

УДК 617.7-001.4

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ РОГОВИЦЫ, РАДУЖКИ, ХРУСТАЛИКА

© Е.Ю. Красюк, И.И. Попова, В.И. Овчинников

Ключевые слова: ранение; роговица; аутолокус; хрусталик, зрачок.

Цель работы – демонстрация редкого случая хирургического лечения травматического повреждения роговицы, радужки, хрусталика.

Пациентка N, 14 лет, получила травму глаз и лица в результате взрыва самодельной петарды. DS: Проникающее ранение роговицы с дефектом ткани роговицы размером 0,7×1,0 мм с ущемлением и размождением радужки, выпадением стекловидного тела, травматическая катаракта OS, термический ожог слизистой и роговицы II степени, множественные инородные тела роговицы, слизистой, множественные рваные раны кожи век OU.

Была произведена первичная хирургическая обработка ранения, частично удалены множественные инородные тела роговицы, слизистой обоих глаз. Проводилась консервативная терапия, удалялись оставшиеся множественные инородные тела из ткани роговицы. Через 6 месяцев произведена имплантация интраокулярной линзы. Спустя 3 месяца произведена дисцизия задней капсулы хрусталика.

ВВЕДЕНИЕ

Современная хирургия катаракты, учитывая ее высокий технический уровень, микроинвазивность, наличие фармакологической поддержки, современной анестезии, должна являться хирургическим вмешательством с отсутствием либо минимальным риском формирования осложнений. Тем не менее полностью исключить их развитие все же не представляется возможным. Проблема травматизма остается одной из наиболее актуальных и социально значимых в современной офтальмологии. По результатам исследований Центрального научного института экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов Российской Федерации офтальмологические больные, не превышающие возраст 40 лет, составляют 55–55,8 %. Около 22 % госпитализированных составляют дети до 16 лет [1]. По данным Ealling, Roper-Hall (1986), Shein et al. (1988), 75 % проникающих ранений глаз имеют место среди лиц моложе 30 лет, причем одна треть из них дети до 10 лет.

Из проникающих ранений глаз чаще встречаются роговичные. В структуре всех проникающих травм глазного яблока 44–66 % приходится на ранения роговицы [2–3]. В годы Великой Отечественной войны поражения органа зрения составляли 1–2 % от всех санитарных потерь [4]. В современных локальных войнах повреждения органа зрения уже составляет 5–10 % от всех санитарных потерь, причем в 3,2–9 % повреждения глаза оказываются ведущими [5–11]. Это связано с более широким использованием минно-взрывных устройств и боеприпасов многофакторного действия [12]. Ранящие осколки в большинстве своем отличаются неправильной, крючковатой формой, в результате чего проникающие роговичные раны имеют неровные, разможенные края, нередко зияют из-за дефекта ткани [13–14].

Исход проникающих ранений глаза зависит от многих факторов. Главным образом он зависит от степени

тяжести ранения, от сроков обработки и уровня оказания первой хирургической помощи.

За последние годы значительно выросла эффективность первичной хирургической обработки ран благодаря внедрению в клиническую практику микрохирургической техники, усовершенствованию организационной формы оказания медицинской помощи таким больным [15–17].

Д.Ф. Иванов (1978) указывает, что 56,3 % роговичных повреждений приводят к снижению зрения от светоощущения до 0,02, и 25 % больных с проникающими ранениями роговицы нуждаются в реконструктивных операциях.

К роговичным повреждениям, сопровождающимся образованием дырчатых дефектов в корнеальной ткани, относятся и фистулы роговицы, которые образуются в результате травматических повреждений и ожогов глаз, после язвенных дефектов и сквозной кератопластики [18–20].

Еще В.П. Филатов (1929) указывал, что в некоторых случаях «закрытие фистулы достигается коагуляцией, но это путь неверный, и лучше с самого начала прибегнуть к пластическому закрытию фистулы». Из хирургических методов лечения фистул роговицы наибольшее распространение имеет старый способ их покрытия конъюнктивальной лентой по Кунту. Таким образом, разработка новых способов первичной хирургической обработки проникающих зияющих ран роговицы с недостаточностью ткани, а также urgentная герметизация корнеальных фистул остаются актуальными вопросами офтальмохирургии.

Цель работы – демонстрация редкого случая хирургического лечения травматического повреждения роговицы, радужки, хрусталика.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В ОГБУЗ «Гамбовская офтальмологическая больница» поступила пациентка N, 14 лет, через 1 час после

травмы глаз и лица в результате взрыва самодельной петарды.

При поступлении:

Vis OD = 0,01,

Vis OS = pr. certae.

DS: Проникающее ранение роговицы с дефектом ткани роговицы размером 0,7×1,0 мм с ущемлением и размождением радужки, выпадением стекловидного тела, травматическая катаракта OS, термический ожог слизистой и роговицы II степени, множественные инородные тела роговицы, слизистой, множественные рваные раны кожи век OU.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Была произведена первичная хирургическая обработка ранения: наложено 7 узловых швов (полипропилен 10/0) на роговицу, дефект раны роговицы покрыт четырехугольным аутоолоскутом конъюнктивы, фиксированным тремя швами (полипропилен 10/0) к роговице, наложены швы на раны кожи век (шелк 5/0), частично удалены множественные инородные тела роговицы, слизистой обоих глаз.

Проводилась противовоспалительная, антибактериальная, десенсибилизирующая, осмо-, стероидная, рассасывающая, эпителизирующая терапия, мидриатики, ФТЛ, удалялись оставшиеся множественные инородные тела из ткани роговицы. На фоне лечения отмечалась положительная динамика: глаз стал спокойнее, роговица стала прозрачнее, сформировался васкуляризованный сращенный с радужкой рубец роговицы, передняя камера установилась неравномерной глубины (в проекции рубца несколько мельче), зрачок овальной формы, размером 5 мм по горизонтали и 3 мм по вертикали, помутнение хрусталика стало более интенсивным. На 16-е сутки по экстренным показаниям (набухание катаракты) произведена аспирация хрусталиковых масс через парапентез.

Пациентка выписана с

Vis OD = 1,0,

Vis OS = 0,04 с + 13,0 = 0,5; с + 13,0Ф0,7 (из-за неправильной формы зрачка).

Через 6 месяцев произведена имплантация интраокулярной линзы с формированием округлой формы зрачка путем наложения узлового шва на радужку (полипропилен 10/0) на левом глазу. Пациентка выписана с результатом Vis OS = 0,3 н/корр.

Спустя 3 месяца стала мутнеть задняя капсула хрусталика. Пациентке произведена дисцизия задней капсулы хрусталика. После этой операции получен Vis OS = 0,8 н/корр.



ВЫВОД

В данном случае путь выздоровления обширных повреждений всех структур переднего отрезка глаза проходит через поэтапные хирургические вмешательства на роговице, хрусталике, радужке, а также задней капсуле хрусталика с достижением высокого зрения и хорошего косметического эффекта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гундорова Р.А., Волков В.В. Реабилитация больных с травмами органа зрения // Актуальные вопросы хирургии глаза. Уфа, 1986. С. 76-78.
2. Зубарев С.Ф., Писная Л.С. К вопросу о тяжести проникающих ранений глаз у детей // 3 Всесоюз. конф. по актуальным вопросам детской офтальмологии: тез. докл. М., 1989. С. 187-189.
3. Hogan Z.A. Registrar looks at trauma // J. Trauma. 1970. V. 10. № 11. P. 911-914.
4. Поляк Б.Л. Повреждения органа зрения. Л., 1972. 415 с.
5. Волков В.В., Шияев В.Г. Задачи и тенденции в развитии офтальмотравматологии военного времени // Травмы органа зрения: сб. науч. тр. Л., 1983. С. 10-12.
6. Волков В.В. Об эволюции боевых огнестрельных травм глаза на протяжении XX века // Огнестрельная травма органа зрения. Л., 1989. С. 7-9.
7. Даниличев В.Ф. Современные боевые ранения глаз. Л., 1991. С. 21.
8. Трояновский Р.Л. Характеристика и лечение минно-взрывных ранений (МВР) глаз // Огнестрельная травма органа зрения. Л., 1989. С. 82-83.
9. Belkin M., Trejster G., Dotfn S. Eye injuries and ocular protection in the Lebanon war. 1982 // Jssael J. Med. Ski. 1984. V. 120. № 4. P. 333-338.
10. Skonlondis A. First aid-resuscitation in the atter field. // Rev. Intern. Serv. Sant. Arm. Terre. 1981. T. 54. № 6. P. 504-507.
11. Tsoumis P. War: Injuries of the eye // Rev. Intern. Serv. Santa Arm. Torre. 1981. V. 56. P. 453-462.
12. Монахов Б.В. Первичная эквисцерация при огнестрельных разрушениях глаз // 6 Всесоюз. съезд офтальмологов: тез. докл. М., 1985. Т. 4. С. 87-88.
13. Даниличев В.Ф., Трояновский Р.Л., Монахов Б.Ф. Опыт оказания офтальмологической помощи раненым // Воен.-мед. журн. 1992. № 6. С. 3-7.
14. Пеньков М.А., Семенко В.Ф. Результаты хирургической обработки проникающих ранений глаза // Офтальмол. журн. 1977. № 3. С. 153-156.
15. Волков В.В., Старков Г.А. К систематизации показателей глазного травматизма и характера повреждений глаз // Офтальмол. журн. 1980. № 7. С. 411-415.
16. Поляк Б.Л. Повреждения органа зрения. Л., 1972. 415 с.
17. Пучковская Н.А., Скрипниченко З.М. О необходимости применения более эффективных форм организации лечения повреждений глаз и их последствий // Офтальмол. журн. 1975. № 2. С. 102-105.
18. Сапоровский С.С., Еруклеев Ю.И. Реабилитация больных с посттравматическими фистулами роговицы // Медико-социальные аспекты профилактики инвалидности вследствие травм. Л., 1990. С. 69-71.
19. Henic A., Mazanec R. Fistula cornea // Arch. Ophthalmol. 1954. V. 10. № 1. P. 102-112.
20. Thomas C. Cornea fistula following transplatation // Arch. Ophthalmol. 1950. V. 43. № 3. P. 503-508.

Поступила в редакцию 3 июня 2014 г.

Krasyuk E.Y., Popova I.I., Ovchinnikov V.I. DEMONSTRATION OF RARE CASE OF SURGICAL TREATMENT OF TRAUMATIC INJURY OF CORNEA, IRIS, LENS

The purpose of the work is demonstration of a rare case of surgical treatment of traumatic injury of the cornea, the IRIS, lens.

Patient N, 14 years old, eye and face injury as a result of the explosion of home-made firecrackers. DS: Perforating corneal injury corneal tissue defect with size 0, the smallest, 0 mm with denials and destroy of vitreous prolapse of the iris, traumatic cataract OS, thermal burns of cornea and mucosa of II degree, multiple foreign bodies of the cornea, eye, multiple lacerations of the skin 21 OU.

Primary surgical treatment of wounds is made. Multiple corneal foreign body, mucous in both eyes is partially removed.

Conservative treatment was carried out, leaving the remaining multiple foreign body from corneal tissue. Patient discharged from VIS VIS 1.0 OD = OS = 0.04 with +13.0 = 0.5; with + 13, 0F0, 7 (due to the irregular shape of the pupil).

After 6 months of implantation of IOL is produced. After 3 months, distition of posterior lens capsule is made.

Key words: corneal tissue defect; autoloskut; lens; pupil.

Красюк Елена Юрьевна, Тамбовская офтальмологическая больница, г. Тамбов, Российская Федерация, кандидат медицинских наук, врач высшей категории, главный врач, e-mail: OftB@mail.ru

Krasyuk Elena Yuryevna, Tambov Ophthalmology Hospital, Tambov, Russian Federation, Candidate of Medicine, Doctor of High Category, Main Doctor, e-mail: OftB@mail.ru

Попова Ирина Ивановна, Тамбовская офтальмологическая больница, г. Тамбов, Российская Федерация, врач первой категории, врач второго офтальмологического отделения, e-mail: OftB@mail.ru

Popova Irina Ivanovna, Tambov Ophthalmology Hospital, Tambov, Russian Federation, Doctor of First Category, Doctor of Second Ophthalmological Department, e-mail: OftB@mail.ru

Овчинников Виктор Иванович, Тамбовская офтальмологическая больница, г. Тамбов, Российская Федерация, врач высшей категории, врач третьего офтальмологического отделения, e-mail: OftB@mail.ru

Ovchinnikov Viktor Ivanovich, Tambov Ophthalmology Hospital, Tambov, Russian Federation, Doctor of High Category, Doctor of Third Ophthalmological Department, e-mail: OftB@mail.ru