

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ПРОНИКАЮЩИХ РАНЕНИЙ И ТЯЖЕЛЫХ КОНТУЗИЙ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА

П.П. Бакшинский, Л.Г. Димова, И.Н. Рыбалко

Видновская районная больница

Глазная травма является одной из ведущих причин инвалидности по зрению. Из тяжелых повреждений глазного яблока, в первую очередь, выделяют проникающие ранения и тяжелые контузии глаза [1, 4]. Если первые образуются при небольшой величине и значительной кинетической энергии ранящего объекта, то последние возникают при воздействии предметов, имеющих низкую скорость и значительную площадь удара. Однако величина поражения при обоих типах травмы, как правило, является весьма значительной, а сам характер травмы требует от хирурга высокого профессионального навыка, точности в определении размера и глубины повреждения, наличия качественной диагностической и операционной аппаратуры [1, 2, 3]. Исходы таких повреждений глазного яблока, как проникающее ранение и тяжелая контузия, являются не всегда благоприятными. Вернуть или сохранить нарушенные зрительные функции удастся далеко не всегда, а сам лечебный процесс является достаточно затратным экономически и занимает, как правило, длительное время. В части случаев указанная травма глаза заканчивается первичной или отсроченной энуклеацией глазного яблока. Так, по данным некоторых авторов, в случаях тяжелых исходов проникающих ранений частота энуклеаций может составлять от 4 до 20% [1].

Под нашим наблюдением в период с 2001 по 2005 гг. находилось 25 больных (26 глаз) с проникающими роговичными или склеральными ранениями или тяжелой контузией глазного яблока с разрывом его корнеосклеральной оболочки. Как правило, во всех глазах имелось в большей или меньшей степени выраженное выпадение внутриглазных оболочек (сосудистой оболочки, хрусталика, стекловидного тела). Общая доля указанной патологии (проникающие ранения и тяжелые контузии) составила 26,3% от всех госпитализированных больных с травмой глаза и его придатков и 1,5% от всех хирургических больных, поступивших в глазное отделение за указанное время. Основную массу поступивших с данной травмой глаза составляли мужчины (22 человека – 88%), женщин было 3. В большинстве своем это были люди молодого возраста – до 35 лет.

В общей массе исследуемой патологии доля проникающих ранений была большей и составляла 57,7% (15 глаз), тяжелая контузия – 42,3% (11 глаз). Из 15 глаз с проникающими ранениями в 6 наблюдениях (40%) при поступлении отмечалось наличие внутриглазного инородного тела различной локализации (в 5 случаях это был осколок металла и в одном – осколок стекла). Характер травматической патологии был следующим:

Контузия с разрывом склеры	5 глаз
Контузия с разрывом лимба	1 »
Контузия с разрывом роговицы	1 »
Контузия с нарастающим ретробульбарным кровоизлиянием...	1 »
Контузия с отрывом зрительного нерва.....	3 глаза
Проникающее роговичное ранение	7 глаз

Проникающее склеральное ранение.....	4 глаза
Проникающее корнеосклеральное ранение.....	1 глаз
Проникающее роговичное ранение с повреждением хрусталика...3	глаза
Всего.....	26 глаз

Сроки поступления у 17 пациентов (68%) составили менее 1 суток. У 8 больных (32%) время поступления составило от 2 до 12 суток после получения травмы, при этом на 3 глазах были признаки начинающегося эндофтальмита с полной потерей зрительных функций. Полное отсутствие зрительных функций было отмечено всего в 11 глазах. При поступлении светоощущение сохранялось в 9 глазах. В 6 глазах определялось зрение от 0,01 до 1,0. Таким образом, у подавляющего большинства больных (76,9%) имелось или значительное снижение зрительных функций, или их полное отсутствие.

Оперативное лечение у всех больных проводилось в течение первых 12 часов после поступления в отделение. При этом в 21 глазу из 26 выполнена первичная хирургическая обработка роговичной или склеральной раны с ее ушиванием. Во всех глазах, имеющих внутриглазное инородное тело, выполнено его удаление. В 3 глазах проведено удаление поврежденного хрусталика, в одном случае – с одновременной имплантацией интраокулярной линзы. На одном глазу, в связи с нарастающей травматической ретробульбарной гематомой, была выполнена декомпрессионная орбитотомия. На 4 глазах (15,4%) сделана первичная энуклеация, в 3 случаях связанная с наличием признаков эндофтальмита в травмированном глазу, вызванного поздним обращением пациента (свыше 34 суток). Еще в одном случае энуклеация была проведена в связи с полным разрушением глазного яблока и потерей всех внутриглазных оболочек.

Основное послеоперационное лечение было направлено на купирование воспалительных явлений, снятие отека тканей, проведение рассасывающей терапии, регуляцию измененного офтальмотонуса.

Сроки лечения больных определялись тяжестью и давностью поражения, наличием инфицирования раны, имеющегося воспаления, внутриглазного кровоизлияния, и составили от 1 до 50 дней (в среднем $20,5 \pm 2,9$ дня). Исходы лечения по функциям зрения были следующими:

Острота зрения 0,2 – 1,0.....	4 глаза
Острота зрения 0,02 – 0,1.....	3 глаза
Светоощущение.....	8 глаз
Ноль.....	7 глаз

Таким образом, наши наблюдения свидетельствуют о тяжести данного вида травмы глаза, относительно неблагоприятном зрительном прогнозе у большинства больных, длительном послеоперационном периоде долечивания глаз с данной патологией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гундорова Р.А., Малаев А.А., Южаков А.М. Травма глаза. – М., 1986. – 368 с.
2. Джалиашвили О.А., Горбань А.И. Первая помощь при заболеваниях и повреждениях глаза. – СПб., 1999. – 368 с.
3. Джалиашвили О.А., Чутко М.Б. Неотложная офтальмологическая помощь. – Л., 1973. – 160 с.
4. Лебехов П.И. Прободные ранения глаза. – М., 1974.