

потензивной терапии (отмывочный период для бета-блокаторов и миотиков 2 недели, для простагландинов – 4 недели). Абсолютное большинство пациентов было с начальной или развитой стадией глаукомы. Период наблюдения составлял 12 недель и включал три визита. Всего было обследовано 30 (48 глаз) больных ПОУГ (17 женщин и 13 мужчин) в возрасте от 42 до 80 лет с различными стадиями заболевания и компенсации ВГД. Пациенты были разделены на две группы. Группы не различались по полу, возрасту и другим клиническим параметрам. Пациентам первой группы была назначена комбинация растворов Бетофтан 0,5 % + Глаупрост 0,005 %, пациентам второй группы – комбинация растворов Дорзопт 2 % + Глаупрост 0,005 %. При начальном визите пациенту проводились стандартное офтальмологическое исследование остроты зрения, гониоскопия, биомикроскопия, компьютерная переметрия, офтальмоскопия и тонометрия по Маклакову.

Результаты и обсуждение. Данные ВГД представлены в таблице.

Показатели ВГД в динамике

Визиты к врачу	Первая группа	Вторая группа
Первый	24,2±2,6	24,4±2,1
Второй – через 2 недели	18,09±2,0	20,25±2,2
Третий – через 12 недель	17,52±2,1	20,21±2,1

Таким образом, после 12 недель исследований уровень снижения внутриглазного давления составил в первой группе в среднем 27 %, во второй – 17 %.

Вывод. По результатам нашего исследования наиболее эффективной комбинацией гипотензивной терапии является сочетание растворов Бетофтан 0,5 % + Глаупрост 0,005 %.

СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОБШИРНЫХ ПРОНИКАЮЩИХ РАНЕНИЙ СКЛЕРЫ

А. Б. Степанянц, Е. Б. Аладинский, Е. И. Колесникова
 ГБОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия»
 Минздравсоцразвития России;
 Областной офтальмотравматологический центр МУ «ЦГКБ № 23»,
 г. Екатеринбург

Актуальность. Среди причин, приводящих к инвалидности лиц трудоспособного возраста, травма глаза занимает первое место и составляет 29 % (Н. Т. Тхелидзе, 2007). Из них до 60 % занимают тяжелые

контузии, сопровождающиеся разрывом склеры, и прободные ранения склеры. Последние, как правило, сопровождаются рядом осложнений: выпадением оболочек, массивными кровоизлияниями в стекловидное тело, инфицированием и др. Сложность лечения обширных ранений склеры обусловлена тяжелыми последствиями проникающей травмы в послеоперационном периоде: развитием витреофиброза, тракционной отслойки сетчатки, субатрофией глазного яблока. Основной проблемой у пострадавших с обширными ранениями склеры (особенно при распространении раны на задний отдел глазного яблока) является трудность адекватной хирургической обработки и профилактики послеоперационных осложнений.

Цель работы – разработка способа хирургического лечения обширных ранений склеры в условиях специализированного офтальмотравматологического центра.

Материал и методы исследования. Работа основана на результатах клинического обследования 30 пациентов (10 женщин и 20 мужчин) с обширными проникающими ранениями склеры (протяженностью более 10 мм), проходивших лечение в областном офтальмотравматологическом центре ЦГКБ № 23 (клиническая база кафедры офтальмологии УГМА) в 2010–2011 гг. Преобладали бытовые травмы (19 пострадавших), в 4 случаях отмечались производственные травмы, в 7 – криминальные.

Сроки от момента получения травмы до поступления пациента в стационар варьировали от 2 ч до 6 суток. Всем больным было проведено стандартное обследование, включающее визометрию, биомикроскопию, тонометрию, офтальмоскопию, рентгенографию орбит в двух проекциях, ультразвуковое (УЗ) В-сканирование и по показаниям компьютерная томография (КТ).

Результаты. При госпитализации в отделение острота зрения, равная 0, была выявлена в 8 случаях, в 15 – светоощущение с неправильной проекцией света, в 5 – светоощущение с правильной проекцией и в 2 – острота зрения 0,005 и 0,01 соответственно.

Гипотония была отмечена у всех пострадавших, гифема различной степени – у 23, гемофтальм (от частичного до тотального) – у 30 (100 %).

После установления диагноза всем пациентам в экстренном порядке была произведена первичная хирургическая обработка (ПХО) обширной раны склеры. Для ПХО использовались стандартные офтальмологические наборы микроинструментов, выполнялись ревизия раны склеры с определением ее локализации и протяженности, обработка раны

антибактериальными растворами. Выпавшее стекловидное тело иссекалось. Для герметизации раны применялись отдельные узловые швы 8 : 0 с шагом 1 мм.

Трудность обработки склеральной раны, особенно при ее локализации в заднем отделе глазного яблока, обусловлена выраженной гипотонией глаза. В этой связи представляется перспективным использование при хирургической обработке обширных ран склеры эндовитреальных материалов (вязкоэластичные растворы и перфторорганические соединения – расширяющиеся газы). С целью уменьшения интраоперационной гипотонии после наложения нескольких швов и сближения краев раны в стекловидное тело через рану вводился с помощью канюли 0,2 мл офтальмологический вязкоэластичный раствор «Вискомет» (нетоксичная гипромеллоза, растворенная в сбалансированном растворе соли без консервантов). Благодаря своей эластичности вискомет увеличивал внутриглазное давление (ВГД) и глаз приобретал шарообразную форму, что облегчало дальнейшее наложение швов и герметизацию раны.

Затем интравитреально вводился 0,1 мл перфторорганического соединения (октофлюоропропана-С3F8) в 20 % смеси с воздухом (чтобы избежать офтальмогипертензии в послеоперационном периоде, связанной с расширением газа). Газ, расширяясь внутри глаза, восстанавливал ВГД и форму глазного яблока. Кроме того, увеличение объема газа обеспечивало плотное прилегание оболочек и местное сдавление сосудов, что снижало вероятность рецидива гемофтальма и отслойки сетчатки в послеоперационном периоде. После герметизации раны выполнялось экстрасклеральное пломбирование постоянной пломбой (силикон, твердо-мозговая оболочка и др.) с шовной фиксацией последней к склере П- или Z-образными швами 8 : 0 (Способ хирургического лечения обширных повреждений склеры : приорит. справка от 19.07.2011 по заявке № 2011130049).

При наличии гифемы проводился диализ передней камеры с целью профилактики имбибии роговицы. Удаление вискомета и газа из витреальной полости в послеоперационном периоде не проводилось, учитывая небольшой объем введенных веществ и их низкую токсичность. В послеоперационном периоде все пациенты получали стандартную противовоспалительную и гемостатическую терапию.

Оценка состояния органа зрения проводилась по данным визометрии, биомикроскопии, офтальмоскопии, УЗ АВ-сканирования и тонометрии. В послеоперационном периоде острота зрения, равная 0, была выявлена у 7 пациентов, светоощущение с неправильной проекцией

света – у 10, светоощущение с правильной проекцией – у 9, острота зрения с коррекцией от 0,1 до 0,4 – у 4.

ВГД в пределах нормы отмечалось у 22 пациентов, незначительная гипотония (13–17 мм рт. ст.) – у 5 и выраженная гипотония (ниже 12 мм) – у 2. В одном случае было отмечено повышение ВГД в послеоперационном периоде до 42 мм рт. ст., что потребовало хирургического лечения (витрэктомия) в сочетании с гипотензивной терапией.

С помощью УЗ АВ-сканирования оценивали длину переднезадней оси (ПЗО) глазного яблока, состояние сетчатки и стекловидного тела. ПЗО в пределах нормы (20–24 мм) наблюдалась у 25 пациентов, 17–20 мм – у 5 больных. У всех травмированных выявлен гемофтальм разной степени – от плавающих помутнений до грубого швартообразования.

При наблюдении через 1 месяц после выписки во всех случаях проведенного хирургического лечения не выявлено грубой деформации или выраженной субатрофии глазного яблока. У всех больных глазное яблоко было сохранено, причем у четырех из них отмечалось предметное зрение.

Средняя продолжительность пребывания пациентов в стационаре составила 12 суток.

Вывод. Предложенный метод хирургической обработки обширных проникающих ранений склеры (интраоперационное введение перфторана в сочетании с тщательной герметизацией раны и постоянным эписклеральным пломбированием) позволяет облегчить проведение обработки и обеспечить наилучшую герметизацию склеральной раны, свести к минимуму послеоперационные осложнения, предотвратить развитие субатрофии глазного яблока и сохранить его для дальнейших оптико-реконструктивных операций.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОНТАКТНОЙ ЛИНЗЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ РОГОВИЦЫ

*А. Б. Степаняни, О. Л. Орлова, В. И. Флягина, Е. Ю. Зайкова
ГБОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия»
Минздравсоцразвития России;
ЦГБ № 2 им. А. А. Миславского, г. Екатеринбург*

Лечебный эффект терапевтических контактных линз (КЛ) известен давно. В 1916 г. ряд авторов предложили применение КЛ для предупреждения симблефарона после ожогов глаз. С 1930 г. появились сообщения об успешном использовании КЛ после кератопластики для фиксации