

УДК 617.7-003.6-06:616-003.669-089

Осложнения длительно пребывающего в глазу металлического внутриглазного инородного тела

Т. А. Красновид, д-р мед. наук; О. С. Сидак-Петрецькая, канд. мед. наук;
Н. И. Бондарь, канд. мед. наук

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

Одесса (Украина)

E-mail: bondar.nat86@gmail.com

Ключевые слова:

внутриглазное инородное тело, сидероз, витрэктомия

Актуальность. Несвоевременная диагностика железосодержащего ВИТ приводит к развитию сидероза с последующей утратой зрительных функций.

Цель. Привести пример клинического случая своевременно не диагностированного железосодержащего ВИТ, приведшего к развитию выраженного сидероза, сопровождающегося снижением зрения и развитием серьезных осложнений.

Материал и методы. Визометрия, полное офтальмологическое обследование, прицельная рентгенография.

Результаты. Из анамнеза известно, что больной К. травмировал глаз (бил зубилом по металлу). Лечился консервативно. Рентгенологическое исследование не проводилось. Спустя год пациенту произведена факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ. Спустя 3 года больной обратился в институт Филатова. Диагноз: Сидероз (3 стадия). Артифакция. Регматогенная отслойка сетчатки. Произведена трансклиарная витрэктомия (ВЭ). Во время ВЭ пристеночно обнаружено и удалено ИТ. Спустя 4 месяца больной госпитализирован повторно с диагнозом: рецидив отслойки сетчатки. Произведена повторная трансклиарная витрэктомия, тампонада витреальной полости силиконовым маслом 5700. При выписке сетчатка прилежит.

Выводы. Представленный нами клинический случай «пропущенного» ВИТ свидетельствует о важности своевременной диагностики и удаления ВИТ для предупреждения развития сидероза и обусловленных им серьезных осложнений

Актуальность. Внедрение в глаз инородного тела (ИТ) наряду с механическими повреждениями, нанесенными в момент травмы, вызывает и реактивные изменения, связанные с его присутствием в глазу. Непосредственно после травмы ИТ вызывает реактивную реакцию тканей с образованием экссудата вокруг него, формированием сначала рыхлой, а затем соединительнотканной капсулы. Дальнейшее пребывание осколка в глазу или в его оболочках может сопровождаться рецидивирующим иридоциклитом, формированием стойких помутнений и шварт в стекловидном теле, дегенерацией и отслойкой сетчатки, развитием металлоза. Различают 4 стадии металлоза: латентный период, начальный, развитой и далеко зашедший металлоз [1].

Глазной сидероз – тяжелое последствие пребывающего внутри глаза своевременно не диагностированного железосодержащего осколка. Несмотря на внедрение в клиническую практику современных методов исследования, случаи «пропущенных», несвоеременно диагностированных внутриглазных инородных тел (ВИТ), к сожалению, не являются редкостью и в настоящее время [5]. В имеющихся сообщениях «пропущенные» ВИТ трактовались, как воспалительный процесс, увеит, панувеит [8, 10, 11], пигментный ретинит [9].

Термин «сидероз глаза» был предложен в 1890 году [6]. Железосодержащее ВИТ подвергается разложению, сопровождающемуся отложением частичек

железа во внутриглазных эпителиальных структурах, особенно в эпителии хрусталика, радужке, эпителии цилиарного тела и сенсорной сетчатке, где оно оказывает токсический эффект на клеточные энзимные системы, приводя к гибели клеток с последующей утратой зрительных функций. Сроки развития сидероза после проникающего ранения глаза с ВИТ могут колебаться от 18 дней до многих лет [3]. ВИТ в большинстве случаев диагностируются при первичном обращении пациента к офтальмологу. Однако в литературе описаны случаи несвоевременной диагностики ВИТ в связи с развившимся сидерозом, когда симптомы, свидетельствующие о наличии ВИТ, становятся очевидными.

Своевременная диагностика ВИТ чрезвычайно важна, как при выборе оптимальной тактики лечения, так и при проведении судебно-медицинской экспертизы, так как наиболее частой причиной судебных процессов против офтальмологов при травме являются «пропущенные» ВИТ [2, 4, 7].

Цель. Привести пример клинического случая своевременно не диагностированного железосодержащего ВИТ, приведшего к развитию выраженного сидероза, сопровождающегося снижением зрения и развитием серьезных осложнений.

© Красновид Т. А., Сидак-Петрецькая О. С., Бондарь Н. И., 2021

Материал и методы

Пациент К. (25 лет) обратился в отделение пост-травматической патологии глаза ГУ «Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В.П. Филатова НАМН Украины» с жалобами на снижение зрения и изменение цвета радужки. Со слов больного известно, что 3 года назад во время работы (бил зубилом по металлу), пациент почувствовал, как в глаз что-то попало. В тот же день он обратился к офтальмологу по месту жительства, который назначил глазные капли. Рентгенологическое исследование и осмотр с широким зрачком не проводились. В течение года отмечалось постепенное снижение зрения травмированного глаза до 0,02 (со слов больного). Спустя год после травмы по месту жительства пациенту произведена факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ. Рентгенологическое исследование не производилось, несмотря на наличие травмы в анамнезе. Зрение оперированного глаза продолжало снижаться, изменился цвет радужной оболочки УБРАЛИ. Спустя 2 года после факоэмульсификации с имплантацией ИОЛ больной обратился в институт Филатова. При поступлении: правый глаз умеренно раздражён, роговица прозрачная, передняя камера средней глубины, водянистая влага прозрачная, постоперационный мидриаз, артификация, выраженная гетерохромия, деструкция стекловидного тела, регматогенная отслойка сетчатки с отрывом от зубчатой линии с множественными точечными отложениями на ней продуктов распада железа. При прицельной рентгенографии правой орбиты и глаза тени осколков не обнаружены. По данным УЗИ определяется отслойка сетчатки.

Острота зрения правого глаза – счёт пальцев у лица, левого – 1,0. Офтальмотонус OD – 7,0 мм рт. ст., OS – 15,0 мм рт. ст. (по данным пневмотонометрии); на OD отмечается выпадение поля зрения в нижних квадрантах, поле зрения на OS – в норме. Установлен диагноз: Сидероз (3 стадия). Артификация. Регматогенная отслойка сетчатки. Произведена трансцилиарная ВЭ с удалением задней гиалоидной мембраны. Во время ВЭ преретинально обнаружено истончённое и частично «разложившееся» ИТ, которое без каких-либо затруднений было удалено с помощью наконечника витреотома. Произведено расправление сетчатки перфтордекалином (ПФД), диодная эндолазеркоагуляция (ДЭЛК) сетчатки, тампонада витреальной полости 20% смесью воздух-газ СЗФ8. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Через 2 месяца после оперативного вмешательства глаз спокоен, роговица прозрачная, передняя камера средней глубины, влага прозрачная, гетерохромия, мидриаз, артификация, авитрия. Сетчатка прилежит, на ней множественные точечные отложения продуктов распада железа. Острота зрения правого глаза повысилась до 0,3; ВГД – 21 мм рт. ст. по Маклакову; сохраняется сужение поля зрения на 30° с височной и на 20° с носовой стороны. При офтальмоскопии и по данным УЗ

сканирования сетчатка прилежит. Фосфен OD – порог электрической чувствительности по фосфену (ПЭЧФ) 108мкА/критическая частота исчезновения мельканий по фосфену (КЧИМФ) 43,0 Гц; OS – ПЭЧФ 51мкА/КЧИМФ 41,6 Гц.

Спустя 4 месяца после оперативного вмешательства больной госпитализирован повторно по поводу рецидива отслойки сетчатки. При поступлении: правый глаз спокойный, роговица прозрачная, передняя камера средней глубины, влага прозрачная, мидриаз, артификация, выраженная гетерохромия, авитрия, отслойка сетчатки с отрывом от зоны фотоциркания сверху. По данным УЗИ определяется тотальная отслойка сетчатки.

Острота зрения правого глаза – 0,01 н/к, левого – 1,0. Офтальмотонус OD – 6,0 мм рт. ст., OS – 14,0 мм рт. ст. (по данным пневмотонометрии). Произведена повторная трансцилиарная ВЭ с удалением эпиретинальной мембраны, расправление сетчатки ПФД, ДЭЛК сетчатки, тампонада витреальной полости силиконовым маслом 5700. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Результаты

При выписке, через неделю после оперативного вмешательства глаз спокоен, роговица прозрачная, передняя камера средней глубины, влага прозрачная, гетерохромия, мидриаз, артификация, в витреальной полости силиконовое масло. Сетчатка прилежит, на ней множественные точечные отложения продуктов распада железа. Некорректированная острота зрения правого глаза составляет 0,03, а корректированная (со сферической коррекцией в +3,5д) – 0,1; ВГД – 25 мм рт. ст. по Маклакову; поле зрения на OD – отмечается сужение поля зрения на 40° с наружной стороны; фосфен OD – ПЭЧФ 108 мкА/ КЧИМФ 43,1Гц, OS – ПЭЧФ 51мкА/КЧИМФ 41,6 Гц. При офтальмоскопии и по данным УЗ сканирования сетчатка прилежит.

Выводы

Представленный нами клинический случай «пропущенного» ВИТ свидетельствует о важности своевременной диагностики и удаления внутриглазных инородных тел для предупреждения развития сидероза и обусловленных им серьёзных осложнений. Факторы, способствовавшие несвоевременной диагностике металлического ВИТ в описанном нами случае следующие. При первичном осмотре больного внимание врача не было сфокусировано на анамнезе, свидетельствующем о том, что травма произошла во время работы с металлом.

В описанном случае не было идентифицировано входное отверстие на склере при первом обращении к офтальмологу, не производилось рентгенологическое исследование, как сразу после травмы, так и в последующем при факоэмульсификации с имплантацией ИОЛ. Полнота исследования больного с наличием травмы глаза в анамнезе чрезвычайно важна для врача

как для определения тактики лечения, так и в связи с его медико-легальной ответственностью.

Литература

1. Гундорова Р. А. Травмы глаза : [монография] / Р. А. Гундорова, В. В. Нероева, В. В. Кашникова. – М. : ГЭОТАР – Медиа, 2009. – С. 84-86.
2. Adzic-Zececic A., Files-Bradaric E., Petrovic M. Overlooked retained intraocular foreign body // Vojnosanit Plegl. – 2015. – Vol.72(5). – P.463-465.
3. Asencio-Duran M., Vazquez-Colomo P., Armada-Maresca F. Siderosis bulbi. Clinical presentation of a case of three years from onset // Archivos de la Sociedad Espanola de Oftalmologia. – 2012. – Vol.87(6). – P.182-186.
4. Bettman J. Seven hundred medicolegal cases in ophthalmology // Ophthalmology. – 1990. – Vol.97(10). – P.1379-1384.
5. Chobeaux N., Maux R., Smolik I. et al. Delayed discovery of metallic intraocular foreign body: diagnostic and therapeutic stakes // J. Ophthalmol. – 2003. – Vol.26. – P.730-733.
6. Duke-Elder S. System of Ophthalmology in Injuries, Part 1: Mechanical Injuries. – Vol. XIV ST Louis: Mosby, 1972. – P.525-544.
7. Mete G., Turgut Y., Osman A. et al. Anterior segment intraocular metallic foreign body causing chronic hypopyon uveitis // J. Ophthalmic Inflamm. Infect. – 2011. – Vol.1. – P.85-87.
8. Politis M., Rosin B., Amer R. Ocular siderosis subsequent to a missed par plana metallic foreign body that masqueraded as refractory intermediate uveitis // Ocular immunology and inflammation. – 2018. – Vol. 26. – P.598-600.
9. Temkar Sh., Mukhija R., Venkatesh P. et al. Pseudo retinitis pigmentosa in a case of missed intraocular foreign body // BMJ Case Rep. – 2017. – Jul 31: bcr2017220385.
10. Yeh S., Ralle M., Phan IT. Occult intraocular foreign body masquerading as panuveitis: Inductively coupled mass spectrometry and electrophysiologic analysis // J. Ophthalmic Inflamm. Infect. – 2012. – Jun; 2(2). – P.99-103.
11. Yeniad B. Missed intraocular foreign body masquerading as intraocular inflammation: two cases // International Ophthalmology. – 2010. – Vol.30(6). – P.713 – 716.

Автори заявляють об відсутності конфлікту інтересів, які могли б впливати на їхню думку щодо предмета або матеріалів, описаних у цій рукописі.

Поступила 24.07.2020

Ускладнення металевого внутрішньоочного стороннього тіла, що тривало перебуває в оці (клінічний випадок)

Красновид Т.А., Сідак-Петрецька О.С., Бондар Н.І.

ДУ «Інститут очних хвороб та тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України»; Одеса (Україна)

Актуальність. Несвоєчасна діагностика металовмісних внутрішньоочних сторонніх тіл (ВОСТ) призводить до розвитку сидероза з наступною втратою зорових функцій.

Мета. Привести приклад клінічного випадку своєчасно не діагностованого залізовмісного ВОСТ, яке призвело до розвитку вираженого сидероза, що супроводжується зниженням зору та розвитком серйозних ускладнень.

Матеріал і методи. Візометрія, повне офтальмологічне обстеження, мікробіологічне обстеження, прицільна рентгенографія.

Результати. З анамнезу відомо, що хворий К. (25 років) травмував око (бив зубилом по металу). Лікувався консервативно. Рентгенологічне дослідження не проводилося. Через рік пацієнту проведена факоемул-

сифікація з імплантацією ІОЛ. Через 3 роки хворий звернувся до інституту Філатова. Діагноз: Сидероз (3 стадія). Артифакція. Регматогенне відшарування сітківки. Проведена транскліарна ВЕ. Під час вітректомії пристінково виявлено та видалено СТ. Через 4 місяці хворий був госпіталізований повторно з діагнозом: рецидив відшарування сітківки. Проведена повторна транскліарна ВЕ, тампонада вітrealної порожнини силіконовим маслом 5700. При виписці сітківка прилежить

Висновки. Представлений нами клінічний випадок «пропущеного» ВОСТ свідчить про важливість своєчасної діагностики та видалення внутрішньоочних сторонніх тіл для попередження розвитку сидероза та обумовлених ним серйозних ускладнень.

Ключові слова: внутрішньоочне стороннє тіло, сидероз, вітректомія