

---

## Проникаюче поранення рогівки у дитини раннього віку. Поведінкові проблеми

Боброва Н. Ф., Дембовецька Г.М., Севцова Д. С.

*ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України» (Одеса, Україна)*

**Мета.** Проаналізувати поведінкові реакції, характер і особливості перебігу проникаючого поранення очного яблука у дитини 22 місяців.

**Матеріал і методи.** У відділі офтальмопатології дитячого віку Інституту ОХ і ТТ ім. В.П. Філатова проходила лікування 22 місячна дитина після пошкодження лівого ока фрагментом скляної чашки.

**Результати.** Виявлена посттравматична адаптована рана рогівки довжиною до 5-6 мм; в центрі передньої капсули дефект; кришталик мутний, набухають; рефлекс з очного дна, формений зір був відсутнім.

Обстеження під загальним наркозом виявило посттравматичну адаптовану рану рогівки довжиною до 5-6 мм; в центрі передньої капсули дефект; кришталик мутний, набухає; рефлекс з очного дна, формений зір були відсутні.

На оглядовій рентгенограмі тіней осколків не виявлено; УЗ-сканування OS: в центральній зоні рогівки виявлено з високою ехогеністю структура довжиною 2,0 мм. Було виконано термінове хірургічне втручання: видалення стороннього тіла; первинна хірургічна обробка з накладанням наскрізних швів, травматична факоаспірація катаракти із збереженням задньої капсули; внутрішньокапсульна імплантація ІОЛ через розрив передньої капсули з подальшим переднім капсуло-рексисом в оптичній зоні. Через 2 місяці вторинна інфекція, гнійний іридоцикліт з гіпопіоном та ексудатом на ІОЛ, були розвинуті через поведінкові проблеми дитини. Завдяки іммобілізації рук дитини, протизапальній терапії та зняття швів запалення було зупинено. Гострота зору з оптоптики Теллера підвищилася до 0,2.

**Висновок.** Проникаючі очні рани в ранньому дитинстві характеризуються вираженою ексудативною реакцією. Поведінка малюка, постійний контакт рук з очима може спричинити вторинну інфекцію з можливою втратою зору.

## Проникающее ранение роговицы у ребенка раннего возраста. Поведенческие проблемы

Боброва Н. Ф., Дембовецкая А. Н., Севцова Д. С.

*ГУ «Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В.П. Филатова НАМН Украины» (Одесса, Украина)*

**Актуальность.** Проникающие ранения глаза остаются одной из основных причин снижения остроты зрения в детском возрасте. Повреждения глаза у мальчиков наблюдаются в 3-5 раз чаще, чем у девочек. Наибольшее число травм органа зрения детского возраста происходит у детей в возрасте от 10 до 13 лет [Боброва Н.Ф., 2003-2013; Гундорова Р.А., 2009-2014; Кун Ф., 2011; Forlini С., 2007-2008]. Данные о проникающих ранениях глаза в раннем детском возрасте в литературе практически отсутствуют.

---

**Цель.** Проанализировать поведенческие реакции, характер и особенности течения проникающего ранения глазного яблока у ребенка 22 месяцев.

**Материал и методы.** В отдел офтальмопатологии детского возраста института ГБ и ТТ им. В.П. Филатова обратилась мать ребенка 22 мес. с жалобами на слезотечение и светобоязнь левого глаза. Покраснение левого глаза было замечено после того, как ребенок разбил стеклянную чашку. Самостоятельно начато лечение каплями. В течение недели краснота глаза уменьшилась, но появилось слезотечение и светобоязнь. Ребенок стал беспокойным, плакал, прищуривал глаз, постоянно тер его руками.

**Результаты.** При поступлении: левый глаз раздражен, глазная щель сужена, блефароспазм, светобоязнь, слезотечение. Осмотр затруднен. При обследовании под наркозом: обнаружена посттравматическая адаптированная рана роговицы длиной до 5-6мм; в центре передней капсулы дефект; хрусталик мутный, набухающий; рефлекс с глазного дна, форменное зрение отсутствуют. На обзорной рентгенограмме теней осколков не выявлено; УЗ-сканирование OS: в центральной зоне роговицы обнаружена высокой эхогенности структура длиной 2,0 мм. Передняя капсула хрусталик разрушена на протяжении 3-4 мм. Толщина хрусталика - 4,1 мм.

Ургентно выполнена операция: удаление инородного тела (осколок стекла, выделился после заадаптации раны роговицы и введения вискоэластика в переднюю камеру); отсроченная ПХО с наложением сквозных швов; факоаспирация набухающей катаракты с сохранением задней капсулы; картриджная внутрикапсулярная имплантация ИОЛ через дефект передней капсулы с последующим передним капсулорексисом в оптической зоне. На 3-й день после операции наблюдалась экссудативная реакция II степени, которая была купирована консервативно. Острота зрения по оптотипам Теллера повысилась до 0,1. Выписан. Через 2 месяца повторно госпитализирован по поводу вторичного инфицирования, с гнойным отделяемым на швах, гнойного иридоциклита с гипопионом, экссудатом на передней поверхности ИОЛ. Зрение отсутствовало. По данным микробиологических посевов обнаружено: оба глаза - *Escherichia coli*; нос - *Streptococcus haemolyticus* + дрожжеподобные грибки; зев - грибки рода *Candida*. После строгого соблюдения ношения «налокотников» для предупреждения контакта рук с глазами; массивного курса антибиотико-, фунгицидной, противовоспалительной, рассасывающей терапии с последующим снятием инфильтрированных роговичных швов, состояние глаза стабилизировалось, удалось купировать явления гнойного иридоциклита с полным рассасыванием гипопиона, экссудата в передней камере и восстановлением подвижности зрачка. Стала видна ИОЛ – положение правильное и глазное дно – без видимых изменений. Острота зрения по оптотипам Теллера повысилась до 0,2.

**Заключение.** Проникающие ранения глазного яблока в раннем детском возрасте характеризуются повышенной экссудативной реакцией тканей, способствующей склеиванию раны роговицы с инородным телом внутри ране-

---

вого каналу, розвитком екссудативної реакції в ранньому післяопераційному періоді і гнійними процесами при вторичному інфікуванні. Поведенчеські реакції батьків і дітей раннього віку при проникаючих ранах ока поряд з недостатнім доглядом дитини, спровокувавши травму; проведенням самостійного лікування при невнимателіному огляді ока і пізнім зверненні, включаються в постійне доторкання ока руками, що викликало вторичне інфікування з втратою, отриманого внаслідок операції, зору; повторне запоздале звернення після вираженого розвитку гнійного внутрішнього процесу. Зупинити дане стан було можливо тільки після розділення контакту руки – ока з використанням всього арсеналу консервативної терапії.

### **Corneal penetrating wound in the infant. Behavioral problems**

Bobrova N. F., Dembovetska A. N., Sievtsova D. S.

*SI «The Filatov Institute of Eye Diseases and Tissue Therapy of NAMS of Ukraine» (Odesa, Ukraine)*

**Purpose.** To analyze the behavioral reactions, the nature and features of the corneal penetrating wound in the 22 mo/o child. **Material and methods.** 22 mo/o child was treated at the Filatov Institute Pediatric department after left eye (LE) injury by the fragment of glass cup. **Results.** Examination under general anesthesia has detected a post-traumatic adapted corneal wound; swelling cataract with anterior capsule rupture. LE VA = LP. LE B-scan revealed high echo 2.0 mm long structure in the central corneal zone. Urgent surgery was performed: foreign body removal; deferred corneal wound surgery by 100% sutures, traumatic cataract phacoaspiration with posterior capsule preservation; intracapsular IOL implantation through the anterior capsule rupture with followed anterior capsulorexis in the optical zone. 2 mo later secondary infection, purulent iridocyclitis with hypopion & exudate on the IOL were developed due to child's behavioral problems. Thanks to child's hands immobilization, anti-inflammatory therapy and sutures removal the inflammation was stopped. VA according to Teller's optotypes improved to 0,2. **Conclusion.** Penetrating eye wounds in the early childhood are characterized by expressed exudative reaction. Kid's behavior, permanent hands' contact with eyes can caused secondary infection with possible vision loss.

---

### **Іридоциліарні пухлини дитячого віку**

Боброва Н. Ф., Сорочинська Т. А., Дембовецька Г. М.

*ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії імені В.П.Філатова НАМН України» (Одеса, Україна)*

**Мета.** Проаналізувати клінічні особливості та лікування іридоциліарних пухлин (ІЦП) дитячого віку. **Матеріал та методи.** 8 дітей у віці 4-15 років з ІЦП. **Результати.** Пігментні пухлини - 3 ока, беспигментні - 5, висотою 1,15 - 16,5 мм і розміром від 1,8 до 21 мм, ускладнені гетерохромією райдужки (2), іридоциклітом (2), вторинною глаукомою (3), підвивихом кришталика (2). Енуклеацію проводили у 4 випадках: первинну - при пухлинах великого розміру (3), вторинну - внаслідок рецидиву пухлини після кріо - та брахітерапії (1). Органозберігаюча терапія проведена в 4 випадках: резекція пухлини - 2 ока, комбінована хіміотерапія (інтра-