (11 %) гематокорнеа, на 1 оці (5 %) опік рогівки. Показами для проведення вітректомії були наявність гемофтальму (30 %), відшарування сітківки (28 %), проліферативна вітреоретинопатія (35 %), внутрішньоочні сторонні тіла (7 %). Всім пацієнтам проводили стандартну транскліарну трьохпортову 25G вітректомію з використанням тимчасового кератопротезу. Ефективність проведеного лікування оцінювали по функціональному (прибавка гостроти зору) та анатомічному (прилягання сітківки) критеріям. Термін спостереження складав 60 діб.

Результати. В результаті проведеного лікування всім пацієнтам виконано запланований обсяг оперативного втручання. Слід зазначити, що на терміни проведення хірургічного лікування в умовах офтальмологічного відділення певний вплив мала наявність супутніх пошкоджень життєво важливих органів, тому переважна більшість пацієнтів отримала змогу лікуватись у офтальмолога не раніше 1-го тижня після отримання травми. Всім хворим

виконана задня субтотальна вітректомія з видаленням задньої гіалоїдної мембрани; у 70 % пацієнтів видалена травматична катаракта, у 7 % проведено видалення внутрішньоочних сторонніх тіл із заднього сегменту ока; у 32 % - ендолазерна коагуляція розривів сітківки. В 30 % випадків проведено силіконову тампонаду вітреальної порожнини, в 30 % - газова тампонада. В 62 % випадків імплантовано задньокамерні інтраокулярні лінзи. У 20 % пацієнтів виконано іридопластику. Переважній кількості хворих після виконання вітректомії виконано наскрізну кератопластику, в 2 випадках (11 %) використовували ауторогівку. Найбільш вираженою прибавка зорових функцій та задовільний анатомічний результат проведеного лікування спостерігався у пацієнтів II-ої групи. Отримані попередні результати свідчать про необхідність подальшого вивчення питання визначення оптимальних термінів для проведення вітректомії у пацієнтів з наслідками вибухових травм ока.

Висновки. Сучасна бойова травма ока характеризується значною важкістю пошкодження переднього та заднього відділів ока, зокрема, ураженням рогівки з розвитком її помутнінь та рубцевих деформацій та значною частотою відшарування сітківки, крововиливів в склисте тіло та наявністю внутрішньоочних сторонніх тіл. Виконання вітректомії у даної категорії пацієнтів вимагає адекватної візуалізації очного дна, що ефективно досягається використанням інтраопераційного кератопротезу. Оптимальними термінами виконання вітректомії у пацієнтів з наслідками вибухових травм в наших дослідженнях були з 8 до 14 доби після отримання травми.

The features of surgical treatment of the consequences of blast eye injury

Sidak-Petretska O. S., Tychyna N. P., Bondar N. I., Rodina Y. M., Kuryliuk A. M., Ponomarchuk O. V., Pirverdieva S. F., Ulianova N. A.

State Institution "The Filatov Institute of Eye Diseases and Tissue Therapy of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine" (Odesa, Ukraine)

The **aim** of our study was to examine the results of vitrectomy using a temporary intraoperative keratoprosthesis in patients with severe blast eye injuries. 18 patients with blast eye injuries were under observation, who were divided into three groups depending on the timing of vitrectomy: Group I (5 eyes) up to 7 days after the

injury, Group II (5 eyes) - from the 8th to the 14th days, III group (8 eyes) after the 14th day. As a result of the treatment, all patients underwent the planned surgical intervention. It should be noted that the timing of surgical treatment in the conditions of the ophthalmology department had a certain influence on the presence of concomitant damage to vital organs, so the vast majority of patients were able to be treated by an ophthalmologist no earlier than the 1st week after receiving the injury. All patients underwent posterior subtotal vitrectomy with removal of the posterior hyaloid membrane; traumatic cataracts were removed in 70% of patients, intraocular foreign bodies were removed from the posterior segment of the eye in 7%; in 32% - endolaser coagulation of retinal breaks. Silicone tamponade of the vitreous cavity was performed in 30% of cases, gas tamponade in 30%. In 62% of cases, posterior chamber intraocular lenses were implanted. 20% of patients underwent iridoplasty. The majority of patients underwent through-through keratoplasty after vitrectomy, in 2 cases (11%) an autocornea was used. The most pronounced increase in visual functions and a satisfactory anatomical result of the treatment was observed in patients of the II group. The obtained preliminary results indicate the need for further study of the issue of determining the optimal terms for conducting vitrectomy in patients with the consequences of explosive eye injuries.

Conclusion. Modern combat eye trauma is characterized by significant severity of damage to the front and back parts of the eye, in particular, damage to the cornea with the development of its opacities and scar deformations and a significant frequency of retinal detachment, hemorrhages in the vitreous body, and the presence of intraocular foreign bodies. Performing vitrectomy in this category of patients requires adequate visualization of the fundus, which is effectively achieved using an intraoperative keratoprosthesis. The optimal timing of vitrectomy in patients with the consequences of explosive injuries in our studies was from 8 to 14 days after receiving the injury.

Трансплантація амніотичної оболонки у пацієнтів після тяжких опіків кон'юнктиви склери та рогівки з формуванням акілосимблефарону

Чміль А. О., Горбик Н. І., Півнева Т. М.

Олександрівська клінічна лікарня м. Києва (Київ, Україна)

Актуальність. Лікування пацієнтів з вираженими рубцевими змінами, а саме формуванням симблефарону проводять за допомогою різних оперативних методів: застосування аутологічного кон'юнктивального трансплантату з іншого здорового ока, слизової оболонки носа або губи та трансплантації амніону. Широкого застосування набула трансплантація амніотичної оболонки, оскільки безпечний об'єм кон'юнктивального трансплантату не завжди є достатнім для закриття дефекту, а при використанні слизової носа чи губи - високий ризик рецидиву через відсутність