

**УСПЕХИ И НЕДОСТАТКИ В ОКАЗАНИИ  
УРГЕНТНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ  
ПОВРЕЖДЕНИЯХ ГЛАЗ В УКРАИНЕ****Т.А. Красновид***ГУ "Институт глазных болезней и тканевой терапии  
им. акад. Филатова" НАМН України (Одесса)*

Частота травматических повреждений глаз, их удельный вес в структуре глазной патологии, число инвалидов по зрению вследствие травматических повреждений, продолжают оставаться стабильно высокими практически во всех регионах мира, в том числе в Украине и странах б. СССР [1,5,6]. Согласно имеющемуся на сегодняшний день прогнозу частота травматических повреждений глаз в мире, в т.ч. и в высокоразвитых странах будет возрастать [10, 11]. Так как основной контингент лиц с травматическими повреждениями глаз составляют мужчины наиболее работоспособного возраста, проблема глазного травматизма имеет не только медицинскую, но и большую социально-экономическую значимость.

Основными аспектами в успешном решении проблемы глазного травматизма являются профилактика, своевременность и качество оказания неотложной специализированной помощи.

По инициативе акад. Н.А. Пучковской ещё в 1976 году Министерством здравоохранения УССР был издан приказ, согласно которому ургентная помощь при повреждениях глаз в Украине оказывается круглосуточно в офтальмотравмотологических центрах. Основные положения о работе этих центров изложены в "Методических указаниях" [5] согласно которым ургентная помощь при повреждениях глаз средней и тяжёлой степени оказывается в областных глазных травматологических центрах, организованных на базе глазных отделений областных больниц. При особо тяжёлых повреждениях глаз помощь оказывается в Республиканском травматологи-

ческом центре, организованном на базе Одесского НИИ ГБ и ТТ им. В.П. Филатова.

Проведенная спустя несколько лет после организации этих центров экспертная оценка офтальмологической службы показала, что новая организационная форма является шагом вперед в повышении качества оказываемой помощи. По примеру Украины аналогичные центры были организованы и в других республиках б. СССР [3,7,9].

За последние годы в нашей стране существенно изменилась социально-экономическая и политическая ситуация, приведшая к падению производства, снижению жизненного уровня населения, усилению криминогенной обстановки. Нарушились организационно-методические связи между областными и республиканским офтальмологическими центрами. Это нашло своё отражение в структуре глазного травматизма, своевременности и качестве оказания неотложной специализированной помощи. Однако, несмотря на трудности бюджетного финансирования, РГТЦ в настоящее время оснащён всей необходимой современной аппаратурой. Внедрены современные методики и технологии лечения больных с травматическими повреждениями глаз. Основные из них:

Современные технологии закрытой витрэктомии

- при лечении больных с травматическим гемофтальмом, отслойкой сетчатки

- внутриглазными инородными телами, расположенными в заднем сегменте глаза;

Современные технологии удаления люксированного в стекловидное тело хрусталика с применением методики закрытой витрэктомии;

Удаление различных видов осложнённых травматических катаракт с применением мало инвазивных методик и имплантацией искусственных хрусталиков современных моделей;

Малоинвазивная методика лечения больных с субмакулярными кровоизлияниями;

Определена тактика лечения больных с гемофтальмом при синдроме Терзона;

Методики комплексных витреоретинальных вмешательств в сочетании с имплантацией ИОЛ

Малоинвазивная методика репозиции сублюксированной в стекловидное тело ИОЛ

Однако, на примере больных, находящихся на лечении в Институте Филатова следует отметить, что участились случаи ошибок в диагностике, лечебной тактике, которые нередко приводят к функциональной, а иногда и к анатомической гибели глаза. Их основные причины можно свести к следующим:

- отсутствие тщательности в сборе анамнеза

- проведение обследования в недостаточно полном объёме

- применение консервативного лечения у больных, требующих оперативного лечения

- несвоевременность проведения хирургического лечения

- применение в ряде случаев неадекватных методов хирургического лечения, а также необоснованно увеличенного объёма оперативного вмешательства

- позднее направление больных в специализированные центры.

Значительная часть из них обусловлена несоблюдением существующих рекомендаций, предусматривающих оказание неотложной специализированной помощи в центрах, оснащённых необходимым оснащением и соответствующими кадрами.

Успех мероприятий, направленных на профилактику и уменьшение травматических повреждений глаз, в значительной мере зависит также от полноты и адекватности информации о частоте, виде повреждения, факторе травмы и т.п. Существующие классификации травматических повреждений глаз, предложенные ранее ведущими офтальмологами, будучи достаточно полными, являются громоздкими и малопригодными в практической деятельности.

Информация, касающаяся травматических повреждений глаз, которую содержат отчёты, поступающие в организационно-методический отдел института Филатова из областей Украины характеризуется значительным терминологическим разнообразием. Это делает её несопоставимой с аналогичными документами различных учреждений нашей страны, а также других стран. Анализ обширной литературы, проведенный Kuhn

F. and oth., 1996-1998, посвященной глазной травме, показал неоднозначность терминов, касающихся одних и тех же видов повреждений. В связи с этим авторами была предложена стандартизованная классификация терминологии травматических повреждений глаз, т.н. Бирмингемская терминология травматических повреждений глаз - ВЕТТ (рис.1.).

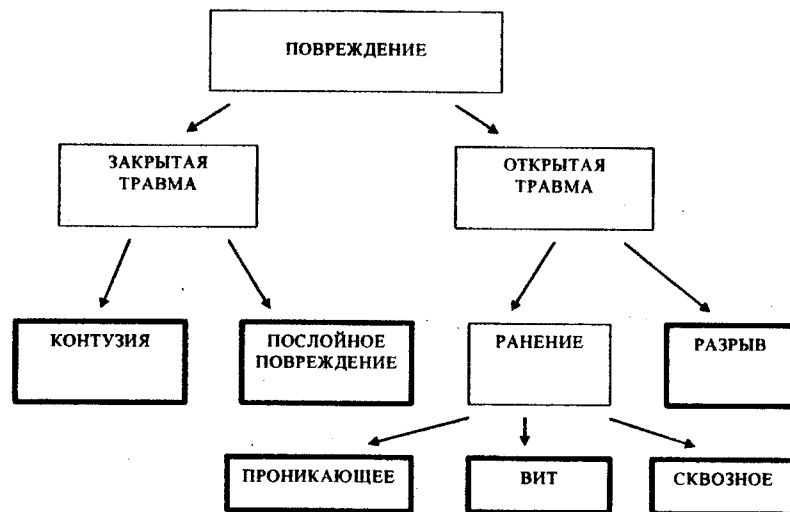


Рис. 1. Бирмингемская терминология травм глаза (ВЕТТ).

К настоящему времени эта классификация уже принята в большинстве стран мира, одобрена Американской Академией Офтальмологии, Интернациональным обществом глазной травмы, ретинальным и витреальным обществом, Регистром травмы США и Всемирным Регистром травмы. Нами ВЕТТ также была использована при анализе структуры глазного травматизма РГТЦ за 2009 год [2]. Использование нами ВЕТТ совместно с областными офтальмологами Запорожской и Черниговской областей для анализа работы их центров подтвердило простоту и эффективность этой классификации. Данная терминология травматических повреждений глаза может быть рекомендована для внедрения в масштабах Украины и использования при составлении областными офтальмологами отчетов, касающихся травм глаза.

### Литература

1. Гундорова Р.А. Приоритетные направления в проблеме глазного травматизма / Р.А. Гундорова // Вестник офтальмологии. - 2004. - Т. 120, № 1. - С. 12-14.
2. Науменко В.А. О применении стандартизованной классификации травматических повреждений глаз / Науменко В.А., Красновид Т.А., Грубник Н.П. [и др.] // XII съезд офтальмологов Украины. - Одесса, 2010. - С. 183-184.
3. Нурмамедов Н.Н. Опыт работы республиканского травматологического центра в Туркменской ССР / Н.Н.Нурмамедов, С.С. Минц // Офтальмологический журнал. - 1982. - № 7. - С. 401-403.
4. Пеньков М.А. Опыт работы Харьковского травматологического центра и организация реабилитации больных после тяжёлых повреждений органа зрения / М.А. Пеньков, Г.И. Мирошник // Офтальмологический журнал. - 1982. - № 7. - С. 399-400.
5. Пучковская Н.А. Оказание urgentной помощи при повреждениях глаз и дальнейшие задачи глазных травматологических центров / Н.А. Пучковская, З.М. Скрипниченко, И.М. Логай // Офтальмологический журнал. - 1982. - № 7. - С. 388-391.
6. Риков С.О. Офтальмологічна допомога в Україні за 2008- 2009 роки : аналітично-статистичний довідник / Риков С.О. - Київ, 2010. - 153 с.
7. Семёнова Г.С. Роль глазного травматологического центра в лечении повреждений органа зрения / Г.С. Семёнова, А.Ф. Бузало, И.Р. Барилляк // Офтальмологический журнал. - 1982. - № 7. - С. 397-399.
8. Фокин В.П. Слепота и слабовидение как причина инвалидности в Российской Федерации и в республиках бывшего СССР / В.П. Фокин, А.Д. Семёнов, Л.И. Смуткина // Офтальмохирургия. - 2005. - № 2. - С. 48-52.
9. Gilbert С.М. A two-year prospective study of penetrating ocular trauma at the Wilmer ophthalmological institute / С.М. Gilbert, Н.К. Soony, L.W. Hirst // Ann. Ophthalmol. - 1987. -

Vol. 19. - P. 104.

10. Klopfer J. Ocular Trauma in the United States, Eye injuries resulting in hospitalization // Arch. Ophthalmol. - Vol. 110. - 1992. - P. 838-842.

11. Tielsch J.M. Time trends in the incidence of hospitalized ocular trauma / J.M. Tielsch, L. Parver, B. Shancar // Arch. Ophthalmol. - Vol. 107. - 1989. - P. 519-23.

#### Резюме

**Красновид Т.А.** Успехи и недостатки в оказании urgentной помощи при травматических повреждениях глаз в Украине.

В работе представлены данные о роли новой организационной формы (Областных и Республиканского глазных травматологических центров) при оказании неотложной специализированной помощи при травматических повреждениях глаз.

**Ключевые слова:** травма глаза.

#### Резюме

**Красновид Т.А.** Успіхи та недоліки при наданні urgentної допомоги при травмах ока.

В роботі представлені дані щодо ролі нової організаційної форми (Обласних та Республіканського очних травматологічних центрів) при наданні невідкладної спеціалізованої допомоги при травматичних пошкодженнях очей.

**Ключові слова:** травма ока.

#### Summary

**Krasnovid T.** Advantages and disadvantages in urgent eye trauma surgery.

The paper presents data concerning the role of new organizing structure (regional and republican eye trauma centre) in urgent eye trauma surgery.

**Key words:** eye trauma.

**Рецензент:** д.мед.н., проф. А.М.Петруня

УДК 617.741 - 004.1 - 001.6 - 07:620.179.16

## УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА РАЗРЫВОВ ЗАДНЕЙ КАПСУЛЫ ХРУСТАЛИКА ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ КАТАРАКТЕ

**Т.А. Красновид, А.Г. Ковальчук, Н.П. Грубник**  
ГУ "Институт глазных болезней и тканевой терапии  
им. В.П. Филатова НАМН Украины" (Одесса)

#### Вступление

В настоящее время проблема глазного травматизма остается актуальной. Травматические повреждения глаз часто приводят к развитию травматической катаракты. По данным литературы проникающие ранения глазного яблока осложняются травматической катарактой в 36-53% случаев [1]. По данным Bowman и соавторов в 38% случаев ранения хрусталика возможно прямое механическое повреждение его задней капсулы [5]. При закрытой травме разрыв задней капсулы (РЗК) также встречается, но очень редко [11,12]. По мнению Rao и соавторов в таких случаях он может носить изолированный характер [10]. При закрытой травме разрывы локализируются в центре, имеют овальную форму и фибрированные, утолщенные края; их размеры не увеличиваются при потоках ирригации и аспирации; пролапс стекловидного тела не наблюдается [2]. Vajrayee RB. и соавторы подразделяют выявленные интраоперационно разрывы задней капсулы хрусталика при проникающих ранениях на 2 типа (табл.1) [9].

До сих пор наиболее сложной является диагностика нарушения целостности задней капсулы ещё до операции. Предоперационная диагностика повреждения задней капсулы на основании биомикроскопии оказалась возможной лишь в 23% случаев (по данным венгерского регистра травм глаза 1989-1997гг., 706 случаев) [6]. В основном РЗК определяются интраоперационно. Разрывы, выявленные во время оперативного вмешательства, могут резко изменить дальнейший ход операции и стать причиной, как интра-, так и послеоперационных