
современными технологиями ВРВ. На Украине таковым в настоящее время является Украинский глазной травматологический центр.

Выводы. Подавляющая часть травматических повреждений глаз, наблюдающихся в зоне АТО, является результатом минно-взрывных травм, которые в большинстве случаев в отличие от глазных травм мирного времени являются двусторонними и сопровождаются повреждением заднего сегмента глазного яблока.

Среди различных видов оперативных вмешательств, предпринятых у пострадавших в зоне АТО, наибольший удельный вес (52,2%) составляют витреоретинальные вмешательства.

С целью оптимизации оказания своевременной и высококвалифицированной помощи лицам, нуждающимся в проведении ВРВ, их следует как можно раньше направлять непосредственно в Центры, обладающие необходимыми для этого оснащением и кадровым составом. На Украине в настоящее время таковым является Украинский Офтальмотравматологический Центр.

On providing specialized and highly-qualified aid in eye injuries during ATO in the east of Ukraine

Krasnovid T.A., Sidak-Petretskaia O.S., Grubnik N.P., Mirnenko V.V., Isko E.D., Tychina N.P.

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

The paper presents the structure of eye injuries of wounded during ATO in the east of Ukraine and the main types of surgeries performed. The most of traumatic injuries were a result of mine-blast trauma which despite of piece-time eye injuries are bilateral and accompanied by the anterior eye segment damage. Vitreoretinal surgery is more often performed among various surgical interventions. To optimize early and highly qualified eye care delivery to the wounded that need vitreoretinal surgery, they should be referred to specialized centers as early as possible. In Ukraine such a center is Ukrainian Eye Trauma Center.

Два случая деревянных инородных тел в орбите

Красновид Т. А., Сидак-Петрецькая О. С., Тъчина Н. П., Пономарчук А. В.

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

Актуальность. Инородные тела (ИТ) в орбите встречаются в 1/6 всех орбитальных повреждений. Большинство из них металлические, стеклянные и значительно реже - деревянные (Sanders A. and oth., 2005). Признаки, свидетельствующие о наличии деревянных ИТ в орбите, могут варьировать от их отсутствия до наличия выраженных воспалительных явлений, ведущих к гибели глаза. Симптоматика деревянных ИТ в орбите может имитировать черты таких воспалительных явлений, как туберкулез, саркоидоз, идиопатическое воспаление орбиты. Вышесказанное свидетельствует о необходимости своевременной диагностики и выбора оптимального метода лечения больных с наличием деревянных ИТ в орбите.

Цель сообщения. Представить два случая проникающего ранения орбиты с внедрением фрагментов деревянных ИТ с различным клиническим течением.

Материал и методы. *Первый случай.* Пациент Б., муж., 40 лет, поступил в институт Филатова через 28 лет после травмы нижнего века левого глаза веткой дерева. В момент травмы рана кожи нижнего века была обработана; рентгенологический и другие методы исследования не проводились. Клинических симптомов, свидетельствующих о наличии ИТ в орбите, отмечено не было. Первые симптомы в виде отека нижнего века появились 6 мес. назад, затем спустя 5 мес. в наружной трети нижнего века по краю орбиты диагностирован свищ. Острота зрения (ОЗ) = 1.0, границы поля зрения в пределах нормы. Рентгенографически ИТ не обнаружено. По данным компьютерной томографии (КТ), в ниже-наружном отделе левой орбиты, ближе к краю глазницы обнаружено ИТ.

Второй случай. Пациент С., муж., 49 лет. В анамнезе травма левого глаза веткой дерева 2 года назад. По месту жительства была произведена хирургическая обработка раны конъюнктивы в области нижнего свода, и через две недели был направлен в институт. При поступлении ОЗ = 0,005, экзофтальм 3 мм, внутриглазное давление (ВГД) = 25-29 мм рт.ст. Подвижность глазного яблока ограничена во всех направлениях, периметрия - сохранен участок поля зрения снизу-снаружи. При офтальмоскопии диск зрительного нерва гиперемирован. Электрофизиологические исследования: порог электрической чувствительности = 155 мкА, лабильность зрительного нерва не определяется; Электроретинография - начальная дистрофия проводящей системы зрительного нерва с вовлечением аксиального пучка. На рентгенограмме патологии орбиты и ИТ не выявлено. По данным ультразвукового исследования, в ниже-наружном квадранте орбиты и в области «акустической воронки» зрительного нерва (ЗН) - объемное образование неправильной формы 11x18x12 мм - кровоизлияние. По данным КТ - экзофтальм и инфильтрация ретробульбарной клетчатки по ходу ЗН. После проведенного консервативного лечения ОЗ повысилась до 0,1, ВГД - 18-19 мм рт.ст. (под арутимолом 0,5% 2 р/д). Три месяца назад появилась отечность нижнего века, а через два месяца - свищ в наружной трети нижнего века по краю орбиты. При повторном поступлении в институт ОЗ снизилась до 0,04 н.к., с сохранением участка поля зрения снизу-снаружи. На КТ обнаружено ИТ в ниже-наружном квадранте левой орбиты.

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