

клинически в первую очередь, проявляется сужением поля зрения парного глаза).

Проведенные исследования показывают предпочтительность новокаиновой блокады СКЗ при острых сосудистых оптических нейропатиях и двусторонней новокаиновой блокады ПВА при хронических сосудистых поражениях зрительного нерва и доказывают значительное повышение терапевтического эффекта при включении этих новокаиновых блокад в комплексную терапию сосудистых заболеваний n. opticus.

**Библиография:**

1. Архангельский В.Н. Практическое значение новокаиновой блокады синусо-каротидной зоны при некоторых глазных заболеваниях / В.Н. Архангельский, И.А. Кореневич, М.Е. Пархоменко // Вестн. офтальмол.-1953.– №4– С. 26-32.
2. Вицлеб Э. Функции сосудистой системы // Физиология человека.– М.,1986.– С.101-188.
3. Еременко А.И. Основные формы сосудистых оптических нейропатий.– Дис. ... д-ра мед. наук.– Одесса,1991.– 470 с.
4. Лысковцева В.М. Новокаиновая блокада синокаротидных рефлексогенных зон в условиях клиники и эксперимента: Дис. ... канд. мед. наук.– Киев, 1965.– 306 с.

**Умарова Л.Ф.**

**ОСОБЕННОСТИ ЩЕЛОЧНЫХ ОЖОГОВ ГЛАЗ И РЕЗУЛЬТАТЫ ИХ ЛЕЧЕНИЯ**

**Проведен анализ характера и результатов лечения щелочных ожогов глаз различной степени по данным глазного отделения ГКБСМП. Отмечена высокая частота щелочных ожогов глаз, поздняя обращаемость в стационар, чем обусловлена более низкая эффективность лечения.**

Профилактика, своевременное оказание первой помощи, дальнейшее совершенствование применяемых и поиск новых методов патогенетического направленного лечения щелочных ожогов глаз является актуальной задачей офтальмологов. Так, например, характер ожогов глаз и результаты лечения были проанализированы в различных работах (1, 2). В исследованиях были представлены разнообразные виды ожогов различной степени тяжести, сроки поступления больных и методы лечения. Целью настоящей работы явилось изучение характера и результатов лечения щелочных ожогов глаз по данным глазного отделения клинической больницы неотложной скорой помощи (ГКБСМП) г. Ташкента за три года работы.

**Материалы и методы**

Объектом нашего исследования явились 70 больных (96 глаз) глазного отделения ГКБСМП

с различными степенями щелочных ожогов глаз в возрасте от 14 до 66 лет. У данных больных при поступлении выяснились причина ожога, степень его тяжести, сроки поступления, проводились общепринятые функциональные методы исследования (определялась острота зрения, внутриглазное давление, проводились прямая и обратная офтальмоскопия и биомикроскопия). Всем больным на месте происшествия была оказана первая помощь – промывание пораженного глаза водой или другими дезинфицирующими растворами. В стационаре всем больным при поступлении проводилось повторное обильное промывание конъюнктивальной полости глаз физиологическим раствором, 1:5000 раствором фурацилина, под конъюнктиву вводилась аутокровь с аскорбиновой кислотой, промывались слезные пути. В дальнейшем проводилось общее и местное лечение. Местно в конъюнктивальную полость с целью профилактики гнойной инфекции назначались антибактериальные капли (альбуцид, левомецитин, гентамицин), мази (облепиховое масло, ol. Gossipi, ung. Izogutti). Также местно применялись препараты репаративного действия – хинин, солкосерилловый гель, витаминные препараты – тауфон, рибофлавин и глюкоза. При явлениях переднего увеита назначались мидриатики. В последующем для уменьшения васкуляризации и предотвращения грубого рубцевания назначались кортикостероиды. Также местно на пораженный глаз назначался фонофорез йодида калия. Общее лечение включало в себя антибактериальные средства с целью предупреждения или подавления гнойной инфекции, детоксикационную терапию, средства, улучшающие обменные процессы и трофику пораженных тканей и стимулирующие процессы регенерации, витаминные комплексы и биостимуляторы.

**Результаты и их обсуждение**

В результате исследования было выявлено, что на производстве щелочной ожог получили 39 человек (55,7%), в быту – 31 человек (44,3%). Поражение одного глаза имело место у 44 больных (62,9%), обоих глаз – у 26 больных (37,1%). Среди получивших ожоги женщин было 17 (24,3%) и мужчин – 53 (75,7%). Чаще всего поражение глаз наблюдается у лиц, в возрасте от 18 до 50 лет, т.е. в наиболее трудоспособном возрасте. Сроки с момента получения ожога до поступления в стационар были разными: до 3

часов – 20 человек (28,57%), от 3 до 6 часов – 40 человек (57,14%), от 7 до 12 часов – 8 человек (11,4%), от 13 до 24 часов – 2 человека (2,89%). Часть пострадавших поступила в стационар в более поздние сроки из-за того, что не предали серьезного значения случившемуся и обратились к врачу лишь тогда, когда глаз продолжал болеть, а острота зрения – снижаться. Более позднее поступление сказывалось на тяжести процесса. В таких случаях имели место осложнения пораженного глаза гнойной инфекцией. Соответственно классификации по тяжести поражения Н.А. Пучковской и В.М. Непомящей (1973), ожоги разделены на 4 группы:

- легкой степени – 9 глаз (9,4%);
- средней степени – 78 глаз (81,25%);
- тяжелой степени – 8 глаз (8,33%);
- очень тяжелой степени – 1 глаз (1,04%).

При поступлении все больные предъявляли жалобы на резкую боль в пораженном глазу, выраженное слезотечение и светобоязнь. Снижение остроты зрения зависело от степени поражения глаза – от нескольких десятков при легкой степени и до нескольких сотых при тяжелой степени.

При осмотре, объективно, у больных с легкой степенью тяжести ожога наблюдались: умеренный отек век, умеренная инъекция сосудов глазного яблока, легкий отек и эрозия роговицы.

У больных с ожогом средней степени – отек век, на коже век – пузыри, отек конъюнктивы, а также участки ишемии и некроза в ее поверхностных слоях, роговица тусклая, матовая, имеются эрозии. Чувствительность роговицы резко снижена.

У больных с третьей и четвертой степенью ожога все признаки резко выражены, кроме того, добавлялись выраженный некроз кожи век и некроз конъюнктивы. Роговица была в виде матового или фарфорового стекла.

У больных с ожогами легкой степени, после проведенного лечения, острота зрения повысилась до 0,8-1,0, прозрачность роговицы в этих глазах полностью восстановилась (9 глаз). Купирование воспалительной реакции и признаков раздражения начиналось на 2-3 день и заканчивалось на 7-10 сутки. Эпителизация роговицы начиналась на 2-3 день и заканчивалась на 7-8 день. Внутриглазное давление при проведении тонометрии было нормальным. При проведении биомикроскопии: экссудат в передней камере отсутствовал, радужная оболочка

без изменений, стекловидное тело и хрусталик без помутнений.

У больных с ожогами глаз средней степени на 64 глазах острота зрения при выписке была 0,8-1,0 (66,6%); на 8 глазах – 0,4-0,7 (8,33%); на 6 глазах – 0,2-0,3 (6,25%). Купирование воспалительной реакции начиналось на 3-4 сутки и заканчивалось на 10-15 день. Эпителизация роговицы начиналась на 2-3 сутки и заканчивалась на 10-12 сутки. Внутриглазное давление было в пределах нормы. При проведении биомикроскопии: экссудат в передней камере отсутствовал, радужная оболочка была гиперемирована, стекловидное тело и хрусталик были без изменений.

У больных с ожогами тяжелой степени при выписке: острота зрения на 3 глазах составила 0,8-1,0 (3,1%), на 3 глазах – 0,5-0,7 (3,1%) и на 2 глазах – 0,1-0,2 (2,1%). Купирование воспалительной реакции начиналось на 10-15 день и заканчивалось на 30-35 день. Эпителизация роговицы начиналась на 5-10 день и заканчивалась на 15-20 день. Внутриглазное давление кратковременно повышалось или же понижалось. При биомикроскопии в передней камере обнаруживался серозный экссудат, изменения радужной оболочки в виде выраженного серозного иридоциклита, приводивший в итоге к образованию симблефарона. Стекловидное тело и хрусталик – не просматривались.

У одного больного с очень тяжелым ожогом после лечения острота зрения составила – движение руки у лица. Купирование воспалительной реакции началось на 10 день и закончилось на 40 день. Эпителизация роговицы произошла на 30 день, внутриглазное давление стойко повысилось. При биомикроскопии в передней камере наблюдался гнойный экссудат, изменения радужной оболочки в виде выраженного пластического иридоциклита, приводивший к образованию грубых спаек. Стекловидное тело и хрусталик – не просматривались.

По наличию осложнений больные разделились на следующие группы:

- выраженный иридоциклит – 5 глаз;
- симблефарон – 5 глаз;
- гипопион – 1 глаз.

Анализ результатов лечения выделил 4 группы больных:

1 группа (73 глаз) – роговица полностью восстановила свою прозрачность;

2 группа (14 глаз) – на роговице остались неинтенсивные помутнения;