

ИРИДОПЛАСТИКА ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ
ПОВРЕЖДЕНИЯХ РАДУЖКИ В УСЛОВИЯХ
РАБОТЫ РЕСПУБЛИКАНСКОГО
ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИЙ
ЦЕНТР

СУХИНА И.В., ЗОРИНА М.Б, ДЕГТЯРЕВА А.П., ШЕВЦОВА Е.В.

Тяжесть травматических повреждений органа зрения и неэффективность реабилитационного лечения нередко обуславливается и усугубляется травмой радужки. В последние годы с учетом утяжеления травмы мы столкнулись с достаточно значительным количеством пострадавших, нуждающихся в пластике радужки.

Целью исследования явился анализ результатов лечения больных с пластикой радужки в остром и отдаленном посттравматическом периоде с применением существующих методик и их модификаций в условиях работы Республиканского травматологического центра.

Нами проанализированы данные о лечении 58 больных за период 2016 – 2020 года. Все пострадавшие были распределены на группы в зависимости от этиологического фактора, вида повреждения радужки, сроков проведения иридопластики, объема оперативного пластического вмешательства.

Количество больных с повреждением радужки в результате проникающих ранений составило 36 человек (62,0%), контузий – 22 (37,93%).

При проникающих ранениях повреждения радужки вызываются непосредственно ранящим предметом и зачастую соответствуют расположению раны роговицы, лимба или склеры, примыкающей к области лимба.

Разрывы и травматические колобомы могут иметь различную величину, форму и локализацию. Повреждения радужки в этих случаях являются причиной формирования передних синехий, гониосинехий, грубого рубцевания роговицы, кератопатии, васкуляризации рубца, длительно текущего увеита с развитием вторичной глаукомы и исходом в слепоту

Диагноз: Формирующийся сращенный корнеосклеральный рубец после обширного проникающего ранения, субтотальный отрыв радужки, катаракта.

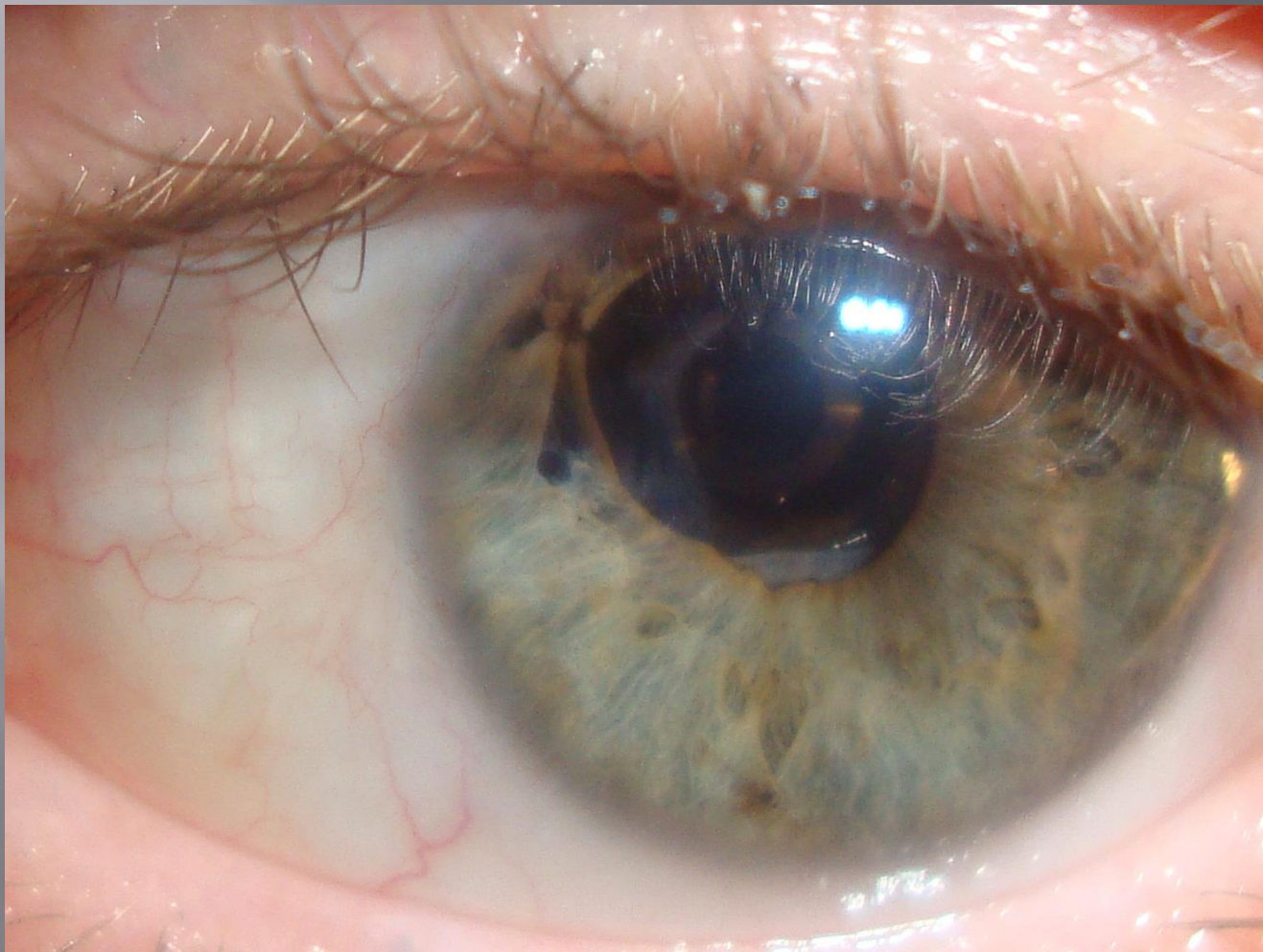
До операции



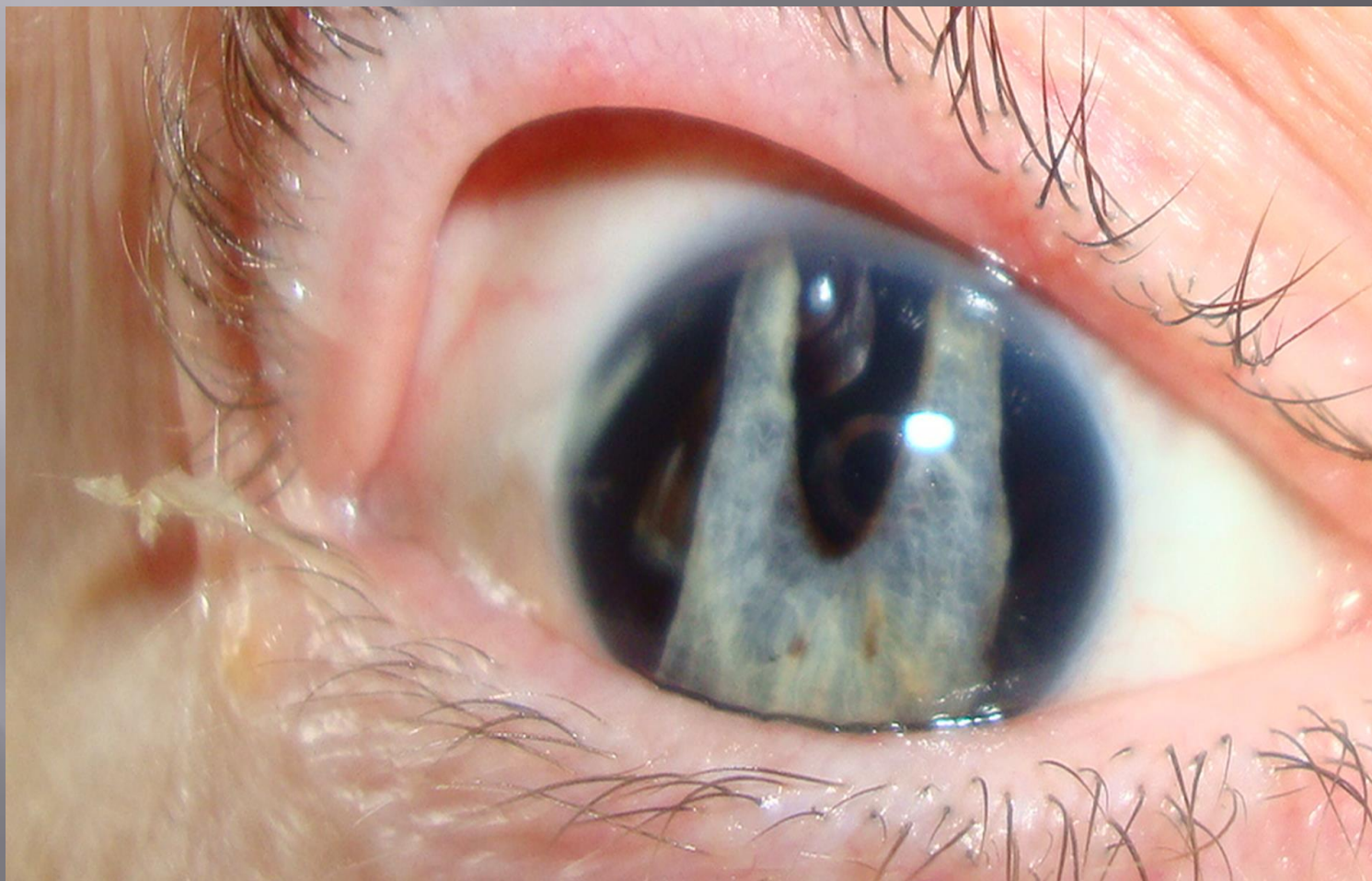
После операции



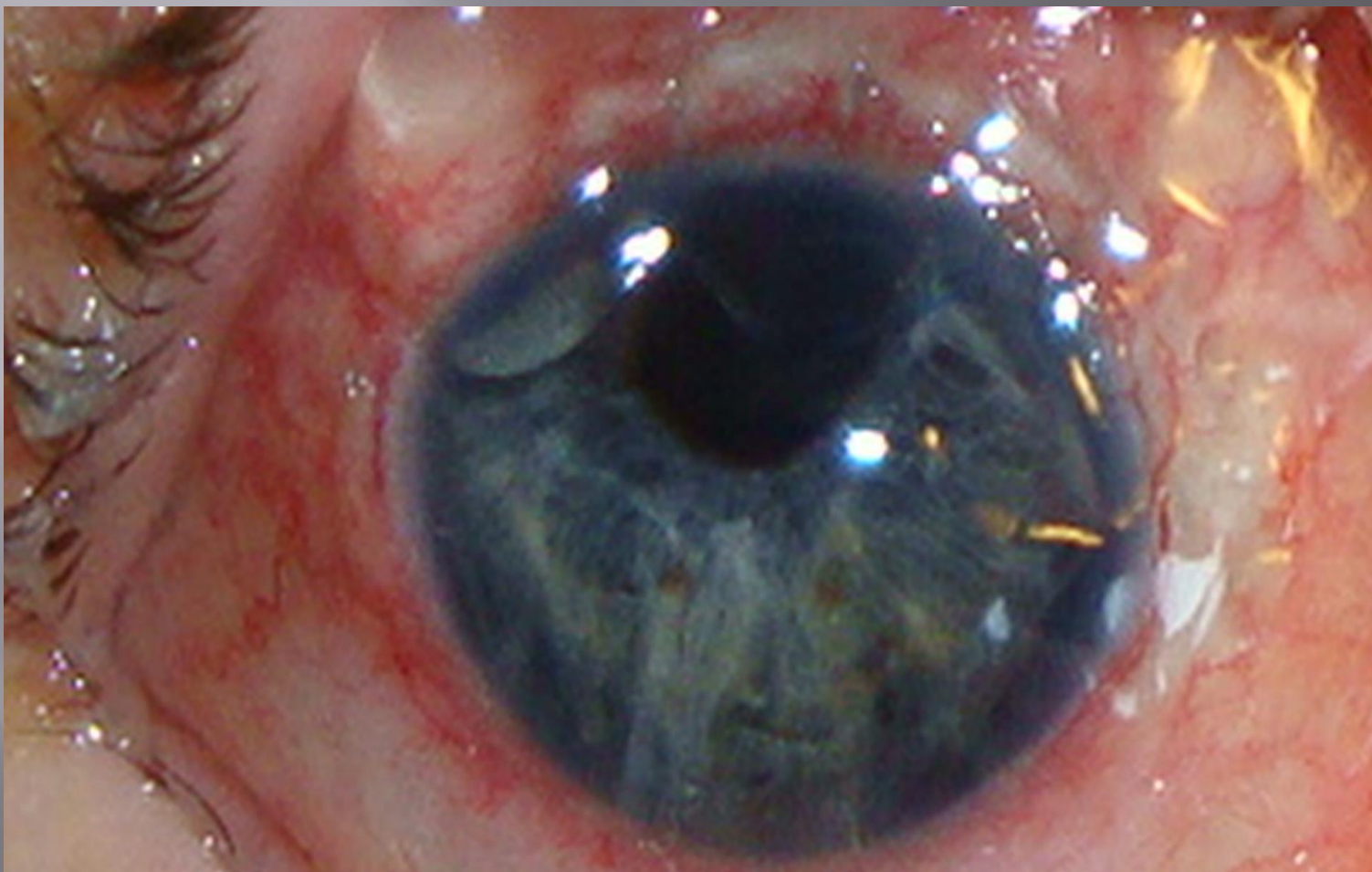
Диагноз: Корнеосклеральный рубец, артификация, состояние после иридопластики



Диагноз: Сочетанная травма, обширное корнеосклеральное ранение с выпадением оболочек, гифема, гемофтальм
До операции

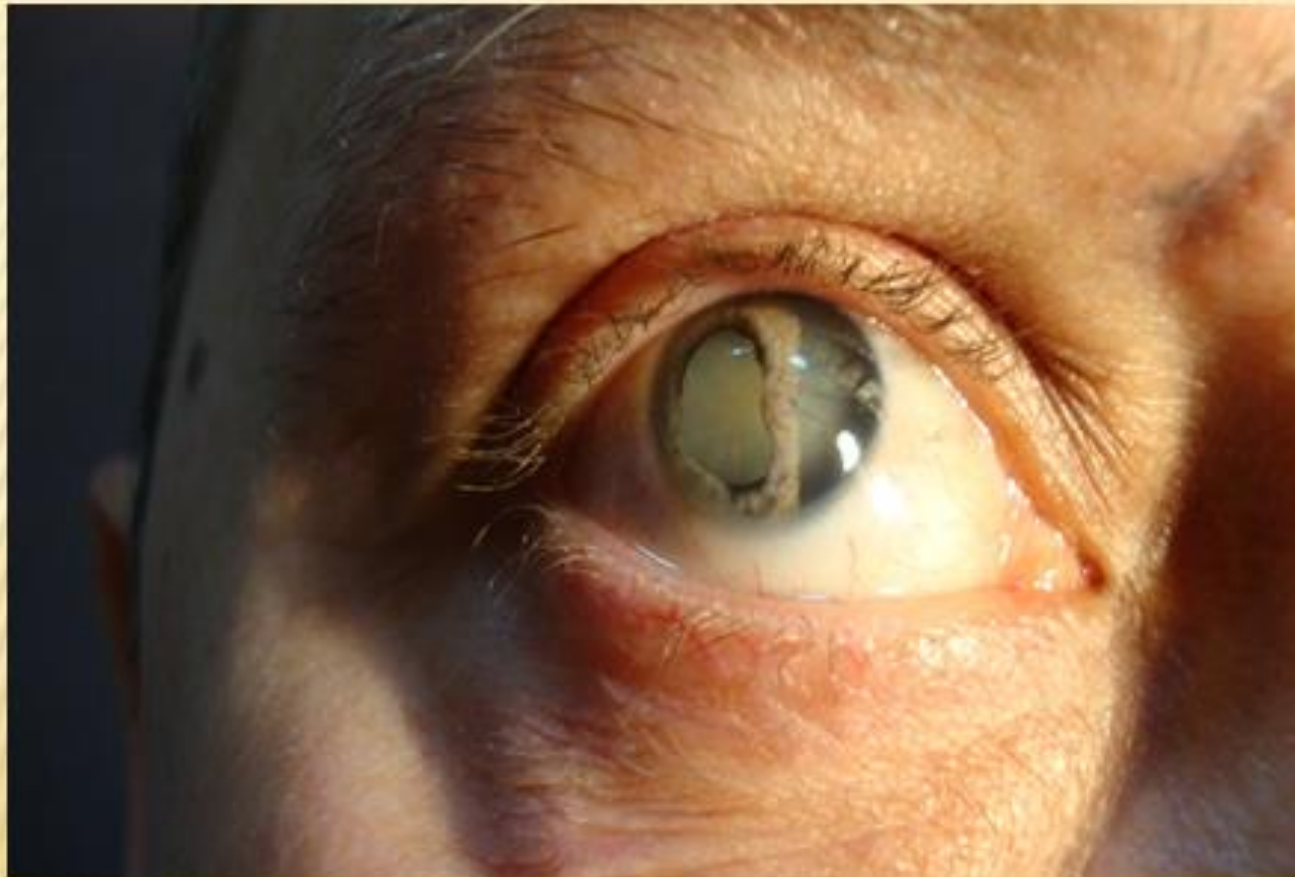


После операции



Механизм **контузионного повреждения радужки** заключается в силе удара по глазу, резкому перемещению **внутриглазной жидкости**, или гидроудару, приводящему к разрыву ткани радужки. Клинически травма радужки при контузии проявляется разрывами зрачкового края, зачатую множественными, иридодиализом, субтотальным отрывом и скручиванием радужки, полным отрывом

Диагноз: Контузия, субтотальный отрыв радужки, катаракта.
До операции



После операции



Диагноз: Контузия, обширный иридодиализ, подвывих
мутного хрусталика
До операции



После операции



По виду повреждения радужки пострадавшие распределились на несколько групп:

- разрыв радужки с вовлечением зрачкового края - 12 (20,69%)
- множественные разрывы зрачкового края (травматический мидриаз) – 16 (27,59%)
- иридодиализ – 8 (13,79%)
- дефекты радужки (травматическая колобома) – в пределах 1 квадранта – 18 (31,03%),
2-х квадрантов (субтотальный отрыв) – 4 (6,9%).

При проникающих ранениях иридопластика производилась во время комбинированной первичной хирургической обработки (ПХО) - 14 (38,89%) человек. В случаях, когда ПХО ограничивалась шовной фиксацией раны, пластика радужки, как правило, в сочетании с синехотомией, факоэмульсификацией катаракты (ФЭК) с имплантацией интраокулярной линзы (ИОЛ) осуществлялась в ближайшие дни или недели после ПХО, зачастую в период первичного стационарного лечения – 12 (33,33%).

В остальных 10 случаях (27,28%) сроки операции по пластике радужки составили от 2 до 12 месяцев.

При контузии пластика радужки осуществлялась в плановом порядке в сроке от 1 месяца до 1,5 лет после травмы в сочетании с ФЭК + ИОЛ – 10 (45,45%), интракапсулярной экстракции катаракты (ИЭК) дислоцированного хрусталика + ИОЛ – 12 (54,55%).

Методом открытой иридопластики прооперировано 14 человек (24,14%), комбинированной – 21 (36,21%), закрытой – 23 (39,66%). Срок наблюдения составил от 6 месяцев до 3 лет.

Для оценки эффективности лечения учитывались субъективное состояние больных – отсутствие светобоязни, слезотечения, зрительного дискомфорта, двоения, данные визометрии, тонометрии, биомикроскопии, ультразвукового исследования (В-скан), офтальмоскопии.

Субъективно большинство больных отмечали улучшение: отсутствие жалоб – 27 (46,55%) человек, улучшение с незначительным ощущением дискомфорта – 25 (43,11%), сохранение терпимого дискомфорта – 6 (10,34%).

Для оценки улучшения оптических функций была отобрана группа больных, у которых острота зрения до операции улучшалась с применением диафрагмы – 24 человека (41,58%). До операции количество пострадавших с остротой зрения 0,01 – 0,04 с диафрагмой и соответствующей коррекцией составило 7 человек; 0,05 – 0,09 – 7; 0,1 – 0,2 – 10. После операции у 19 (79,1%) больных была получена острота зрения, равная максимальному зрению с использованием диафрагмы до операции и выше.

Умеренное повышение ВГД, связанное с пластикой радужки, отмечалось у 6 больных, которое нормализовалось в течение первых 2 – 3 недель после операции на фоне консервативного лечения.

При биомикроскопии радужка удерживалась в правильном положении в течение всего периода наблюдения, функции зрачка частично сохранились более чем у половины оперированных больных. Данные УЗИ исследования отражали изменения в стекловидном теле, связанные с травматическим процессом.

Учитывая позитивные результаты иридопластики, даже с учетом тяжести травмы, следует использовать все возможные методы для ее восстановления как в ранний, так и в более отдаленный посттравматический период.