Реконструктивные операции при посттравматических изменениях органа зрения

С. А. Коротких, А. Б. Степанянц, Л. Я. Яблонская, М. Э. Коротких

г. Екатеринбург

Прободные ранения глазного яблока относятся к тяжелой травме, встречаются в 55 - 66% случаев и представляют одну из актуальных проблем офтальмологии. Они характеризуются полиморфизмом клинических изменений, приводят к грубым рубцам, швартообразованию стекловидного тела, отслойке сетчатки и др. Все это создает сложности в реабилитации этих пациентов.

Мы бы хотели остановиться на новых методах диагностики и лечения подобного вида травм и их последствий. Одним из направлений клиники глазных болезней является комплексная диагностика. Помимо традиционных способов выявления осколков, нами применяются специальные локаторы инородных тел двух поколений. Преимуществом данных приборов является возможность их использования в ходе ПХО раны. Перед извлечением осколка проводится профилактическая криопексия склеры, в последнее время мы используем крионакопитель. Положительным моментом которого является сохранение низкой температуры наконечника в течение 7 - 10 мин. Это позволяет достигать развития хориоретинальной спайки и препятствовать прилипанию окружающих тканей к наконечнику криоаппликатора. Для извлечения инородных тел используется постоянный магнит-концентратор из сплава самарий-кобальт-5. После удаления осколка для лучшего образования склерального рубца и более плотного смыкания внутренних оболочек, мы включаем в объем операции различные способы временного и постоянного пломбирования раны склеры. При обширных ранах с органо-сохранной целью применяются методы эндовитреального пломбирования, что позволяет восстановить форму и тонус глаза, а следовательно, более аккуратно наложить швы.

Для реабилитации пациентов с травматической катарактой , у которых, нередко, имеется дефект в задней капсуле, нами применяются искусственные хрусталики из полисилоксановой композиции. Данные линзы обладают определенными преимуществами: относительно низкий удельный вес, эластичность, ареактивность и простота введения. Возможно использование силиконовых ИОЛ в случаях с повреждением задней капсулы, т. к. ИОЛ своими гаптическими

элементами закрывает отверстие в капсуле и препятствует выходу стекловидного тела. В третьем глазном отделении ОКБ №1 и в гл. Отделении ГКБ СМП за 6 мес. Было прооперировано по поводу травматической катаракты 40 человек. У 19 из них было повреждение задней капсулы, у 3 - значительное повреждение радужки, у23 - внутриглазное инородное тело. Преобладали мужчины - 66 %. Средний возраст - 60 лет. Острота зрения при поступлении: у 55,5% больных - светоощущение с правильной проекцией, у 44,5% - низкое предметное зрение (до 0,06).

Всем травмированным произведена эктракапсулярная экстракция катаракты с имплантацией силиконовых ИОЛ т Т-26. В ходе операции обязательно использовался визитон. У 3 больных имплантация производилась с одномоментным удалением осколка, у 14 - сочеталась с передней витрэктомией и у 3 - с пластикой радужки. В послеоперационном периоде отмечалась внутриглазная гипертензия у 6 пациентов, дислокация ИОЛ - у 1 больного и иридоциклит - у 4. При выписке острота зрения составила: 0,1 - у 11%, до 0,3 - у 55,5 % и более - у 33,5 % пациентов.

Изменения роговицы различной этиологии являются частой причиной снижения зрения. Наиболее эффективным методом, восстанавливающим прозрачность и форму роговицы, является кератопластика. Этот способ лечения позволяет повысить зрение 60-70% больных. За 1994 год в третьем глазном отделении произведено 27 операций: сквозная кератопластика - у 21 больного и послойная - у 6. При поступлении острота зрения ниже 0,01 была у 5 пациентов; до 0,1 - у 22. Предоперационная подготовка проводилась по общепринятой методике, большое внимание уделялось выкраиванию донорского трансплантата и подготовке операционного ложа. Шести больным одномоментно с кератопластикой проводилась имплантация ИОЛ, четырем - синехиотомия.

В результате, приживления удалось добиться в 100% случаев. После сквозной кератопластики прозрачное приживление наблюдалось у 19 больных, через год - у 17. При послойной кератопластике во всех 6 случаях было полупрозрачное приживление. Острота зрения при выписке: до 0,01 - у 1 больного, до 0,09 - у 10 и более 0,1 - у 16. При послойной кератопластике добились лечебного эффекта во всех случаях.

Выводы:

1. Использование комбинированного метода ПХО ран склеры позволяет добиться правильного сопоставления краев раны и проводить шовную герметизацию в более благоприятных условиях, что

способствует формированию более нежного склерального рубца и предупреждает развитие отслойки сетчатки.

2. Имплантация заднекамерных ИОЛ возможна при повреждении задней капсулы хрусталика, т. к. линза закрывает дефект в капсуле и препятствует выпадению стекловидного тела.
3. Кератопластика считается операцией выбора при посттравматическом и поствоспалительном помутнении роговицы.