

ОСОБЕННОСТИ ПЕРВИЧНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ВСПОМОГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ГЛАЗА ПОСЛЕ ТРАВМ ДЕТАЛЯМИ СТРОИТЕЛЬНЫХ ИНСТРУМЕНТОВ

Г. Д. Жабоедов, чл.-корр. НАМН Украины, д. мед. наук, проф.,

О. В. Петренко, канд. мед. наук, асс., **Д. С. Чурюмов**, асс.

Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, кафедра офтальмологии, Киев

В роботі встановлено характер травм допоміжного апарату зору деталями будівельних інструментів і виявлено оптимальні варіанти надання хірургічної допомоги пацієнтам. Визначені особливості первинної реконструкції при ізольованих і поєднаних ураженнях повік, слезових органів, орбіти, очного яблука у даній категорії хворих.

Ключевые слова: вспомогательный аппарат глаза, детали строительных инструментов, дефекты, деформации, первичная реконструкция, хирургическая помощь

Ключові слова: допоміжний апарат ока, деталі будівельних інструментів, дефекти, деформації, первинна реконструкція, хірургічна допомога

ВВЕДЕНИЕ. Травмы органа зрения остаются одной из основных причин слепоты и слабовидения. Большое количество поврежденных приходится на вспомогательный аппарат глаза (22 %) [1]. В последнее время участились случаи травмирования вспомогательного аппарата глаза деталями строительных инструментов [5]. Различают несколько категорий причин возникновения таких травм. Техническими причинами являются конструктивные недостатки оборудования и неисправность строительного инструментария, нарушение технологии производства, несовершенство предохранительных устройств. Санитарно-гигиеническими причинами травм могут быть недостаточное освещение, несоответствующая гигиеническим нормам температура, загроможденность и теснота рабочего помещения, запыленность, загазованность и избыточная влажность воздуха. К индивидуальным причинам травм относят низкую профессиональную подготовку работника, нарушение техники безопасности при выполнении работ, игнорирование средств защиты, употребление работающими алкоголя, а также наличие у них общих заболеваний и заболеваний глаз [2].

Цель работы — определить особенности травм вспомогательного аппарата глаз деталями строительных инструментов и варианты оптимального оказания хирургической помощи.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Первичная реконструкция поврежденных вспомогательного аппарата глаза, возникших в результате травм различными строительными инструментами, проводилась 73 пациентам. Больные в зависимости от превалирования области повреждения находились на лечении в глазном отделении центра «Травма глаза», челюстно-лицевом и нейрохирургическом отделениях больницы скорой медицинской помощи города Киева в 2005–2009 гг. Среди пострадавших было 68 мужчин и 5 женщин. Их средний возраст составил (27±5) лет.

Сроки, прошедшие после ранения, до поступления больных в отделение варьировали от нескольких часов до одних суток. Комплекс обследования включал как традиционные, так и специальные методы исследования. Кроме стандартного офтальмологического обследования всем пациентам были проведены компьютерная томография во фронтальной и горизонтальной проекциях, ультразвуковая диагностика, фоторегистрация, в случае необходимости — МРТ, консультации смежных специалистов. В работе использовалась классификация тяжести травматических повреждений, предложенная Р. А. Гундоровой и В. В. Кашниковым (2005). Срок наблюдения за травмированными больными составил (3,5±0,4) года после операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. Особого внимания, на наш взгляд, заслуживает статистика полученных травм. Так, повреждения вспомогательного аппарата глаза в результате разрыва отрезного диска пилы «Болгарка» были диагностированы у 22 пациентов, от разлета осколков шлифовального диска — у 19 больных, выброса элементов точильного камня на станке — у 17 обследованных, срыва насадки дрели — у 11 человек, неосторожного обращения с лезвием бензопилы — у 4 больных. Всего обследовано 73 травмированных.

У 13 больных (17,8 %) имели место изолированные глубокие раны верхнего и нижнего век с повреждением тканей надбровной, скуловой и височной области. У 23 поступивших (31,5 %) наблюдались тяжелые сочетанные повреждения век, слезных органов, орбиты и глаза. Размозжение глазного яблока было обнаружено у 11 пациентов (15,1 %). Кроме повреждений органа зрения и периорбитальной области, у 9 больных (12,3 %) была диагностирована открытая черепно-мозговая травма, а у 17 (23,3 %) — выявлены переломы верхней и нижней челюсти.

При изолированных травмах век и орбиты проводилась ревизия ран, удаление инородных тел, восстановление правильной анатомической позиции век методом тщательного послойного ушивания тканей. При травмах век с повреждением тарзоорбитальной фасции для устранения пролапса жировой клетчатки орбиты использовался разработанный нами способ адгезивной пластики. Для его осуществления коагулировали края разрыва тарзоорбитальной фасции и волокон *m. orbicularis oculi*. Таким образом, в результате адгезии фасциального и мышечного каркаса век укреплялась передняя орбитальная стенка за счет слипчивого соединения краев надрыва тканей. При повреждении края века поочередно и послойно восстанавливался каждый из его компонентов: элементы заднего ребра, интермаргинального пространства, переднего ребра. При этом предусматривался не только благоприятный функциональный исход лечения поврежденного века, но и косметический результат. В ходе хирургического лечения избегали образования сглаженности или утраты прямоугольной формы заднего ребра края век, которые, как известно, приводят к завороту, ретракции, лагофтальму, трихиазу с последующими кератопатическими проблемами [3]. Для исключения дальнейшего возникновения краевых дефектов, деформаций, микроколобом, птоза ресниц или мадароза тщательно реконструировали переднее ребро и интермаргинальное пространство.

При повреждениях латерального угла глазной щели восстанавливали нарушенное положение наружной связки век путем подшивания обеих ее ветвей к бугорку Витнелла. Одновременно старались сохранить нормальную форму латерального угла за счет плотного соприкосновения век. При несопадении границ эпителия обоих век в месте спайки проводили деэпителизацию соответствующей зоны. Если при первичной реконструкции недостаточно учитывались особенности строения наружной спайки, то возникали тянущие рубцы, которые деформировали угол глазной щели, наблюдался выворот нижнего века, нарушалась форма угла. Это отрицательно сказывалось на функциональном состоянии век и эстетическом виде пациентов.

При травмах медиального угла глаза с повреждением слезных органов и медиальной связки важно возобновить правильную анатомическую позицию структур внутреннего угла. С этой целью осуществляли репозицию нижнего века с восстановлением целостности слезных канальцев. К надкостнице подшивали медиальную связку, иначе, как известно, могли бы возникнуть расширение внутреннего угла, выворот нижнего века со слезной точкой, провисание медиальной части нижнего века с последующим развитием хронического блефароконъюнктивита, синдрома «сухого» глаза, кератита.

Кроме того, при наличии дефектов век осуществляли первичную реконструкцию методом перемещения лоскутов местных тканей (15 случаев) или свободной кожной пластики (7 случаев).

При одновременном повреждении вспомогательного аппарата органа зрения и глазного яблока прежде всего выполнялась первичная хирургическая обработка (ПХО) ран роговицы и склеры, а затем приступали к первичной реконструкции век и слезных органов (26 случаев). Проведенная по вышеуказанным методикам первичная реконструкция массивных повреждений вспомогательного аппарата глаза деталями строительных инструментов позволила в 82 % случаев достичь удовлетворительного функционально-косметического исхода у данной категории пациентов.

При травмах органа зрения и смежных областей в связи с частым преобладанием челюстно-лицевых или черепно-мозговых повреждений больных госпитализировали в нейрохирургическое или челюстно-лицевое отделение. Там им, наряду с лечением основного заболевания, нейрохирурги или стоматологи проводили ПХО ран век (18 пациентов). Однако результаты такой хирургической реконструкции не всегда были приемлемыми из-за частого возникновения различного рода осложнений (66,6 %). Так, у 4 пациентов развилась рубцовая деформация век, у 3 — выворот нижнего века, у 3 — лагофтальм, у 2 — трихиаз. В то же время меньше всего осложнений (37,5 %) при положительном функционально-косметическом исходе наблюдалось при совместном оказании помощи офтальмологом, нейрохирургом, стоматологом и отоларингологом.

Таким образом, при оказании специализированной помощи следует стремиться к ранней одномоментной исчерпывающей (инклюзивной) первичной реконструкции массивных повреждений вспомогательного аппарата глаза, что при высокой квалификации и адекватной специализации врачей позволит избежать множества осложнений, достичь удовлетворительных результатов, существенно повысить функционально-косметический эффект после одной операции с исключением последующих реабилитационных этапов.

ВЫВОДЫ

1. Травмы вспомогательного аппарата глаза деталями строительных инструментов в большинстве случаев имеют сочетанный характер (53,4 %) и высокую степень тяжести (82,2 %).

2. Первичная реконструкция повреждений вспомогательного аппарата глаза с дефектами век методом перемещения лоскутов местных тканей в сочетании со свободной кожной пластикой с

использованием высокотехнологичной микрохирургической техники дала возможность в 78 % случаев получить положительный функционально-косметический эффект операции.

3. Наилучшие результаты реконструктивно-восстановительной окулопластики при повреждении вспомогательного аппарата глаза и смежных областей лицевого и мозгового черепа получены при совместном оказании помощи офтальмологом, нейрохирургом, стоматологом и отоларингологом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гундорова Р. А., Нероев В. В., Кашников В. В. Травмы глаза. — М., — 2008. — 553 с.

2. Гундорова Р. А., Степанов А. В., Курбанова Н. Ф. Современная офтальмотравматология. — М., 2007. — 251 с.
3. Катаев М. Г. Край века: эстетика и коррекция. — Эстетическая медицина. — 2009. — Т.8, № 1.— С. 3 — 12.
4. Пасечникова Н. В. Соціальні аспекти попередження сліпоті, організації медичної допомоги та реабілітації хворих на глаукому. — К., 2009. — 172 с.
5. Филатова И. А. Комбинированные ранения век и орбиты разорвавшимися насадками для инструментов и станков, необходимый этап реабилитации // «Новые технологии в пластической хирургии придаточного аппарата при травмах глаза и орбиты в условиях чрезвычайных ситуаций и катастроф»: научно-практическая конференция. — М., 2007. — С. 153 — 154.

Поступила 09.03.2010.

Рецензент д-р мед. наук С. К. Дмитриев

PECULIARITIES OF PRIMARY RECONSTRUCTION OF EYE AUXILIARY TRAUMA BY BUILDING INSTRUMENTS

Zhaboyedov G. D., Petrenko O. V., Churumov D. S.

Peculiarities and characteristics of eye auxiliary trauma by building instruments were defined in the study. Main principles and optimal variants of primary surgical reconstruction of isolated and combined traumatic changes of eyelids, lacrimal organs, orbita and eyeball were determined.



УДК 617.31-001.4:616.833-152.001.4-07-08

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА В СОЧЕТАНИИ С КРАНИООРБИТАЛЬНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ

Л. А. Сухина, д. мед. н., проф., А. Ф. Смирнова, к. мед. н., доц., А. М. Кардаш, д. мед. н.,

К. Э. Голубов, к. мед. н., доц., Г. В. Котлубей, асс.

Донецкий национальный университет им. М. Горького
Кафедра офтальмологии ФИПО, кафедра нейрохирургии

Розглянуті питання реабілітації пацієнтів з краніоорбітальними переломами в сполученні з пошкодженням зорового нерва. На підставі аналізу клінічної картини травми у 260 хворих були виявлені особливо часті клінічні нейроофтальмологічні симптоми (розширення зіниць обох очей з відсутністю зіничних реакцій на тому ж боці, однобічне пошкодження очорухових нервів в сполученні з сліпотою або анізокорією). Своєчасна діагностика пошкодження зорового нерва, розширене оперативне втручання з ревізією та декомпресією зорового нерва дозволило зберегти зір у 72 % хворих з краніоорбітальними переломами.

Ключевые слова: зрительный нерв, повреждения, краниоорбитальные переломы, диагностика, лечение.

Ключові слова: зоровий нерв, пошкодження, краніоорбітальні переломи, діагностика, лікування

ВВЕДЕНИЕ. Количество краниоорбитальных переломов, сочетанных с повреждением зрительного нерва, в последнее время увеличилось в связи с ростом автодорожных катастроф.

Нейрохирургическая помощь при сочетанной черепно-мозговой травме достаточно четко определена, однако проблемными остаются вопросы об объеме вмешательства, последовательности оказания помощи различными специалистами и роли

нейроофтальмолога в диагностике и расширении показаний к оперативному вмешательству при повреждении зрительного нерва [3, 4, 5, 7].

Офтальмологам недостаточно четко знакома клиническая картина повреждения зрительного нерва при сочетанной травме, ее роль в уточнении

© Л. А. Сухина, А. Ф. Смирнова, А. М. Кардаш,
К. Э. Голубов, Г. В. Котлубей, 2010