

ВГД по Маклакову 18/18 мм рт. ст.

OD – спокоен, на роговице нежное облачковидное помутнение, расположенное эксцентрично, легкая «запотелость» эндотелия в нижнем сегменте, влага передней камеры прозрачная; зрачок – тенденция к сужению, помутнение кортикальных слоев хрусталика. Глазное дно: ДЗН обычной окраски, контуры четкие, ангиосклероз, очаговых изменений нет.

OS – спокоен, роговица значительно прозрачнее, единичные нитчатые инфильтраты, влага передней камеры чистая, зрачок круглый, более выраженное помутнение кортикальных слоев и части ядра хрусталика, глазное дно без изменений.

Динамическое наблюдение пациентки продолжается по настоящее время. Объективно жалоб не предъявляет, острота зрения стабильная (как при выписке), постоянно закапывает слезозаменители.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЕРФТОРОРГАНИЧЕСКОГО СОЕДИНЕНИЯ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКЕ ОБШИРНОГО ПРОНИКАЮЩЕГО РАНЕНИЯ СКЛЕРЫ (анализ клинического случая)

А. Б. Степанянц, Е. Б. Аладинский, Е. И. Колесникова

ГБОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия»

Минздравоохранения России;

Областной офтальмотравматологический центр МУ «Центральная городская клиническая больница № 23», г. Екатеринбург

Пациент Н., 48 лет, в сентябре 2011 г. поступил в офтальмотравматологический центр ЦГКБ № 23 с диагнозом обширное проникающее ранение склеры, гифема, гемофтальм правого глаза.

Из анамнеза: бытовая травма отскочившим зубилом 3 часа назад.

Офтальмологический статус: VOD = рг. l. incertae, VOS = 1,0; блефароспазм, слезотечение, выраженная смешанная инъекция конъюнктивы, на 4–8 ч, в 5–6 мм от лимба: проникающая рана склеры длиной 10 мм, в ране ущемлены выпавшие оболочки, роговица умеренно отечная, тотальная гифема, глубжележащие отделы не просматриваются. Глаз гипотоничен. УЗ В-сканирование: тотальный гемофтальм.

В экстренном порядке выполнена первичная хирургическая обработка (ПХО): рана промыта раствором ципрофлоксацина, освобождена от конъюнктивы, иссечены волокна выпавшего в рану стекловидного тела, на края раны наложено два направляющих шва 8 : 0.

Затем ПХО продолжалась по разработанной технологии (Способ хирургического лечения обширных повреждений склеры : приоритет. справка от 19.07.2011 г. по заявке № 2011130049): с целью повышения тонуса глазного яблока и придания ему первоначальной сферической формы в стекловидное тело введен 0,1 мл препарата вискомет. Дальнейшая обработка раны продолжалась уже на фоне частично восстановленной формы глаза и нормализации ВГД. Это упрощало наложение последующих швов и позволяло правильно адаптировать края склеральной раны. По мере необходимости, при снижении офтальмотонуса (вследствие частичного выхода вискомета через необработанную швами часть раны), вискомет добавлялся внутрь глаза.

По окончании герметизации раны интравитреально с помощью инсулиновой иглы вводился 0,1 мл октофлюоропропана (газ С3F8) в 20 % смеси с воздухом. Введение газовой смеси обеспечивало тампонаду кровоточащих сосудов. Газовый пузырь, благодаря эффекту поверхностного натяжения, повышал герметичность раны и способствовал ее рубцеванию первичным натяжением.

Далее выполнялось эписклеральное пломбирование силиконовой пломбой. В послеоперационном периоде назначались стандартная противовоспалительная терапия, ежедневный контроль ВГД.

Офтальмологический статус при выписке: VOD = рг. l. certae; умеренная инъекция конъюнктивы, ушитый рубец склеры, роговица прозрачная, гифема в виде сгустка на 6 ч, зрачок широкий, в стекловидном теле частичный гемофтальм; ВГД = 17 мм рт. ст. Продолжительность пребывания пациента в стационаре составила 12 суток. Пациент выписан под наблюдение офтальмолога по месту жительства.

При наблюдении через 1 месяц после выписки: VOD = 0,005; глаз спокоен, проникающий рубец склеры, роговица прозрачная, передняя камера средней глубины, чистая, умеренный мидриаз, в стекловидном теле – витреофиброз, по данным УЗ В-сканирования: оболочки прилежат, не выявлено грубой деформации или выраженной субатрофии глазного яблока; ВГД = 19 мм. Пациенту рекомендована витрэктомия ОД в плановом порядке.

Таким образом, как показала клиническая апробация, предложенный способ лечения обеспечивает лучшую герметизацию раны, создает условия для более быстрого ее заживления и нормализации ВГД, уменьшает риск развития операционных и послеоперационных осложнений, что позволяет сохранить глазное яблоко для дальнейших оптико-реконструктивных операций.