

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-

передній діагноз: токсичний макуліт, токсичний неврит зорового нерва лівого ока. Стороннє тіло орбіти лівого ока. Гіперметропія високого ступеня, рефракційна амбліопія високого ступеня, збіжна співдружна косоокість, несправжній неврит правого ока.

При поступленні скаржився на значне поступове зниження гостроти зору лівим оком, наявність плями перед лівим оком протягом останніх 5 місяців. Правим оком погано бачить з дитинства, не лікувався.

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. Живіт при пальпації м'який, не болючий. В легенях везикулярне дихання, в серці тони чисті, ритмічні. Фізіологічні відправлення в нормі.

Враховуючи об'єктивні дані та наявність стороннього тіла лівої орбіти, хворому було запропоновано оперативне лікування – видалення стороннього тіла лівої орбіти.

Під місцевою анестезією була проведена операція видалення стороннього тіла лівої орбіти. Видалено металічне магнітне стороннє тіло трикутної форми розміром 10мм×8мм×9мм. Операція та післяопераційний період перебігав без ускладнень.

В післяопераційному періоді хворий отримав загально: антибіотики широкого спектру дії, сульфаніламідні препарати, дегідратуочу терапію. Місцево призначалися інстиляції антибактеріальних препаратів 6 разів на добу, 1% тетрациклінова мазь в кон'юнктивальну порожнину 3 рази на день. Протизапальна терапія проводилася протягом 5 днів. Шви кон'юнктиви знято на 6 день.

Після проведеної протизапальної терапії хворому була запропонована відновлювальна терапія (нейропротекція) протягом 10 днів: внутрішньом'язево: розчин аденозинтрифосфорної кислоти (АТФ) по 1мл, розчин цианкобаламіну по 500 мкг, розчин прозерину по 1мл. Внутрішньовенно призначено 20мл 40% розчину глюкози з 1мл 5% аскорбінової кислоти. Враховуючи причинність клінічних проявів, хворому була запропонована детоксикаційна терапія яка заключалася у введенні препарату унітіол внутрішньом'язево та місцево субкон'юнктивально по 0,2мл за схемою. Знаючи про можливий розвиток алергічної реакції препарат вводився після попередньо проведеної внутрішньошкірної проби. Полівітаміни по 1 драже 2 рази на день тривало (1-2 місяці).

Такі курси відновної терапії хворому проводилися ще тричі з інтервалом у 6 місяців.

Під час огляду офтальмологом через 2 роки виявлено: гострота зору правим оком 0,02 не корегує, гострота зору лівим оком 0,8-0,9 не коригує. Рефракція правого ока гіперметропія в 10,5Д, рефракція лівого ока – еметропічна. Внутрішньоочний тиск правого ока 20 мм рт.ст., лівого ока - 17 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 при рухах обидвома 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 гра-дуйованими 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. Кришталік обидвох очей прозорий, положення правильне, скловидне тіло обидвох очей прозоре. Очне дно правого ока: диск зорового нерва помірно гіперемований, контури завуальовані, артерії вузькі, хід незмінений, вени помірно поширені, калібр на всьому протязі однаковий, хід вен не змінений. Макулярна ділянка - макулярний та фовеолярний рефлекс відсутні. Відсутні також геморагічні та дегенеративні вогнища макули.

Очне дно лівого ока: диск зорового нерва блідо рожевий, контурований фізіологічна екскавація центральна, не поширена. Положення судинного пучка центральне. Артерії вузькі, хід не змінений, вени - калібр на всьому протязі однаковий, хід вен не змінений. Макулярний та фовеолярний рефлекс контуруються.

Додаткові методи обстеження. Проведено визначення меж поля зору на білий та кольорові (синій, червоний, зелений) об'єкти. Межі поля зору правого ока такі ж самі, як під час першого обстеження.

При визначенні поля зору лівого ока виявили, що межі поля зору на об'єкт білого кольору залишився в межах норми. Межі поля зору на синій незначно розширився (до 30-55°). На червоний колір - до 20-30° та на зелений колір - залишилося концентрично звуженим до 10°, що може свідчити про поступове відновлення функцій зорового нерва

Кампіметрія правого ока не проводилася. При обстеженні лівого ока відзначили зменшення розмірів сліпої плями до норми. Вертикальний діаметр сліпої плями – 8-9°, горизонтальний 5-6°. Центральна скотома відсутня.

Фосфен діагностика: правого ока – не визначали. Лівого ока – поріг електричної чутливості (ПЕЧ) – 81 мкА, лабільність 42 Гц.

Висновки

ШУважне ставлення до пацієнта на догоспітальному етапі дозволить визначити адресність та об'єм обстежень.

ШВчасне обстеження пацієнтів в офтальмотравмцентрі відразу після отриманої травми попередить розвиток таких серйозних ускладнень, які можуть з часом привести до незворотньої сліпоті.

ШОволодіння достатнім об'ємом додаткових методів обстежень та призначення консультацій суміжних спеціалістів допоможе діагностувати хворобу.

ШВизначення причини патологічних змін і правильна тактика тривалого лікування є запорукою успішного лікування і видужання пацієнта.

Надійшла 06.02.2012 року.