

Донецкий национальный медицинский университет

**Офтальмогипертензии и вторичная
глаукома при ожогах глаз**

Доц. Зорина М.Б.

Посттравматическая глаукома –
вторичная глаукома, возникающая
после механических и химических
повреждений органа зрения.

Она поражает преимущественно лиц
трудоспособного возраста, отсюда
социальная значимость этой
проблемы.

Частота повышения внутриглазного давления при ожогах глаз колеблется от 8 до 50%. При **тяжелых ожогах** в 34,45% случаев отмечено повышение внутриглазного давления и в 6,72% – снижение. При **особо тяжелых ожогах** повышение давления отмечено в 63,5%, гипотония – 15,4%, нормотония отмечена только у 31,2% больных.

Тяжелый ожог глаза, вызывая повреждение путей оттока, выраженную последующую воспалительную реакцию, отек тканей, экссудацию в переднюю камеру, создает благоприятные условия для развития гипертензии глаза.

Различают повышение уровня ВГД в первые дни после ожога (до 10 дней) как реактивную гипертензию, сравнительно легко поддающуюся регуляции медикаментами.

И повышение давления в более поздние сроки, через несколько недель после ожога, когда развивается «истинная вторичная глаукома», плохо поддающаяся обычным методам лечения.

Уже при первоначальной оценке тяжести ожогового поражения глаза возможно нарушение регуляции внутриглазного давления. Оно наблюдается у 34,9 % пострадавших.

Обширное и глубокое повреждение области лимба, сопровождающееся некрозом и резкой ишемией сосудов краевой петливой сети и конъюнктивы глазного яблока, должно настораживать окулиста относительно возможности повышения внутриглазного давления, необходимости тщательного контроля за его регуляцией.



Обширное и глубокое повреждение области лимба, сопровождающееся некрозом и резкой ишемией сосудов краевой петливой сети и конъюнктивы



При ожогах средней тяжести развивается отек дренажной системы, который в последующем исчезает, и её проходимость нормализуется.

Тяжёлые и особо тяжёлые ожоги сопровождаются некрозом путей оттока. Это может закончиться рубцеванием этой зоны и разрастанием волокнистой ткани в углу передней камеры. Разрастание иногда может распространяться и на переднюю поверхность радужки, переходить на область зрачка, поэтому в дальнейшем при таких повреждениях глазного яблока восстановления оттока водянистой влаги не происходит.



28/01/2008



**Тяжёлые и особо тяжёлые ожоги сопровождаются
некрозом путей оттока**

Разрыхляется трабекулярный аппарат корнеосклеральной связки, появляется гипопион, который закрывает доступ к углу передней камеры. Имеет место также закупорка корнеосклеральной связки частицами пигмента радужки. Это в конечном итоге приводит к развитию вторичной глаукомы.



19/10/2009

Вторичная глаукома при особо тяжелом ожоге глазного яблока



Абсцесс роговицы и экссудат в передней камере - причина офтальмогипертензии

В связи с тем, что одной из основных причин офтальмогипертензии в ранние сроки является гиперпродукция камерной влаги, показано включение в комплексную терапию препаратов, снижающих выработку камерной влаги: диакарб, а также осмотерапия (глицерин, маннитол, глюкоза).

Применение бета-адреноблокаторов, местных ингибиторов карбоангидразы для контроля уровня ВГД в этом периоде ожога глаз возможно. Пилокарпин и синтетические простагландины – противопоказаны.



У больных с последствиями тяжёлых ожогов глаз вторичная глаукома развивалась в 15—46,1 % случаев и стала причиной функциональной гибели глаза у 8—57,4 % пострадавших, вследствие ее чрезвычайной устойчивости к лечению, в том числе и хирургического.

Вторичная глаукома глаз с последствиями ожогов обусловлена главным образом рубцовыми изменениями путей оттока внутриглазной жидкости. Повышение давления в поздние сроки требует применения самых активных методов коррекции уровня ВГД. Глаукома чаще всего резистентная. Поэтому возможно применение бета-адреноблокаторов, местных ингибиторов карбоан-гидразы, α_2 -адреномиметиков, синтетических простагландинов.



Рубцовые изменения путей оттока внутриглазной жидкости, симблефарон

Учитывая, что при тяжелых и особо тяжелых ожогах глаз повышение ВГД является частым и тяжелым осложнением, проявляющимся не только в ранние сроки после ожога, но и в отдаленном периоде, при последствиях ожогов глаз, больные с исходами ожогов глаз должны находиться под постоянным контролем за уровнем офтальмотонуса и состоянием зрительных функций.

Периодичность обследования зависит от состояния офтальмотонуса, наличия тенденции к его подъемам. В первые годы обследования должны быть более частыми (раз в 1—3 мес.). Необходимо учитывать, что иногда повышение офтальмотонуса протекает бессимптомно и больные с тотальными плотными бельмами могут не обратить внимания на снижение или потерю остаточного зрения или светоощущения, особенно если второй глаз здоров или лучший.