
время лечения был использован комплекс метаболитических веществ и витаминов фирмы WorldMedicine – Кокарнит, составные части которого (никотинамид, кокарбоксилаза, цианокобаламин, динатрия аденозинтрифосфата тригидрат) направлены практически на все основные звенья патогенеза ожоговой болезни глаз - оказывают активирующее действие на процессы аэробного окисления глюкозы, регулирующее влияние на процессы окисления жирных кислот, вызывают активизацию регенераторных процессов. Кокарнит вводился внутримышечно по 2,0 мл препарата один раз в сутки. Длительность курса составляла 9 дней.

Результаты исследований. У всех 34 (100%) пациентов с ожогами глаз отмечалось уменьшение жалоб на боли в глазу, сокращение сроков эпителизации роговицы и конъюнктивы, что позволяло сократить длительность пребывания пациента в стационаре на 3-5 дней. У 103 (93,6%) пациентов, проходивших курсы поддерживающей терапии с включением препарата Кокарнит, было отмечено улучшение зрительных функций – улучшение светочувствования и электрофизиологических показателей (электрической чувствительности и лабильности зрительного нерва).

Выводы. Полученные результаты применения в клинике ожогов глаз предложенной новой комбинации фармакологических препаратов (Кокарнит) свидетельствуют о положительном влиянии препарата на течение ожоговой болезни глаз и на результаты дальнейшей реабилитации больных, что позволяет рекомендовать препарат Кокарнит для применения в широкой офтальмологической практике.

The new complex metabolic substances and vitamins in the treatment of eye burns and their consequences

Kostenko P., Buznyk O., Hrustalova O., Iakymenko S.

Filatov Institute of Eye Diseases and Tissue Therapy (Odessa, Ukraine)

Burns of the eyes cause violations of metabolic processes in ocular tissues. We analyzed results of treatment of 144 patients who were treated using Kokarnit, produced by WorldMedicine; the composites of the drug (nicotinamide, cocarboxylase, cyanocobalamine, and disodium adenosine triphosphate trihydrate) are directed to almost all disease processes of ocular burns. In all 34 patients with ocular burns we detected shortened rates of epithelialization of the cornea and conjunctiva, the disappearance of pain in the eye, thereby reducing the length of hospital stay by 3-5 days. In 103 (93.6%) patients that were performed a maintenance therapy, the improvement of visual functions was observed.

Эффективность витрэктомии при посттравматическом эндофтальмите

Красновид Т. А., Грубник Н. П.

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

Актуальность. Посттравматический эндофтальмит является одним из наиболее грозных осложнений проникающего ранения глазного яблока. Посттравматический эндофтальмит составляет 25-46,67% среди всех его видов (Nicoara SD and oth, 2014). Доминирующая роль в развитии посттравматического эндофтальмита принадлежит проникающим ранениям глазного яблока и прежде всего с внутриглазными инородными телами (ВИТ), частота которых по данным некоторых авторов, достигает 61% (Novosad BD and oth, 2010). Несмотря на улучшение хирургической техники, применение эффективных антимикробных препаратов, в т.ч. интравитреальной антибиотикотерапии, частота посттравматических эндофтальмитов, остаётся довольно стабильной.

Цель. Изучить эффективность витрэктомии у больных с посттравматическим эндофтальмитом.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 35 пациентов (35 глаз) в возрасте от 25 до 59 лет (средний возраст 40 лет (SD 12)) с проникающим ранением глазного яблока, осложненным развитием посттравматического эндофтальмита. Все больные были подразделены на 2 группы: I группа - с проникающим ранением глаза и ВИТ (20 пациентов - 57,1%), II группа - с проникающим ранением глаза без ВИТ (15 пациентов - 42,9%). Сроки от момента травмы до операции 2-30 дней (в среднем 7,2 дней (SD 4,7)), что обусловлено сроками поступления в институт. Мужчин -33, женщин -2. Сроки наблюдения после операции от 3 мес. до 5 лет. Острота зрения при поступлении pr.l.certae и pr.l.incertae. У всех пациентов при поступлении определялись гипопион, катаракта, экссудат в стекловидном теле, наличие которого подтверждено УЗИ. Входные ворота: роговица - 54,2% (19 больных), склера- 45,7% (16 пациентов). В I группе у 11 больных входными воротами была роговица, у 9-склера. Во II группе ранение роговицы определялось у 8 больных, склеры- у 7. ЦХО – 11,4 %, предоперационная отслойка сетчатки- 17,4 %. В I группе все ВИТ были металлическими (из них 11 – проволока от шлифовальной машинки «болгарки»), 14 больным проведено трансквитреальное удаление ВИТ в стационаре, 6 больных удалили ВИТ (проволоку) самостоятельно. До операции в 22,8% случаев проводилось интравитреальное введение 1 мг ванкомицина. Всем больным витрэктомия проводилась с применением витреоретинальной системы Constellation (Alcon) и широкоугольной системы: левитрэктомия у 23 больных (I группа -16, II группа - 7), витрэктомия - у 12 (I группа - 4, II группа - 8). Всем больным удалялась ЗГМ.

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