

□ **Симпатическое воспаление** – своеобразная форма двустороннего гранулематозного увеита, возникающего после проникающего повреждения одного глаза. Самое тяжелое осложнение проникающих ранений глаз, впервые описано английским офтальмологом *Mackensie (1835)*, *встречается редко.*

□ Раньше в 3% среди проникающих ранений, за последние 50 лет от 0,2-2%. В настоящее время составляет 0,2-0,4% после проникающих ранений и 0,06-0,07% после операций на роговице и хрусталике.



Рис. 1. Передний увеит: фибриновый экссудат в передней камере



Рис. 2. Передний увеит при болезни Рейтера: рубцы роговицы после чистых язв, множественные задние синехии

- Факторы риска развития СВ:
- 1) тяжелые проникающие корнеосклеральные ранения;
- 2) ПХО недостаточно квалифицированная;
- 3) медикаментозное лечение недостаточно активное.



Рис. 6. Завершающие операции, адаптация разреза



Рис. 3. Иностранное тело захвачено крючком и выведено в переднюю камеру

# ФОРМЫ СВ

1. Пластическая форма
2. Серозная форма
3. Невритическая форма
4. Смешанная форма



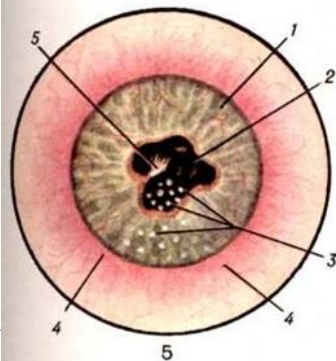
2



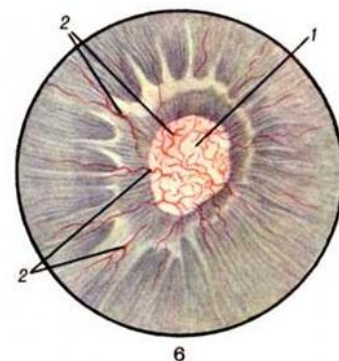
3



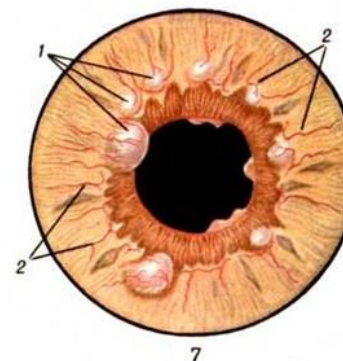
4



5



6



7

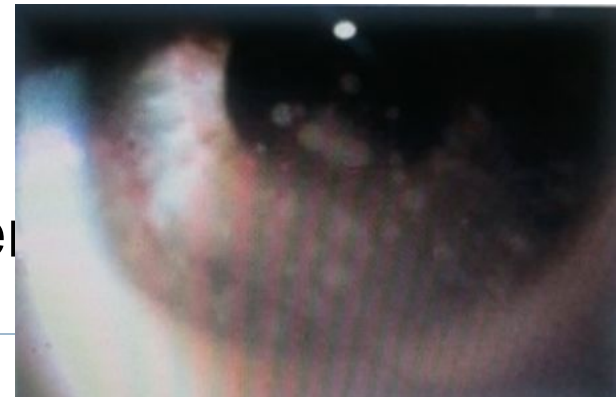
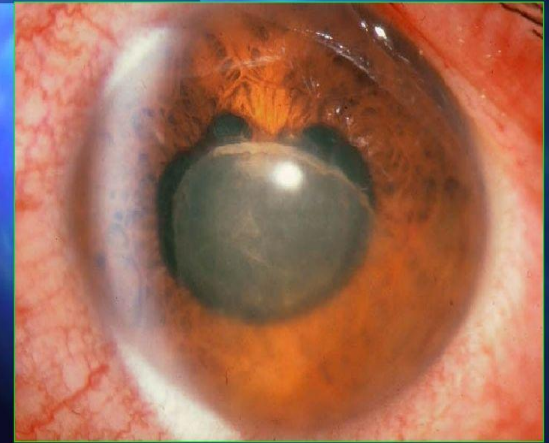
## Пластическая форма

***Протекает в виде фибринозного иридоциклита***

### Начальные симптомы

В здоровом глазу:

- Светобоязнь, блефароспазм, слезотечение ;
- Перикорнеальная инъекция, нежная запотелость эндотелия, небольшое расширение сосудов радужки, замедленная реакция зрачка на свет;
- Глазное дно: нечеткость контуров и матовость ткани ДЗН, расширение вен



---

**□ Потеря зрения  
даже на фоне  
мощного лечения  
необратима.**



# СЕРОЗНАЯ ФОРМА

---

- Характеризуется возникновением серозного иридоциклита.
- Встречается реже чем пластическая, течение более легкое
- **Под влиянием лечения более чем в 50 % случаев приостанавливается процесс, сохраняются остаточные зрительные функции.**



# НЕВРИТИЧЕСКАЯ ФОРМА

---

- Редко встречается
- Незаметное начало
- Отсутствие изменений в переднем отделе глаза
- Глазное дно: ДЗН и перипапиллярная зона более гиперемированны, границы ДЗН не четкие, ткань ДЗН и сетчатка матового оттенка; сосуды расширены.
- Нарушено цветоощущение
- Снижено центральное зрение
- Сужены границы поля зрения
- Увеличено слепое пятно
- **При лечении более чем в 50% случаев сохраняются зрительные функции.**




# СМЕШАННАЯ ФОРМА

---

- Наиболее частое проявление СО
- Основной процесс – тяжелый пластический иридоциклит в сочетании с серозным или невритическим.
- **Прогноз чаще плохой - слепота.**





- 
- **Лечение.** Основное место отводят **ГКС и иммуносупрессивным препаратам.** При появлении СВ важный вопрос – удалять или не удалять травмированный глаз. Энуклеация симпатизирующего глаза влияет благотворно на состояние симпатического глаза. Если травмированный глаз ослеп или бесперспективен для зрения – его удаляют при появлении СВ. При наличии предметного зрения энуклеацию травмированного глаза не проводят, он может оказаться лучше видящим
- 
- 

- 
- Активное местное и общее лечение ГКС, при стероидорезистентных формах – цитостатики.
  - Антибиотики применяют при СВ при выявлении фокальных источников инфекции и активации вторичной инфекции в ходе лечение ГКС.

Длительность курса терапии стероидами определяется клиническими проявлениями воспалительного процесса. При различных формах иридоциклита начальная доза преднизолона у взрослых 40-80 мг в день, у детей – 25-40 мг с постепенным снижением ее каждые 5 дней по 5 мг до ¼ таблетки. С целью предупреждения рецидивов применяют НПС (индометацин, ибупрофен и др. по 50-75 мг в день) на фоне лечения стероидами, а также в течение 2-3 месяцев после окончания курса лечения стероидов. Продолжительность местного лечения составляет не менее 12 месяцев, общего – 6 месяцев.

---



**Тупые травмы органа зрения разделяют на тупые травмы орбиты, придаточного аппарата глаза и глазного яблока.**

**Травмы орбиты:**

**Повреждения орбиты и окружающих тканей могут быть легкими и тяжелыми, с переломами стенок орбиты и размозжением глазного яблока.**

**Травмы орбиты разделяют на:**

- **бытовые,**
- **производственные,**
- **сельскохозяйственные,**
- **транспортные,**
- **огнестрельные (как правило тяжелой степени и комбинированные)**

**Повреждения глазного яблока при тупой травме по степени тяжести разделяются на травмы легкой, средней и тяжелой степени.**

**К повреждениям легкой степени относятся поверхностные эрозии роговицы, гифема высотой до 5 мм, отек радужки, небольшие преретинальные и ретинальные кровоизлияния, очаги контузии на периферии сетчатки – берлиновское помутнение сетчатки.**

**Травмы средней степени тяжести:  
глубокая эрозия, выраженный  
отек роговицы, гифема более  
5мм, отрыв или разрыв радужки,  
повреждения хрусталика,  
частичный гемофтальм, разрыв,  
отслойка сетчатки и сосудистой  
оболочки на периферии,  
значительные ретинальные и  
преретинальные кровоизлияния**

**Травмы тяжелой степени –  
тотальный гемофтальм,  
центральный разрыв и отслойка  
сетчатки в макулярной области,  
разрывы, отрывы зрительного  
нерва, вывих хрусталика в стекл  
овидное тело.**

## По тяжести:

- легкой степени – 14%;
- средней степени – 40% ;
- тяжелой степени – 46%.

## По механизму:

- прямые;
- непрямые (через другие части орбиты).

# Травма органа зрения

## Контузия глазного яблока.

### ■ Клиника:

- Лёгкая степень – незначительное снижение остроты зрения, кровоизлияния под конъюнктиву, небольшая отёчность роговицы;
- Средняя степень – некоторая деформация зрачка или мидриаз вследствие надрывов зрачкового края радужки. Небольшая гифема.
- Тяжёлая степень – значительное снижение остроты зрения, обширные кровоизлияния под конъюнктиву (гипосфагмы), частичное или полное заполнение кровью передней камеры (гифема), деформация зрачка вследствие отрыва корня радужки (иридодиализ), чаще зрачка не видно (залит кровью), гипотония глаза (при подконъюнктивальном разрыве склеры).

### ■ Неотложная помощь:

- бинокулярная повязка;
- транспортировка в офтальмологический стационар.





# Травма органа зрения

## Непрободное ранение глазного яблока.

- Клиника: Жалобы на колющие боли, ощущение песка в глазах, светобоязнь, слезотечение, ухудшение зрения, блефароспазм, гиперемия конъюнктивы. При хорошем освещении можно выявить участок, где отсутствует зеркальность роговицы (эрозия – диэпителизация), рану конъюнктивы или инородное тело.



- Неотложная помощь:
  - закапать в глаз 0,5% р-р дикаина, 2% р-р лидокаина.
  - закапать в глаз 30% р-р сульфацил-натрия или 0,25% левомицетин;
  - бинокулярная повязка;
  - транспортировка в офтальмологический стационар.

# Травма органа зрения

## Ранение глазницы.

- Клиника: Часто является сочетанной, с повреждением околоносовых пазух, мозга, челюстно-лицевой области. Боли, снижение зрения, нарушения движения глазного яблока, деформация краёв глазницы. Экзофтальм или энофтальм, подкожная эмфизема век и периорбитальной области в случае повреждения внутренней стенки орбиты. Ликворея при проникающем ранении мозга.



- Неотложная помощь:
  - остановка кровотечения;
  - анальгетики в/в или в/м;
  - бинокулярная асептическая повязка (при наличии кровотечения давящая);
  - транспортировка в многопрофильный стационар.



# *Травма органа зрения*

## Неотложная помощь при ранениях век и конъюнктивы.

- Анальгетики: Sol. Analgini 50% - 2,0 в/м;
- Удаление поверхностных инородных тел;
- Обработка окружающих тканей антисептиком (лизанин);
- Асептическая бинокулярная повязка на раненый глаз;
- Транспортировка в стационар.

Если веко полностью оторвано, его необходимо завернуть в стерильную салфетку, смоченную 0,9% р-ром натрия хлорида и доставить вместе с пострадавшим в стационар.

# Ожоги

По степени тяжести различают ожоги:

**I степень** – гиперемия конъюнктивы век и глазного яблока, незначительный отек и поверхностные эрозии роговицы.

**II степень** – образование пухирей, гиперемия и отёк кожи и конъюнктивы, на роговице обширные эрозии, очаги помутнения.

**III степень** – повреждение кожи, конъюнктивы и роговицы захватывает средние и глубокие слои, роговица становится диффузно мутной, некротизированой, приобретает вид матового стекла.

**IV степень** – характеризуется повреждением глубоких слоев ткани, большими участками некроза, повреждением окружающих тканей (мышц, склеры), что ведет к снижению зрительных функций, а в отдельных случаях к гибели глаза и его рубцеванию.

# НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ!!!

1. Обильно промыть глаз проточной водой  
(не менее 10 мин)
2. При ожоге известью-вывернуть верхнее веко , удалить свободнолежащие кусочки  
извести
3. Закапать раствор антибиотика
4. Наложить асептическую повязку



# Лечение ожогов:

Закапывание дез. раствора

Профилактика вторичной инфекции: левомецетин, колбиоцин, эубитал, гентамицин, ципролет, тобрекс

НСПВС: наклоф, диклоф

При отсутствии изъязвления роговицы:  
кортикостероиды

Мидриатики: мидриацил, мезатон, гоматропин, ирифрин

Ферменты: лидаза, гордокс или контрикал в/в

Антиоксиданты: эмоксипин, вит Е

Улучшающие репаративные процессы: тауфон, баларпан, корнерегель, актовегиновое и солкосериловое желе

Хирургическое – керато- и конъюнктивальная пластики