

1 раз в 10-14 дней. Спустя 6 месяцев после операции пациентов направляли в Центр глазного протезирования для изготовления индивидуального протеза, после чего проводили оценку результатов.

Анализ результатов, полученных в отдаленном периоде у пациентов, оперированных методикой эвисцерации (группа 1), показал, что подвижность культи в среднем составила ($147,5 \pm 3,6^\circ$), что заметно выше, чем у пациентов групп 2 и 3, оперированных методом энуклеации ($128,3^\circ$) и пластики культи ($115,1^\circ$).

Подвижность протеза у пациентов группы 1, оперированных методикой эвисцерации, составила в среднем $115,6 \pm 2,2^\circ$, что выше, чем у пациентов 2 и 3-й групп ($108,2^\circ$ и $96,2^\circ$ соответственно).

Западение протеза после эвисцерации глаза (группа 1) встречалось реже, чем у пациентов после энуклеации глаза (группа 2), на 14,5%. А средняя величина западения протеза (мм) была ниже на 78,0%. Западение верхнего века также встречалось реже на 16,7%, и средняя величина западения верхнего века (мм) ниже на 37,3%.

Различия между результатами, полученными у пациентов групп 1 и 2, являются статистически достоверными ($p < 0,05$).

По критериям лагофталма и асимметрии глазной щели отмечена тенденция к снижению показателей у пациентов группы 1 по сравнению с группами 2 и 3, но эти данные статистически недостоверны ($p > 0,05$).

За период исследования у пациентов, оперированных в отделе пластической хирургии и глазного протезирования НМИЦ ГБ им. Гельмгольца, выявлены следующие виды осложнений:

– обнажение и отторжение орбитального имплантата выявлено у 3 пациентов (0,23% случаев), у которых был установлен факт нарушения режима ношения глазного протеза и ухода за конъюнктивальной полостью;

– грануляционные полипы конъюнктивы были выявлены у 16 пациентов (1,26% случаев) за период исследования. Причиной развития полипов в основном явилось ношение индивидуальных протезов с острыми краями, которые причиняли хроническую травму конъюнктивы за достаточно долгий период.

За более чем 10-летний период наблюдения других осложнений не выявлено. Отмечено стабильное положение имплантата в орбите, хорошая переносимость материала, отсутствие инфицирования за счет возможности пропитывания имплантата растворами антибиотиков. Структура имплантата позволяет его моделировать при необходимости.

Выводы

1. Орбитальный имплантат из политетрафторэтилена является доступным материалом для проведения данного вида операций, обладает высоким уровнем биосовместимости и низкой частотой послеоперационных осложнений.

2. Отечественный орбитальный имплантат из ПТФЭ отвечает всем требованиям, предъявляемым к орбитальным имплантатам. Он является пористым, что позволяет пропитывать его раствором антибиотиков и способствует прорастанию окружающих тканей в толщу имплантата, что в свою очередь обеспечивает фиксацию имплантата в полости орбиты и предотвращает его миграцию.

3. Проведенное исследование подтверждает, что лучшие функциональные и косметические результаты глазного протезирования достигаются после выполнения эвисцерации глазного яблока с одномоментной пластикой культи.

4. Осложнения в виде обнажения и отторжения орбитальных имплантатов в основном связаны с нарушением пациентами режима использования и ухода за глазными протезами.

Филатова И.А., Шеметов С.А., Мохаммад И.М., Кондратьева Ю.П.

Имплантация дермато-жирового лоскута как этап подготовки к пластике полости с пересадкой аутослизистой

ФГБУ «НМИЦ глазных болезней им. Гельмгольца» Минздрава РФ,
г. Москва

Актуальность. Анофтальмический синдром был и остается важным вопросом для офтальмохирургов. Для пациентов данное состояние значительно затрудняет полноценную адаптацию к жизни и социализацию в обществе, что существенно снижает их качество жизни.

Способы коррекции анофтальмического синдрома зависят от причин его возникновения и клинической ситуации. Наиболее сложной ситуацией является анофтальм с атрофией и рубцеванием тканей орбиты после лучевой терапии. Данная ситуация сопровождается выраженным сокращением конъюнктивальной полости и