



выведения из капсульного мешка. Фрагментация проводится на хрусталиковой петле с помощью специального шпателя. Ядро выводится методом ротации либо через хордальный разрез, либо непрерывный круговой капсулорексис. При необходимости по экватору ядра выполняется насечка по типу «кусочек пирога», которая служит местом упора в зрачковый край радужки, либо край капсулорексиса. В обоих случаях ротация осуществляется в направлении отрыва капсульного мешка, что обеспечивает сохранность волокон цинновой связки (приоритет от 05.04.2001, №2001109175/14 (009558)). Данная методика также успешно может использоваться для выведения ядра в переднюю камеру и последующей фрагментации при выпадении стекловидного тела через дефект волокон цинновой связки в переднюю камеру или рану.

Наличие у пациентов тяжелой хронической коматической патологии обуславливает выраженность признаков вторичной иммунной недостаточности, что повышает риск развития воспаления в послеоперационном периоде. У пациентов «группы риска», которых мы выявляем с помощью разработанного нами метода поляризационной микроскопии и поляризационной фотометрии слезной жидкости для прогнозирования выраженной воспалительной реакции (патент Российской Федерации №2157529 от 10.10.2000 г.), проводится предоперационная и послеоперационная профилактика воспаления с использованием нестероидных противовоспалительных препаратов системно и местно за сутки до операции. Как правило, мы использовали глазные капли 0,1% «Дикло-Ф» (диклофенак натрия). Кроме того, у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией, существует возможность провести коррекцию основных показателей гомеостаза в условиях многопрофильного стационара госпиталя.

Проанализировав 229 случаев хирургии возрастной и осложненной катаракты, выполненных отдельно взятым хирургом через тоннельный разрез с имплантацией ИОЛ, у пациентов пожилого и старческого возраста, мы выявили, что были получены высокие функциональные результаты. Используя тоннельный доступ 5,0-6,0 мм, послеоперационный астигматизм не превышал 1,43 диоптрий (в среднем 0,82+/-0,61). Пациенты в большинстве случаев имели остроту зрения от 0,4 до 1,0, исключая больных с заболеваниями сетчатки и зрительного нерва. При фрагментации ядра в передней камере (39 операций) при подвывихе хрусталика не было ни одного случая выпадения стекловидного тела. Частота развития экссудативной реакции составила 1,3%. Острой интраоперационной геморрагической отслойки сосудистой оболочки во время операций мы не наблюдали.

Таким образом, хирургическое лечение катаракты в условиях многопрофильного стационара, каковым является Свердловский областной клинический госпиталь для ветеранов войн, позволяет добиться высоких функциональных результатов у пациентов пожилого и старческого возраста. Выбор наиболее адекватного метода экстракции катаракты, профилактическое лечение послеоперационного воспаления с учетом лабораторного прогнозирования – все это позволяет существенно снизить, а в ряде случаев избежать интраоперационных и послеоперационных осложнений.

## **СИСТЕМА ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ПРОНИКАЮЩЕЙ ОСКОЛОЧНОЙ ТРАВМЕ ГЛАЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ ВНУТРИГЛАЗНОГО ИНОРОДНОГО ТЕЛА, СТЕПЕНИ ПОМУТНЕНИЯ ХРУСТАЛИКА И ДРУГИХ СОПУТСТВУЮЩИХ ИЗМЕНЕНИЙ**

**БЫКОВ В. П., КОРОТКИХ С. А.,  
РОМАНОВ Н. Н.**

*Кафедра глазных болезней Уральская  
медицинская академия, г. Екатеринбург.  
Кафедра глазных болезней  
Государственная медицинская академия,  
г. Тюмень*

Нами была разработана и апробирована система хирургических вмешательств при проникающих осколочных ранениях глазного яблока в сочетании с повреждением хрусталика, стекловидного тела и другими сопутствующими изменениями структур глаза.

Система оперативных вмешательств разработана в зависимости и с учетом локализации внутриглазного осколка и степени помутнения хрусталика, а также наличия помутнения стекловидного тела и изменений других структур глаза; и включает определение показаний, последовательности, объема, способов оперативного лечения и возможности использования ИОЛ.

1. При повреждении хрусталика с сохранением им прозрачности и локализации осколка в заднем полюсе, при возможности его визуального контроля нами производилось трансквитреальное удаление инородного тела. Удаление катаракты позднее при развитии полного помутнения хрусталика.



2. Если при той же локализации осколка он не виден сначала производили ленсэктомия с оставлением задней капсулы и затем трансквитреальное удаление инородного тела.
3. Если при этом наблюдалось помутнение стекловидного тела производили левсвитрэктомию и затем трансквитреальное удаление осколка.
4. Если осколок находился целиком в оболочках его вынужденно оставляли.
5. При частичном помутнении хрусталика и локализации осколка в переднем отделе стекловидного тела нами производилось диасклеральное удаление инородного тела, вторым этапом ленсэктомия или ЭЭК, или при наличии помутнения стекловидного тела также и витрэктомию.
6. При полном помутнении хрусталика и локализации осколка в стекловидном теле за хрусталиком нами производилась ленсэктомия и трансквитреальное удаление инородного тела.
7. При полном помутнении хрусталика в сочетании с помутнением стекловидного тела и локализации осколка за хрусталиком нами производилась левсвитрэктомию с трансквитреальным удалением инородного тела.
8. При полном помутнении хрусталика и локализации осколка в стекловидном теле приоболочечно производили диасклеральное удаление инородного тела и вторым этапом удаление катаракты одним из способов.
9. При полном помутнении хрусталика в сочетании с помутнением стекловидного тела и локализации осколка в стекловидном теле приоболочечно производили диасклеральное удаление инородного тела и следующим этапом левсвитрэктомию.
10. В той же ситуации, используя разработанную нами методику склерокомпрессии производили ленсэктомия или при необходимости левсвитрэктомию с одномоментным удалением инородного тела трансквитреальным способом.
11. При локализации осколка в хрусталике производили удаление катаракты вместе с инородным телом и при отсутствии воспалительных изменений и явлений набухания в хрусталике одномоментную имплантацию ИОЛ.

Нами была разработана методика склерокомпрессии с использованием витрэктомиической техники. Этот метод можно применять в ситуации, когда осколок локализован в стекловидном теле приоболочечно и наблюдается полное помутнение хрусталика или полная катаракта сочетается с помутнением в стекловидном теле.

Методика заключается в следующем: путем вдавливания склеры в проекции инородного тела, расположенного приоболочечно, осколок перемещают за хрусталик и затем производят ленсэктомия или при необходимости левсвитрэктомию с одномоментным удалением инородного тела трансквитреальным способом.

Преимущества данной хирургической методики по нашему мнению заключаются в том, что:

1. Метод склерокомпрессии не требует специального нового инструментария, вдавление склеры в проекции осколка можно произвести практически любым инструментом имеющимся в наборе.
2. Методика проста в применении.
3. Перемещение инородного тела за хрусталик позволяет затем произвести одномоментно ленсэктомия или левсвитрэктомию и трансквитреальное удаление осколка, что сокращает количество хирургических вмешательств и соответственно уменьшает дополнительную травматизацию глаза, а также сокращает время лечения и реабилитации.

## **ПРИЧИНЫ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО УВЕИТА ПРОНИКАЮЩЕГО РАНЕНИЯ СКЛЕРЫ И ЦИЛИАРНОГО ТЕЛА**

ДУДНИК Н. С.

*Кафедра офтальмологии УГМАДО,  
г. Челябинск*

Посттравматический увеит привлекает внимание офтальмологов на протяжении многих десятилетий. В литературе имеются данные об исследовании различных аспектов тяжелого течения посттравматического увеита при проникающих ранениях глаза в зависимости от равней диагностики, обширности травмы, своевременности и полноты хирургической обработки, использования адекватной микрохирургической техники (Б. Л. Поляк, 1953; Duke-Elder W. S., 1961; Л. И. Штырова, 1971; Thijssen J. M., Mol H. J., Timmer M. R., 1985; В. С. Гришина, 1997; Л. Т. Архипова, 2001). Однако, материалов о тяжести посттравматического увеита в зависимости от локализации ранения глазного яблока недостаточно. В связи с этим целью настоящей работы является изучение осложненного и неосложненного течения посттравматического увеита при проникающем ранении склеры с повреждением цилиарного тела.