

произведена дакриоцисториностомия. Временная нетрудоспособность была необходима только больным, находившимся на стационарном лечении. Во второй группе проходимость слезных путей достигнута у 12 больных (85,7 %). Вместе с тем длительность пребывания в стационаре составила 6,8 дня и у всех была временная нетрудоспособность.

Выводы

1. Протезирование носослезного канала хлорвиниловой трубкой по эффективности не уступает дакриоцисториностомии по Тауми.
2. Предлагаемый способ лечения может осуществляться в амбулаторных условиях и с минимальными затратами, позволяет исключить нетрудоспособность или значительно ограничить ее длительность.

СИСТЕМА КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТРАДАВШИХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ СКЛЕРЫ

*А. Б. Степанянц, С. А. Коротких, Е. В. Бобыкин, Е. И. Колесникова
ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия»,
Свердловский областной офтальмотравматологический центр,
Екатеринбург*

Актуальность. Повреждения склеры являются одной из основных причин инвалидности по зрению (Гундорова Р. А. с соавт., 2002; Шишкин М. М. с соавт., 2008). Послеоперационная гипотония с переходом в субатрофию глаза – следствие необработанной выходной раны склеры (при сквозном ранении) и недиагностированного заднего субконъюнктивального разрыва склеры (СРС) (Вериге Е. Н. с соавт., 2004; Филатова И. А. с соавт., 2005). В настоящее время повышаются требования к точной и своевременной диагностике всех видов повреждений органа зрения (Максимов И. Б., 2000; Кодзов М. Б. с соавт., 2004; Нероев В. В. с соавт., 2007).

Цель исследования – разработать систему комплексной диагностики, хирургического лечения и реабилитации больных с повреждениями склеры.

Материалы и методы. Работа состояла из двух этапов – экспериментального исследования и клинического наблюдения.

Экспериментальные исследования проводились на кроликах с последующим изучением гистологической картины. Разрабатывались вмешательства трех видов: экстрасклеральное баллонное пломбирование при проникающих ранениях склеры малых и средних размеров; комбинированное пломбирование (постоянной и временной пломбами) при больших ранах; эндовитреальное баллонное пломбирование при обширных ранах.

Клинические наблюдения. Проведен анализ структуры глазного травматизма путем обработки историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в Свердловском офтальмотравматологическом центре. За амбулаторной помощью в 1999–2007 гг. обратились 117 537 пациентов, из них госпитализирован 11 151. Соотношение пострадавших с первичной травмой и ее последствиями – 73,1 % к 26,9 %. Большинство больных – люди трудоспособного возраста (20–59 лет – 64,7 % от общего количества госпитализированных), что, несомненно, повышает социальную значимость проблемы. Среди пациентов преобладали мужчины (75,5 %) и жители Екатеринбурга (52,0 %). Отмечено преобладание бытовых повреждений органа зрения (64,3 %) над производственными (20,3 %). Дети до 15 лет составили 13,0 %. Большинство пациентов (70,2 %) были госпитализированы в течение первых суток с момента травмы.

Госпитализированных с механической травмой было 7359 (90,2 %): среди них контузии – 2848, ранения глаз, век и орбиты – 4511. Повреждения склеры, сопровождавшиеся сквозным разрывом фиброзной капсулы, имели место у 782 больных (прободные ранения – у 620 и СРС – у 162), им проведена предлагаемая система комплексного ведения пострадавших с повреждением склеры.

Диагностика повреждений склеры включала общепринятые офтальмологические исследования и дополнялась УЗ В-сканированием с электронной локацией инородных тел. По показаниям в сложных диагностических случаях использовали компьютерную, оптическую когерентную и магнитно-резонансную томографию (КТ, ОКТ, МРТ). ПХО раны склеры с использованием экстрасклерального баллонирования (ЭСБ) и постоянного пломбирования проведена на 101 глазу.

Результаты. При *гистологическом исследовании* глаз животных (с ЭСБ) на 14-е сутки выявили, что на месте повреждения склеры формируется тонкий прочный рубец из более зрелых коллагеновых волокон, близкий по своему строению к нативной склеральной ткани без признаков воспаления.

Клинические наблюдения. У большинства пострадавших раны располагались только в пределах склеры (81,1 %), имели преимущественно средние и большие размеры в 65,3 % случаев. Ранения усугублялись сопутствующими осложнениями: гемофтальм имел место на 53 глазах, катаракта – на 31, отслойка сетчатки – на 9, гнойный иридоциклит – на 2, эндофтальмит – на 4. Инородные тела (ИТ) обнаружены у 80,2 % пострадавших. Наличие ИТ и сопутствующих повреждений осложняло

течение раневого процесса и способствовало развитию тяжелых последствий.

В диагностике для оценки степени тяжести травмы использовался комплексный подход. КТ: применялась спиральная томография орбит с возможностью построения трехмерного изображения в режиме MPR. Показаниями к проведению КТ явились рентгенонегативные или слаборентгеноконтрастные инородные тела; пограничная локализация осколков в заднем полюсе глаза; подозрение на повреждения костных образований глазницы. ОКТ использовали, когда при прозрачных оптических средах ИТ залегало в труднодоступной зоне – в оболочках заднего полюса глаза («вколоченный» осколок). Удавалось выяснить глубину внедрения ИТ в сетчатку и обнаружить степень повреждения окружающих ее структур. В последующем решали вопрос о целесообразности удаления осколка.

Если при В-сканировании повреждения склеры не обнаруживали, для окончательного исключения СРС применяли МРТ по разработанному нами методу (патент № 2332163 от 27.08.2008). Во всех случаях с СРС метод МРТ оказался эффективным и позволил не только обнаружить разрывы, но и определить их точную локализацию, протяженность, выявить разрушение внутриглазных и окружающих структур.

Основной задачей ПХО раны должно быть восстановление герметичности глазного яблока и нормальных структурных взаимоотношений тканей внутри него, создание условий, способствующих нормализации тонуса глаза и благоприятному течению репаративных процессов с целью максимального сохранения функций органа зрения. При проникающих ранах склеры малых размеров (13 больных) и при диасклеральном удалении мелких и средних осколков (24 пациента) помимо шовной герметизации раны использовали экстрасклеральное баллонирование (патент № 2338495 от 20.11.2008).

При проникающих ранах склеры средних и больших размеров (47 пострадавших), диасклеральном удалении больших и «гигантских» ИТ (8 глаз) и для различных видов сквозных ранений глаза (9) предложили комбинированную методику с применением временной эластичной и постоянной экстрасклеральных пломб. Баллон, помещенный над выходной раной склеры, служил временной эластичной пломбой, повышающей ее герметичность. Создание компрессии в глазном яблоке и повышение внутриглазного давления (ВГД) при увеличении объема баллона обеспечивало плотное прилегание внутренних оболочек в выходной ране и гемостаз за счет прижатия постоянной пломбы баллоном,

ретробульбарной клетчаткой и стенками орбиты. Вдавливание склеры баллоном уменьшало тракцию, вероятность развития ПВР и отслойки сетчатки. Инородные тела удалось извлечь на 75 из 76 глаз, что составило 98,7 % (в контроле – 96,0 %).

С целью реабилитации пострадавших, при наличии сопутствующих осложнений, проводились дополнительные оперативные вмешательства, такие, как экстракция катаракты с имплантацией ИОЛ – у 7 пациентов (в том числе у 3 отсроченная), витреоленсэктомия – у 9 (все отсроченные), витрэктомия – у 8 пациентов (в том числе у 2 отсроченная) и швартотомия – у 9 (в отдаленном периоде).

Выводы

1. Обоснована необходимость применения системы комплексного обследования больных с повреждениями склеры, которая, помимо традиционного клинико-офтальмологического исследования, должна включать в себя УЗ-диагностику и электронную локацию инородных тел, а в особо сложных случаях, по показаниям, – КТ, ОКТ и МРТ.

2. Комбинированный метод хирургической обработки повреждений задних отделов склеры способствует блокированию раны или разрыва склеры, раневого дефекта сетчатки, уменьшая вероятность ее отслойки в послеоперационном периоде: в исследуемой группе отслойка сетчатки не наблюдалась, в контрольной – у 6 % пациентов.

3. Применение ЭСБ при ПХО раны склеры способствует скорейшей нормализации ВГД. Раннее восстановление ВГД наблюдалось у 94,1 % больных, что свидетельствовало о достаточной герметизации обработанной раны по сравнению с контрольной группой, в которой восстановление ВГД происходило (у 82,0 %) в более поздние сроки из-за склонности склеральных ран к зиянию, а иногда не восстанавливалось полностью и у 4 больных (8,0 %) привело к субатрофии глазного яблока. Острота зрения от 0,2 до 1,0 в группе лиц, которым проводилось ЭСБ, была достоверно выше, чем в контрольной группе (56,4 против 48,0 %).

О ЧЕМ НУЖНО СООБЩИТЬ КАЖДОМУ БОЛЬНОМУ ГЛАУКОМОЙ

Н. В. Стренёв

МНТК «Микрохирургия глаза», Екатеринбург

Проблема борьбы с глаукомой продолжает оставаться одной из наиболее важных в современной офтальмологии, поскольку в нашей стране глаукома уверенно занимает первое место среди причин инвалидности