



П. А. Бездітко, Л. І. Левченко,
М. В. Мартиненко,
В. А. Мараховський

Харківський національний
медичний університет

ДЗ «Вузлова лікарня станції
Харків СТГО «Південна
залізниця»

© Колектив авторів

ВИВЧЕННЯ ЧАСТОТИ ВИНИКНЕННЯ ПРОЛІФЕРАТИВНОЇ ВІТРЕОРЕТИНОПАТІЇ ПРИ ПРОНИКАЮЧИХ ТРАВМАХ ОЧНОГО ЯБЛУКА В РАНЬОМУ ПІСЛЯТРАВМАТИЧНОМУ ПЕРІОДІ ЗАЛЕЖНО ВІД ЛОКАЛІЗАЦІЇ МІСЦЯ ВИНИКНЕННЯ ТРАВМ

Резюме. Обстежено 110 хворих із травмами очей в ранньому післятравматичному періоді. Із них з гемофтальмами — 67 пацієнтів (60,9%), у тому числі з проникаючими — 44 (65,7%). Проводились загальноприйняті методи дослідження, УЗД очей методом В-сканування на апараті UMAKS (Sonomed), за допомогою трьохдзеркальної лінзи Гольдмана оцінювався стан очного дна. Проведений аналіз очного травматизму показав: із загальної кількості 110 хворих з проникаючими травмами очей — 64 (58%), з тупими травмами — 46 (42%) у віці від 8 до 73 років. Вивчалась частота виникнення передньої і задньої проліферативної вітреоретинопатії при травмах очного яблука в ранньому післятравматичному періоді, наведені результати дослідження. Локалізація вхідних воріт при проникаючих пораненнях очей впливає на вид проліферативної вітреоретинопатії, тяжкість травми, гостроту зору: найбільшу кількість становлять поранення склери, комбіновані рогівково-склеральні, а також рогівкові. Більш тяжкі поранення були при комбінованих пораненнях, а також глибоких шарів склери. Передня проліферативна вітреоретинопатія при травмах очей частіше розвивається при пораненнях склери, циліарного тіла, рогівки, а задня — при пораненнях лімба, радужки. Отримані результати дають можливість більш адекватно скоригувати лікування хворих в ранньому післятравматичному періоді.

Ключові слова: частота, проліферативна вітреоретинопатія, проникаючі травми очей, локалізація, ранній післятравматичний період.

Вступ

Проблема попередження сліпоти та значного зниження гостроти зору є однією із пріоритетних програм ВООЗ. За її даними, 135 млн людей мають значне зниження гостроти зору та більше 45 млн є сліпими (Cunningham, 2001). Близько 1,6 млн людей вже є сліпими на обидва ока та щорічно 500 000 стають сліпими на одне око внаслідок травми (Serrano, 2003). Проникаючі поранення ока залишаються найбільш розповсюдженими та тяжкими за наслідками пошкодженнями, займають одне з перших місць серед причин інвалідності [1]. Проникаючі поранення переднього відділу очного яблука складає 73,0—92,6% від загальної кількості проникаючих травм ока (Сусайкова М.С., 2005).

Серед основних причин, які визначають тяжкі наслідки проникаючих поранень з пошкодженням заднього сегмента очного яблука, провідну роль відіграє післятравматична проліферативна вітреоретинопатія (Трояновський Р.Л., 1994; Шишкін М.М., 2000, Хорошилова-Маслова І.П., 2001; Topping T.M., Abrams G.W., Machemer R., Gregory P.E., Ryan S.J., 1979, 1981; Gregor Z., Ryan S.J., 1982, 1983), яка є найменш прогнозованим і тяжким ускладненням вітреоретинальної патології

(до 51%) (Трояновський Р.Л., 1994; Красновид Т.А., 1997; Шишкін М.М., 1999; Сдобнікова С.В., 2002). В останні роки встановлені деякі особливості розвитку ранового процесу в склоподібній камері ока залежно від локалізації проникаючого пошкодження. Основними напрямками у вирішенні проблеми травматичних пошкоджень очей є профілактика, своєчасність і якість медичної допомоги [4]. Розвиток проліферативних мембран у задньому сегменті ока ускладнює перебіг і є завершальною фазою багатьох патологічних процесів у задньому сегменті ока [5, 6].

Дотепер проведено недостатньо досліджень за розглянутою проблемою, в зв'язку з цим потрібно розробити нові методи вирішення завдання, які потребують додаткового дослідження.

Мета роботи. Вивчити частоту виникнення проліферативної вітреоретинопатії у хворих із проникаючими травмами очного яблука залежно від локалізації місця поранення в ранньому післятравматичному періоді.

Матеріали та методи

У всіх випадках захворювання вивчали чинники, які можуть впливати на лікування хво-

рого. Об'єктом дослідження були 110 хворих із травмами очей в ранньому післятравматичному періоді, що перебували на обстеженні і лікуванні в офтальмологічному кабінеті поліклініки Державного закладу «Вузлова лікарня станції Харків СТГО «Південна залізниця»» та дорослому і дитячому офтальмологічних відділеннях Харківської обласної клінічної лікарні протягом 2006—2010 років. Із них із гемофтальмами — 67 (60,9%) пацієнтів, у тому числі з проникаючими пораненнями — 44 (65,7%).

Був проведений аналіз очного травматизму: із загальної кількості 110 хворих із проникаючими травмами очей— 64 (58 %) чоловік, з тупими травмами — 46 (42 %) у віці від 8 до 73 років. Чоловіки становили переважну більшість — 95 (86,4%).

Методи дослідження: проводились візометрія, біомікроскопія, офтальмоскопія, тонометрія, ультразвукове дослідження очей методом В-сканування на апараті UMAKS фірми «Sonomed», аутокампіметрія за сіткою Амслера, тест Амслера для знаходження патології макули, за допомогою трьохдзеркальної лінзи Гольдмана оцінювався стан очного дна.

Використовували класифікацію Е. І. Ковалевського та В.В. Мішустіна [3] для оцінки ступеня тяжкості травми і класифікацію Р.А. Гундорової [2] для оцінки виду гемофтальму.

Для статистичної обробки даних застосували програму Ehel-97. Достовірність показників оцінювали за t-критерієм Стьюдента. Достовірно вважали різницю, якщо $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення

Динаміку змін ступеня тяжкості проникаючих травм наведено в табл. 1. Через 2 місяці зменшилася кількість хворих з тяжкою формою травм, збільшилась кількість травм середнього ступеня тяжкості.

Таблиця 1

Динаміка змін ступеня тяжкості травм

Ступінь тяжкості	на 7- му добу	через 2 місяці
Тяжкий	8	5
Середній	29	33
Легкий	27	26

У табл. 2 подано дані щодо гостроти зору після травм очного яблука. Найбільшу кількість становлять хворі з гостротою зору 0,5 і більше (28 пацієнтів).

При дослідженні гостроти зору при проникаючих травмах очей залежно від локалізації вхідних воріт (табл. 3) виявлено, що гірший зір мали хворі при пораненні рогівки і склери (7 випадків), глибоких шарів склери (5 випадків), склери і циліарного тіла (2 випадки).

Аналіз місця локалізації вхідних воріт при проникаючих травмах очного яблука свідчить, що найбільшу кількість становлять поранення склери

(39%), комбіновані рогівково-склеральні (28,1%), а також рогівкові (18,8%). Більш тяжкі поранення були при комбінованому пораненні, а також глибоких шарів склери (34,3%) (табл. 4).

При пораненні склери розриви розташовуються лінійно під зовнішніми м'язами ока або попереду екватора. Найголовніші розриви склери локалізуються над рівнем шлемового каналу. Субкон'юнктивальні розриви склери супроводжуються гематомами повік, птозом, екзофтальмом, хемозом кон'юктиви.

Таблиця 2

Гострота зору після травм очного яблука

Гострота зору	Проникаючі травми
0(нуль) або світловідчуття	9
0,01 — 0,1	16
0,1- 0,4	11
0,5 і більше	28
Всього	64

Таблиця 3

Динаміка зміни гостроти зору у хворих з травмами очей залежно від локалізації вхідних воріт

Гострота зору	Рогівка	С/к розриви склери	Глибокі шари склери	Рогівково-склеральні	Склера, циліарне тіло	Циліарне тіло	Лімб, радужка
0(нуль) або світловідчуття	2	—	5	7	2	1	—
0,01 — 0,1	4	—	9	9	—	2	—
0,1 — 0,4	5	1	5	1	—	1	1
0,5 і більше	1	2	3	1	—	2	—
Всього	12	3	22	18	2	6	1

Таблиця 4

Аналіз локалізації місця поранення при проникаючих травмах очного яблука

Місце локалізації вхідних воріт	Рогівка	Склера		Рогівково-склеральні	Склера, циліарне тіло	Циліарне тіло	Лімб, радужка
		с/к розрив	Глибокі шари				
Кількість хворих	12 18,8%	3	22	18 28,1%	2 3,1%	6 9,4%	1 1,6%
		4,7% 34,3%					
		39%					

При аналізі взаємозв'язку місця поранення і виду проліферативної вітреоретинопатії при проникаючих травмах очного яблука (табл. 5) встановлено, що передня проліферативна вітреоретинопатія при травмах очей частіше за все розвивається при пораненнях склери (15 випадків), циліарного тіла (4 випадки), рогівки (7 випадків), а задня проліферативна вітреоретинопатія — при пораненнях глибоких шарів склери (9 випадків), рогівки і склери (7 випадків), лімба, радужки (1 випадок).



Таблиця 5

Аналіз взаємозв'язку місця поранення і виду проліферативної вітреоретинопатії при проникаючих травмах очного яблука

Місце локалізації вхідних воріт	Рогівка	С/к розрив	Глибокі шари	Рогівково-склеральні	Склера, циліарне тіло	Циліарне тіло	Лімб, радужка
Передня проліферативна вітреоретинопатія	7	2	13	11	2	4	-
Задня проліферативна вітреоретинопатія	5	1	9	7	-	2	1
Кількість хворих	12	3	22	18	2	6	1

Висновки

1. Передня проліферативна вітреоретинопатія при травмах очей частіше за все розвивається при пораненнях склери, циліарного тіла, рогівки, а задня — при пораненнях лімба, радужки.

2. Локалізація вхідних воріт при проникаючих пораненнях очей впливає на гостроту зору: найбільшу кількість становлять поранення склери, комбіновані рогівково-склеральні, а також рогівкові.

3. Більш тяжкі поранення були при комбінованих пораненнях, а також глибоких шарів склери.

Таким чином, були вивчені передня і задня проліферативна вітреоретинопатія при проникаючих травмах очного яблука в ранньому післятравматичному періоді залежно від локалізації місця поранення, що дозволить покращити лікування цих хворих.

ЛІТЕРАТУРА

1. Боброва Н.Ф. Проникаюче поранення рогівки та способи його первинної хірургічної обробки / Н.Ф. Боброва, В.І. Шевчик //Матеріали 12 з'їзду офтальмологів України. — Одеса, 2010. — С.180—181.
 2. Гундорова Р.А. Современная офтальмология / Р.А. Гундорова, А.В. Степанов, Н.Ф. Курбанова. — М.: Медицина, 2007. — 250 с.
 3. Ковалевский Е.И. Офтальмология / Е.И. Ковалевский. — М.: Медицина, 2000. — С. 285 — 309.
 4. О применении стандартизированной классификации терминологии травматических повреждений глаз / В.А. Нау-

менко, Т.А. Красновид, Н.П. Трубник [и др.]//Материали 12 съезда офтальмологов Украины. — Одесса, 2010.— С. 187—188.
 5. Основы системной энзимотерапии; под. ред. К.Н. Веремеенко. — К., 2004.— 72 с.
 6. Сергиенко А.М. Проліферативні вітреоретинальні процеси при регматогенному відшаруванні сітківки, діабетичній ретинопатії і травмі ока (патогенез, клініка, діагностика, хірургічне лікування) / А.М. Сергиенко. — К., 2009. — С. 1—75.

ИЗУЧЕНИЕ ЧАСТОТЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ ВИТРЕОРЕТИНОПАТИИ ПРИ ПРОНИКАЮЩИХ ТРАВМАХ ГЛАЗНОГО ЯБЛУКА В РАННЕМ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ МЕСТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ТРАВМ

*П. А. Бездетко,
 Л. И. Левченко,
 М. В. Мартыненко,
 В. А. Мараховский*

Резюме. Обследованы 110 больных с травмами глаз в раннем посттравматическом периоде: с гемофтальмами — 67 (60,9%) пациентов, в том числе с проникающими — 44 (65,7%). Проводились общепринятые методы обследования, УЗИ глаз методом В-сканирования на аппарате UMAKS фирмы «Sonomed», с помощью трехзеркальной линзы Гольдмана оценивалось состояние глазного дна. Анализ глазного травматизма показал: из общего количества 110 больных с проникающими травмами глаз— 64 (58%) пациента, с тупыми травмами — 46 (42%) в возрасте от 8 до 73 лет. Изучалась частота возникновения передней и задней пролиферативной витреоретинопатии при травмах глазного яблока в раннем посттравматическом периоде, приведены результаты исследования. Локализация входных ворот при проникающих ранениях глаз влияет на вид пролиферативной витреоретинопатии, тяжесть травмы, остроту зрения: наибольшее количество приходится на ранения склеры, комбинированные роговично-склеральные, а также роговичные. Более тяжелые ранения были при комбинированных ранениях, а также глубоких шаров склеры. Передняя пролиферативная витреоретинопатия при травмах глаз чаще всего развивается при поражениях склеры, циліарного тіла, роговиці, а задня — проліферативна вітреоретинопатія — при пораненнях лімба, радужки. Полученные результаты дают возможность более адекватно корригировать лечение больных в раннем посттравматическом периоде.

Ключевые слова: частота, проліферативна вітреоретинопатія, проникаючі травми глаз, локалізація, ранній посттравматический період.



THE STUDY OF
THE INCIDENCE OF
PROLIFERATIVE
VITREORETINOPATHY IN
PENETRATING INJURIES
OF THE EYEBALL IN THE
EARLY POSTTRAUMATIC
PERIOD, DEPENDING ON
THE LOCATION OF THE
PLACE OF INJURY

*P. A. Bezdetko, L. I. Levchenko,
M. V. Martynenko,
V. A. Marakhovsky*

Summary. We examined 110 patients with injuries of the eye in the early posttraumatic period. Of these, hemophthalmus — 67 people (60.9%) of them penetrating — 44 (65.7%). Carried conventional research methods, ultrasound investigation of eyes by B-scanning device company UMAKS SONOMED, by Goldmann three-mirror lens estimated state of fundus of eye. The analysis of ocular injury was conducted: a total of 110 patients with penetrating eye injuries — 64 people (58%), blunt trauma — 46 (42%) aged 8 to 73 years. We studied the incidence of anterior and posterior proliferative vitreoretinopathy in trauma of the eyeball in the early posttraumatic period and the results of the study. Localization of the entrance gate in penetrating wounds of the eye affects the form of proliferative vitreoretinopathy, the severity of injury, visual acuity: the largest number of injuries are the sclera, the corneal-scleral combined, as well as the corneal. More severe injuries were in combined injuries, as well as the deeper layers of the sclera. Front proliferative vitreoretinopathy in trauma eye often develops in wounds of the sclera, ciliary body, cornea, and posterior proliferative vitreoretinopathy — in wounds limb, the iris. The results obtained make it possible to more accurately adjust the treatment of patients in the early posttraumatic period.

Key words: *frequency, proliferative vitreoretinopathy, penetrating eye injury, localization, early posttraumatic period.*