

подхода к проблемной зоне удалялся передний конец нижней носовой раковины. После остановки кровотечения, как правило, умеренного, четко визуализировалась топографическая область выходного отверстия носослезного протока. Эндоскопическими инструментами под контролем эндоскопа выкраивался и отсепаровывался лоскут слизистой оболочки размером 5 мм на 7 мм в пределах латеральной стенки и свода нижнего носового хода на расстоянии 30 мм от переднего конца нижней носовой раковины. Далее в ходе операции выполнялась слезно-носовая проба с 1 % раствором флюоресцеина, позволяющая контролировать успех операции.

В послеоперационном периоде назначались капли в глаз комбинированного (антибиотик + стероид) действия («Комбинил-дуо»), а также назальный спрей («Отривин море», «Ринорин», «Маример»), увлажняющий слизистую оболочку

полости носа, разжижающий густую слизь, размягчающий сухие корочки и назальный аэрозоль ринофлуимуцил, обладающий муколитическим и противовоспалительным действием.

В течение двух недель регулярно проводился видеоэндоскопический контроль раневой поверхности полости носа и ее туалет, а также промывание носослезного протока по общим правилам.

Результаты. Во всех наблюдениях получен стойкий положительный эффект, слезотечение прекратилось.

Выводы. Современные возможности диагностики, в том числе видеоэндоскопические, а также данные компьютерной томографии с 3D реконструкцией и функцией виртуальной эндоскопии позволяют не только четко диагностировать уровень патологического процесса в носослезном канале и его характер, но и определить выбор лечебных мероприятий и хирургическую тактику.

Литература

1. Белоглазов В. Г. Проблемы и перспективы современной дакриологии в России // Тез. докл. IX Съезда офтальмологов России. — М. — С. 470–472.
2. Сомов Е. Е., Ободов В. А. Синдромы слезной дисфункции. — СПб., 2004. — 160 с.

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

ПРЕИМУЩЕСТВА ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОВИТРЕАЛЬНЫХ МАТЕРИАЛОВ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКЕ ОБШИРНЫХ ПРОНИКАЮЩИХ РАНЕНИЙ СКЛЕРЫ

*ГБОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия»
Минздравсоцразвития России, г. Екатеринбург;*

Отделение офтальмотравматологии МБУ ЦГКБ № 23, г. Екатеринбург

Прободные ранения глазного яблока составляют наиболее крупную группу из общего числа травм органа зрения. Раны склеры редко бывают изолированными, их тяжесть определяется сопутствующими нарушениями: выпадением внутренних оболочек, потерей стекловидного тела и др. [Гундорова Р. А., Кашников В. В., 2002; Дудник Н. С., 2002].

Результаты последних экспериментальных исследований и клинические наблюдения показали, что ведущим звеном патогенеза прободных ран и контузий с повреждением глазного яблока, определяющим тяжелый исход, является витреоретинальная пролиферация. Ее основной причиной являются патологическая фиксация стекловидного тела, кровь, излившаяся при травме в витреальную полость, реакция на альтерацию и воспаление внутриглазных тканей. В витреальной полости формируются патологические мембраны, тяжи, фиксирующиеся к внутренним обо-

лочкам глаза. Сокращение патологических структур приводит к тракционной отслойке сетчатки, цилиарного тела, с развитием в дальнейшем субтрофии глазного яблока [Шишкин М. М., 2000; Эль-Жухадар В. Х., 2001; Шишкин М. М., Мионов А. В., 2008].

Основной проблемой у пострадавших с подобным видом травмы является трудность адекватной хирургической обработки обширных ранений склеры (особенно при их распространении к заднему полюсу глаза) и профилактики послеоперационных осложнений. Решение этой проблемы является актуальным и определяет цель работы.

Цель — доказать преимущества применения эндовитреальных материалов во время первичной хирургической обработки обширных проникающих ранений склеры по сравнению со стандартной методикой.

Материал и методы. В 2011 г. в отделении офтальмотравматологии ЦГКБ № 23 (клини-

ческая база кафедры офтальмологии УГМА) г. Екатеринбурга поступило 534 пациента с открытой травмой глазного яблока. Из них изолированные обширные ранения склеры составляли 20 % (107 человек). Работа основана на результатах клинического обследования 60 пациентов (18 женщин и 42 мужчин) с обширными проникающими ранениями склеры (протяженностью более 10 мм). Пострадавшие были разделены на исследуемую и контрольную группы (по 30 чел.). Всем больным было проведено стандартное обследование, включающее: визометрию, биомик-

роскопию, тонометрию, офтальмоскопию, рентгенографию орбит в 2 проекциях, ультразвуковое (УЗ) В-сканирование и, по показаниям, компьютерную томографию (КТ).

Результаты и обсуждение. О тяжести данной разновидности открытой травмы глаза свидетельствовали низкие зрительные функции, либо их полное отсутствие у пострадавших обеих групп при госпитализации в стационар, (табл. 1). У всех травмированных отмечалась выраженная гипотония глазного яблока, гифема различной интенсивности, массивный гемофтальм.

Таблица 1

Распределение пациентов по остроте зрения при поступлении

Группа больных	Абс. число больных	Острота зрения при поступлении			
		0	1/∞ pr. l.inc. — 0,01	1/∞ pr. l.certae	0,01–0,04
Исследуемая	30	8	15	5	2
%	100	26,6	50	16,7	6,7
Контрольная	30	8	16	5	1
%	100	26,6	53,3	16,7	3,4

Пациентам в экстренном порядке была произведена первичная хирургическая обработка (ПХО) обширной раны склеры (выполнялась ревизия раны с определением локализации, протяженности и ее обработка антибактериальными растворами). Выпавшее стекловидное тело иссекалось. Для герметизации раны применялись отдельные узловые швы 8 : 0 с шагом 1 мм.

В исследуемой группе дополнительно к стандартной микрохирургической обработке, после наложения 1–3 швов, в стекловидное тело вводилось с помощью канюли 0,2–0,3 мл офтальмологического вязкоэластичного раствора «Вискомет». Благодаря своей эластичности, вискомет восстанавливал внутриглазное давление (ВГД), глаз приобретал шарообразную форму, что облегчало дальнейшее наложение швов и герметизацию раны.

Затем, интравитреально вводили 0,2 мл ПФОС (октофлюоропропан) C₃F₈ в 20 % смеси с воздухом, последующее увеличение объема газа внутри глазного яблока обеспечивало плотное прилегание оболочек и местное сдавление сосудов, что

и 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. Удаление вискомета и газа из витреальной полости в послеоперационном периоде не проводилось, учитывая небольшой объем введенных веществ и их низкую токсичность (Способ хирургического лечения обширных повреждений склеры // приоритетная справка от 19.07.11 г. по заявке № 2011130049). В послеоперационном периоде все пациенты получали стандартную противовоспалительную и гемостатическую терапию.

Оценка состояния органа зрения проводилась по данным визометрии, биомикроскопии, офтальмоскопии, УЗ В-сканирования и тонометрии. Результаты зрительных функций у пострадавших обеих групп при выписке из стационара представлены в таблице 2.

Таблица 2

Распределение пациентов по остроте зрения при выписке

Группа больных	Абс. число больных	Острота зрения при выписке			
		0	1/∞ pr. l.inc. — 0,01	1/∞ pr. l.certae	0,01–0,04
Исследуемая	30	7	12	7	4
%	100	23,3	40	23,3	13,4
Контрольная	30	9	16	4	1
%	100	30	53,3	13,3	3,4

В исследуемой группе ВГД в пределах нормы отмечалось у 22 пациентов, незначительная гипотония (13–17 мм рт. ст.) — у 6 и выраженная гипотония (ниже 12 мм) — у 1-го, в одном случае было отмечено повышение ВГД в послеоперационном периоде до 42 мм рт. ст., что потребовало хирургического лечения (вitrektomia) в сочетании с гипотензивной терапией.

В контрольной группе ВГД в пределах нормы отмечалось у 8 пациентов, незначительная гипотония (13–17 мм рт. ст.) — у 10 и выраженная гипотония (ниже 12 мм) — у 12 человек.

С помощью УЗ АВ-сканирования оценивали длину переднезадней оси (ПЗО) глазного яблока, состояние сетчатки и стекловидного тела. В исследуемой группе длина ПЗО в пределах нормы (20–24 мм) наблюдалась у 25 пациентов, 17–20 мм — у 5 больных исследуемой группы. В контрольной группе — длина ПЗО в пределах нормы наблюдалась у 14 пациентов, 17–20 мм — у 16. У всех пациентов в обеих группах был выявлен гемофтальм разной степени: от плавающих помутнений до грубого швартообразования. Средняя продолжительность пребывания в стационаре пациентов обеих групп составила 12 суток.

При наблюдении через 1 мес. после выписки: во всех случаях в исследуемой группе не было выявлено грубой деформации или выраженной субатрофии глазного яблока. У всех больных глазное яблоко было сохранено, причем у четверых из них отмечалось предметное зрение. В контрольной группе, по данным УЗИ, у 13 пациентов отмечалась субатрофия глазного яблока различной степени, а у 25 — массивный витреосфиброз с отслойкой сетчатки. Предметное зрение (0,05) было сохранено у одного пациента.

Выводы. Предложенный модифицированный метод ПХО обширных ранений склеры (интраоперационное введение перфторана в сочетании с шовной герметизацией раны и постоянным эписклеральным пломбированием) позволяет по сравнению со стандартной методикой облегчить проведение этапов ПХО и обеспечить наилучшую герметизацию склеральной раны, свести к минимуму послеоперационные осложнения, предотвратить развитие субатрофии глазного яблока и сохранить его для дальнейших оптико-реконструктивных операций.

Н. А. Сухов

YAG-ЛАЗЕРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ КИСТ РАДУЖКИ

ГБУ «Уфимский НИИ глазных болезней АН РБ», г. Уфа

Кисты пигментного эпителия радужки по своему генезу обычно являются идиопатическими, в ряде случаев их развитие обусловлено применением определенных групп препаратов, в частности, миотиков. Травматические кисты образуются вследствие проникновения покровного эпителия конъюнктивы в области лимба или роговицы в переднюю камеру глаза при проникающих ранениях или операциях на глазном яблоке, сопровождающихся недостаточной адаптацией краев раны. Кисты пигментного эпителия радужки чаще встречаются у лиц среднего возраста и обычно подразделяются на серозные и жемчужные. Серозная киста имеет вид полупрозрачного пузырька, выступающего в переднюю камеру, иногда киста заполняет всю переднюю камеру. Жемчужная киста имеет вид компактного образования голубовато-белого цвета с перламутровым блеском и напоминает жемчужину. При периферическом расположении кисты выявляются вследствие выпячивания стромы радужки. Диагноз обычно ставится на

основании клинической картины и с помощью биомикроскопии.

Существующие методы консервативного лечения кист не всегда удовлетворяют в связи с развитием осложнений, рецидивов. Хирургическое лечение, представляющее собой иссечение, успешно при начальных стадиях развития кисты. В последние годы для перфорации и разрушения стенок кисты достаточно успешно применяют YAG-лазеры [1]. Однако при активной пролиферации эпителиальных клеток лазерная иридотомия нередко сопровождается серьезными послеоперационными осложнениями или рецидивами заболевания [2].

Цель — оценка результатов лазерного лечения кист радужной оболочки.

Материал и методы. Обследовано и пролечено 29 больных с кистами радужки, в 22 случаях — травматического происхождения. Все больные лечились в лазерном отделении Уфимского НИИ глазных болезней. Размеры кист были 2–3 мм. В лазерном отделении YAG-лазером пун-