

УДК: 617.7-089.87

Ибрагимзаде Г.Т., Пирметов М.Н., Ганбарова Т.А., Исаева Г.З.

АНАЛИЗ ПРИЧИН ОРГАНОЛИКВИДИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА

Национальный Центр Офтальмологии имени акад. Зарифы Алиевой, Баку, Азербайджан

Ключевые слова: энуклеация, эвисцерация, эвисцероэнуклеация, глазное яблоко

Потеря глаза - это всегда тяжелая психологическая травма, часто вызывающая у пациента чувство собственной неполноценности, ограничивающая профессиональную пригодность. Несмотря на органосохранную направленность лечения, удаление глаза остается одной из нередко выполняемых операций. При этом страдают преимущественно молодые люди до 40 лет (58 % - 92,5%) [1, 2].

Для формирования опорно-двигательной культы применяются различные методы: энуклеация, эвисцерация и эвисцероэнуклеация. В последнее время отмечается отчетливая тенденция перехода хирургов от использования энуклеации к методикам с полным или частичным сохранением склеральной капсулы – эвисцераций / эвисцероэнуклеаций [3 - 7].

По литературным данным, со времени упоминания о первой операции по удалению глазного яблока прошло более 450 лет. Подобная операция (энуклеация или экзентерация) была произведена в 1555 году Ланге (J. Lange). Методика операции осталась неизвестной [6].

В 1859 году Arlt С. сформулировал метод удаления глаза, заключающийся в последовательном отсечении экстраокулярных мышц с последующим удалением глазного яблока. Метод применяется в настоящее время и был усовершенствован в 1860 году Graefe А. В дальнейшем целый ряд хирургов вносили различные технические изменения: Мюльс, Барракер, Бартельс [8-11].

В настоящее время энуклеация имеет множество модификаций [12].

Этапы выполнения энуклеации относительно просты, однако имеют большое количество модификаций, заключающихся в различной фиксации экстраокулярных мышц после их отсечения, имплантации эндопротеза, в наложении швов на тенонову оболочку и конъюнктиву. Энуклеация изменяет правильные анатомо-топографические взаимоотношения в орбите, что ведет к ограничению движения опорно-двигательной культы и ухудшению косметического результата. Показания к энуклеации ограничиваются наличием внутриглазной опухоли, а также риском развития или развитием симпатической офтальмии [13].

Впервые эвисцерацию описал Веер. В 1817 году он произвел ее пациентке с экспульсивной геморрагией. Классический способ эвисцерации, сохранившийся до настоящего времени, был разработан Grefae в 1884 году и заключается в иссечении роговой оболочки, удалении содержимого склерального бокала и наложении швов на склеральную рану. Ряд авторов показаниями к эвисцерации относят состояние глазного яблока после перенесенного эндофтальмита и панфтальмита, абсолютную глаукому в тех случаях, когда имеется возможность без труда обследовать всю внутренность глаза и удостовериться в том, что внутриглазной опухоли нет. В настоящее время показания [14, 15].

Метод эвисцероэнуклеация сочетает элементы энуклеации и эвисцерации. Однако ряд авторов указывают на некоторую неточность термина «эвисцероэнуклеация». По их мнению, данная операция является эвисцерацией с резекцией заднего полюса склеры и неврэктомией [16]. Преимуществом эвисцероэнуклеации в сравнении с энуклеацией является возможность формирования более подвижной опорно-двигательной культы и тем самым повышение конечного косметического результата.

На сегодняшний день эвисцероэнуклеация выполняется двумя способами – с сохранением переднего отрезка фиброзной оболочки и без его сохранения [15].

Цель - провести анализ пациентов после органоликвидирующей операции глазного яблока, выявить основные причины его удаления.

Материалы и методы

В основу данной работы вошел анализ 151 случая с анофтальмом. Средний возраст пациентов 47±2 года. Работа была выполнена на базе Национального Центра Офтальмологии им. акад. Зарифы Алиевой в период времени с ноября 2015 года по август 2017 года (23 месяца).

Пациенты отбирались по обращаемости в центр. Анализ проводился на основе решения консилиума врачей Национального Центра Офтальмологии им. акад. Зарифы Алиевой, а также по данным медицинской документации.

Результаты исследования

По результатам анализа энуклеация была проведена в 82 (54,3%) случаях, эвисцерация в 52 случаях (34,4%), эвисцероэнуклеация в 17 (11,3%) случаях (рис. 1).

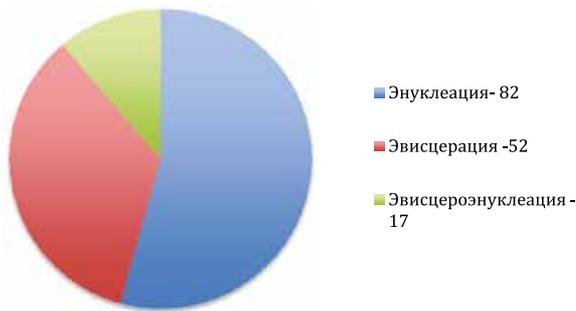


Рис. 1. Методы формирования опорно-двигательной культи глаза

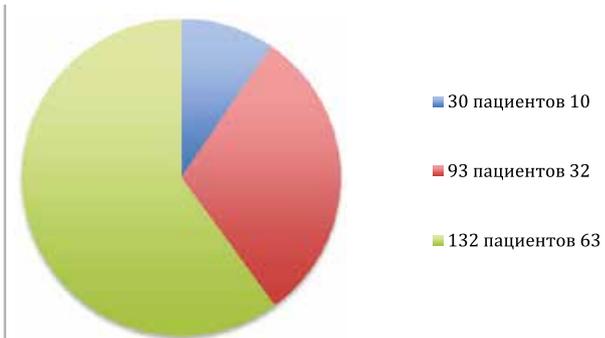


Рис. 2. Распределение пациентов по возрастной категории

В ходе исследования были выделены 3 возрастные категории: 30 пациентов 10 ± 2 года, 93 пациента 32 ± 2 года и 132 пациента 63 ± 2 года (рис.2).

К удалению глазного яблока привели различные причины, отмеченные в таблице №1.

Таблица 1

Причины удаления глазного яблока

Показания	Количество случаев
Первичное удаление по поводу травмы	29 (19,2%)
Посттравматическая субатрофия	13 (8,6%)
Терминальная глаукома	22 (14,6%)
Самозвисцерация	12 (8%)
Симпатическая офтальмия	3 (2%)
Субатрофия, несвязанная с травмой	20 (13,2%)
Энд офтальмит	8 (5,3%)
Посттравматический энд офтальмит	7 (4,6%)
Гифема	1 (0,66%)
Меланома хориоидеи	4 (2,6%)
Ретинобластома	6 (4%)
Нейрофиброматоз	1 (0,66%)
Синдром Киппеля – Линдау	1 (0,66%)
Синдром Голдингара	1 (0,66%)
Перфорация роговицы	15 (10%)
Пан офтальмит	2 (1,3%)
Абсцесс роговицы	2 (1,3%)
После биологического покрытия роговицы (конъюнктивой)	3 (2%)
После кератопротезирования	1 (0,66%)
Итого	151 (100%)

Первичная энуклеация в связи с травмой глазного яблока была проведена на 17 (20,7%) глазах, посттравматической субатрофией в 13 (15,9%) случаях, субатрофией, не связанной с травмой в 11 (13,5%) случаях, симпатической офтальмией в 2 (2,4%) случая, терминальной глаукомой в 14 (17%) случаях, перфорацией роговицы в 5 (6,1%) случаях, самозвисцерацией на 2 (2,4%) глазах, энд офтальмитом в 4 (4,9%)

случаях, гифемой на 1 (1,2%) глазу, меланомой хориоидеи в 4 (4,9%) случаях, ретинобластомой в 6 (7,4%) случаях, нейрофиброматозом в 1 (1,2%) случаи, синдромом Киппеля-Линдау в 1 (1,2%) случай, синдромом Голдингара в 1 (1,2%) случаи.

Эвисцерация была проведена по следующим показаниям: первичная эвисцерация в связи с травмой глазного яблока в 7 (13,5%) случаях, терминальная глаукома в 8 (15,4%) случаях, перфорация роговицы в 8 (15,4%) случаях, посттравматический эндофтальмит в 7 (13,5%) случаях, послеоперационный эндофтальмит в 4 (7,7%) случаях, самоэвисцерация в 7 (13,5%) случаях, симпатическая офтальмия в 1 (1,9%) случаи, субатрофия глазного яблока в 4 (7,7%) случаях, панофтальмит в 2 (3,8%) случаях, после проведения биологического покрытия в 3 (5,7%) случаях, после кератопротезирования (Бостон кератопротез) в 1 (1,9%) случаи.

К проведению к эвисцерознуклеации глазного яблока привели следующие заболевания: в 5 (29,4%) случаях первичная эвисцерознуклеации глазного яблока после травмы, 3 (17,6%) случая самоэвисцерации, в 5 (29,4%) случаях субатрофия глазного яблока, в 2 (11,8%) случаях абсцесс роговицы, в 2 (11,8%) случаях перфорация роговицы.

Итоговый подсчет показал, что главным этиологическим фактором удаления глазного яблока являются различные травмы в 52 (34,4%) случаях. На втором месте – терминальная болящая глаукома 22 (14,6%) (рис.3)

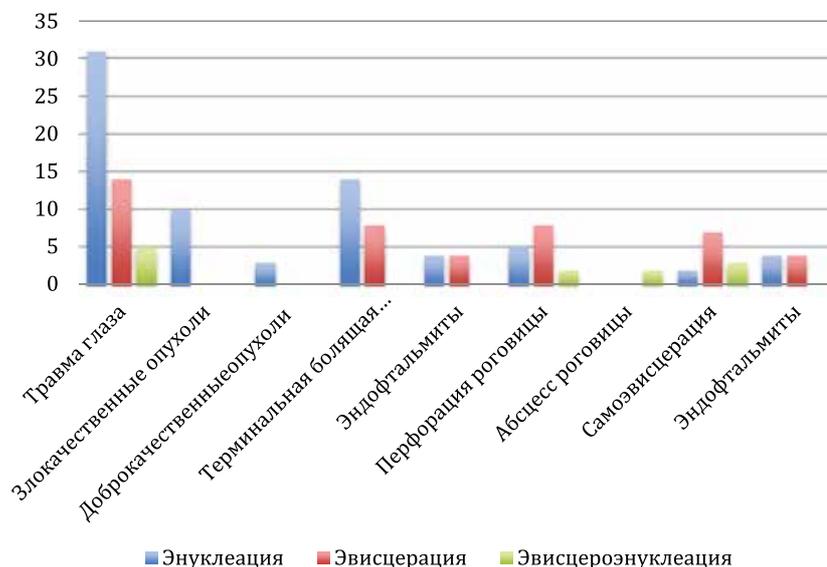


Рис. 3. Этиология удаления глазного яблока

Проанализировав медицинскую документация пациентов, было обнаружено, что в 4 случаях удаление глаза проводилось после ятрогенного вмешательства, что составляет 2,6% от всех случаев удаления глазного яблока. У 4 пациентов эндофтальмит был неясной этиологии, из которых 3 пациентов страдали некомпенсированным сахарным диабетом первого типа.

Заключение

На основе полученных данных основными причинами, приводящими к удалению глазного яблока являются травмы глаза, терминальная болящая глаукома. Если обратить внимание на аналогичные научные работы, выполненные рядом авторов из различных стран, то основными причинами энуклеации послужили интраокулярные злокачественные опухоли, а эвисцерации и эвисцерознуклеации панофтальмит, эндофтальмит и травмы глаза [17-21]. В сравнении с мировыми научными работами на основе наших данных необходимо отметить, что при проведении органоликвидирующей операции различными хирургами не прослеживается четкий алгоритм выбора метода удаления глазного яблока.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Давыдов, Д.В. Медико-биологические аспекты комплексного использования биоматериалов у пациентов с анофтальмом: Автореф. дисс. . доктора, мед. наук. М., 2000, 46 с.

2. Филатова, И.А. Соотношение формы и объема из углеродного имплантата Карботекстима / И.А. Филатова // III Евро-азиатская конф. по офтальмохирургии: Матер. конф. Екатеринбург, 2003, т.2, с.48-49.
3. Тахчиди Х.П., Шляхтов М.И. Способ формирования опорно-двигательной культи с последующей косметической коррекцией окрашенной мягкой контактной линзой / Сб. науч. тр.: 2-я Евро-Азиатская конф. по офтальмохирургии, Екатеринбург, 2001, с.273-274.
4. Anderson R.L., Yen M.T., Lucci L.M. The quasi-integrated porous polyethelene orbital implantat // Ophthalmol. Plast. Reconstr. Surg., 2002, v.18, p.50-55.
5. Blaydon S.M., Shepler T.R., Neuhaus R.W. et al. The porous polyethylene (Medpor) Spherical orbital implant: a retrospective study of 136 cases // Ophthalmol. Plast. Reconstr. Surg., 2003, v.19, p.364-371.
6. Duong M.H., Barraco P., Schapiro D. et al. Enucleation with on-the-table evisceration. Is it a good technique? // J. Fr. Ophtalmol., 2001, v.24, p.836-841.
7. Kitzmann A.S., Weaver A.L., Lohse C.M. et al. Clinicopathologic correlations in 646 consecutive surgical eye specimens, 1990-2000 // Am. J. Clin. Pathol., 2003, v.119(4), p.594-601.
8. Давыдов Д. В. Формирование опорно-двигательной культи при эвисцерации с применением эластичного силиконового имплантата: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1994, с.37-69.
9. Soares IP, França VP. Evisceration and enucleation // Semin Ophthalmol., 2010, v.25(3), p.94-97.
10. Филатова И.А. Анофтальм. Патология и лечение. М.: Медицина, 2007, с.48- 61.
11. Sales-Sanz M., Sanz-Lopez A. Four-petal evisceration: a new technique // Ophthalmol. Plast. Reconstr. Surg., 2007, v.2(1), p.179-182.
12. Park W.C., Han S.K. et al. Effect of basic fibroblast growth factor on fibrovascular ingrowth into porous polyethylene anophthalmic socket implants // Kor. J. Ophthalmol., 2005, v.19, p.1-8.
13. Чеглаков П.Ю. Формирование опорно-двигательной культи при эвисцероэнуклеации и эндопротезирование с применением имплантата для повышения подвижности глазного протеза: Дис. ... канд. мед. наук. М., 2005, с.18-43.
14. Kostick D.A., Linberg J.V. Evisceration with hydroxyapatite implant. Surgical technique and review of 31 case reports // Ophthalmology, 1995, v.102, p.1542-1548.
15. Phan L.T., Hwang T.N., McCulley T.J. Evisceration in the modern age // Middle East Afr. J. Ophthalmol., 2012, v.19, p.24-33.
16. Blaydon S.M., Shepler T.R., Neuhaus R.W. et al. The porous polyethylene (Medpor) Spherical orbital implant: a retrospective study of 136 cases // Ophthalmol. Plast. Reconstr. Surg., 2003, v.19, p.364-371.
17. Arellano-Ganem M.G., Zuazo F., González M. et al. Cirugía de evisceración ocular en un centro de alta especialidad en México: estudio retrospectivo de 7 años de experiencia // Arch. Soc. Esp. Oftalmol., 2017, v.92, p.58-62.
18. Limbu B., Saiju R., Ruit S. A retrospective study on the causes for evisceration at Tilganga Eye Centre // Kathmandu University Med. J., 2009, v.7(2):26, p.115-119.
19. Dada T., Ray M., Tandon R. FRCS and Rasik B Vajpayee MBBS MS. A study of the indications and changing trends of evisceration in north India // Clin. Exp. Ophthalmol., 2002, v.30(2), p.120-123.
20. Viswanathan P., Sago M.S., Olver J.M. UK national survey of enucleation, evisceration and orbital implant trends // Br. J. Ophthalmol., 2007, v.91(5), p.616-619.
21. Shah R.D., Singa R.M., Aakalu V.K. et al. Evisceration and enucleation: a national survey of practice patterns in the United States // Ophthalm. Surg. Lasers Imag., 2012, v.43(5), p.425-430

İbrahimzadə G.T., Pirmətov M.N., Qənbərova T.A., İsayeva G.Z.

GÖZ ALMASININ ORQANLƏĞVEDİCİ ƏMƏLİYYATININ SƏBƏBLƏRİNİN TƏHLİLİ

Akad. Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzi, Bakı, Azərbaycan

Açar sözlər: *enukleasiya, evisserasiya, evisseroenukleasiya, göz alması*

XÜLASƏ

Məqsəd - anoftalm ilə pasiyentləri təhlil etmək, göz almasının xaric edilməsinin əsas səbəblərini müəyyən etmək.

Material və metodlar

Hazırkı tədqiqat işinə anoftalm ilə 151 halların təhlili daxildir. Pasiyentlərin orta yaş həddi 47 ± 2 təşkil etmişdir. İş 2015-ci ilin noyabr ayından 2017-ci ilin avqust ayına kimi (23 ay) akad. Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzinin bazasında yerinə yetirilmişdir.

Nəticə

Təhlilin nəticələrinə görə enukleasiya 82 (54,3%) halda, evisserasiya – 52 (34,4%) halda, evisseroenukleasiya – 17 (11,3%) halda aparılmışdır.

Tədqiqat zamanı üç yaş kateqoriyası ayrılmışdır: 30 xəstə 10 ± 2 il, 93 xəstə 32 ± 2 il və 132 xəstə 63 ± 2 il.

Yekun hesablanma göstərmişdir ki, göz almasının xaric edilməsinin əsas etiologiyası müxtəlif göz zədələridir 52 (34,4%). İkinci yeri terminal ağrılı qlaukoma tutur – 22 (14,6%).

Yekun

Alınan nəticələrə əsasən göz almasının xaric edilməsinin əsas səbəbləri göz zədələri, terminal ağrılı qlaukoma olmuşdur. Qeyd etmək lazımdır ki, göz almasının xaric edilməsi metodunun seçimi zamanı aşkar alqoritm mövcud deyil.

Ibragimzade G.T., Pirmetov M.N., Ganbarova T.A., Isaeva G.Z.

ANALYSIS OF THE CAUSES OF EYE REMOVAL

National Ophthalmology Center named after acad. Zarifa Aliyeva, Baku, Azerbaijan

Key words: *enucleation, evisceration, evisceroenucleation, eyeball*

SUMMARY

Aim - to analyze patients with anophthalmos, to identify the main causes of removal of the eyeball.

Materials and methods

The basis of this work was the analysis of 151 cases with an anophthalmos. The average age of the patients is 47 ± 2 years. The work was performed on the basis of the National Ophthalmology Center named after acad. Zarifa Aliyeva during the period from November 2015 to August 2017 (23 months).

Results

According to the results of the analysis, enucleation was performed in 82 (54.3%) cases, eversion in 52 cases (34.4%), evisceroenucleation in 17 (11.3%) cases.

Three age categories were identified in the study: 30 patients 10 ± 2 years, 93 patients 32 ± 2 years and 132 patients 63 ± 2 years.

The final calculation showed that the main etiology of removing the eyeball are various injuries of 52 (32.5%) of the eyes. In the second place - terminal painful glaucoma 22 (14,6%).

Conclusion

Based on the findings, the main causes leading to the removal of the eyeball are eye injuries, terminal painful glaucoma. It should be noted that there is no clear algorithm for choosing the method of removing the eyeball.

Для корреспонденции:

Ибрагимзаде Гюнай Тофиг кызы, врач-офтальмолог отдела инфекционных болезней глаза и хирургии роговицы Национального Центра Офтальмологии акад. Зарифы Алиевой

Пирметов Магеррам Нурахмед оглы, врач-офтальмолог отдела глаукомы Национального Центра Офтальмологии имени акад. Зарифы Алиевой

Адрес: AZ1114, ул. Джавадхана, 32/15

Телефон: 596 09 47

E-mail: administrator@eye.az; www.eye.az; gunay.ibragimzade@yandex.ru