

## ТРАВМЫ ГЛАЗА. РАНЕНИЯ, КОНТУЗИИ, ОЖОГИ

**Шодмонова Жонона Жалолиддиновна,**  
*Андижан во имя Абу Али ибн Сины*  
*техникум общественного здравоохранения,*  
*преподаватель*

Травмы глаз делят на три группы: прободные ранения, контузии и ожоги глаз.

Ранения, нарушающие целость наружных оболочек глаза (роговицы, склеры), могут сопровождаться внедрением в его полость магнитных и амагнитных инородных тел. В ране могут ущемляться внутренние оболочки глаза. Признаками нарушения целости наружной оболочки глаза являются понижение внутриглазного давления, мелкая передняя камера.

Ранение может сопровождаться повреждением хрусталика (травматическая катаракта), кровоизлияниями в переднюю камеру (гифема) и стекловидное тело (гемофтальм), развитием инфекции (гнойный иридоциклит, эндофтальмит, панофтальмит), сквозным повреждением (наличие входного и выходного отверстий). Возможно полное разрушение глазного яблока с потерей его содержимого. Прободные ранения могут осложниться развитием травматического иридоцикликита, вторичной глаукомы, воспаления сосудистой оболочки парного глаза (симпатическая офтальмия).

Диагноз устанавливают с помощью биомикроскопии, офтальмоскопии, рентгенографии, ультразвукового исследования, компьютерной томографии.

Неотложная помощь. Глазные антисептические средства местно, назначение антибиотиков, введение противостолбнячной сыворотки, срочная транспортировка в глазной стационар с асептической повязкой. В стационаре проводят первичную хирургическую обработку раны, удаляют инородные тела, осуществляют мероприятия, направленные на профилактику инфекции и воспалительной реакции, стимуляцию обменных и репаративных процессов, рассасывание кровоизлияний.

Различают тупые повреждения глаз – производственные, бытовые, транспортные, сельскохозяйственные, криминальные.

При контузии сохраняется целость наружных оболочек глаза, но могут быть повреждения внутренних оболочек, сосудов, хрусталика, стекловидного тела, зрительного нерва, изменяется внутриглазное давление (вторичная глаукома, гипотензия). Возможно сочетание контузии глаза с

сотрясением головного мозга, субдуральными гематомами, переломами стенок глазницы, костей черепа.

Показаны биомикроскопия, гониоскопия, офтальмоскопия, УЗИ ; диафаноскопия, рентгенография, компьютерная томография, визометрия, периметрия, тонометрия.

Лечение желательно проводить в стационаре. При эрозиях конъюнктивы и роговицы вводят противостолбнячную сыворотку. Для профилактики инфекции назначают антибиотики местно, внутримышечно, для рассасывания кровоизлияний – дицинон, эмаксипин, ферменты, гипотензивные препараты, физиотерапевтические методы (электро- и фенофорез, переменное магнитное поле), лазерную терапию, хирургические методы (первичная хирургическая обработка субконъюнктивальных разрывов, антиглаукоматозные операции, экстракция травматической катаракты, операции при отслойке сетчатки).

Выделяют ожоги химические (щелочные, кислотные), термические, радиационные, комбинированные (сочетание нескольких повреждающих агентов). Могут возникать поражения придаточного аппарата глаза (кожа век, слезопроводящие пути). Наибольшее значение для сохранения зрения имеет тяжесть поражения роговицы. Могут повреждаться конъюнктива, склера, пути оттока внутриглазной жидкости, радужка, хрусталик.

В зависимости от тяжести выделяют 4 степени ожога. Тяжесть повреждения оболочек глаза зависит от вида химических веществ, их концентрации, глубины проникновения, длительности воздействия до оказания экстренной помощи, локализации и распространенности процесса, качества лечения.

Клиническая картина. Боли в глазу, блефароспазм, слезотечение, отек век, ишемия конъюнктивы, склеры, инфильтрация, дефекты роговицы, снижение зрения. Наиболее тяжело протекают щелочные ожоги с повреждением радужки, ресничного тела, хрусталика.

Неотложная помощь – немедленное обильное промывание глаза струей воды в течение 15-20 мин для удаления обжигающего вещества, инстилляция дезинфицирующих средств, антибиотиков, сульфаниламидных препаратов, применение мазей. Подкожно вводят противостолбнячную сыворотку и срочно направляют больного в стационар, где решают вопрос о показаниях к экстренной операции. При некрозе конъюнктивы производят пересадку слизистой оболочки с губы. По показаниям – срочная лечебная послойная кератопластика, парacentез роговицы. Медикаментозное лечение: дезинфицирующие средства, гордокс, контрикал, тауфон, токоферол, аутокровь, солкосерил.

Прогноз при ожогах III-IV степеней тяжелый. При развитии интенсивного бельма через 6-12 мес после ожога выполняют пластику сводов конъюнктивы, сквозную оптическую кератопластику, кератопротезирование.

### Литературы:

1. Петров С. В. Общая хирургия: Учебник для вузов. — 2-е изд. — 2004. — 768 с. — ISBN 5-318-00564-0.
2. История исследований: Ожог // Энциклопедический словарь Брокгауза и Ефрона : в 86 т. (82 т. и 4 доп.). — СПб., 1890—1907.
3. Бонч-Бруевич Е. В. Первая помощь при ожогах / Канд. мед. наук Е. В. Бонч-Бруевич. — М.: Медицина, 1968. — 32 с. — (Научно-популярная медицинская литература).
4. Гинзбург Р. Л. Ожоги. — М.: Медицина, 1971. — 168, [4] с. — (Библиотека среднего медработника).
5. Завьялов П. В. Ожоги у детей. — М.: Медицина, 1972. — 240 с. — (Библиотека практического врача).
6. Ожоги: (Руководство для врачей) / Б. С. Вихриев, В. М. Бурмистров, В. М. Пинчук и др.; Под ред. Б. С. Вихриева, В. М. Бурмистрова. — Л.: Медицина. Ленингр. отд-ние, 1981. — 328 с. — 30 000 экз.
7. Ожоги: (Руководство для врачей) / Б. С. Вихриев, В. М. Бурмистров, В. М. Пинчук и др.; Под ред. Б. С. Вихриева, В. М. Бурмистрова. — 2-е изд. — Л.: Медицина. Ленингр. отд-ние, 1986. — 272 с. — 30 000 экз.
8. Карвайл Х. Ф., Паркс Д. Х. Ожоги у детей: монография = Burns in Children / Пер. с англ. И. И. Юрасова. — М.: Медицина, 1990. — 512 с. — 15 000 экз. — ISBN 5-225-00502-0.