# ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КАТАРАКТЫ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ.

(Случай из практики)

А.Б. Степанянц, В.В. Обоскалова.

Областная клиническая больница № 1 ,Уральская государственная медицинская академия, г. Екатеринбург.

Современные боевые огнестрельные повреждения глаз имеют преимущественно минно-взрывную этиологию. Они часто являются комбинированными и сочетанными. Около 60 % от числа всех боевых травм органа зрения составляют прободные ранения. Военная травма характеризуется разнообразием клинических проявлений в переднем и заднем отрезках глазного яблока, последствиями которых являются: катаракта, отслойка сетчатки, швартообразование и субатрофия глазного яблока. В связи с этим, возникает проблема оказания квалифицированной помощи не только в остром, но и в отдаленном периоде с целью реабилитации пострадавших. Хирургическое лечение следует разделить на этапы, первый из которых - сохранить глазное яблоко в анатомо-функциональном отношении и максимально способствовать предупреждению воспалительных осложнений. Последующие этапы хирургического лечения служат оптико-реконструктивным целям.

Для иллюстрации приводим выписку из истории болезни больного М-ва, 19 лет, который лечился в отделении реконструктивной офтальмохирургии ОКБ №1 с 2 по 11 октября 1995 г.

Из анамнеза: находясь на службе в Российской армии (на территории Чеченской республики), 28.05.95 г. при разборке снаряда от БТР в результате взрыва военнослужащий получил: множественные осколочные ранения брюшной стенки, проникающее ранение живота с повреждением большого сальника, отрыв 4-5 пальцев правой кисти и 1-3 - левой, проникающие ранения обоих глаз.

30.05.95 г. в г. Владикавказе пациенту произведена первичная хирургическая обработка (ПХО) раны склеры ОД, эвисцерация ОС и удаление инородного тела орбиты.

12.07.95 г. в г. Самаре по поводу витреоретинальной пролиферации выполнена витреэктомия и термопексия склеры на ОД. Острота зрения при выписке не превышала 0,1.

В 3-е глазное отделение военнослужащий поступил с диагнозом: исход проникающего ранения склеры - катаракта, витреоретинальная пролиферация ОД, анофтальм ОС. При поступлении: ВОД=0,002 н/к, ТОД=16.

3.10.95 г. пациенту произведена ЭЭК. Поскольку у больного катаракта была мягкой, удаление хрусталика производилось при помощи аспирационно-ирригационной системы (АИС) через микроразрез в роговице. В ходе операции была иссечена передняя капсула и аспирированы хрусталиковидные массы. В конце оперативного вмешательства обнаружено помутнение в задней капсуле. От имплантации ИОЛ пришлось отказаться, ввиду анофтальма слева и отсутствия желания у самого пациента. На микроразрез роговицы наложен 8-образный шов 10:0 с погружным узлом.

В послеоперационном периоде больной получал традиционное противовоспалительное и улучшающее трофику лечение. В результате проведенной терапии наступило частичное рассасывание помутнения в задней капсуле.

М-в выписан из отделения на 9-е сутки в удовлетворительном состоянии, с ВОД=0,1 с +10,0 Д=0,7. При контрольном осмотре через 2 недели у него обнаружено дальнейшее просветление задней капсулы и улучшение зрения до 0,8 с коррекцией. Пациенту снят шов с рубца роговицы и рекомендована очковая, либо контактная коррекция.

Таким образом, своевременно проведенная ПХО прободного ранения глазного яблока и последующие оптико-реконструктивные операции позволяют на только сохранить глаз как орган, но и частично или полностью восстановить зрительные функции, что имеет особое значение при отсутствии второго глаза.