

Оскільки відкрита вибухова травма майже у 2/3 випадків приводила до пошкодження кришталика саме втручання на кришталику були найбільш частими та мали реконструктивний характер з одномоментним руйнуванням рубцових зрощень, іридопластикою, передньою вітректомією. Серед них – при значному посттравматичному пошкодженні передньої капсули кришталика проводилась факоаспірація (50,0 %), з них з одно моментною імплантацією ІОЛ в 38,5 % випадків, та ленсаїтректомія (7,7 %).

Закрита травма очного яблука (або контузія) відзначена у 36,6 %. На відміну від відкритої вибухової травми, при якій найбільш пошкодження набував передній відрізок ока, при закритій - контузійній травмі найбільш постраждалими були структури заднього відрізка очного яблука. В 46,7 % випадків причиною закритої контузійної травми ока стали сторонні тіла орбіти - свинцеві кульки, які з'явилися травмуючим агентом під час пострілу з пневматичної зброї – рушниць або пістолету. Травматична катаракта внаслідок контузії розвинулась в 20,0 % випадків, що потребувало проведення хірургічного лікування – факоаспірації з одномоментною імплантацією ІОЛ.

У більшості дітей зорові функції очей після вибухової травми були значно знижені – відсутність форменого зору (нуль) спостерігалась в 19,5 %, а світлопроекція та гострота зору на рівні відсотків – в 43,9 % випадків. В безпосередні строки після оперативного та консервативного лікування отримано підвищення гостроти зору 0,3 і вище вже на 51,5 % очей. А у віддалені строки спостереження одужання з гостротою зору 0,3 і вище зафіксовано в 64,3 % випадків.

Висновки. Аналіз особливостей вибухової травми у дітей показав, що характерним для цієї вікової групи є значна тяжкість ураження структур ока з перевагою відкритої травми очного яблука (63,4 %), які супроводжуються пошкодженням 3-х і більше структур ока в 88,4 % випадків, найбільш частою травмованою структурою є кришталик (73,1 %). Ефективна реконструктивна хірургічна реабілітація, яка передбачає комплексні втручання з максимальним відновленням всіх травмованих структур з використанням імплантації ІОЛ за удосконаленими технологіями разом з консервативним лікуванням надає можливості навіть при таких важких пораненнях відновити високу гостроту зору (0,3 та вище) у 64,3 % випадків.

СИМПАТИЧНА ОФТАЛЬМІЯ У ДИТЯЧОМУ ВІЦІ

Боброва Н.Ф., Троніна С.А., Суходоева О.О.

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

Симпатична офтальмія (СО) відноситься до рідкісних аутоімунних захворювань, що проходять у вигляді гранулематозного увеїту обох очей, та розвивається, як правило, після травми, рідше – оперативного втручання на одному оці. Причини розвитку симпатичної офтальмії остаточно не визначено.

Домінуючою є думка про порушення, що відбуваються в імунній системі, яка змушує організм атакувати неушкоджену судинну оболонку здорового ока. Удосконалення методів первинної хірургічної обробки проникаючих поранень та активне використання кортикостероїдів у медикаментозному лікуванні сприяло значному зниженню частоти розвитку СО, яка в даний час коливається в межах 0,2-0,4% [Kumar зі співав., 2014] і частіше розвивається в осіб молодого віку, серед яких більше половини становлять діти та підлітки до 15 років.

У дітей, як показує практика, СО передує симпатичне роздратування, яке проявляється у вигляді світлобоязні, слъозотечі та перикорнеальної ін'єкції здорового парного ока.

Мета роботи– проаналізувати клінічні, дані дитини з СО парного здорового ока після важкої відкритої травми з контузій ним компонентом.

Матеріал і методи. Хлопчик М., 6,5 років був ургентно госпіталізований до відділу офальмопатології дитячого віку ДУ «Інститут очних хвороб та тканинної терапії ім. В.П.Філатова НАМНУ» з приводу проникаючого корнеосклерального поранення правого ока з випаданням оболонок, гіфеми, гемофтальму, рани верхньої повіки внаслідок тяжкої травми гілкою дерева. Ургентно було проведено хірургічне лікування – ПХО корнеосклеральної рани та рани верхньої повіки. На момент надходження гострота зору правого ока дорівнювала нулю, лівого – 1,0. В післяопераційному періоді проводилась активна інфузійна, антибактеріальна, протизапальна терапія. Виписаний у задовільному стані для продовження лікування за місцем проживання.

Через півтора місяці мати дитини помітила почервоніння та світлобоязнь здорового лівого ока, але при огляді офальмолога за місцем проживання був встановлений помилковий діагноз кон'юнктивіта. При повторній ургентній госпіталізації до стаціонару відділу дитячої офальмології Інституту через тиждень після появи світлобоязні на підставі клінічного та інструментального дослідження діагностовано симпатичний панувеїт лівого ока. Прийнято рішення про ургентну енуклеацію симпатизуючого сліпого правого ока з формуванням опорно-рухової культі з орбітальним імплантом.

В післяопераційному періоді було розпочато курс активної антибактеріальної, протизапальної інфузійної терапії з місцевим та системним застосуванням кортикостероїдів, фізіотерапії лівого ока, а також продовжено вивчення його клінічного стану із залученням спектральної ОКТ, ФАГ, імунологічного дослідження. Захворювання проходило із загостреннями на 10 добу лікування, що призвело до необхідності призначення цитостатику циклоспорина, а також повторно через півтора місяці після закінчення лікування із зниженням гостроти зору до 0,12, у зв'язку чим доза циклоспорина була збільшена, а також додатково було проведено введення каналогa у субтенонівний простір. В результаті рецидив СО був купований з підвищенням зорових функцій до 0,6. Ефективний контроль запального процесу, зафіксований при подальшому динамічному спостереженні, дозволив поступово знизити дозу системних кортикостероїдів до 2 мг/добу та імунодепресантів до 50 мг/добу. Цікавим фактом було виявлення при контрольній СОКТ сітківки вузликів Далена-Фукса, які з'явились через п'ять місяців після розвитку симпатичної офальмії.

Клінічна настороженість і ретельний моніторинг стану не тільки травмованого, а й парного ока як у безпосередні терміни після травми, так і у віддалений період повинні мати за мету виявлення початкових ознак симпатичного подразнення (світлобоязнь, слъозотеча) та визначення необхідності застосування ургентних адекватних заходів впливу щодо профілактики розвитку СО.