

МОЖЛИВІ ПІДХОДИ ДО РЕКОНСТРУКТИВНИХ ОПЕРАЦІЙ ПРИ ВЕЛИКИХ ДЕФЕКТАХ М'ЯКИХ ТКАНИН ТА КІСТКОВИХ СТРУКТУР ОРБИТИ ТА ПЕРИОРБИТАЛЬНОЇ ДІЛЯНКИ ПРИ ТРАВМАХ ТА ПУХЛИНАХ Малецький А.П., Зубок Д.І.

ДУ «Інститут очних хвороб та тканинної терапії ім. В.П.Філатова НАМН України»,
ДУ «Інститут стоматології та щелепно-лицьової хірургії НАМН України»;
Одеса, Україна

Вступ. Травми лицьового скелета із залученням органу зору становлять від 36 до 64%. Основною причиною травматизму є як побутові, так і військові травми. Соціальна значимість травм повік, орбіти та окулоорбітальної ділянки визначається молодим працездатним віком пацієнтів, при цьому спостерігається бімодальний розподіл контузії орбіти з піками частоти у віці 16-21 та 39-55 років, а це веде у 89% випадків до зниження адаптації пацієнта до трудової діяльності.

Важливе місце у відновлювальних операціях займають також наслідки лікування пухлин органу зору. На нашу думку, усунення наслідків травм і пухлин вищевказаних ділянок може йти шляхом удосконалення хірургічних підходів і вибору адекватних матеріалів, що імплантуються для усунення посттравматичних дефектів повік, орбіти і окулоорбітальної ділянки

Мета роботи. Вивчити ефективність можливих підходів до реконструктивних операцій при великих дефектах м'яких тканин та кісткових структур орбіти та периорбітальної ділянки при травмах та пухлинах.

Матеріал та методи. Аналіз результатів лікування проведено на 137 хворих (вік від 7 до 74 років) з дефектами повік, орбіти та периорбітальної ділянки, у яких для усунення дефектів м'яких тканин та кісткових структур використовувалися такі імплантанти: ауто- та гомохрящ, тверда мозкова оболонка, полімерно-композиційний матеріал (ПКМ), титанові мікро- та мініпластини, сітки, політетрафторетилен та пластини, що резорбуються, на основі полігліколевої кислоти. У хворих з травмами та пухлинами ока, повік, орбіти та лицьового черепа проводилася комп'ютерна томографія, за результатами якої оцінювався ступінь поширення пухлинного процесу та пошкодження кісткових структур. Оцінку відновлення анатомічних структур оцінювали інтраопераційно, а також за допомогою контрольної комп'ютерної томографії на 7-10 дні після операції.

Результати. Аналіз результатів лікування був проведений у 137 хворих. У 112 хворих із пошкодженням стінок орбіти аналіз показав, що у 93 пацієнтів вдалося повністю усунути енофтальм та гіпофтальм, а у 19 - частково. У 74 хворих повністю відновлено рухливість очного яблука, у 38 - частково. При усуненні пошкоджень периорбітальної ділянки (16 пацієнтів) доцільніше використовувати ПКМ, а при формуванні стінки орбіти - ПКМ, титанові мікро- та мініпластини, сітки та пластини, що резорбуються, на основі гліколевої кислоти.

У 14 з 17 хворих при відновленні повік та великих дефектів м'яких тканин у периорбітальній ділянці після перенесеної травми та резекції пухлини, використовувалися місцеві тканини та вільні клапти слизової з губи та шкіри, а у одного пацієнта з дефектом м'яких тканин щоки було зроблено закриття його з допомогою шкірно-жирового клаптя, взятого з передпліччя, на судинній ніжці з підшиванням її до лицьової артерії та вени; трансплантат фіксований шовковими вузлуватими швами. У 8 хворих з канцером шкіри лобно-тім'яної ділянки пухлина була видалена, дефект, що утворився, був заповнений частково місцевими тканинами, вільним шкірним клаптем і круглим крокуючим стеблом за методикою В.П.Філатова. У всіх хворих досягнуто позитивний результат.

Висновки. При реконструктивних операціях на повіках, орбіті та периорбітальній ділянці необхідний диференційований підхід до вибору тактики хірургічного лікування та імплантуючих матеріалів. Крім того, проведення спільних операцій разом зі спеціалістами нейрохірургії, лор-патології, щелепнолицьовими та офтальмохірургами дозволило щонайменше вдвічі скоротити період реабілітації хворих з патологією лицьового черепа та орбіти.

ЗНАЧЕННЯ ТА ОСОБЛИВОСТІ ГІСТОМОРФОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ В ОФТАЛЬМОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Мурзін В.М., Артьомов О.В.

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

Актуальність. У системі охорони здоров'я патологоанатомічна служба відіграє важливу роль, здійснюючи систему заходів, спрямованих на покращення діагностичної та лікувальної роботи, отримання чітких, уніфікованих та суворо об'єктивізованих критеріїв оцінки якості лікувально-діагностичної роботи, які мають бути легко порівнянними. Хоча в офтальмологічній практиці участь патологоанатома обмежується лише гістоморфологічної діагностикою, це не робить цю діяльність менш значимою. Гістоморфологічне дослідження біопсійного та операційного матеріалу є найважливішим розділом роботи патологоанатомічної служби. Спеціалізована медична допомога включає обов'язкове проведення біопсійного дослідження, спрямованого на прижиттєву діагностику захворювань і визначення ефективності лікування. Причому в останні десятиліття спостерігається зростання ролі морфологічних досліджень в обстеженні та лікуванні хворих, що робить лікаря патологоанатома безпосереднім учасником прижиттєвої клінічної діагностики та відповідальним за долю хворого.