

Silmaläätse isoleeritud totaalne traumajärgne luksatsioon kompuutertomograafilisel uuringul – *ectopia lentis*

Rimmas Šalkauskas – Põhja-Eesti Regionaalhaigla radioloogiakeskus

HAIGUSJUHT

Erakorralise meditsiini osakonda toodi 2026. aasta märtsikuus 57aastane meespatsient pärast korduvat krambihoogu. Osakonda saabudes oli patsient koomas, Glasgow' koomaskaala (GKS) oli 7 palli. Patsient silmi ei avanud, sõnaline kontakt puudus, korraldusi ta ei täitnud, patoloogilisi reflekse ei vallandunud. Vaatlusel avastati, et parem pupill on laienenud, parema silma sarvkest on tuhm, vasak pupill oli kitsas, valgusele ei reageerinud. Väliseid trauma tunnuseid patsiendil ei leitud.

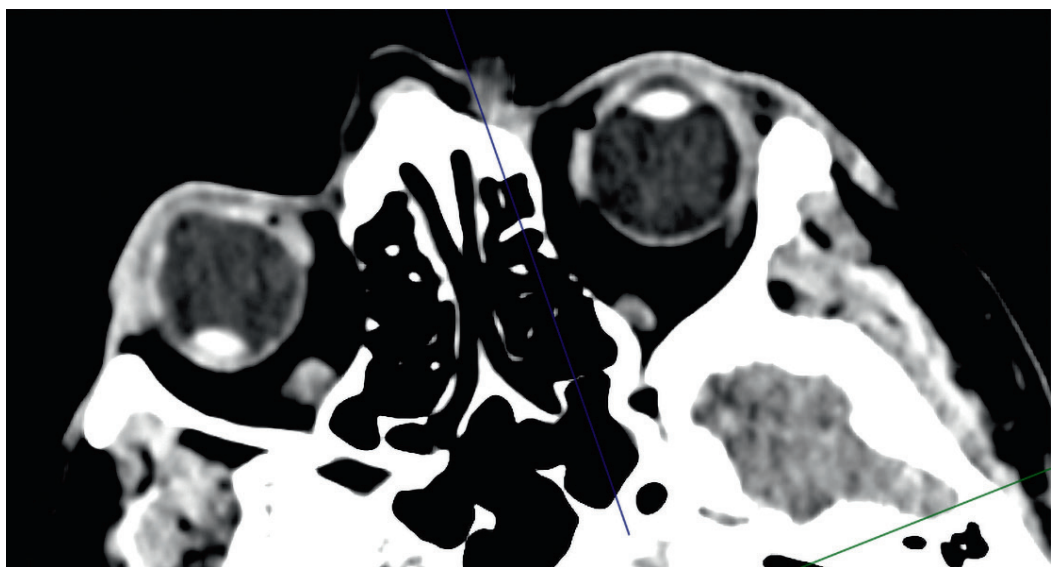
Pupillide diferentsi tõttu suunati patsient koljusisese patoloogia välistamiseks aju kompuutertomograafilisele (KT) uuringule. Ägedat patoloogiat KT-uuringul ei leitud, küll aga oli täheldatav parema silmamuna põhjas hüperdensne kaksikkumer struktuur,

mis viitas parema silmaläätse täielikule luksatsioonile (vt joonis 1).

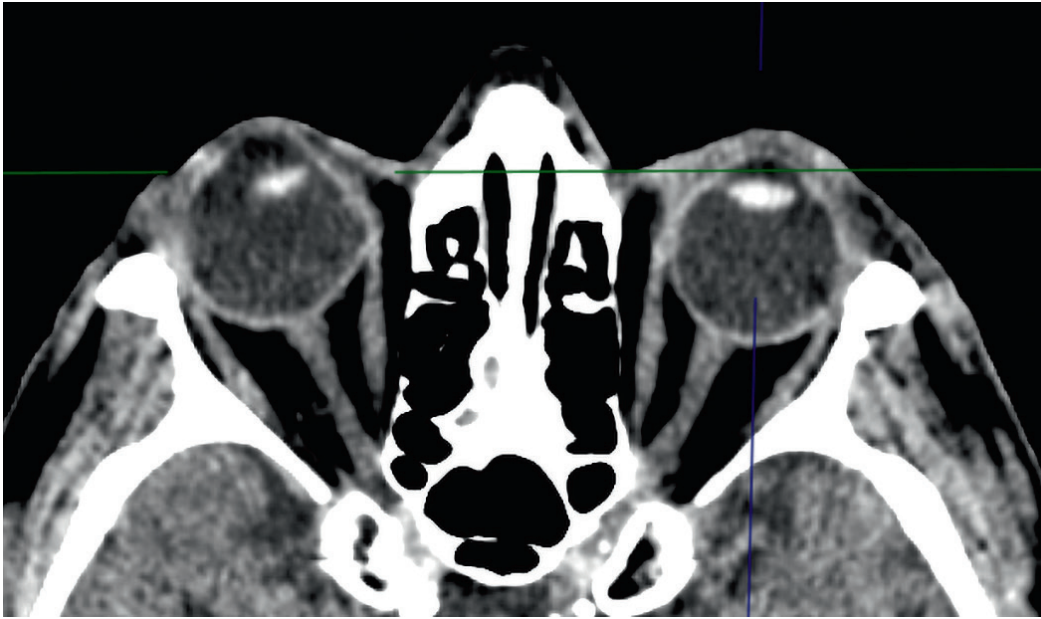
Pildipangas olid kättesaadavad ka varem patsiendile tehtud kaks peaju KT-uuringut (vt joonis 2, 3). Mõlemad olid tehtud 2025. aastal pärast täpsustamata peatraumat. 2025. aasta uuringul on nähtav parema läätse subluksatsioon, mis 2026. aasta märtsiks oli KT-uuringu põhjal tüsistunud täielikuks luksatsiooniks.

ARUTELU

Silmalääts paikneb silmamunas silmaava ja vikerkesta taga, seda hoiavad õiges asendis peened elastsed kiud – ripsvöötme sidemed (*zonula ciliaris*), mis omakorda kinnituvad ripskehale (*corpus ciliare*). Ripsvöötme sidemed kinnituvad ja ümbritsevad läätse tsirkulaarselt. Tekstis esitatud 3. joonise



Joonis 1. Kompuutertomograafiline uuring aksiaallõikes. Nähtav on kaksikkumer struktuur parema silmamuna põhjas – silmaläätse totaalne luksatsioon. Silmamuna ja seda ümbritsevad koed on traumaatiliste muutusteta.



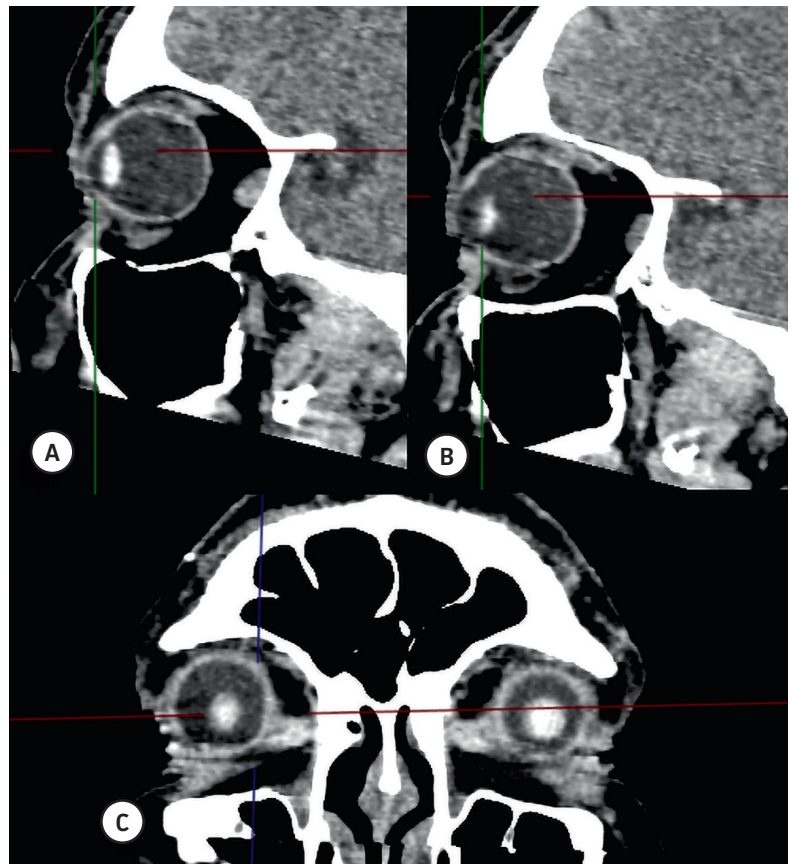
Joonis 2. Kompuutertomograafiline uuring aksiaalses tasapinnas. Täheldatav parema lätse lateraalse serva nihkumine dorsaalsele – parema lätse subluksatsioon.

sagitaalsel ja koronaalsel lõikudel nähtava parema lätse lateraalse serva nihkumise põhjal võib oletada, et enam on vigastatud ripsvöötme sidemed lätse lateraalsel poolel ja see põhjustas parema lätse subluksatsiooni.

Traumaatiline lätse subluksatsioon tekib tavaliselt sellele mõjuva anteroposterioorse jõu ümberjaotumise tõttu (2). Lätse vabanenud serv nihkub raskusjõu mõjul taha ning terveks jäänud ripsvöötme sidemed säilitavad lätse teise, vastas asuva serva normaalse asendi vikerkesta taga (2). Lätse nihkumist ette juhtub trauma korral harvem, kuid seda tuleb käsitleda ägeda suletud nurga glaukoomi võimaliku põhjustajana – tegemist on erakorralise olukorraga, mis nõuab kiiret sekkumist (2). Lätse täielikku luksatsiooni, kui ei esine kaasuvat silmamuna lahtist vigastust või ägedat glaukoomi, võib ravida plaanilises korras (3).

Silmalätse luksatsiooni korral võivad esineda udune silmanägemine, nägemisteravuse halvenemine, diploopia, müopia, hüperopia või astigmatism (1).

Vaatamata sellele, et silmalätse luksatsiooni kõige sagedasem põhjus on silma trauma, tulevad põhjusena kõne alla ka teised, harvemini esinevad haigused: sidekoe haigused (nt Marfani, Ehlersi-Danlosi sündroom, homotsüstinuuria), intraokulaarsed



Joonis 3. Kompuutertomograafiline uuring peast: A – sagitaalne lõige läbi vasaku silma; B – sagitaalne lõige läbi parema silma; C – koronaarne lõige silmade kõrguselt. Näha parema lätse subluksatsioon.

tuumorid, infektsioonid (nt süüfilis). Lastel võib diagnoos hilineda, kuna nad ei oska alati oma vaevusi esitada (1).

Läätse dislokatsiooni kõige sagedasemad tüsistused on sarvkesta, vikerkesta, võrkkesta vigastused, glaukoom ning uveiid. Viimast võivad põhjustada lisaks mehaanilisele vigastusele ka läätsest klaaskehasse lekkinud valgud. Läätses indutseeritud uveiid tekib tavaliselt kahe nädala jooksul peale traumat, selle sümptomid on fotofoobia, valu ning nägemisteravuse halvenemine. Tüsistusteta totaalset läätse luksatsiooni ravitakse konservatiivselt spetsiaalsete kontaktläätsetega, tüsistunud luksatsioonid nõuavad aga läätse eemaldamist (4).

KT-uuring ei ole esmavaliku uuring läätse luksatsiooni diagnoosimisel, kuid läätse lukstasioon võib esineda kaasuva leiuna pea KT-uuringutel, mis on tehtud muudel näidustustel.

KOKKUVÕTE

Isegi tänapäeva maailmas võib silmaläätse luksatsiooni diagnoos hilineda, olgu põhjuseks kas patsiendipoolsed või diagnostikaga seotud tõrked. Kirjeldatud haigusjuht näitab, et vaatamata silmaarstiabi heale kättesaadavusele Eestis, on radioloogid vahel esimesed arstid, kes tuvastavad silmavigastused ning peavad õigel ajal esitama uuringute järeldusi, millest sõltub oftalmoloogi konsultatsiooni ajastus ning vajadusel ka erakorralise kirurgilise abi planeerimine.

KIRJANDUS

1. Kaur K, Gurnani B. Ectopia Lentis. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2026.
2. Nguyen VD, Singh AK, Altmeyer WB, Tantiwongkosi B. Demystifying orbital emergencies: a pictorial review. *RadioGraphics* 2017;37:947–62.
3. Shuen JA, Malone M, Burke Z, Baquero A. Traumatic anterior dislocation of the lens. *J Emerg Med* 2018;55:565–6.
4. Nche EN, Amer R. Lens-induced uveitis: an update. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 2020;258:1359–65.

Traumajärgsed mentaalsed häired on tõsised kardiovaskulaarsed riskitegurid

Traumajärgsete mentaalsete häirete seoste kohta kardiovaskulaarsete häiretega on kogunenud rohkesti tõendeid. Enamasti on neid kirjeldatud traumaatilise stressihäire korral.

Taanis tehtud uuringus analüüsiti erinevate traumajärgsete mentaalsete häirete seost oluliste kardiaalsete ja ajuveresoonkonna tüsistuste või sekkumisvajaduse tekkega (mittefataalne südameinfarkt ja insult, müokardi revaskulariseerimine, kardiovaskulaarne surm). Analüüsiti andmeid aastatel 1955–2018 trauma läbi teinud 43 994 inimese kohta, kel hiljem oli kujunenud olulisi kardiaalsete ja ajuveresoonkonna tüsistusi või sekkumist vajav seisund.

Seda kohorti võrreldi soo, trauma saamise aasta ja traumaaegse vanuse poolest sarnase kohordiga (n = 175 872), kel olulisi kardiaalsete ja ajuveresoonkonna tüsistusi ega sekkumisvajadust ei tekkinud. Uuriti, millised mentaalsed häired olid seotud oluliste kardiaalsete ja ajuveresoonkonna tüsistuste ja sekkumisvajaduse kujunemisega traumale järgneva kolme aasta vältel.

Peamiste tulemustena selgus, et suurimaks ja sagedamaks kardiaalsete ja ajuveresoonkonna tüsistuste ning sekkumisvajaduse riskiteguriks trauma järel osutus nii meestel kui ka naistel alkoholi liigtarbimine. Tugevateks riskiteguriteks osutusid mõlemal sool meeleoluhäired, kuid need olid enam väljendunud naistel. Teistest vaadeldud mentaalse-

test häiretest olid arvestatavad riskitegurid posttraumaatiline stress, orgaanilistest põhjustest tingitud psüühikahäired, erinevate ainete kasutamisest mittingitud segadusseisundid, muud erinevad sõltuvushäired, isiksuse- ja ärevushäired, bipolaarne häire, skisofreenia.

Autorid oletavad, et trauma järel võidakse hakata alkoholi tarvitama toimetulekut abistava vahendina, kuid kergesti kujuneb alkoholisõltuvus ning suureneb oluliste kardiaalsete ja ajuveresoonkonna tüsistuste või sekkumisvajaduse risk.

REFEREERITUD

Sumner JA, Rosellini AJ, Szentkuti P, et al. Post-traumatic psychopathology and cardiovascular risk: a Danish case-control study of sex specific associations. *J Am Heart Assoc* 2026. <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/JAHA.126.049492>.

LÜHIDALT