
сттравматическая реакция составила ($4,8 \pm 0,3$) баллов, при субконъюнктивальном – ($6,2 \pm 0,3$) балла, в контрольной группе – ($7,0 \pm 0,3$) балла; через 7 дней – ($3,6 \pm 0,3$) и ($4,6 \pm 0,0$) баллов, соответственно, в контрольной группе – ($5,4 \pm 0,3$), через 15 дней – в обеих группах ($3,0 \pm 0,0$) баллов, что соответствовало норме, в то время как в контрольной группе – ($3,8 \pm 0,2$). Сравнительная оценка эффективности лечения данным препаратом при введении его субтеноново и субконъюнктивально совместно с инстилляциями показала преимущества субтенонового введения в сроки 3 и 7 дней после начала лечения. Гидродинамические показатели под влиянием инстилляций и субтенонового введения этого препарата нормализовались уже на 8 день после начала лечения: коэффициент легкости оттока ($0,22 \pm 0,03$) мм³/мин. мм рт. ст., коэффициент продукции внутриглазной жидкости ($1,98 \pm 0,44$) мм³/мин. Коэффициент Беккера ($90 \pm 9,4$), в то время как в контрольной группе эти показатели были ($0,10 \pm 0,02$) мм³/мин. мм рт. ст., ($1,26 \pm 0,18$) мм³/мин, ($283 \pm 7,0$) соответственно.

Выводы. Применение препарата, содержащего липосомальную композицию биофлавоноида кверцетина в виде инстилляций и периокулярных инъекций при контузии глаза средней степени позволяет снизить воспалительную посттравматическую реакцию, восстановить прозрачность роговицы, способствует рассасыванию гифемы и нормализации гидродинамики травмированного глаза. Инстилляций и введение в субтеноновое пространство этого препарата в большей степени снижает суммарную посттравматическую реакцию глаз в сравнении с субконъюнктивальными инъекциями совместно с инстилляциями спустя 3 и 7 дней после начала лечения.

An experimental study of the effectiveness of the use of the liposomal form of the bioflavonoid quercetin during eye contusion

Sotnikova E. P., Chudnyavtseva N. A., Fesyunova G. S., Rodina Y. N., Ivanov V. I., Abramova A. B., Lotosh T. D., Tsybuliak A. M.

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

15 rabbits (15 eyes) were injured to simulate a moderate blunt trauma. The rabbits were divided into three groups: Group 1: 5 rabbits receiving liposomal quercetin as instillations in combinations with subconjunctival injections; Group 2: 5 rabbits receiving liposomal quercetin as instillations in combinations with sub-tenon injections; Control: 5 untreated rabbits. A scoring system was used to assess the total post-traumatic response of the eye based on three parameters: ocular hyperemia, cornea, and anterior chamber hemorrhage. Use of liposomal quercetin through combined instillations and periocular injections in a moderate blunt trauma model made it possible to decrease the total post-traumatic ocular response. Thus, at Day 3 of treatment, the total score was (4.8 ± 0.3) in the Study group vs. (7.0 ± 0.4) in controls; at Day 7 of treatment, the total response scored (3.6 ± 0.3) in the Study group vs. (5.3 ± 0.3) in controls; and, at Day 15, the total post-traumatic response score was within the norm (3.0 ± 0.0) vs. (3.7 ± 0.2) in controls. Hydrodynamics of eye was within the norm as early as Day 8 in the Study group receiving liposomal quercetin through instillations in combination with sub-tenon injections.

Показання, методи і результати хірургічного лікування тяжких опіків очей

Якименко С. А.

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

Актуальність. Тяжкі опіки очей здебільшого підлягають хірургічному лікуванню, а його ефективність залежить від вибраного методу і своєчасності застосування. В опіковому відділенні Інституту ім. В. П. Філатова за багато років його існування розроблені показання і методи такого лікування.

Матеріал і методи. Для проведення хірургічного лікування опіків очей розроблені різні методи кератопластики і пластики кон'юнктиви. Так, в залежності від важкості опіку, нами застосовуються невідкладна, рання лікувальна, рання лікувально-тектонічна та тек-

тонічна кератоластики. Невідкладна кератоластика не знайшла широкого застосування через неможливість діагностики глибини пошкодження тканин рогівки. Рання лікувальна кератоластика застосовується при не глибокому пошкодженні поверхні рогівки, рання лікувально-тектонічна – при глибокому некрозі рогівки, а тектонічна кератоластика при загрозі перфорації або при перфорації рогівки. Для проведення кератоластики нами застосовуються донорська рогівка, консервована по В. П. Філатову, кератобіоімплант донорська рогівка, консервована в спеціальному консерванті, або кератоксеноімплант – спеціально виготовлений із свинної рогівки. При неглибоких поверхневих виразках рогівки застосовується рогівково - кон'юнктивальна кератоластика. В залежності від методики кератоластики застосовуються пошарові, або на всю товщу трансплантати донорської рогівки. Кон'юнктивальна пластика (переміщення кон'юнктиви) застосовують при некрозі кон'юнктиви.

Результати. Багаторічні спостереження показали, що при правильному виборі методики операції і донорського матеріалу ефективність кератоластики залежить від термінів її проведення. У хворих з тяжкими опіками, прооперованими на 1-2 тижнях з моменту опіку (76,9% хворих), повторна кератоластика через лізис рогівкового трансплантату була необхідна тільки у 23,3% випадків, а при пізньому надходженні хворих у відділення (на 3-4 тиждень після опіку) кількість хірургічних втручань збільшилась в 4 рази, в тому числі кератоластика в 5 раз, а кон'юнктивопластика в 3,5 рази.

Методики кон'юнктивальної пластикизалежать від розмірів некрозу кон'юнктиви.

Якщо некроз кон'юнктиви поєднується з неглибоким звизракуванням рогівки, то некротичну ділянку кон'юнктиви і рогівку покривають одним клаптом кон'юнктиви. Якщо при цьому проводиться кератоластика, то кон'юнктивою покривається також трансплантат. При тотальному некрозі кон'юнктиви проводиться тотальна кератоластика і покриття переднього відділу ока переміщеною кон'юнктивою, при цьому повіки зшиваються. Така операція дозволяє зберегти око від подальшого розпаду некротичних тканин.

Звичайно некротичні тканини при цьому видаляються.

Висновки. Розроблені в інституті В.П. Філатова показання та методи кератоластики і кон'юнктивопластики при тяжких опіках очей при своєчасному їх застосуванні (в перші дні після опіку) дозволяють зберегти очі від подальшого прогресування опікового процесу і зберегти зір, або зберегти очі для відновлення зору.

Indications, methods and results of surgical treatment of severe burns of eyes

Yakymenko S. A.

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

Developed at the Filatov Institute of Eye Diseases and Tissue Therapy indications, methods of keratoplasty and conjunctivoplasty in severe burns of eyes during their timely application (in the first days after burn) allow to keep the eyes from further complications and preserve eyesight, or keep eyes for future vision recovery.

Strategies in the management of severe eye trauma and intra ocular foreign bodies

Faisal Fayyad M.D.¹, Omar Fayyad MBChB²

¹ *Jordan Hospital, Amman, Jordan*

² *University Hospitals of North Midlands, Stoke-on-Trent UK*

Objective. Don't start the surgery without having a plan, since there are no two trauma cases absolutely alike, therefore all need an individualized treatment plan.

In case of intra ocular foreign body, you have to focus on the safe removal, prevention of endophthalmitis and vision rehabilitation.

We have to consider posterior segment involvement in an eye with penetrating injury unless proven otherwise.

Closure of the posterior wound is often impossible with high risk of retinal incarceration. While incarceration may occur at time of injury or as scarring forms at the wound.

Primary surgery: close entrance and exit wounds if anterior to equator

Further anterior segment reconstruction if necessary.

Limited PPV to remove vitreous traction between entrance and exit wounds.

Secondary surgery within 4 days.

Material. Hundreds of cases were treated for severe eye trauma and retained intra ocular foreign bodies.

Cases with perforating posterior segment injuries are often in need of Chorioretinectomy with the goal :

Destroy the cells that are primarily responsible for postoperative PVR development.

To liberate incarcerated but still attached retina that has developed full-thickness folds

Results.

Good prognosis:

Missile or sharp.

Anterior.

Small.

No afferent pupillary defect.

Clear media.

Good vision at presentation

Poor prognosis:

Rupture.

Posterior.

Large.

Afferent pupillary defect.

Media opacity.

Poor vision at presentation.

Conclusion

The final surgical and functional outcome depends on the severity of the trauma and its correct management.