
капсулу и на конъюнктиву (шелк 6-0). Конъюнктивная полость протезировалась через 5-6 дней после операции. Снятие швов с конъюнктивы производилось через 10 дней.

Результаты. Ни у одного из оперированных больных в указанные нами сроки не наблюдалось обнажения либо отторжения импланта, а также каких-либо других интра- и послеоперационных осложнений. У всех больных были достигнуты хорошие подвижность культи и косметический результат.

Выводы. Проведение эвисцеро-энуклеации с имплантацией орбитального политетрафторэтиленового импланта при посттравматической субатрофии глаза по описанной выше методике позволило избежать обнажения и отторжения импланта, а также воспалительной реакции со стороны окружающих тканей, каких-либо других интра- и послеоперационных осложнений. Во всех случаях достигнуты хорошие косметический результат и подвижность культи.

Optimized method of eviscero-enucleation and implantation of orbital implant in patients with posttraumatic phthisis bulbi

Grubnyk N. P., Krasnovid T. A., Grigoraschenko L. A.

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

We observed 32 patients with posttraumatic phthisis bulbi, which developed as a result of an open eye injury. The periods of observation after the removal of the eyeball was from 3 months up to 2.8 years. Eviscero-enucleation with implantation of a polytetrafluoroethylene implant under the scleral capsule in patients with posttraumatic phthisis bulbi allowed to avoid implant exposure and rejection, inflammatory response from the surrounding tissues and any other intra- and postoperative complications.

Особенности техники удаления больших внутриглазных амагнитных инородных тел

Красновид Т. А., Грубник Н. П.

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

Актуальность: Проникающие ранения глазного яблока с наличием больших амагнитных внутриглазных инородных тел (ВИТ) являются актуальной проблемой офтальмотравматологии.

Цель настоящего сообщения: представить особенности техники удаления больших амагнитных ВИТ у 3 больных, находившихся на стационарном лечении в отделе посттравматической патологии глаза в институте им. В.П.Филатова.

Материал и методы. Под наблюдением находились 3 больных (мужчины в возрасте 22-38 лет). Всем больным удаление больших амагнитных ВИТ производилось с применением трансклиарной лентивитректоми (ЛВЭ) 23 Ga (25 Ga) с одномоментным удалением гемофтальма и в одном случае с устранением отслойки сетчатки, эндолазеркоагуляцией сетчатки, газовой тампонады 20% СЗФ8. У всех больных производилось удаление задней гиалоидной мембраны. Витреоретинальные вмешательства производились с применением хирургической системы Constellation (Alcon).

Клинический случай №1. Б-ной Е. 36 лет, поступил в институт спустя 5 дней после травмы. Травма левого глаза произошла во время ремонта золотого кулона. Диагноз: проникающее ранение роговицы (после ПХО по м/ж), травматическая катаракта, частичный гемофтальм, ВИТ (золотой кулон). Острота зрения - светоощущение с правильной проекцией света. При рентгенографии по Комбергу-Балтину: тень осколка размером 6 x 7 мм расположена на 4.20-6 ч на расстоянии 2-8 мм от анатомической оси глаза, на глубине 6-13 мм от проекции плоскости лимба – в глазу. По данным ультразвукового исследования (УЗИ), гемофтальм, ВИТ.

Клинический случай №2. Б-ой М., 22лет, поступил в институт через 2 дня после травмы. Травму левого глаза получил на охоте. Диагноз: огнестрельное ранение левого глаза, травматическая катаракта, гемофтальм, отслойка сетчатки, субретинальное кровоизлияние, цилиохориоидальная отслойка, ВИТ (дробь). Входные ворота – лимбальная зона. Острота зрения - светоощущение с неправильной проекцией света. При рентгенографии по Комбергу-Балтину тень осколка (дробь) диаметром 4 мм расположена на 17.30-18.30 на расстоянии 3-6, 5 мм от анатомической оси глаза, на глубине 12,5-15,5 мм от проекции плоскости лимба. По данным УЗИ гемофтальм, отслойка сетчатки (ОС) с массивным субретинальным кровоизлиянием, цилиохориоидальная отслойка, ВИТ.

Клинический случай №3. Б-ной М., 38 лет, поступил в стационар через 2 дня после травмы. Травму левого глаза получил в шахте. Диагноз: проникающее ранение роговицы, травматическая катаракта, частичный гемофтальм, амагнитное ВИТ (горная порода). Острота зрения - светоощущение с правильной проекцией света. Рентгенография по Комбергу-Балтину: тень осколка размером 3 x 3 мм, расположена на 5-5.4 час на расстоянии 5,5- 8,5 мм от анатомической оси глаза, на глубине 15- 18 мм от проекции плоскости лимба - в глазу. По данным УЗИ гемофтальм, ВИТ.

Результаты. Во всех трех случаях произведена трансклиарная лентивитректоми. Учитывая большие размеры ВИТ, имеющего неправильную форму с выпуклой поверхностью, сроки после ПХО раны роговицы, в

случае №1 удаление ВИТ (золотой кулон) произведено через входные ворота – рану роговицы пинцетом после предварительного снятия швов с роговицы. После удаления ВИТ на рану роговицы повторно наложены швы. При выписке острота зрения с корр. 0,1. В случае №2 после т/ц ЛВЭ, удаление ВИТ (дробин) пинцетом также производилось через входное лимбальное отверстие после предварительного снятия швов с повторным их наложением, проведено удаление субретинального кровоизлияния, пневморасправление и лазеркоагуляция сетчатки вокруг её разрывов и на 360 градусов по периферии, газовая тампонада 20% С3F8. В отдаленном периоде (2,5 года наблюдения) сетчатка прилежит. Острота зрения 0,01 не корр., что обусловлено наличием вторичной дегенерации макулы и атрофии зрительного нерва. В случае №3 после т/ц ЛВЭ удаление ВИТ, представляющего собой горную породу, производилось также пинцетом. Учитывая большие размеры и неправильную форму ВИТ, имеющего выпуклую поверхность, удаление его производилось через дополнительный лимбальный разрез. Острота зрения при выписке 0,2. с корр.

Выводы. Приведенные нами клинические случаи свидетельствуют как о тяжести повреждений, наблюдающихся при проникающих ранениях глазного яблока с внедрением инородных тел больших размеров, так и о необходимости применения профилактических мер защиты. Проникающие ранения глазного яблока с наличием больших ВИТ, как правило, сопровождаются повреждением других структур глазного яблока. Техника удаления таких ВИТ требует индивидуального подхода.

Оптимальным способом оперативного вмешательства в таких случаях является применение современных технологий ВЭ, позволяющих при показании одномоментно удалить мутный хрусталик, произвести ВЭ с устранением гемофтальма и ОС. Учитывая большие размеры и, как правило, неправильную форму и поверхность ВИТ, во избежание травматизации цилиарного тела их удаление следует производить пинцетом не через склеротомии, произведенные при ВЭ, а через дополнительно произведенный лимбальный разрез либо предсуществующую рану роговицы.

Features of technique for removal of large nonmagnetic intraocular foreign bodies

Krasnovid T. A., Grubnyk N. P.

The Filatov Institute of eye diseases and tissue therapy of NAMS of Ukraine (Ukraine, Odessa)

The study included 3 patients with penetrating ocular injuries and nonmagnetic large intraocular foreign bodies (IOFB). Considering the large size, irregular shape and surface of IOFB, IOFB were removed through the additional limbal incision or preexisting corneal injury in order to avoid trauma of the ciliary body.

Особенности преподавания раздела «Травма органа зрения» при подготовке интернов-офтальмологов

Могилевский С. Ю., Коробова А. В.

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького (Киев, Красный Лиман, Украина)

Актуальность. Травма органа зрения относится к неотложным состояниям в офтальмологии. Преподавание этого раздела, с учетом изменившейся в нашей стране структуры глазного травматизма, требует наличия современной учебной литературы. До настоящего времени исследований травмы органа зрения, полученной в экстремальных ситуациях (массовые волнения, природные катастрофы, боевые травмы), было крайне мало (Витовская О.П. и соавт., 2015 г.). В результате событий на Майдане Независимости и антитеррористической операции (АТО) на востоке Украины в 2013-2015 гг. увеличилось число травм глаза и орбиты. Очевидно, что требуется изменение подхода к преподаванию этого раздела офтальмологии, принимая во внимание новый опыт, полученный украинскими офтальмологами.

Цель работы: оценить необходимость разработки современных учебно-методических рекомендаций по разделу «Травма органа зрения» для повышения качества подготовки врачей-интернов-офтальмологов.

Материал и методы. Проведен анализ существующего учебного материала по травме органа зрения с учетом опубликованных в Украине данных по главному травматизму в экстремальных ситуациях.

Результаты и их обсуждение. Анализ имеющейся учебно-методической литературы показал, что графы логической структуры, ориентировочные основы деятельности, алгоритмы постановки диагноза при травме органа зрения в экстремальных ситуациях, нуждаются в доработке. По данным Федирко П.А. (2014 г.), во время Майдана наиболее тяжелыми были контузии органа зрения при повреждении резиновыми пулями и химические поражения глаз. По данным Красновид Т.А., Витовской О.П. и соавт., (2015 г.), поражения глаз в ходе АТО были комбинированными и сочетанными, чаще возникали как последствия взрыва, являлись двусторонними и крайне тяжелыми, были осложнены помутнениями роговицы, гемофтальмом, отслойкой сетчатки, наличием множественных инородных тел. Учебный материал должен систематизироваться в виде графов логической структуры, алгоритмов постановки диагноза и тактики ведения. Создание учебного пособия с учетом новых знаний по воп-