

УДК: 617.75+617.751+617.7-08

Панько О.М.

Випадок повного відновлення функцій правого ока після важкої контузії та підвищення гостроти зору амбліопічного лівого ока

Кафедра нейрохірургії з курсом офтальмології (зав. курсом – доц. М.Д.Вершиніна)

Івано-Франківського національного медичного університету

Контузійні травми ока зустрічаються досить часто і характеризуються різноманітними зворотними та незворотними змінами в структурах ока, а саме: субкон'юнктивальними крововиливами, помутнінням рогівки, наявністю ерозій рогівки, гіфеомою, змінами в райдужній оболонці (іридодіаліз, мідриаз, аніридією), порушенням положення кришталика (сублюксація, люксація), геміофтальмом. Найбільш частими пошкодженнями, які приводять до значного погіршення зору чи повної його втрати є ураження сітківки в макулярній ділянці (набряк, крововиливи, розриви).

Хворий К. (історія № 80798), 19 років, отримав контузійну травму правого ока (удар кулаком в ділянку лівої орбіти під час бійки) 13.01 1998 р., за медичною допомогою звернувся 20.01 1998 року.

Шпиталізований в офтальмотравмцентр Івано-Франківської обласної клінічної лікарні 20.01.1998 року о 13 годині 35 хвилин з діагнозом контузії правого ока, крововилив в макулярну ділянку, розрив хоріоїдеї правого ока, гіперметропія слабого ступеня, гіперметропічний астигматизм, амбліопія високого ступеня лівого ока.

Скарги. При поступленні скаржився на відсутність зору правим оком. З анамнезу вияснили, що ліве око погано бачило з дитинства, не обстежувався, корекція гостроту зору не покращувала.

Об'єктивні дані: загальний стан задовільний, свідомість ясна, шкірні покрови і видимі слизові не змінені. Пульс 72 за хвилину, артеріальний тиск 110/70 мм рт. ст.

Офтальмологічний статус: гострота зору правого ока – 0,005 не корегує, лівого 0,3 не корегує. Рухи очних яблук в повному об'ємі.

Праве око. Рогівка прозора. Волога передньої камери та скловидне тіло прозорі. Офтальмоскопічно: на очному дні в центральній ділянці ретинальний крововилив, набряк сітківки в місці крововиливу, макулярний та фовеолярний рефлекси відсутні. Множинні геморагічні вогнища різної величини спостерігалися практично по всій сітківці. Внутрішньоочний тиск правого ока 14 мм рт. ст. лівого ока 22 мм рт. ст. Рефракція правого ока еметропічна.

При огляді лівого ока відзначається відсутність змін в структурах ока переднього і заднього відрізків. Внутрішньоочний тиск лівого ока 22 мм рт. ст. Рефракція лівого ока – гіперметропія в 2,0Д з астигматизмом в 1,0Д, рефракційна амбліопія сабкого ступеня.

Дані додаткових методів обстеження. Загальний аналіз крові: 131 г/л, еритроцити – $4,78 \times 10^{12}$ /л, лейкоцити – $5,6 \times 10^9$ /л, КП – 0,9, ШОЕ – 6 мм/год, п. – 2, е – 3, с – 58, л – 28, м. – 13

На оглядовій рентгенограмі орбіт змін не виявлено. Ультразвукове дослідження правого ока показало відсутність змін скловидного тіла (гемофтальм) та сітківки (відшарування). Фосфен діагностика: поріг електричної чутливості правого ока – 90 мАм (N до 70), лабільність – 44,3 Гц (N до 70); лівого ока – 67 мАм, лабільність 42,2 Гц. Периферичні межі поля зору обидвох очей в межах норми.

Враховуючи об'єктивні дані, дані клінічних та інструментальних досліджень було виставлено діагноз: а) основний: контузія, крововилив в макулярну ділянку, розрив хоріоїдеї правого ока: супутній: гіперметропія слабого ступеня,

гіперметропічний астигматизм, амбліопія середнього ступеня лівого ока.

Лікування. Суворий постільний режим, біноклярна пов'язка, внутрішньом'язево вводили розчин діцинону по 2мл, парабульбарно – розчин діцинону по 1,0 мл щодня, через день вводили розчин емоксипіну, дексаметазон по 1 мл з фібринолізином 300 ОД 1 раз на добу. Аскорутин по 1 таблетці 3 рази на добу, сечогінні фуросемід по 1 таблетці 1 раз на добу. Лікування проводилося протягом 10 днів.

При виписці гострота зору правого ока 0,02 не корегує, лівого ока 0,3 не корегує. Передній відрізок без змін. Очне дно правого ока на момент виписки з малопомітними ознаками позитивної динаміки (крововилив у сітківку щільний, без ознак розсмоктування).

Хворому було запропоновано підібрати корекцію для лівого ока за даними скіаскопії після циклоплегії розчином 1% атропіну сульфату. Виписана корекція була призначена для постійного користування.

При огляді пацієнта через 2 місяці виявлено: гострота зору правого ока 0,06 не корегує, лівого ока 0,3 з корекцією гострота зору 0,4 (корекція постійна). Праве око спокійне, оптичні середовища прозорі. Відмічається зменшення інтенсивності і в розмірах ретинального крововиливу. Диск зорового нерва блідо-рожевий, контури завуальовані, фізіологічна екскавація в центрі, не поширена, калібр судин не змінений. В макулярній ділянці парафовеолярно контурується вертикальний лінійний розрив хоріоїдеї, який починається вище диска зорового нерва і, ймовірно, закінчується в проекції нижче диска зорового нерва (не проглядається чітко через набряк сітківки).

Фосфен діагностика: поріг електричної чутливості правого ока – 70 мАм (N до 70), лабільність – 42,3 Гц (N до 70); лівого ока – 65 мАм, лабільність 45,2 Гц. Периферичні межі поля зору обидвох очей в межах норми.

Огляд через рік після травми: гострота зору правого ока 1,0, гострота зору лівого ока без корекції 1,0. Обидва ока спокійні, оптичні середовища прозорі. Очне дно правого ока диск зорового нерва блідо-рожевий, контурований, фізіологічна екскавація центральна, в розмірах не змінена, хід, калібр артерій вен не змінені. Парафовеолярно чітко видно хоріоїдальний вертикальний лінійний розрив, який починається вище і закінчується нижче диска зорового нерва, дисперсія пігменту в центральній ділянці сітківки. Ліве око – очне дно без патологічних змін.

Покращення гостроти зору лівим оком можна пояснити як відтерміноване лікування амбліопії за обставин, які склалися (контузії правого ока з значним зниженням гостроти зору).

Огляд пацієнта через 6 років після травми показав: гострота зору обидвох очей 1,0, середовища обидвох очей не змінені, очне дно правого ока сформований вертикальний лінійний парафовеолярний хоріоїдальний рубець. Показники комп'ютерної периметрії Humphrey та фосфену в межах норми. Дослідження характеру зору на кольоротесті Білостоцького показало наявність біноклярного зору.

Висновки

1. Вчасна госпіталізація та адекватне, в повному об'ємі лікування, відіграли важливе значення у відновленні функ-

цій правого ока.

2. Вимушена оклюзія правого ока (макулярний крововилив з значним зниженням гостроти зору до 0,02) відіграла роль стресу і стала стимулом для компенсаторного розвитку функції зору амбліопічного лівого ока.

3. Даний випадок ще раз підтверджує, що лікування

амбліопії з високими кінцевими показниками гостроти зору (1,0) може бути результативним не тільки у дітей раннього віку, але й у пацієнтів молодого віку (20 років).

Надійшла 06.02.2012 року.

УДК:617.7-001.4+617.7-003.6+617.72

Панько О.М.

Проникаюче поранення нижньої стінки орбіти і довготривале перебування металічного стороннього тіла в орбіті без пошкодження єдиного очного яблука

Кафедра нейрохірургії з курсом офтальмології (зав. курсом – доц. М.Д.Вершиніна)
Івано-Франківського національного медичного університету

Проникаючі поранення додатків ока зустрічаються досить часто і так само часто залишаються недостатньо діагностованими. Причиною звертання потерпілого до офтальмолога, як правило, є вже наслідки, які характеризуються значним зниженням гостроти зору та різноманітними змінами в навколишніх тканинах та структурах ока. Зміни, спричинені тривалим перебуванням залізного шматочка в тканинах ока, називаються сидерозом і проявляється екстрабульбарними та інтрабульбарними змінами, а саме зміною кольору райдужної оболонки, зміною прозорості кришталика, деструкцією скловидного тіла, змінами сітківки та зорового нерва. Значне погіршення зору чи повна його втрата вказує на ураження центральної частини сітківки - ділянки макули та ураження зорового нерва.

Хворий М., 39 років, працівник одного з великих промислових підприємств звернувся до офтальмолога обласної клінічної лікарні зі скаргами на значне зниження гостроти зору лівим оком, наявність плями перед лівим оком.

З анамнезу відомо, що 9 років назад під час роботи на станку отримав травму ділянки лівої щоки, про що занотовано медичним працівником в амбулаторній карті робітника. Надана перша допомога - обробка рани щоки 5% спиртовим розчином бриліантовим зеленим. Хворий приступив до роботи.

При обстеженні виявлено: гострота зору правим оком 0,02 не корегує, гострота зору лівим оком 0,04 не коригує. Рефракція правого ока гіперметропія в 10,5Д, рефракція лівого ока – еметропічна. Внутрішньоочний тиск правого ока 21 мм рт.ст., лівого ока - 18 мм рт. ст.

Об'єктивно: праве око – відхилене досередини, об'єм рухів збережений, кут косоокості 65. Ліве око – ортофорія, об'єм рухів збережений. Больових відчуттів чи дискомфорту в лівій орбіті при рухах очима хворий не відзначає. Репозиція очних яблук задовільна, симетрична. Передній відрізок обох очей: положення повік правильне, кон'юнктива блідо-рожева, виділення відсутні. Рогівка прозора, чутливість (визначали градуйованими волосками Фрея) не порушена.

Райдужна оболонка однакового кольору на обидвох очах, рисунок райдужної оболонки не змінений, зіниця правого і лівого ока правильної круглої форми, однакова в діаметрі, співдружна та пряма реакція на світло збережені. Кришталик обидвох очей прозорий, положення правильне, скловидне тіло правого ока прозоре, в скловидному тілі лівого ока ближче до заднього полюсу спостерігалось помутніння. Очне дно обидвох очей: диск зорового нерва помірно гіперемований, фізіологічна екскавація виповнена, контури завуальовані, артерії вузькі, хід незмінений, вени помірно поширені, хід вен не змінений. Макулярна ділянка обидвох очей помірно гіперемована, макулярний та фовеолярний рефлекс відсутні. Відсутні також геморагічні та дегенеративні вогнища макули та сітківки на протязі.

Додаткові методи обстеження. Проведено визначення меж поля зору на білий та кольорові (синій, червоний, зелений) об'єкти. Визначили та вирішили, що межі поля зору правого ока для діагностики не будуть інформативними в зв'язку з низькою гостротою зору, зміненням положенням очного яблука та відсутністю центральної фіксації цим оком.

При визначенні полів зору лівого ока виявили відсутність змін меж на об'єкт білого кольору. Межі полів зору на червоний та зелений кольори концентрично звужені до 10° (схема додається рис. 1).

Кампіметрія правого ока не проводилася. При обстеженні лівого ока відзначили збільшення в розмірах сліпої плями (15°г18°), наявність центральної відносної скотоми в межах 10° концентрично по усіх меридіанах.

Фосфен діагностика: правого ока не визначалася. Лівого ока – поріг електричної чутливості (ПЕЧ) – 365мкА, лабільність (Гц) не визначалася.

На рентгенограмі орбіт виявлено рентгенконтрастний сторонній предмет великих розмірів (металічний) між очним яблуком та нижньою стінкою орбіти, під нижнім прямим м'язом).

Шпиталізований в офтальмотравмцентр Івано-Франківської обласної клінічної лікарні 22.10.1989 року. По-