



РЕДКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВИТРЕОЭКТОМИИ, ВЫЗВАННОЕ ВЫХОДОМ ПФД В ГЛАЗНИЦУ

УДК 617.741-004.1
ГРНТИ 76.29.56
БАК 14.00.08

© Невин В. Г., Луковская Н. Г.

Городской офтальмологический центр (ГМПБ № 2), Санкт-Петербург

✧ **Ключевые слова:** отслойка сетчатки, витреоэктомия, тампонада, орбита.

На отделении патологии сетчатки офтальмологического центра случай отслоения сетчатки, о котором мы хотим сообщить, встретился в нашей практике впервые. Ни в отечественной, ни в зарубежной литературе мы также не встретили ничего подобного.

Больная Н., 53 года, была прооперирована по поводу катаракты в апреле 2006 года. Операция фактоэмульсификации хрусталика с имплантацией ИОП прошла без осложнений с остротой зрения 1,0 при выписке. 4 сентября пациентка обратилась к стоматологу с острой зубной болью и в этот же день ей была удален верхний 8 справа. На второй день после этого больная была срочно госпитализирована с диагнозом острый остеомиелит верхней челюсти, абсцесс подвисочной ямки щеки справа. Было сделано дренирование и назначены антибиотики широкого спектра действия в максимальных дозах. На восьмой день после операции, выполненной на челюстно-лицевом отделении, у больной развилась субтотальная пузыревидная отслойка сетчатки с 3 разрывами в нижневисочном квадранте на правом, артифактичном глазу. Клинически и по данным В-сканирования имела также отслойка сосудистой оболочки в обоих нижних квадрантах и кровоизлияние в стекловидном теле. Острота зрения правого глаза была равна движению руки, поле зрения остаточное.

22.09.2006 г. — циркулярная силиконовой лентой в сочетании с пломбированием зоны разрывов, операция без осложнений и больная 13.10 была выписана на амбулаторное лечение с полным прилеганием сетчатки и остаточным кровоизлиянием в нижних отделах стекловидного тела. При выписке острота зрения правого глаза равна 0,1, расширились границы поля зрения.

Повторно больная госпитализирована 05.02.2007 г. по поводу гемофтальма на этом же глазу. При В-сканировании — полное прилегание сетчатки. Больной проводилась консервативная терапия и она была вновь выписана с остротой зрения равной 0,1.

13.04.2007 г. госпитализация по неотложной помощи в связи с рецидивом отслойки сетчатки и появлением нового разрыва.

19.04.2007 г. витреэктомия с тампонадой перфтордекалином (ПФД). При тампонаде ПФД достигнуто ВГД на уровне верхней границы нормы, однако после окончательной герметизации просечки склеры без потери ПФД тонус глазного яблока постепенно, в течение 3–5 минут, существенно снизился, дополнительно введено 2 мл ПФД до нормализации ВГД. Проведена тщательная офтальмоскопия, признаков разрывов сетчатки и сосудистой оболочки

выявлено не было, экзофтальма, набухания ретробульбарной клетчатки не отмечено. Весь период тампонады — с 19.04.2007 до 26.04.2007 г. — тонус глазного яблока оставался нормальным, обращало на себя внимание появление легкого тенонита с умеренной отечностью век, хемозом конъюнктивы, незначительная болезненность при движении глазного яблока, купированные парабульбарными инъекциями дексаметазона.

26.04.2007 г. произведена замена ПФД на газовоздушную смесь и больная была выписана с остротой зрения 0,05 и с полным прилеганием сетчатки. В послеоперационном периоде вновь рецидив отслойки сетчатки в нижних отделах, признаков тенонита не отмечалось. В области верхнего века правого глаза появилось кистоподобное безболезненное образование размером 2,5 × 2 см.

Больная была госпитализирована и 21.06.2007 г. выполнена операция — эндокриокоагуляция сетчатки вокруг разрывов на ПФД. Замена ПФД на силикон. Потери ПФД, силикона не отмечалось. Выписана с полным прилеганием сетчатки, остротой зрения 0,02; ВГД — в пределах нормы (20–22 мм рт. ст.).

Кистоподобное образование в области верхнего века стало увеличиваться и смещаться к наружному углу глаза. (рис.1).

В связи с этим у больной были исследованы придаточные пазухи носа и выполнена компьютерная томография (КТ) орбиты. Заключение КТ от 22.10.07 г.

Правое глазное яблоко незначительно уменьшено в размерах, обычной формы, заполнено однородным содержимым плотностью +45–55 НУ (силикон).

В области верхнего века в медиальном и латеральном углах глаза, а также в околоорбитальной клетчатке над правым глазным яблоком на расстоянии около сантиметра от глазничного края лобной кости определяются высокоплотные (+500–600 НУ) однородные включения с четкими ровными контурами различной формы: от ромбовидной 12 × 12 мм в наружном углу глаза до линейной вдоль верхней поверхности правого глазного яблока (рис. 2).

Левое глазное яблоко нормальной плотности, жировая клетчатка не уплотнена.

Внутриглазные отделы зрительных нервов симметричны, не утолщены (3 мм), плотность в пределах нормы.

Глазодвигательные мышцы симметричны, не утолщены, с четкими ровными контурами, плотность их в пределах нормы.

Деструктивно-травматические изменения костей носа не выявлены.

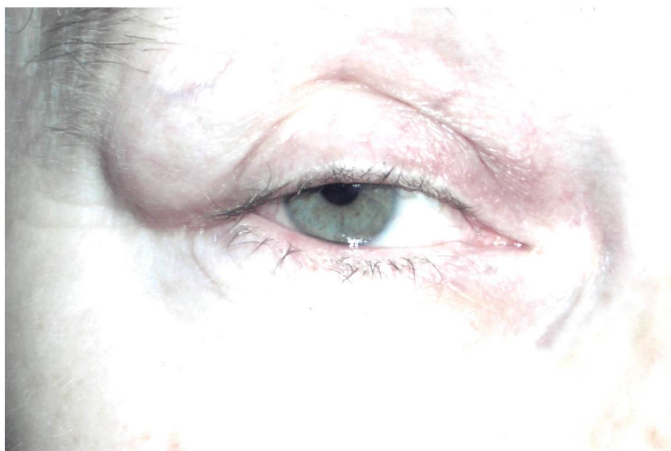


Рис. 1. Больная Н., кистоподобное образование в области верхнего века

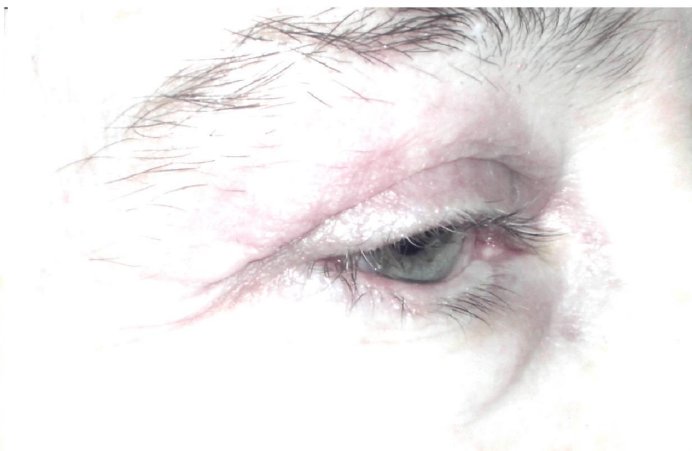


Рис. 3. Больная Н. после пункции кисты в области верхнего века



Рис. 2. Компьютерная томограмма орбит больной Н.

Пневматизация придаточных пазух носа на уровне сканирования не нарушена

Заключение: правый глаз — состояние после тампонады ПФД, эндокриокоагуляции разрыва сетчатки на ПФД, силикон в витреальной полости. Инородные тела правой орбиты. Объемные мягкотканые и жидкостные образования не выявлены.

Учитывая данные КТ, было высказано предположение, что киста заполнена либо ПФД, либо си-

ликоновым маслом. Пунктированное содержимое кисты — в количестве 1,8 мл представляло прозрачную жидкость, значительно тяжелее физраствора (проверено в чашке Петри). Из этого сделан вывод о просачивании ПФД в полость орбиты, вероятнее всего через зоны истончения или пролежни склеры в момент тампонады ПФД 19.04.2007 г.

Длительное 4-месячное нахождение ПФД в тканях орбиты практически ареактивно, не токсично. Данное осложнение — выход ПФД в орбиту стал возможен при тампонаде на глазу с дистрофичной и истонченной склерой.

RARE VITRECTOMY COMPLICATION, CAUSED BY THE PFD EXIT INTO THE ORBIT

Nevin V. G., Lukovskaya N. G.

✧ **Key words:** retinal detachment, vitrectomy, tamponade, orbit

Сведения об авторах:

Луковская Нина Григорьевна, к. м. н., заведующая, отделение микрохирургии глаза № 2, Городской офтальмологический центр при ГМПБ № 2. 194354, Санкт-Петербург, Учебный пер., д. 5. E-mail: shchukin.ad@mail.ru.

Невин Виктор Георгиевич, врач-офтальмолог, отделение микрохирургии глаза № 2, Городской офтальмологический центр при ГМПБ № 2. 194354, Санкт-Петербург, Учебный пер., д. 5. E-mail: shchukin.ad@mail.ru.