

УДК 617.723–007.281–02–001.4: 617.7–007.23

Факторы риска развития субатрофии глазного яблока у больных с посттравматической цилиохориоидальной отслойкой

Н. А. Чуднявцева, д-р мед. наук, Ю. Н. Родина, канд. мед. наук, Л. А. Григоращенко, врач

ГУ «Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В. П. Филатова НАМН Украины»; Одесса (Украина)

E-mail: yulia.rodina@gmail.com

Ключевые слова: травма глаза, цилиохориоидальная отслойка, факторы риска, субатрофия глаза.

Ключові слова: травма ока, ціліохоріоїдальне відшарування, фактори ризику, субатрофія ока.

Вступ: Ціліохоріоїдальне відшарування (ЦХВ) є одним з найбільш важких травматичних ушкоджень ока, яке ускладнює клінічний перебіг посттравматичного процесу, приводить у великій кількості випадків к субатрофії і загибелі ока і зустрічається у 9,0–30,8 % випадків травми ока.

Мета: виявити фактори ризику розвитку субатрофії ока на основі аналізу особливостей клінічного перебігу і результатів лікування хворих з важкими травмами ока, ускладненими ЦХВ.

Матеріал і методи дослідження. Проведений ретроспективний аналіз особливостей клінічного перебігу і наслідків лікування 77 хворих (77 очей) з важкими травмами ока, обтяженими ЦХВ, проведеного в ДУ « Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім.В. П. Філатова НАМН України» в 2013–2015 рр. Ультразвукова діагностика положення цилиарного тіла і висоти відшарування проводилась за допомогою високочастотних короткофокусних зондів частотою 20 и 50 МГц Cuantel Medical Aviso.

Результати. Субатрофія ока розвинулась у 80 % хворих з протяжністю ЦХВ по всій окружності, у 45,0 % хворих з проникаючими пораненнями рогівки і склери, ускладненими відшаруванням сітківки і у 27,5 % хворих з контузією ока з розривом оболонок і відшаруванням сітківки.

Заключення. Основними факторами ризику розвитку субатрофії ока при травматичних ушкодженнях ока, ускладнених ЦХВ, є протяжність ЦХВ по всій окружності і певний вид пошкодження ока: проникаючі поранення рогівки і склери, ускладнені відшаруванням сітківки, а також контузія ока з розривом оболонок і відшаруванням сітківки.

Введение. Одним из наиболее тяжелых травматических повреждений глаза, отягощающим течение посттравматического процесса и приводящим в большом количестве случаев к субатрофии и гибели глаза, является ЦХО, по данным разных авторов, встречающаяся у 1,0–9,0 % пострадавших [2, 3, 4, 5]. Варьирование частоты ЦХО обусловлено, в том числе, методами ее выявления. Благодаря чувствительным методикам, в частности — ультразвуковой диагностике с помощью высокочастотных короткофокусных зондов частотой 20 и 50 МГц и бесконтактно — капельной эхографии, частота выявления ЦХО приобрела более стабильные пределы и в среднем составляет до 30,8 % [2].

ЦХО приводит к серьезным осложнениям. Существующие методы лечения посттравматической ЦХО недостаточно эффективны. В связи с вышеперечисленным, посттравматическая отслойка цилиарного тела может приводить не только к снижению зрения, но и к инвалидности пострадавших [1, 3].

Целью исследования явилось выявление факторов риска развития субатрофии глазного яблока на основании анализа особенностей клинического те-

чения и результатов лечения больных с тяжелыми травмами глаза, отягощенными ЦХО.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ особенностей клинического течения и результатов лечения у 77 больных (77 глаз) с тяжелыми травмами глаза, отягощенными ЦХО. Обследование и лечение больных проведено в ГУ «Институт глазных болезней и тканевой терапии им.В. П. Филатова НАМН Украины» в 2013–2015 гг.

Возраст большинства больных — 77,9 % был в пределах 20–50 лет. По виду травмы — 50,6 % больных были с контузией глаза, 49,4 % больных — с проникающими ранениями глазного яблока. Большинство больных — 58,4 % наблюдались в ранние сроки после травмы — в течение первого месяца после повреждения. Ультразвуковая диагностика положения цилиарного тела и высоты его отслойки проводилась с помощью высокочастотных короткофокусных зондов частотой 20 и 50 МГц Cuantel Medical Aviso.

Анализ клинического течения и результатов лечения больных с тяжелыми травмами глаза, отягощенными ЦХО, проведен у больных, которым целенаправленное лечение для устранения цилиохориоидальной отслойки не проводилось

Результаты и их обсуждение

Анализ особенностей клинического течения посттравматической ЦХО показал, что у всех больных травма глаза была тяжелой степени, отмечались повреждения различных структур глаза. Наиболее часто встречались повреждения роговицы и склеры в виде ран, рубцов, помутнений — 31,2 %; радужки — у 49,3 %; хрусталика — у 70,1 %; гемофтальм — у 70,1 %; отслойка сетчатки — у 67,5 % больных. У 42,9 % больных диагностирован увеит, у 33,8 % больных, наблюдавшихся в сроки свыше одного месяца, отмечена начальная субатрофия глазного яблока. Протяженность ЦХО также была различной. У основной части больных — 70,1 % ЦХО охватывала всю окружность глазного яблока; у 6,5 % больных — до 3/4 окружности; у 15,6 % — до 1/2 окружности; у 7,8 % больных — до 1/4 окружности. Острота зрения у большей части больных — 66,2 % была 0-светоощущение с неправильной светопроекцией, причем в 40 случаях из 51 это были больные с ЦХО по всей окружности глаза. У 20,8 % больных острота зрения была равна светоощущению с правильной светопроекцией; у 7,8 % — 0,01-0,09; у 2,6 % — 0,1-0,2; у 2,6 % — 0,3 и выше.

У 75,3 % больных во все сроки после травмы имелась гипотония различной степени выраженности: у 27,3 % ВГД было ниже 12,0 мм рт. ст.; у 32,4 % — 12,0 мм рт. ст.; у 15,6 % — от 13,0 до 15,0 мм рт. ст., что было значительно ниже уровня ВГД на парном нетравмированном глазу.

Сравнительная оценка показателей ПЗО травмированного и парного глаз у 61 больного (61 глаз) с ЦХО выявила уменьшение размера травмированного глаза в подавляющем большинстве случаев — 78,7 %. Уменьшение размера глаза преимущественно отмечалось у больных с ЦХО по всей окружности — 65,6 %.

Всем больным с тяжелой травмой глаза, отягощенной ЦХО, было проведено лечение: у 81,8 % больных — хирургическое, у 18,2 % — консервативное. У 10,4 % больных произведена первичная (ПХО) и вторичная (ВХО) хирургическая обработка ран роговицы и склеры, у 7,8 % больных — хирургическая обработка сочеталась с трансцилиарной витрэктомией. У 11,7 % больных были произведены вмешательства на хрусталике, у 20,8 % больных — трансцилиарные витреоретинальные вмешательства, у 14,3 % больных — повторные витреоретинальные вмешательства. В основном витреоретинальные вмешательства были произведены у больных с протяженностью ЦХО по всей окружности.

Хирургическое лечение больных с тяжелыми травмами, отягощенными ЦХО, проводилось в большинстве случаев (58,4 %) в ранние сроки — в течение 1 месяца после травмы, витреоретиналь-

ные вмешательства — у 70,4 % больных в течение первых двух месяцев после повреждения.

Более отдаленные клинические результаты лечения проанализированы у 70 больных (70 глаз) с тяжелыми травмами глаза, отягощенными ЦХО, получавшими консервативное и хирургическое лечение, не включающее целенаправленное устранение цилиохориоидальной отслойки. Сроки наблюдения были в пределах от двух месяцев до 2,5 лет после травмы. При протяженности ЦХО по всей окружности у большинства больных этой группы — 71,4 % — острота зрения оставалась на уровне 0—светоощущение с неправильной проекцией света; до 1/2 окружности — у 72,7 % больных этой группы; до 1/4 окружности — у всех больных этой группы. Лишь у 28,6 % больных с протяженностью ЦХО по всей окружности имелось форменное зрение (от 0,01 до 0,3).

В более отдаленные сроки после травмы состояние ВГД исследовано у 61 больного (61 глаз) с ЦХО. У 75,4 % больных сохранялась выраженная гипотония. Среди больных с ЦХО по всей окружности гипотония различной степени выраженности была отмечена в 76,7 % случаев, при протяженности ЦХО до 1/4 и 1/2 окружности — у 60,0 % больных.

Анализ результатов исследований положения цилиарного тела и сосудистой оболочки показал, что у 81,2 % больных в более отдаленные сроки после травмы сохранилась ЦХО прежней протяженности, причем у 68,8 % — по всей окружности; у 6,2 % ЦХО увеличилась от 1/2 окружности до всей окружности; у 3,2 % — от 1/4 окружности до 3/4 окружности; у 3,1 % — уменьшилась от 3/4 до 1/4 окружности; у 3,1 % — от всей окружности до 1/2 окружности, у 3,1 % больных ЦХО прилегла.

Выявлена разница между размерами ПЗО травмированного и парного глаз в более отдаленные сроки после травмы у 89,1 % больных, при протяженности ЦХО по всей окружности — у 92,5 % больных (таблица 1).

Как видно из представленных данных, у большинства больных с тяжелыми травмами глаза, отягощенными ЦХО, в более отдаленные периоды после травмы ВГД оставалось низким и развивалась значительная разница в длине ПЗО травмированного и парного глаз. Субатрофия глазного яблока развивалась у 72,7 % из 55 больных с этой патологией. У 11,4 % из 70 больных, наблюдавшихся в более отдаленном сроке после травмы, была произведена энуклеация травмированного глаза.

У 40 больных с развившейся в более отдаленном периоде после травмы субатрофией глазного яблока анализ характера повреждений глаза показал, что наиболее часто — 45,0 % — это были больные после проникающих ранений роговицы и склеры с развившейся отслойкой сетчатки и в 27,5 % случаев больные после контузии глаза с разрывом оболочек и отслойкой сетчатки (таблица 2).

Таблица 1. Разница в длине ПЗО травмированного и парного глаза у больных с ЦХО при различной ее протяженности в отдаленные сроки после травмы

Протяженность ЦХО по окружности	Всего больных	Разница в размере ПЗО (мм)								
		0	1	2	3	4	5	6	7-9	10 и более
1/4	5			3				1		1
1/2	7	1		2	2		1	1		
3/4	3	2				1				
4/4	40	3	2	6	5	3	7	4	8	2
Всего больных	55	6	2	11	7	4	8	6	8	3

Таблица 2. Развитие субатрофии глазного яблока у больных с травмой глаза, осложненной ЦХО, при различном характере травматического повреждения структур глаза

Характер травматического повреждения глаза	Количество больных	%
Контузия с отслойкой сетчатки	1	2,5
Контузия, гемофтальм	1	2,5
Контузия с разрывом оболочек, гемофтальм	4	10,0
Контузия с разрывом оболочек и отслойкой сетчатки	11	27,5
Проникающее ранение роговицы и склеры, гемофтальм	2	5,0
Проникающее ранение роговицы и склеры с ВИТ	1	2,5
Проникающее ранение роговицы и склеры с отслойкой сетчатки	18	45,0
Сквозное ранение роговицы и склеры с отслойкой сетчатки	1	2,5
Взрывная травма с отслойкой сетчатки	1	2,5
Всего больных	40	100,0

Литература

1. Coleman D. J. Evaluation of ciliary body detachment in hypotony / D. J. Coleman // Retina. — 1995. — Vol. 15. — № 4. — P. 312–318.
2. Hammer M. E. Endoscopy evaluation and treatment of the ciliary body in hypotony / M. E. Hammer, W. S. Grizzard // Retina. — 2003. — Vol. 23. — № 1. — P. 30–36.
3. Капелюшникова Н. И. / Лазеры в лечении отслойки сосудистой оболочки после механической травмы

Заключение. Анализ полученных данных позволил определить основные факторы риска развития субатрофии глазного яблока после тяжелых травм глаза, отягощенных ЦХО.

Одним из факторов риска является протяженность ЦХО по всей окружности, которая в большинстве случаев (68,8 %) сохраняется и в отдаленном периоде после травмы. У 92,5 % больных с протяженностью ЦХО по всей окружности развивалась субатрофия глазного яблока в отдаленном периоде после травмы.

Также фактором риска развития субатрофии глазного яблока у больных с посттравматической ЦХО является определенный характер повреждения глаза: наиболее часто субатрофия глазного яблока развивалась после проникающих ранений роговицы и склеры, отягощенных отслойкой сетчатки (45,0 %), и после контузии глаза с разрывом оболочек и отслойкой сетчатки (27,5 %). Следовательно, эти виды повреждений можно считать факторами риска развития субатрофии глазного яблока у больных с травмой глаза, осложненной ЦХО, в отдаленном периоде после травмы.

Как видно из полученных данных, ЦХО является одним из наиболее тяжелых травматических повреждений глаза, отягощающих течение посттравматического процесса и приводящих в большом количестве случаев к субатрофии и гибели глаза.

Поэтому одним из актуальных направлений офтальмохирургии является совершенствование хирургических методов лечения больных с посттравматической цилиохориоидальной отслойкой.

глазного яблока. Дисс..... канд. мед. наук / Н. И. Капелюшникова / Москва, 2003. — С.121

4. Мелянченко Н. Б. Острая гипотония глаза / Мелянченко Н. Б. // Монография. ИнСЭПЗ, 1996. — 156 с.
5. Степанов А. В. Сравнительная оценка методов лечения посттравматической цилиохориоидальной отслойки / А. В. Степанов, А. Н. Иванов, Н. И. Капелюшникова // Вестник офтальмол. — 2003. — № 1. — С.24–26.

Поступила 01.02.2016