ветственно через 2, 3 и 18 месяцев после реоперации. При этом у 2 из 3 указанных больных рецидивы заболевания были связаны с имплантацией силиконового стента. В одном случае рецидив наблюдался после прорезывания слезных канальцев с медиальной миграцией интубационного материала, в другом — у больного с аллергической реакцией на силиконовый дренаж и образованием гранулемы в области соустья.

Реоперация с использованием временного дренажа была выполнена в третий раз и с частичным успехом 2 больным.

Выводы. 1. В отдаленные сроки (до 2 лет) после повторной трансканаликулярной лазерной дакриоцисториностомии с временной биканаликулярной силиконовой интубацией положительный результат наблюдался в 78,6 % случаев.

2. Осложнения в раннем периоде после данной операции (интубационная гранулема, прорезывание слезных точек и канальцев, аллергическая реакция на силиконовый дренаж, выпадение стента) отмечались почти у 1/3 пациентов. С учетом этого обстоятельства актуальным остается поиск более совершенных материалов для интубации. Оптимальным в этом отношении, по нашему мнению, может являться биодеструктирующийся (рассасывающийся) дренаж.

Н.А. Поздеева, И.Л. Куликова, Н.П. Паштаев

КОМПЛЕКСНАЯ ЗРИТЕЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМИ ТРАВМАМИ ГЛАЗА

Чебоксарский филиал ФГУ МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова

Актуальность. Последствия травмы органа зрения являются одной из основных причин слепоты и инвалидности ввиду большой распространенности, тяжести и полиморфизма клинических проявлений (Либман Е.С., 2005). Социальная значимость проблемы обусловлена тем, что наиболее часто она отмечается у лиц молодого, наиболее трудоспособного возраста. Следствием тяжелых травм глаза являются сочетанные повреждения глазного яблока, где наряду с травматическими катарактами, самым частым последствием травм глаза, встречаются поражения других структур — роговицы, радужки. В исследованиях Э.В. Егоровой (1979) показано, что у 55% больных травматическим катарактам сопутствовали дефекты радужки (отрывы, разрывы, колобомы, мидриаз), из них у 0,7 — аниридия или большие дефекты более 1/2 площади. По данным Н.Ф. Бобровой (1992),

наиболее часто (46,2%) имеет место сочетанное повреждение трех основных структур — роговицы, радужки и хрусталика. Отмечается большое число случаев аниридии после контузий с разрывом глазного яблока по кератотомическим рубцам (Жабоедов Т.Д., 1990; Горлина Т.Л., 1993; Валеева Р.Г., 1996; Балашова Н.Х., 1997; Балашевич Л.И., 2002; Forstot S.T., 1988, и др.). В Чебоксарском филиале МНТК МГ проблема лечения обширных дефектов радужной оболочки, вплоть до полной аниридии, в сочетании с патологией хрусталика решается на основе имплантации искусственной иридохрусталиковой диафрагмы (ИХД) («Репер-НН», Н. Новгород). Данная конструкция позволяет наиболее полно и щадяще восстанавливать анатомию глаза, одномоментно решая оптические, диафрагмальные и косметические задачи. Помимо патологии радужки и хрусталика у значительной части таких больных имеются сопутствующие изменения роговицы в виде грубых рубцов и помутнений, патология стекловидного тела и сетчатки, нистагм, косоглазие. Поэтому для коррекции данных состояний помимо имплантации ИХД пациентам выполняют сквозную кератопластику, витрэктомию, операции по исправлению косоглазия и по поводу отслойки сетчатки. Однако любая серьезная травма глаза, повлекшая за собой ряд операций, включающих полную реконструкцию переднего отрезка глаза, как правило, сопровождается индуцированной аметропией и астигматизмом высокой степени, которые можно скорректировать только с помощью рефракционной операции.

Цель исследования — анализ результатов комплексного лечения пациентов с травмой глаз, включающего имплантацию ИХД, сквозную кератопластику, хирургическое лечение косоглазия и лазерный in situ кератомилез (LASIK).

Материал и методы. Пять пациентов (5 глаз), средний возраст — 32,2±1,7 года, с травматической аниридией, афакией, рубцами роговицы и монокулярным косоглазием, подверглись в разной последовательности имплантации ИХД, субтотальной витрэктомии, сквозной кератопластике и хирургическому исправлению косоглазия. Первоначально среднее значение некорригированной остроты зрения (НОЗ) равнялось 0,01, коррекция отсутствовала. После хирургического лечения НОЗ повысилась до 0,06, среднее значение наилучшей корригированной остроты зрения (НКОЗ) составило 0,3. Среднее значение сферического эквивалента рефракции (СЗСЭ) составило +6,50±1,79, средний цилиндр — 6,25±0,77 дптр. Средняя плотность эндотелиальных клеток — 1350 клеток/мм^2. Через 2,5 года после последней хирургической процедуры произведен LASIK на установке «Микроскан» с частотой следования импульсов 200 Гц

16. Заказ № К-7299

и диаметром пятна 0,7 мм (ЦФП, Троицк, Россия) с использованием автоматизированного микрокератома Moria M 2 (Antony, France). Операции прошли без осложнений, в послеоперационном периоде назначены гормоны по схеме на 4 недели, нестероидные противовоспалительные и антибиотики на 1 неделю, слезозамещающие и усиливающие регенерацию препараты на 1-2 месяца, лазерстимуляция и магнитостимуляция для усиления регенерации 1 неделю после операции. Общий период наблюдения составил 2 года.

Результаты. Через 3 месяца потребовалась докоррекция у 2 пациентов. Через 1,5 года после LASIK СЗСЭ +1,13±1,10 дптр. Предсказуемость рефракционного эффекта в пределах ±0,50 — на 2 глазах, в пределах ±0,10 дптр на 3 глазах. Средняя КОЗ с 0,3 увеличилась до 0,4, средняя НОЗ повысилась с 0,06 до 0,3. Индекс безопасности составил у данных пациентов 1,33, индекс эффективности — 1,0. Никто не потерял ни одной строчки наилучшей корригированной остроты зрения. Потеря ПЭК составила 40±10 кл/мм^2 (2,9%).

Вывод. Всесторонний комплексный подход к реабилитации пациентов с сочетанной травматической патологией переднего сегмента глаза ведет к хорошей зрительной реабилитации. LASIK является безопасной и эффективной процедурой в лечении индуцированных аметропий и астигматизма высокой степени после имплантации ИХД.

Н.Т. Тхелидзе, Р.А. Гундорова

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОНТУЗИОННЫХ СКЛЕРАЛЬНЫХ РАЗРЫВОВ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца, Москва

Актуальность. Контузионные разрывы склеральной капсулы глазного яблока отличаются особой тяжестью клинической картины и составляют 4-6 общей и 14,2% тупой травмы глаза (Савицкая И.И., 1968; Гундорова Р.А., Петропавловская Г.А., 1975; Мошетова Л.К., 1993).

Тяжесть данной патологии обусловлена одновременным поражением нескольких структур глаза, начиная с придаточного аппарата вплоть до зрительного нерва, и развитием осложнений в посттравматическом периоде: в результате фиброглиальной пролиферации со стороны раны и поврежденных оболочек