

ВИТРЕОРЕТИНАЛЬНЫЙ КЛУБ

ХІ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ЛЕЧЕНИЯ ВИТРЕОРЕТИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

21 – 22 марта 2013



Поздеева Н.А., Фролычев И.А.

Применение эндоскопии в хирургическом лечении проникающих ранений глаза (клинический случай)

Чебоксарский филиал ФБГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России

После проникающих ранений глаз хирургическая обработка должна проводиться в максимальном объеме [Гундорова Р.А., Нероев В.В., 2009; Кашников В.В., 2005]. Однако не всегда это технически выполнимо, часто возникают трудности визуализации периферии сетчатки из-за грубых повреждений роговицы [Стив Чарльз, Хорхе Кальсада, Байрон Вуд, 2012]. Также существует зона цилиарного тела, цилиарной борозды и крайней периферии сетчатки у зубчатой линии, которые зачастую недоступны осмотру даже при прозрачности оптических сред. Поэтому стандартная трехпортовая витрэктомия не всегда дает возможность выполнить хирургическое вмешательство в полном объеме. При витрэктомии наличие дистрофии или разрывов сетчатки на крайней периферии можно определить, используя склерокомпрессор. Однако остается зона цилиарного тела и цилиарной борозды, недоступные осмотру и хирургическому лечению.

Цель – оценка эффективности комплексного эндовитреального хирургического лечения с применением эндоскопической технологии при проникающих ранениях глаза на примере клинического случая.

Материал и методы

Представляем клинический случай применения эндоскопии в ходе эндовитреального вмешательства при проникающем ранении глаза у пациента И., 42 лет. Обстоятельства травмы: при автодорожной катастрофе осколки лобового стекла попали в глаз. В день травмы по месту жительства проведена ПХО, удалены осколки стекла из роговицы и передней камеры, удалены хрусталиковые массы, наложены швы роговицы, склеральный шов.

Через 1 мес. после травмы пациент был направлен в Чебоксарский филиал МНТК «Микрохирургия глаза» на дальнейшее хирургическое лечение. При поступлении Vis=pr.l.certa, ВГД=26 мм рт.ст., по данным ультразвукового обследования - гемофтальм, оболочки прилежат, по данным UBM - в проекции цилиарного тела сгустки организовавшейся крови, по данным рентгенографии - внутриглазного инородного тела не выявлено. Объективно: глаз раздражен, грубая ушитая рана роговицы через оптический центр, швы роговицы адаптированы, в проекции 3 часов в 5-7 мм от лимба ушитая рана склеры, частичная аниридия (отсутствовало более 1/3 радужки), в проекции зрачка определялись сгустки организовавшейся крови и фиброзная ткань с остатками хрусталиковых масс, глубжележащие среды не просматривались. Учитывая наличие хрусталиковых масс, развитие офтальмогипертензии, гемофтальм с риском формирования тракционной отслойки сетчатки, было решено провести эндовитреальное хирургическое лечение. В ходе операции были установлены порты 23G. После выполненной передней витрэктомии стала возможна визуализация глазного дна. В проекции нижней сосудистой аркады преретинально определялось инородное тело – осколок стекла размером 1,5х4,5 мм. Волокна стекловидного тела вокруг инородного тела были удалены витреотомом. Осколок стекла поднят с глазного дна в переднюю камеру и уложен на остатки радужки (рис. 1 см. в Приложении с. 239). Через паралимбальный разрез роговицы 4 мм инородное тело удалено из передней камеры (рис. 2 см. в Приложении с. 239). Далее в полном объеме была выполнена витрэктомия. Учитывая локализацию сгустков крови на крайней периферии сетчатки и в проекции цилиарного тела, в ходе операции было решено осмотреть крайнюю периферию сетчатки и зону цилиарного тела эндоскопом с диагностической целью. При эндоскопическом

осмотре выявлены 2 осколка стекла, фиксированные сгустками крови к цилиарному телу, размером 1х1,5 мм (рис. 3 см. в Приложении с. 239) и множественные осколки 0,5х0,5 мм (рис. 4 см. в Приложении с. 239). Для лучшей визуализации ассистент, используя склерокомпрессор, надавливал на склеру в зоне проекции цилиарного тела. Пинцет для захвата осколков стекла был введен через роговичный разрез. Постепенно под контролем эндоскопа все осколки стекла были захвачены пинцетом и удалены из глаза. Операция завершена наложением роговичного шва, ограничительной ЛКС в проекции удаленного инородного тела и пневморетинопексией газом SF₆.

Результаты

В послеоперационном периоде наблюдалась небольшая воспалительная реакция глаза. Проведена интенсивная антибактериальная и противовоспалительная терапия. К моменту выписки Vis=0,05 н/к, ВГД=22 мм рт.ст., лазерная тиндалеметрия FCM (поток белка) 73 фотона в 1 мс. (в норме не более 10), по данным ультразвукового обследования и офтальмоскопии полное прилегание сетчатки, 1/4 объема полости стекловидного тела заполнена газом. Низкая острота зрения объясняется центрально расположенным грубым рубцом роговицы.

Пациент приехал на контроль через 1 мес. после операции: Vis=0,08 н/к, ВГД=21 мм рт.ст., FCM (поток белка) 54 фотона в 1 мс. Объективно глаз спокоен, оптические среды прозрачны, полное прилегание сетчатки, снизу на периферии пигментированные коагуляты после ЛКС. Через 3 мес. после операции: Vis=0,08 н/к, ВГД=22 мм рт.ст., FCM (поток белка) – 43 фотона в 1 мс., полное прилегание сетчатки. Учитывая прилегание сетчатки, снижение воспалительной реакции (по данным FCM), возможно дальнейшее хирургическое лечение пациента.

Через 10-12 мес. после травмы планируется сквозная реконструктивная кератопластика и имплантация искусственной иридохрусталиковой диафрагмы, что даст возможность восстановления трудоспособности пациента и адаптации в социальной среде.

Заключение

При проникающих ранениях глаза инородное тело может быть локализовано в зоне цилиарного тела, цилиарной борозды или на крайней периферии сетчатки у зубчатой линии. Данное расположение достаточно сложно диагностировать инструментальными методами обследования и офтальмоскопией. Поэтому при малейшем подозрении на наличие инородного тела в данной зоне целесообразно

проведение диагностического эндоскопического осмотра, особесли травма нанесена рентгенонегативными осколками. Несм на большую трудоемкость хирургического лечения, это позвовыполнить его в полном объеме и добиться сохранения зритель функций у пациентов после тяжелой травмы.