

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 её 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%).

**А.Б. Степанянц, Е.В. Бобыкин,
Е.И. Колесникова**

СХЕМА ОБЪЁМА ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ СКЛЕРЫ

ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия,
Свердловский областной офтальмотравматологический центр, г. Екатеринбург

Приводим схему объёма оперативного вмешательства при повреждениях склеры, критериями для определения которого служили длина и локализация раны, наличие инородного тела и сопутствующих осложнений.

I. При малых проникающих ранах (до 3 мм):

1. Малая рана, расположенная до 5 мм от плоскости лимба (II зона):

а) Без инородного тела в полости глаза – при выпадении стекловидного тела производится локальная витрэктомия, затем – шовная герметизация раны по традиционной методике и криопексия склеры до 5 мм от лимба;

б) При наличии осколка, требующего диасклерального удаления – шовная герметизация входной раны с возможной локальной витрэктомией при выпадении стекловидного тела. Диасклеральное удаление инородного тела постоянным магнитом SmCo5 с последующей герметизацией и временным пломбированием раздуваемым баллоном (при размерах операционной раны до 3 мм) или комбинированным пломбированием (т.е. постоянной и временной пломбами) при размерах – более 3 мм. Криопексия краёв операционной раны.

2. Малая рана, расположенная далее 5 мм от лимба (III зона):

а) Без инородного тела – производится локальная витрэктомия, затем шовная герметизация, криопексия склеры вокруг краев обработанной раны. постоянное, или временное (баллонное) пломбирование;

б) При наличии инородного тела, требующего диасклерального удаления – локальная витрэктомия с шовной фиксацией краёв входной раны, криопексия склеры. Диасклеральное удаление осколка с последующей герметизацией и баллонированием (при размерах операционной раны до 3 мм) или комбинированным пломбированием (при размерах – более 3 мм). Криопексия краёв операционной раны.

II. При проникающих ранах средней длины (от 3 до 6 мм):

1. При расположении раны до 5 мм от лимба (II зона):

а) Без инородного тела – локальная витрэктомия, затем шовная герметизация, криопексия склеры в 5 мм от лимба и экстрасклеральное пломбирование раны постоянной пломбой;

б) При наличии инородного тела, требующего диасклерального удаления – ПХО входной раны с локальной витрэктомией, криопексия склеры до 6 мм от лимба. Диасклеральное

удаление осколка с последующей шовной герметизацией и криопексией краёв операционной раны. Баллонирование или комбинированное пломбирование операционной раны.

2. При локализации раны далее 5 мм от лимба (III зона):

а) Без инородного тела – локальная витрэктомия, швы на рану и криопексия склеры вокруг её края, экстрасклеральное комбинированное пломбирование раны;

б) При наличии инородного тела, расположенного вблизи входной раны - локальная витрэктомия, удаления инородного тела через рану, шовная герметизация и криопексия краёв операционной раны. Комбинированное пломбирование.

в) При наличии осколка, требующего дополнительного склерального разреза – ПХО входной раны с постоянным экстрасклеральным пломбированием. Диасклеральное удаление осколка с последующей шовной герметизацией и криопексией краёв операционной раны. Комбинированное пломбирование.

III. При больших проникающих ранах (свыше 6 мм) и разрывах склеры:

Если имеется катаракта и выпадение стекловидного тела – витреоленсэктомия, возможно с имплантацией ИОЛ. Затем, узловые швы на края раны, криопексия вокруг нее (в 6 мм и далее от лимба) и комбинированное наружное пломбирование.

IV. При сквозном прободном ранении:

1. В случае локализации выходной раны склеры далее 18 мм от лимба: локальная витрэктомия и ПХО входной раны склеры с наружным баллонированием. Затем, локальная витрэктомия и удаление осколка из выходной раны склеры с последующей её шовной герметизацией и постоянным пломбированием.

2. В случае локализации выходной раны склеры ближе 18 мм от лимба: хирургическая обработка входной раны, удаление инородного тела, шовная герметизация и наружное баллонирование, либо комбинированное пломбирование выходной раны склеры.

**Т.П. Чухман, С.М. Свердлин,
В.В. Ковылин**

**НОВЫЙ СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ
ОФТАЛЬМОДЕМОДЕКОЗА**

ФГУ Центр реабилитации ФСС РФ «Волгоград»,

ГУЗ «ВОКБ № 1», г. Волгоград

Офтальмодемодекоз является актуальной проблемой медицины.

Известные способы диагностики демодекоза глаз основаны на микроскопии эпителированных ресниц, содержимого сальных желёз, пустил в различных средах и определении наличия особей клеща Демодекс (Майчук Ю.Ф., 1988; Азнабаев М.Т. с соавт., 2002). В то же время все эти методы не учитывают живые или неживые сами клещи. По нашему мнению наличие жизнеспособных особей кардинально меняет тактику лечения и, самое главное, предполагает проведение активной противоклещевой терапии. Наличие нежизнеспособных особей требует лишь только наблюдения в динамике и соблюдения гигиенических мероприятий.

Нами ранее был предложен способ диагностики демодекоза глаз (Патент РФ № 2299017), при котором в качестве контактной среды использовали пилокарпин, который стимулировал движение клещей. Двигательная моторная активность клещей позволяла очень быстро обнаружить их в препарате. Кроме того, это давало возможность легко дифференцировать жизнеспособных от неживых особей клеща.

Дальнейшие наши исследования показали, что отсутствие подвижности клеща не является достоверным критерием полной утраты его жизнеспособности.

Целью настоящего исследования явилось повышение эффективности диагностики офтальмодемодекоза за счет определения наличия активных биологических процессов, непосредственно протекающих внутри живого клеща.