ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РФ ГБОУ ВПО КРАСГМУ ИМ. ПРОФ. В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО МЗ И СР РФ

Кафедра офтальмологии имени профессора М.А. Дмитриева с курсом ПО

РЕФЕРАТ

Ранения глаза

Выполнила: Ивченко Е.А.

Ординатор 1 года обучения

Проверила: ассистент кафедры

Балашова П.М.

г. Красноярск 2024 год

Оглавление

[Классификация 3](#_Toc160141088)

[Ранения век 4](#_Toc160141089)

[Ранения орбиты 5](#_Toc160141090)

[Инородные тела конъюнктивы и роговицы 7](#_Toc160141091)

[Инородное тело роговицы 8](#_Toc160141092)

[Проникающие ранения глаза 9](#_Toc160141093)

[Список литературы 11](#_Toc160141094)

# Классификация

Травмы делятся на:

I. ранения

1. сквозные

2. непроникающие

3. проникающие − век − конъюнктивы − роговицы − склеры − роговично-склеральные

a) с внедрением инородного тела

b) без внедрения инородного тела

# Ранения век

Раны век могут быть:

− поверхностными (несквозными), захватывающими кожу или кожу вместе с мышечным слоем,

− глубокими (сквозными), проходящими через нею толщу века, в том числе и конъюнктиву.

В клинике повреждение век часто сопровождается отеком и гиперемией кожи и подкожным кровоизлиянием. При этом надо обязательно проверять наличие подкожной эмфиземы, свидетельствующей о сопутствующем нарушении целостности костей носа и его придаточных пазух.

Ранения век нередко сочетаются с повреждениями глазного яблока или окружающих частей лица, которые не всегда сразу бывают заметны. Поэтому каждого, кто обращается за помощью при повреждении век, необходимо тщательно осмотреть для выявления таких скрытых нарушений и, конечно же, обязательно проверить остроту зрения; желательно оценить состояние прозрачности оптических сред глазного яблока.

Если в процессе обследования установлено, что рана века несквозная, длина ее не превышает 1 см, не зияет (а это обычно бывает, когда ход раневого канала параллелен или близок направлению хода мышечных волокон), хирургическая обработка не нужна.

Если рана века сочетается с проникающим ранением глазного яблока, никакой хирургической обработки не производить, срочно направить больного в глазное отделение (после оказания первой врачебной помощи).

Во всех остальных случаях края раны века должны быть сопоставлены узловыми швами синтетическим шовным материалом предпочтительно в первые сутки после ранения, конечно, если нет признаков гнойного инфицирования в самой ране или в прилегающих областях

**Неотложная помощь:**

1. Противостолбнячная сыворотка по методу Безредки (1500-3000 ЕД).

2. Рана очищается банничком, увлажненным дезинфицирующим раствором, от загрязняющих ее посторонних частиц; края ее смазываются 1 % спиртовым раствором бриллиантового зеленого.

3. Закапывать 0,25 % раствор левомицетина.

4. Антибиотики внутрь.

5. Направить больного в глазное отделение.

# Ранения орбиты

Ранение глазницы сравнительно легко распознается по наличию ран мягких тканей в этой анатомической области и по видимым нарушениям целостности ее костей. Следует иметь в виду, что сильные отеки мягких тканей могут маскировать действительный характер повреждений, они нередко комбинируются с поражением глазного яблока и смежных отделов лицевого скелета, а следовательно, желательно установить направление раневого канала, так как именно оно в основном определяет тяжесть повреждения костных стенок глазницы, ее содержимого и смежных органов.

− Сагиттальное (и сагиттально-косое) направление раневого канала обычно сопровождается повреждением головного мозга, иногда довольно глубоким.

− Поперечному (и поперечно-косому) направлению раневого канала часто сопутствует повреждение одного или даже обоих глазных яблок, зрительных нервов, решетчатых пазух и лобных долей головного мозга.

− При вертикальном (и вертикально-косом) направлении раневого канала, как правило, повреждаются лобная и верхнечелюстная пазухи, головной мозг, основание черепа, а иногда и шейная часть позвоночника. Это объясняет, почему в зависимости от характера ранения может понадобиться срочная консультация челюстно-лицевого хирурга, ЛОРспециалиста, невропатолога, нейрохирурга.

С учетом этих обстоятельств следует:

− срочно принять меры по ликвидации опасных для жизни раненого осложнений ( кровотечения из крупных сосудов, асфиксии и др)

− установить характер повреждения собственно орбиты и глазного яблока.

Диагностика ранений глазницы включает всестороннее обследование путем осмотра, пальпации, осторожного зондирования и рентгенографии глазничной области с захватом не только глазницы, но и всего черепа. Обязательно проверяется острота зрения, осматривается глазное яблоко, при необходимости исследуются придаточные пазухи, полости рта и носа.

При осмотре раненого желательно определить, повреждены ли костные стенки глазницы или ранение локализовано в ее мягком содержимом. О переломе костей глазницы свидетельствуют

− деформация ее краев и стенок и данные рентгенографии,

− эмфизема век и глазницы,

− наличие экзофтальма или энофтальма,

− диплопия, − боковые смещения глаза,

− ограничение его подвижности.

**Неотложная помощь:**

1. Противостолбнячная сыворотка (1500–3000 ME) по Безредке.

2. Асептическая повязка.

3. Антибиотик широкого спектра действия внутримышечно.

4. Срочная госпитализация в стационар

# Инородные тела конъюнктивы и роговицы

Излюбленная локализация инородного тела, внедрившегося на слизистую оболочку, – конъюнктива верхнего века в 2–3 мм от межреберного края. Жалобы на крайне неприятные ощущения: выраженная светобоязнь и боль, усиливающаяся при мигательных движениях. Инородное тело надо удалить как можно быстрее, так как при мигательных движениях оно нарушает целостность эпителия роговицы и создает благоприятные условия для развития вторичной инфекции. Соринка обычно легко удаляется без анестезии с помощью влажного банничка.

**Неотложная доврачебная помощь:**

1. Удалить инородное тело.

2. Закапать 0,25 % раствор левомицетина или 20 % сульфацила-натрия.

3. Закапывания продолжить в течение трех дней (4–6 раз в день).

# Инородное тело роговицы

Основная жалоба – резкое раздражение глаза – боль, острое чувство инородного тела, светобоязнь, слезотечение, покраснение глаза (перикорнеальная инъекция). Диагноз несложно установить с помощью исследования в фокальном свете.

При внедрении инородного тела в роговицу нарушается целостность эпителия, и ткань, окружающая инородное тело, начинает сразу же окисляться и терять свою прозрачность, нередко вокруг инородного тела в ней образуется ободок ржавого цвета («окалина»), которая задерживает заживление роговицы после удаления инородного тела.

Если инородное тело проникает в более глубокие слои роговицы и попытка удалить его не удалась, форсировать свои действия не стоит. Пациента лучше направить к врачу-специалисту, который уже под контролем щелевой лампы выполнит эту манипуляцию в более благоприятных условиях.

При наличии множественных инородных тел в роговой оболочке необходимо помнить, что одномоментно их удалять нельзя – слишком велика травма, а потому существенно утяжеляется процесс заживления. Извлекать инородные тела следует поэтапно, начиная с поверхностных.

**Неотложная помощь:**

1. Закапать 0,25 % раствор дикаина.

2. Удалить инородное тело инъекционной иглой или специальным копьем.

3. Закапать 0,25 % раствор левомицетина и 20 % раствор сульфацил-натрия или 0,3 % раствор тобрамицина.

4. 1 % левомицетиновая мазь.

5. Повязка-«занавеска».

6. Консультация офтальмолога.

7. В течение 5–7 дней: − продолжать применять дезинфицирующие капли и мазь; − солкосерил-гель 3–4 раза или «Витасик» 3–4 раза в день в каплях.

# Проникающие ранения глаза

Эти повреждения независимо от размера и локализации (роговица, лимб, склера) относятся к категории тяжелых, поскольку при каждом таком ранении практически всегда имеется опасность:

− расхождения или еще большего увеличения зияния раны с возможным выпадением внутриглазного содержимого;

− проникновения микроорганизмов из конъюнктивального мешка в полость глаза с большой долей вероятности развития гнойного иридоциклита, эндофтальмита и даже панофтальмита;

− кровоизлияния в стекловидное тело из поврежденных сосудов хориоидеи, довольно быстро трансформирующиеся в грубые фиброзные тяжи, которые нередко являются причиной тракционной отслойки сетчатки;

− развития симпатической офтальмии на парном (здоровом!) глазу.

Осмотр пациента даже с подозрением на проникающее ранение глазного яблока надо проводить очень осторожно, лучше после капельной анестезии и самым внимательным образом.

Диагностика этого вида травм глазного яблока строится на выявлении абсолютных и относительных признаков проникающего ранения.

Абсолютные признаки проникающего ранения:

− сквозная рана фиброзной оболочки глаза;

− выпадение в рану части радужки, цилиарного тела, хориоидеи, сетчатки, стекловидного тела;

− инородное тело внутри глазного яблока.

Относительные признаки проникающего ранения:

− мелкая передняя камера (при наличии раны в зоне роговицы или лимба);

− глубокая передняя камера (при ранении склеры и выпадении стекловидного тела или вывихе хрусталика в стекловидное тело);

− резкий отек конъюнктивы со скопившейся под ней кровью (хемоз с гипосфагмой), затрудняющий клиническую оценку состояния склеры;

− надрыв зрачкового края радужки;

− подтягивание радужки к роговице и деформация зрачка;

− помутнение хрусталика;

− гипотония;

− отверстие в радужной оболочке .

**Неотложная помощь:**

1. Осторожно закапать 20 % раствор сульфацил-натрия (мазь не использовать!);

2. Наложить бинокулярную повязку.

3. Ввести противостолбнячную сыворотку (1500–3000 ME) по Безредке.

4. Ввести внутримышечно разовую дозу антибиотика широкого спектра действия, внутрь; 1 г сульфаниламидного препарата и 0,05 г аскорутина.

5. Ввести внутримышечно 1 мл викасола или этамзилата.

6. Обезболивающие по показаниям.

7. Обеспечить транспортировку раненого, желательно в лежачем положении, сантранспортом.

Пациент с проникающим ранением глазного яблока всегда подлежит срочной госпитализации в глазное отделение с соблюдением условий, максимально ограничивающих какие-либо физические напряжения. В стационаре после уточняющего офтальмологического обследования, включая рентгеновское, будет решен вопрос о характере и тактике хирургического вмешательства, которое зависит от особенностей и размера раны, отсутствия или наличия внутриглазного инородного тела, сроков, прошедших со времени травмы, и пр.

# Список литературы

1. Глазные болезни [Электронный ресурс]: учебник / Егоров Е. А., Епифанова Л. М. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – URL: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970433218.html

2. Рубан, Э. Д. Сестринское дело в офтальмологии: учебное пособие / Э. Д. Рубан, И. К. Гайнутдинов. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2015. – 352 с.: ил. - (Среднее медицинское образование).

3. Офтальмология: нац. рук.ред. С. Э. Аветисов, Е. А. Егоров, Л. К. Мошетова [и др.]М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013.