

ОККЛЮЗИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ АРТЕРИИ СЕТЧАТКИ ПРИ КОНТУЗИОННОЙ ТРАВМЕ ОРГАНА ЗРЕНИЯ**Е. В. Иваницкая**, канд. мед. наук, доцент, **Д. О. Перетягина**, врачОдесский национальный медицинский университет, кафедра офтальмологии
Глазное отделение ГКБ № 4 г. Одессы

Наведено рідкий випадок виникнення гострої окклюзії центральної артерії сітківки у пацієнтки з контузіонною травмою органа зору. Оптична когерентна томографія, за даними авторів статті, дає можливість уточнити та об'єктивізувати характер змін сітківки та зорового нерва у таких випадках.

Ключевые слова: контузионная травма органа зрения, окклюзия центральной артерии сетчатки, оптическая когерентная томография.

Ключові слова: контузійна травма органа зору, окклюзія центральної артерії сітківки, оптична когерентна томографія

Введение. Многообразие клинических проявлений контузий глазного яблока обуславливается как непосредственным повреждением структур в момент травмы (в зависимости от механизма воздействия, силы и точки его приложения, степени выраженности перепада внутриглазного давления и т. д.), так и каскадом патологических реакций, наступающих вследствие лабильности нервно-рефлекторной системы, вегетососудистых реакций, изменений процессов тканевого и внутриклеточного обмена на фоне вторичных реактивных воспалительных и дегенеративных процессов [3, 5].

Частой причиной снижения зрительных функций при контузиях является поражение сетчатки в результате опосредованного гидродинамического удара. Это может проявляться берлиновским помутнением, пре-, интра- и субретинальным кровоизлияниями, макулярным разрывом, отслойкой сетчатки [1, 4, 5]. Но причинно-следственные связи снижения зрительных функций могут носить и иной характер. Одним из важных звеньев патогенеза контузионной травмы является реакция сосудистой системы. Спазм сосудов — как мгновенная реакция на травму — сменяется вазодилатацией, что приводит к снижению скорости кровотока, изменениями микроциркуляции, нарушениями тканевого и внутриклеточного обмена, что может проявляться в виде ретинальных кровоизлияний, очаговых и генерализованных дистрофических изменений и т.д. [3]. В доступной нам литературе [1, 2, 3, 4, 5] мы не встретили сообщений об окклюзии центральной артерии сетчатки как основной причине резкого снижения зрительных функций при контузиях органа зрения. Это может быть связано как с низкой частотой встречаемости этого осложнения, так и с тем, что полная окклюзия артерии или ее ветвей могут маскироваться другими изменениями оболочек глазного яблока или преломляющих сред, затрудняющих его своевременную диагностику.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

В стационар поступила пациентка Х., 33 лет, с жалобами на резкое снижение зрения левого глаза. За 4 дня до поступления женщина находилась в командировке в районном центре. Во время гололеда она поскользнулась на обледенелой лестнице и упала, ударившись об угол металлической ступеньки областью левого надбровья. При этом сразу же заметила «полную потерю зрения левым глазом», но через несколько часов сбоку снаружи появилась возможность считать пальцы у лица. В районной больнице, куда обратилась пострадавшая, была произведена первичная хирургическая обработка рваной раны мягких тканей верхнего века и лба. В связи с отсутствием эффекта от проводимого по месту жительства лечения, пациентка была направлена в Одессу с подозрением на отслойку сетчатки. Обратилась в кабинет глазной скорой помощи ГКБ № 4. Госпитализирована.

При поступлении — правый глаз здоров, изменений переднего отдела, преломляющих сред, глазного дна не выявлено, острота зрения — 1,0, поле зрения не изменено, внутриглазное давление 19 мм ртутного столба. Левый глаз — гематома надбровной области и век (больше верхнего), постоперационный рубец кожи век длиной 28 мм в стадии формирования с узловыми швами, субконъюнктивальная геморрагия в темпоральном сегменте, роговица, передняя камера — без изменений, травматический мидриаз (диаметр зрачка 7 мм), среды прозрачные. На глазном дне — диск зрительного нерва бледноват, границы ступеваны за счет перипапиллярного отека, сетчатка беловатого цвета, особенно в верхней половине глазного дна. С назальной стороны от диска вдоль цилиоретинальной артерии побледнение сетчатки было менее выражено. В центре макулярной области, в фовеа, визуализировался ограниченный участок округлой формы интенсивно красного цвета. Изменений периферических отделов сетчатки не выявлено. Острота зрения левого глаза — 0,04 эксцентрично, коррекция зрение не улучшала, поле зрения сохранено в нижне-темпоральном сегменте в виде овального участка, внутриглазное давление — 18 мм ртутного столба. Фосфен-диагностика — критическая частота слияния мельканий на правом глазу составила 53 Ц, на левом — 96.

В комплексном обследовании больной для объективизации состояния сетчатки и зрительного нерва, уточнения диагноза, в частности, исключения макулярного разрыва, была проведена оптическая когерентная томография (ОКТ). Исследования проводили на оптическом когерентном томографе Stratus OCT, модель 3000 производства фирмы Carl Zeiss Meditec, Inc. Применялись стандартные протоколы сканирования «Macular Thickness Map», «Fast RNFL Thickness (3,4)», «Fast Optic Disk». Для анализа полученных результатов использованы протоколы «Retinal Thickness Analysis Report», «RNFL Thickness Analysis», «Optic Nerve Head Analysis», а также «Normolize+Align Process Report», позволяющий получить виртуальную визуализацию морфологической структуры сетчатки.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. При проведении оптической когерентной томографии на правом глазу — рельеф, толщина сетчатки в макулярной области сохранены, очаговых изменений не выявлено, средняя толщина перипапиллярных нервных волокон 95,5 мкм (в норме), экскавация диска зрительного нерва составляет 0,3 его диаметра. На левом глазу (рис. 1, см. III стр. обложки) толщина сетчатки в фовеоле в пределах статистической нормы. Практически на всем протяжении макулярной области за исключением назального сегмента — выраженное утолщение сетчатки за счет ее средних и внутренних слоев. Визуально на ОКТ-томограмме (рис. 2, см. III стр. обложки) дифференцировались лишь структуры базального комплекса и слой нейроэпителлия. Глубже лежащие слои сетчатки визуализировались в виде гомогенной структуры повышенной оптической плотности. Очаговых изменений в макулярной области не выявлено. Средняя толщина перипапиллярных нервных волокон значительно выше статистической «нормы» — 183,4 мкм. Экскавация диска зрительного нерва — 0,09 его диаметра.

Характерные изменения по данным ОКТ, анализ данных офтальмоскопии и функциональных исследований позволили выставить уточненный клинический диагноз: OS — острое нарушение кровообращения в центральной артерии сетчатки, острая сосудистая нейрооптикопатия, состояние после контузии левого глаза, травматический мидриаз, рубец кожи верхнего века и лба в стадии формирования, ОД — здоров.

Больной была назначена массивная сосудорасширяющая, дегидратационная терапия, нестероидные противовоспалительные препараты, ангиопротекторы, метаболиты, включая ретиналамин парабульбарно 0,5 мл и внутримышечно 1,5 мл.

В результате проведенной терапии состояние больной улучшилось. Острота зрения левого глаза повысилась до 0,2, с диафрагмой — до 0,3. Расширились периферические границы поля зрения, появилась центральная относительная скотома. Гематома век и субконъюнктивальная геморрагия практически рассосались, зрачок 7 мм в диаметре, зрачковые реакции отсутствуют. Глазное дно —

границы диска стали более четкими, уменьшилась неравномерная, больше выраженная в височной половине, деколорация диска, побледнение (отек) сетчатки в центральных отделах макулярной области и перипапиллярно.

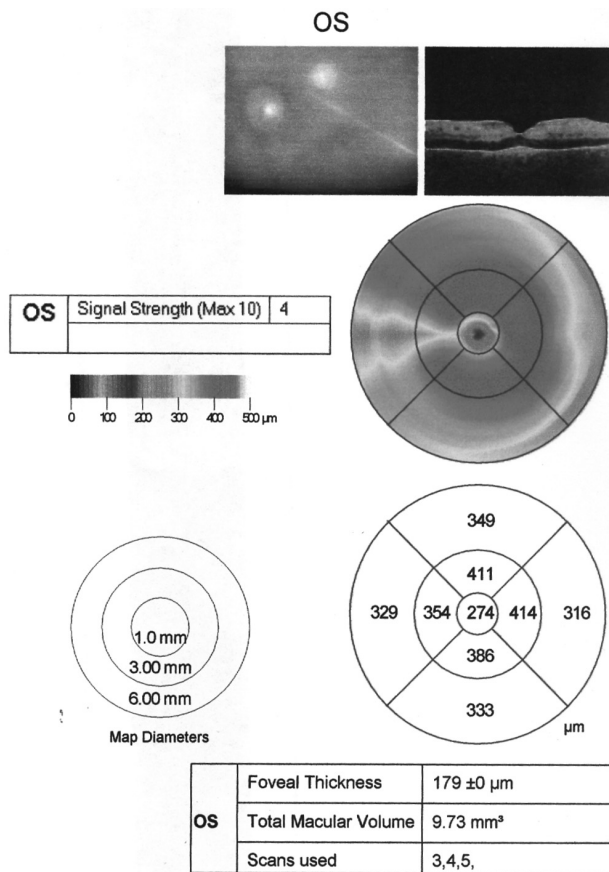


Рис. 1. Карта толщины пятна правого и левого глаза пациентки (объяснения в тексте)

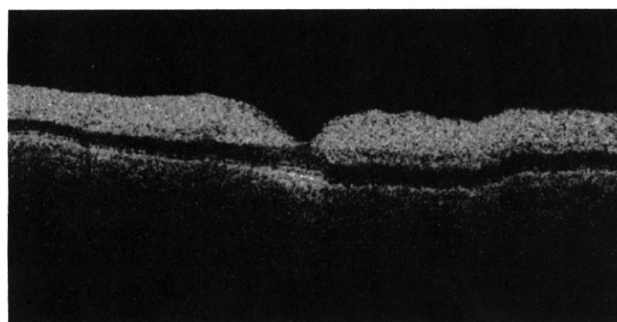


Рис. 2. ОКТ-томограмма сетчатки левого глаза больной X. на 5-е сутки после травмы (объяснения в тексте) (см. на 1 стр. обложки)

Заключение. Контузионные травмы органа зрения могут вызвать значительное снижение зрительных функций у пострадавших. Это может быть обусловлено как самой травмой, так и теми осложнениями, которые возникают опосредованно в ранние и поздние сроки после инцидента. Не-

характерная для контузий острая непроходимость центральной артерии сетчатки, которая диагностирована в приведенном клиническом случае, привела к значительному снижению остроты зрения и выраженным нарушениям поля зрения. Уточнение диагноза при помощи оптической когерентной томографии, интенсивная патогенетическая терапия на фоне анатомических особенностей кровоснабжения травмированного глаза (наличие цилиоретинальной артерии) обусловили возможности повышения зрительных функций при этой серьезной сосудистой патологии.

ВЫВОДЫ

1. Среди многочисленных осложнений контузионных травм органа зрения может встретиться и острая окклюзия центральной артерии сетчатки, как результат стресса.

2. При обследовании пациентов метод оптической когерентной томографии существенно дополняет другие способы диагностики, помогая уточнению и объективизации диагноза, давая возможность оптимизировать и индивидуализировать тактику лечения пациента.

3. Настороженность офтальмологов в отношении описанного осложнения поможет целенаправ-

ленной своевременной диагностике и лечению, что позволит повысить зрительные функции у пострадавшего и избежать возможной инвалидности, поскольку, как известно, несвоевременная диагностика острой окклюзии центральной артерии сетчатки и ее ветвей может обусловить отсутствие эффекта от полноценной адекватной терапии и реабилитации на функции органа зрения и привести пострадавшего к инвалидности.

ЛИТЕРАТУРА

1. **Боброва Н. Ф.** Травмы глаза у детей. — М. Медицина, 2003. — 192с.
2. **Кански Д.** Клиническая офтальмология: систематизированный подход. — Пер. с англ. /Д.Кански. — М.: Логосфера, 2006. — С.659–678.
3. **Кашников В. В.** Контузионная травма глаза. — Новосибирск, 2007. — 192 с.
4. Офтальмология: национальное руководство / под ред. С. Э.Аветисова, Е. А. Егорова, Л. К. Мошетовой, В. В. Нероева, Х. П. Тахчиди. — М.: ГОЭТАР — Медиа, 2008. — 944 с.
5. Травмы глаза / под общ. ред. Р. А. Гундоровой, В. В. Нероева, В. В. Кашникова. — М.: ГОЭТАР — Медиа, 2009. — 560 с.

Поступила 15.02.2012

Рецензент к. м. н. О. С. Петрецькая

Исторический экскурс в офтальмологическую терминологию

УДК 617.721.5:611–001.4

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ АНАТОМИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ ПЕРЕДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ И ЗРАЧКОВОГО КРАЯ РАДУЖНОЙ ОБОЛОЧКИ ЧЕЛОВЕКА

А. А. Журавлёв, врач

Офтальмологический центр «Lausitz», Каменц, Германия

Ключевые слова: зрачок, радужная оболочка, анатомия радужной оболочки.

Несмотря на то, что передняя поверхность радужной оболочки подробно изучена на макро- и микроскопическом уровне, хорошо доступна осмотру *in vivo* и ей посвящены многочисленные исследования анатомов, гистологов и офтальмологов, прослеживается отсутствие единства её анатомической терминологии.

К требованиям анатомической номенклатуры относятся точность и краткость названия по возможности латинского происхождения без употре-

бления эпонимов, выразительность и запоминаемость.

Термин «iris» — радужная оболочка глаза — является исключением в том плане, что он получен путём метафорического олицетворения и происходит от греческого слова, обозначающего имя богини радуги Iris, посланницы богов (рис. 1). Метафора основана на схожести с радугой по цвету, множеству

© А. А. Журавлёв, 2012