

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Харківський національний медичний університет

НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА
ПРИ ГОСТРИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ
ТА ТРАВМАХ ОКА

Методичні вказівки
до підготовки лікарів-інтернів,
слухачів передатестаційних циклів
зі спеціальності
«Медицина невідкладних станів»

Затверджено
вченою радою ХНМУ.
Протокол № 2 від 21.02.2013.

Харків
ХНМУ
2013

Невідкладна допомога при гострих захворюваннях та травмах
ока : метод. вказ. до підготовки лікарів-інтернів, слухачів передатеста-
ційних циклів зі спеціальності «Медицина невідкладних станів» / упор.
А.А. Хижняк, С.С. Дубівська. – Харків : ХНМУ, 2013. – 12 с.

Упорядники А.А. Хижняк
С.С. Дубівська

Гострий приступ глаукоми

Це небезпечний стан, який може закінчитися втратою зору, якщо пацієнт вчасно не отримусь лікарську допомогу. Виникає гострий напад глаукоми найчастіше в другій половині ночі між третім і четвертим часом. До моменту прокидання пацієнта розвивається вже розгорнута картина нападу: з'являються біль в оці, що іррадіює у відповідну половину голови, головний біль; знижується гострота зору аж до збереження тільки світло-відчуття, райдужні кола перед очима; туман перед очима, запаморочення.

Все це може супроводжуватися нудотою, блюванням. Іноді навіть з'являються болі в ділянці серця або в животі. Іноді погіршується загальний стан – головні болі, болі в серці, уповільнення серцевого ритму, болі в животі, турбує пацієнта більше ніж болі в оці та порушення зору, що може привести до помилкового призначення лікування. Іноді блювання може бути нестримним, болі в серце сильними, на електрокардіограмі виявляються зміни і до постановки діагнозу гострого нападу глаукоми проходить багато часу.

Велику інформацію при даній патології надає *огляд очей*. Навіть при поверхневому огляді можна побачити почервоніння очей, широкі розширені зіниці овальної форми і відсутність їх реакції на світло, а також зміна кольору. Замість чорного кольору при гострому нападі глаукоми зіниця здається зеленуватою. При огляді виявляється почервоніння ока через розширення судин і утруднений відтік крові. Повіки і кон'юнктива можуть бути набряклими. Через набряк рогівка стає каламутною, набуває вигляду «стоптаний». При промацуванні очі щільні, іноді говорять про кам'яну щільність очей (найголовніша ознака глаукоми). Внутрішньоочний тиск різко підвищений (до 70–100 мм рт. ст.) Очне дно зазвичай не можна оглянути чи видно гиперемований диск зорового нерва, розширені вени, бліду сітківку. Найчастіше гострий напад глаукоми виникає при закритокутової глаукомі.

Причиною блоку відтоку внутрішньоочної рідини служить зсув кристалика та райдужної оболонки вперед. Райдужна оболонка може практично прилегати до рогівки. Передня камера ока стає дуже дрібною. Зіниця розширена і звичайно не реагує на світло, може мати сірувате або зеленувате забарвлення. У момент гострого нападу глаукоми внутрішньоочний тиск може досягати 50 мм рт. ст. (при нормі не вище 22 мм рт. ст.).

Невідкладна допомога при нападі глаукоми

Головна мета – знизити внутрішньоочний тиск та нормалізувати кровообіг в оці для відновлення живлення сітківки та зорового нерва. Для цього призначають 1 % розчин пілокарпіну через кожні 15 потім 30 хв по 2 краплі підшкірно вводять промедол. Всередину дають 40–60 мг фуросе-МЗС. Рекоменується введення седативних засобів. Якщо при лікуванні протягом 3–4 год немає ефекту, то рекомендується внут-

рішньому'язово ввести «літичну суміш» (1 мл 25 % розчину аміназину, 1 мл 25 % піпольфену, 1 мл 2 % розчину промедолу). Показаний прийом сольового проносного, гарячі ножні ванни. Госпіталізація в спеціалізованій стаціонар.

Пацієнти з закритокутовою глаукомою повинні знати про можливість виникнення у них гострого нападу глаукоми. Вони не повинні вживати багато рідини одночасно, перебувати тривалий час у положенні з нахиленою головою, безконтрольно приймати будь-які лікарські препарати. Необхідно постійно мати при собі краплі, таблетки діакарба і при перших ознаках підвищення внутрішньоочного тиску самостійно вживати засоби для його зниження.

Травматичні ушкодження органів зору

Травми поділяють на контузії і поранення. Контузії наносяться тупими предметами (кулак, сніжка, грудка землі, камінь тощо), а поранення – гострими, колючими або ріжучими (ніж, ножиці, голка, цвях тощо). Контузії переважно викликають ушкодження всіх відділів органа зору, але умовно їх поділяють на контузії придатків і контузії очного яблука. Поранення теж поділяють на поранення придатків і поранення очного яблука. Поранення очного яблука в свою чергу поділяють на проникаючі і непроникаючі. Проникаючі поранення очного яблука можуть бути зі внутрішньоочним стороннім тілом і без нього.

Контузії придатків. Тупі травми великої сили насамперед можуть призвести до перелому і зміщення кісток орбіти. Залежно від характеру зміщення кісткових уламків перелом кісток орбіти може супроводжуватися западанням (енофтальм) або випинанням очного яблука (екзофтальм). Якщо стискається верхня орбітальна щілина, може виникнути порушення іннервації, яке проявляється обмеженням рухів очного яблука, відсутністю чутливості шкіри в ділянках іннервації трійчастого нерва, птозом, міозом, енофтальмом.

Під час пальпації країв орбіти у місці перелому виникає біль. У разі зміщення кісткових уламків пальпуються нерівності. Відповідні зміни виявляються на рентгенограмах.

За наявністю переломів внутрішньої стінки орбіти з додаткових пазух під шкіру повік може потрапляти повітря (емфізема повік). Якщо уважно розпитати хворого, то виявляється, що емфізема з'явилася не безпосередньо після травми, а після того, як хворий висякав носа. Під час обстеження спостерігають набряк повік, а під час їх пальпації – крепітацію повітря.

Контузії повік часто обумовлюють підшкірні крововиливи. У ділянці кісткового краю орбіти контузія може призвести до розриву шкіри. Такий розрив часто нагадує різану рану.

Лікування. У разі переломів орбіти можливі ушкодження додаткових пазух носа і головного мозку. Тому таких хворих необхідно про-

консультувати у отоларинголога і нейрохірурга або невропатолога. Лікування проводять за участю цих спеціалістів.

Емфізема повік лікування не вимагає. Інколи накладають стисну пов'язку. Рекомендують не сякати носа інтенсивно.

Щоб запобігти подальшому наростанню гематоми, перші 2 год після травми прикладають холод. Із 3-го дня з розсмоктуючою метою застосовують теплові процедури.

Розрив повік у разі контузії вимагає первинної хірургічної обробки.

Контузії очного яблука. Контузії очного яблука можуть обумовлювати різноманітні ушкодження. Найчастіше виникають підкон'юнктивальні крововиливи, крововиливи в передню камеру (гіфема) і склоподібне тіло (гемофтальм). Гіфема має вигляд стрічки крові в нижній частині передньої камери з горизонтальним рівнем. Інколи гіфема може заповнювати всю передню камеру. В такому разі через порушення відпливу водянистої вологи передньої камери часто настає підвищення внутрішньоочного тиску (гіпертензія).

Частим наслідком контузії ока є підвивих і вивих кришталика, а також травматична катаракта.

Зміни у сітківці у разі контузії можуть виявлятися струсом сітківки, крововиливом у сітківку і навіть її розривом. Струс сітківки (комоція) виявляється її набряком, побілінням і зниженням гостроти зору. Набряк сітківки переважно безслідно минає через кілька днів. Крововилив у сітківку може зумовити значне зниження гостроти зору. Невеликі крововиливи здебільшого досить швидко розсмоктуються, великі можуть залишити після себе дегенеративні вогнища. Розрив сітківки призводить до її відшарування.

Особливо важкі контузії можуть призвести до розриву склери і навіть роздушування очного яблука. Розрив склери найчастіше виникає біля лімба. Кон'юнктива у такому разі залишається цілою (субкон'юнктивальний розрив склери). За такої умови майже завжди під слизовою оболонкою з'являється крововилив, який маскує розрив склери.

Зрідка зустрічається розрив зорового нерва, який призводить до повної сліпоти цього ока.

Невідкладна долікарська допомога. Хворим із контузією очного яблука вводять гемостатики (10 % розчин хлористого кальцію внутрішньовенно, дицинон, вікасол в ін'єкціях чи таблетках), накладають бінокулярну асептичну пов'язку і негайно госпіталізують в очне відділення.

Лікування. Хворим із контузією очного яблука необхідно забезпечити спокій. Якщо потрібно, призначають ліжковий режим. У разі крововиливів у передню камеру, склоподібне тіло, сітківку призначають кровоспинні засоби, проводять розсмоктуючу терапію (*див. розділ «Захворювання склоподібного тіла, сітківки»*). За умови струсів сітківки призначають внутрішньовенні ін'єкції гіпертонічного розчину натрію хлориду, глюкози з вітаміном С.

У разі розривів сітківки проводять лазеркоагуляцію сітківки для профілактики її відшарування.

Субкон'юнктивальний розрив склери вимагає проведення ревізії рани і первинної хірургічної обробки.

Поранення придатків. Пошкодження ока так само як і контузії, поділяють на поранення придатків і очного яблука.

Поранення повік можуть бути у вигляді різаних ран, надривів і розривів, які у внутрішньому відділі часто захоплюють нижній слізний канадець. Загоєння ран повік завдяки доброму кровопостачанню відбувається швидко, але рубець у ділянці слізних каналців може призвести до їх непрохідності та сльозотечі.

Пошкодження кон'юнктиви не є небезпечними. Небезпека полягає в іншому: субкон'юнктивальний крововилив, який часто виникає у разі поранень слизової оболонки, може маскувати поранення склери.

Поверхневі пошкодження кон'юнктиви часто пов'язані з потраплянням у кон'юнктивальний мішок дрібних сторонніх тіл (піщинка, шматочок кори дерева, крило комахи тощо). Сторонні тіла переважно затримуються під верхньою повікою. Інколи гострі сторонні тіла, наприклад, скалка, остюк, колючка, скельце, війка застромлюються у слизову оболонку. Такі тіла у кон'юнктиві виявити важко. Вони обумовлюють сльозотечу, світлобоязнь, виражене відчуття стороннього тіла, зокрема під час кліпання. Улюбленим місцем їх локалізації теж є слизова оболонка верхньої повіки. Тому у разі скарг на стороннє тіло в оці обов'язково треба вивернути верхню повіку і ретельно оглянути слизову оболонку.

Невідкладна допомога. За наявністю ран придатків ока так само як ран будь-якої локалізації, хворому вводять протиправцеву сироватку. Якщо хворий не був щеплений, вводять також протиправцевий анатоксин. Рани повік промивають 2% розчином перекису водню. В око закраплюють антибактеріальні краплі, накладають стерильну пов'язку і хворого направляють до окуліста.

Лікування. Поранення повік вимагають проведення первинної хірургічної обробки. На повіки накладають шви з тонкого шовного матеріалу дуже акуратно, щоб запобігти косметичному дефекту. Особливої уваги вимагають рани з пошкодженням нижнього слізного каналця. Первинну хірургічну обробку таких ран проводять із використанням операційного мікроскопа. Вона включає співставлення і зшивання стінок слізного каналця. Якщо цього зробити не вдається, в майбутньому неминуче виникає сльозотеча.

На рану кон'юнктиви теж накладають шви. Однак у разі невеликих ран з доброю адаптацією шви накладати необов'язково, загоєння ран кон'юнктиви проходить дуже добре.

Сторонні тіла кон'юнктиви і кон'юнктивального мішка треба видалити. Для цього користуються вологим ватним тампоном або кусоч-

ком марлі. Сторонні тіла, що застрягли у слизовій оболонці, зручніше видалити за допомогою пінцета.

Після проведення первинної хірургічної обробки призначають антибактеріальні краплі і мазі. Рану повік періодично обробляють розчином брильянтового зеленого. Шви знімають на 5–7-й день.

Поранення очного яблука. Поранення очного яблука поділяють на непроникаючі і проникаючі. Проникаючими пораненнями вважаються такі, за умови яких порушується цілісність усіх шарів фіброзної оболонки ока (рогівки або склери).

До непроникаючих поранень відносять сторонні тіла, ерозії, непроникаючі поранення рогівки. Непроникаючі поранення склери трапляються зрідка.

Стороннє тіло рогівки. Сторонніми тілами рогівки найчастіше є дрібні частинки металу, наждачного каменю, скла, які потрапляють до ока з досить великою швидкістю. Рідше це скалки дерева, колючки. Останні проникають переважно у глибокі шари рогівки і відламуються.

Наявність сторонніх тіл супроводжується рогівковим синдромом: відчуттям стороннього тіла, сльозотечею, світлобоязню. Стороннє тіло здебільшого легко виявляють під час обстеження з боковим освітленням. Якщо стороннє тіло протягом тривалого часу перебуває в рогівці, навколо нього може виникати інфільтрат. Навколо металевих сторонніх тіл через 2–3 дні може утворитися поясок іржі.

Ерозію рогівки обумовлюють сторонні тіла – удар гілки, соломи тощо. Для ерозії рогівки теж характерний виражений рогівковий синдром. У такому разі відчуття стороннього тіла може бути настільки реальним, що хворий часто не може повірити у його відсутність. У виявленні ерозії допомагає флюоресцеїнова проба. Після закапування флюоресцеїну ерозії забарвлюються у зеленуватий колір і їх добре видно на тлі незабарвленої рогівки.

Непроникаючі поранення рогівки зустрічаються рідко. У такому разі необхідно провести старанне обстеження з допомогою щілинної лампи, яке допоможе упевнитися в тому, що поранення рогівки не наскрізне. Тут теж використовують пробу з флюоресцеїном: якщо є фільтрація водянистої вологи передньої камери через рогівкову рану, то на тлі флюоресцеїну добре видно прозорий її «струмочок».

Невідкладна допомога і лікування. Сторонні тіла рогівки необхідно одразу ж видалити. Для цього після епібульбарної анестезії спицеvidною голкою «підважують» стороннє тіло і видаляють його. Рухи спицеvidної голки повинні бути спрямовані від центру рогівки до периферії. Якщо навколо стороннього тіла є поясок іржі, його теж треба видалити. Під час маніпуляції хворий не повинен рухати головою і оком. Повік фіксують великим і вказівним пальцями.

Сторонні тіла з глибоких шарів рогівки може видалити лише офтальмолог із використанням щілинної лампи або операційного мікроскопа.

Після видалення сторонніх тіл обов'язково призначають антибактеріальні краплі й мазі.

Ерозія рогівки завдяки швидкому розмноженню епітеліальних клітин загоюється самостійно. Проте для профілактики виникнення бактеріальних кератитів призначають антибактеріальні краплі й мазі. Інколи для стимулювання епітелізації використовують інстиляції 1% розчину хініну. Місцеві анестетики, які інколи застосовують для зняття больового синдрому, протипоказані, оскільки вони гальмують епітелізацію.

Лікування непроникаючих поранень рогівки таке ж, як і травматичних ерозій. Шви на рану, як правило, не накладають.

Для попередження ускладнень у вигляді виразки рогівки за умови будь-якої травми ока необхідно впевнитися, що у хворого немає дакриоцистититу, натискаючи на ділянку слізного мішка.

Проникаючі поранення очного яблука. Проникаючі поранення посідають особливе місце серед інших травм ока з двох причин. Насамперед у разі проникаючих поранень може настати пошкодження дуже делікатних внутрішніх оболонок і структур ока, що призводить до важких ускладнень. Другим моментом є небезпека виникнення таких грізних ускладнень ранового процесу, як енд офтальміт, симпатичне запалення тощо. Тому своєчасна діагностика та швидке надання допомоги у разі проникаючих поранень очного яблука є надзвичайно важливими.

Якщо поранення проникаючі, хворий може спостерігати біль ока, часто – зниження гостроти зору. Ці скарги залежать від ступеня ушкодження тканин ока і значно варіюють.

Під час огляду насамперед спостерігають власне рану (вхідний отвір ранового каналу). Краї рани можуть бути більш або менш адаптовані. Рану рогівки дуже часто тампонує райдужка. Інколи простежують випадіння райдужки через рану рогівки. Проникаюча рана склери переважно темного кольору, тому що в її глибині видно пігмент судинної оболонки. У разі великих проникаючих поранень через рану може випасти і склоподібне тіло.

Досить часто проникаюче поранення супроводжується крововиливом у передню камеру (гіфема) або у склоподібне тіло (гемофтальм).

За умови проникаючих поранень рогівки передня камера може бути мілкою через витікання з неї вологи. У разі проникаючих поранень склери і втрати склоподібного тіла передня камера може бути поглибленою.

Часто за наявності проникаючих поранень рогівки можна виявити ушкодження райдужки. Ушкодження сумки кришталика призводить до виникнення травматичної катаракти.

Якщо краї проникаючої рани ока неадаптовані, завжди наявне зниження внутрішньоочного тиску (гіпотонія).

Особливо небезпечними є проникаючі поранення з внутрішньоочними сторонніми тілами. Тому у разі проникаючих поранень особливо якщо є підозра на внутрішньоочне стороннє тіло, необхідно зро-

бити прицільну рентгенографію орбіти. Слід мати на увазі, що на рентгенограмі виявляють лише рентгенконтрастні сторонні тіла, а скло, пластмаси, дерево тощо можуть не виявлятися. У таких випадках важко переоцінити роль ультразвукової діагностики.

Ускладнення проникаючих поранень ока. Крім безпосереднього пошкодження тканин (структур) ока, які настають під час травми по ходу раневого каналу (розрив райдужки, травматична катаракта, крововиливи тощо), проникаючі поранення можуть призвести до ряду ускладнень.

Відшарування сітківки найчастіше виникає за наявності проникаючих поранень склери. Для виникнення цього ускладнення необхідні дві умови – отвір у сітківці і зміни у склоподібному тілі, які завжди є у разі проникаючих поранень. Клініка захворювання описана у розділі «Захворювання сітківки».

Метальоз як ускладнення виникає за наявності проникаючого поранення зі внутрішньоочним металевим стороннім тілом. У разі тривалого перебування в оці металеве стороннє тіло починає іржавіти. Вторинно виникають патологічні зміни в оболонках ока, ускладнена катаракта, іридоцикліт, увеїт.

Ендофтальміт є грізним ускладненням, обумовленим проникаючим пораненням ока. Інфекція може потрапити в середину ока разом зі стороннім тілом або предметом, який травмував око. Клініка описана в розділі «Захворювання судинної оболонки».

Пошкодження внутрішніх оболонок ока в разі проникаючих поранень завжди, навіть без приєднання інфекції, обумовлює запалення судинної оболонки, або іридоцикліт.

Вираженість іридоцикліту варіює в широких межах. Інколи таке запалення має дуже важкий і затяжний перебіг. Око стає запаленим, у хворого спостерігають виражену світлобоязнь. У передній камері з'являється ексудат. Зіниця приростає до кришталика, а в її ділянці утворюється фібринозна плівка. Під час пальпації хворий відчуває виражену болючість, око м'яке. Такий іридоцикліт називають симпатичним. Небезпека полягає в тому, що таке запалення може викликати аналогічний процес у здоровому оці – симпатичний увеїт.

Симпатичний увеїт виникає не раніше ніж через 2 тиж після проникаючого поранення, але загроза його залишається протягом багатьох років після травми. Запалення перебігає у вигляді хронічного фібринозно-пластичного іридоцикліту з періодичними загостреннями. Незважаючи на інтенсивне лікування, симпатичний іридоцикліт часто призводить до зрощення і зарощення зіниці, вторинної глаукоми, ускладненої катаракти, помутніння склоподібного тіла і, зрештою, до сліпоти.

Невідкладна допомога. Хворих із проникаючими пораненнями ока необхідно терміново направити до офтальмологічного травматологічного центру. Для цього використовують машину швидкої допомоги або машину підприємства, де стався нещасний випадок.

Хворому закрапають антибактеріальні краплі і накладають біноккулярну пов'язку. Транспортування хворого здійснюють у положенні лежачи на спині. Його повинен супроводжувати фельдшер або медична сестра.

Лікування. У травматологічному центрі після рентгенографії в ургентному порядку проводиться хірургічне лікування. Операція насамперед включає первинну хірургічну обробку рани. Якщо випала райдужка, її заправляють. У разі випадіння склоподібного тіла його відсікають. Якщо проникаюче поранення склери знаходиться далі ніж за 6 мм від лімба, навколо нього проводять кріопексію для профілактики відшарування сітківки. У разі проникаючих поранень зі внутрішньоочним стороннім тілом останнє необхідно видалити. Магнітне стороннє тіло (сталь, залізо тощо) можна видалити з допомогою магніту. Якщо у хворого є травматична катаракта, переважно одномоментно проводять її екстракцію.

Лікування ускладнень проникаючого поранення проводять відповідно до нозологічних форм (гіфема, гемофтальм, травматична катаракта, помутніння склистого тіла, відшарування сітківки, іридоцикліт, ендофтальміт), воно описане у попередніх розділах.

На особливу увагу заслуговують профілактика і лікування симпатичного увейту. Єдиним методом профілактики цього важкого ускладнення є енуклеація пораненого ока. Тому якщо після проникаючого поранення розвивається важкий іридоцикліт з гіпотонією і значним запаленням ока, це є показанням до енуклеації такого ока. Ці показання стають майже абсолютними, якщо поранене око є незрячим. Однак коли симпатичне запалення уже розвинулося, енуклеація не допомагає. Іноді поранене око, у якому зберігся зір, в майбутньому може стати єдино зрячим. Тому енуклеацію після того, як сталося симпатичне запалення, не виконують.

Лікування симпатичного запалення таке ж, як і увейту. Особливий акцент робиться на високих дозах кортикостероїдів, які призначають як місцево, так і загально.

Опіки очей

Опіки поділяють на термічні (зумовлені дією кип'ятку, полум'я, розплавленого металу, гарячої олії), хімічні (зумовлені дією кислот або лугів) і променеві (зумовлені дією ультрафіолетових, інфрачервоних та рентгенівських променів).

Залежно від важкості опіки поділяються на легкі, середньої важкості, важкі й особливо важкі (відповідно I, II, III і IV ступеня).

За умови опіків легкого ступеня спостерігають гіперемію і набряк шкіри повік, кон'юнктиви, ерозії епітелію рогівки.

У разі опіків середньої важкості на шкірі повік з'являються пухирі. У кон'юнктиві, крім набряку і гіперемії, спостерігають ділянки ішемії і поверхневого некрозу. Рогівка тьмяна, забарвлюється флюоросцеїном. Ушкоджений не тільки епітелій, але і поверхневі шари строми рогівки.

Якщо опіки важкі, спостерігають некроз шкіри повік, ділянок кон'юнктиви і поверхневих шарів рогівки. Рогівка має вигляд матового скла.

У разі особливо важких опіків може бути повний некроз повік, кон'юнктиви, ділянок склери і рогівки. Рогівка біла, як фарфорова пластинка.

Термічні, хімічні й променеві опіки мають певні особливості. Найважчі опіки обумовлюються лугами (наприклад, нашатирним спиртом, аміачною водою). Це пояснюється властивістю кислот викликати коагуляційний некроз, що перешкоджає подальшому проникненню опікового агента в тканини. Луги ж викликають колікваційний некроз – розм'якшення тканин. У такому разі луг продовжує проникати щораз глибше і ушкоджувати тканини. Опіки ультрафіолетовими променями (електроофтальмія) описані у розділі «Захворювання кон'юнктиви». Щодо іншого, то незалежно від причини опіки мають подібні клінічну картину і перебіг.

Опіки I–II ступеня мають сприятливий прогноз. Під впливом лікування запальні явища швидко проходять, тканини регенерують, а функції відновлюються. У рогівці можуть залишитися поверхневі хмаркоподібні помутніння.

Опіки III і особливо IV ступеня характеризуються важким і тривалим перебігом. Часто виникає супутній іридоцикліт, приєднується бактеріальне запалення, настає порушення трофіки рогівки. Процес переважно закінчується формуванням васкуляризованого більма. Досить часто між кон'юнктивою повік і склери утворюються спайки – симблефарон. Особливо важкі опіки, що пошкоджують внутрішні оболонки ока, можуть призвести не тільки до сліпоти, але і до атрофії очного яблука.

Невідкладна долікарська допомога. У разі термічних опіків у кон'юнктивальний мішок закрпають антибактеріальні краплі і закладають антибактеріальну мазь.

Якщо опіки хімічні, дуже важливо негайно промити око. Бажано у разі опіків лугами промивати око 2–3 % розчином борної кислоти, а опіків кислотами – 2 % розчином натрію гідрокарбонату. Проте якщо готового розчину немає, не слід витрачати час на його приготування, набагато важливіше промити око негайно. Для промивання найзручніше використовувати гумову грушу. Якщо в кон'юнктивальну порожнину потрапили тверді речовини (вапно, цемент, калію перманганат тощо), необхідно старанно видалити всі частинки вологим ватним тампоном. Для цього вивертають нижню і верхню повіки, у верхнє склепіння вводять вологий ватний тампон, накручений на скляну паличку. Така процедура інколи дуже болюча. Тому перед цим у око закрпають анестетики, іноді застосовують ін'єкції анальгетиків. Після промивання і видалення опікових агентів закрпають антибактеріальні краплі і закладають антибактеріальну мазь.

Лікування. За умови опіків легкого ступеня призначають антибактеріальні краплі і мазі з метою профілактики вторинного бактеріального

запалення. Регенерація рогівкового епітелію і запальні явища проходять самостійно.

Хворого з опіками середнього і важкого ступенів направляють до окуліста. У такому разі крім антибактеріальних препаратів для поліпшення трофіки призначають вітамінні краплі, солкосерилу мазь; для поліпшення епітелізації – 1 % розчин хініну; з дезінтоксикаційною метою використовують тривалі інстиляції (через крапельницю) 3 % розчину глюкози, вітамінів, антисептиків. На певних стадіях опікової хвороби застосовують кортикостероїди.

З фізіопроцедур використовують фонофорез антибактеріальних препаратів, зокрема олійного розчину хлорофіліпту.

У деяких випадках за умови важких хімічних опіків в ургентному порядку проводять операцію пересадки рогівки.

Якщо опіки особливо важкі, що призвели до некротизації усіх шарів рогівки, з метою збереження ока проводять операцію блефарорафії (зшивання повік). Пізніше – через 6–12 міс, якщо внутрішні оболонки зберегли свої функції, проводять ряд пластичних операцій для формування кон'юнктивальної порожнини, і кератопротезування. Значній внесок у розробку цих операцій зробили вчені Одеського інституту очних хвороб ім. академіка В.П. Філатова.

Література

1. Невідкладна медична допомога: навч. посібник / [К.М. Амосова, Б.Г. Безродний, О.А. Бур'янов та ін.] / за ред. Ф.С. Глумчера, В.Ф. Москаленка. – К. : Медицина, 2006. – 632 с.
2. Невідкладні стани: навч. посібник / [В.М. Коновчук, В.І. Ротар, С.О. Акентьев та ін.]. – Чернівці : БДМУ, 2006.
3. Неговский В.А. Очерки по реаниматологии / В.А. Неговский. – М. : Медицина, 1986.
4. Основи інтенсивної терапії : навч. посібник / за ред. Л.В. Усенко. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2002. – 332 с.
5. Руководство по интенсивной терапии: пособие / [А.В. Беляев, М.В. Бондарь, А.М. Дубов и др.] ; под ред. А.И. Трещинского, Ф.С. Глумчера. – К. : Вища шк, 2004. – 582 с.
6. Сумин С.А. Неотложные состояния / С.А. Сумин. – М. : Фармацевтический мир, 2000. – 464 с.

Навчальне видання

**Невідкладна допомога
при гострих захворюваннях
та травмах ока**

***Методичні вказівки
до підготовки лікарів-інтернів,
слухачів передатестаційних циклів
зі спеціальності
«Медицина невідкладних станів»***

Відповідальний за випуск А.А. Хижняк



Редактор Л.О. Сілаєва
Коректор Є.В. Рубцова
Комп'ютерна верстка Н.І. Дубська
Комп'ютерний набір С.С. Дубівська

План 2013, поз. 75.
Формат А5. Ризографія. Ум. друк. арк.0,8.
Тираж 150 прим. Зам. № 13-3030.

**Редакційно-видавничий відділ
ХНМУ, пр. Леніна, 4, м. Харків, 61022
izdatknmu@mail.ru, izdat@kmmu.kharkov.ua**

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництва, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.

НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА ПРИ ГОСТРИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ТА ТРАВМАХ ОКА

*Методичні вказівки
до підготовки лікарів-інтернів,
слухачів передатестаційних циклів
зі спеціальності
«Медицина невідкладних станів»*