

**АО«Медицинский Университет
Астана»**

Презентац

ия

**На тему: Первая помощь при
глаукоме и
при травмах органа зрения.**

Глаукома

др.-греч. γλαύκωμα — «синее помутнение глаза» от γλαυκός — «светло-синий, голубой») — большая группа глазных заболеваний, характеризующаяся постоянным или периодическим повышением внутриглазного давления с последующим развитием типичных дефектов поля зрения, снижением зрения и атрофией зрительного нерва



Глаукома глаза

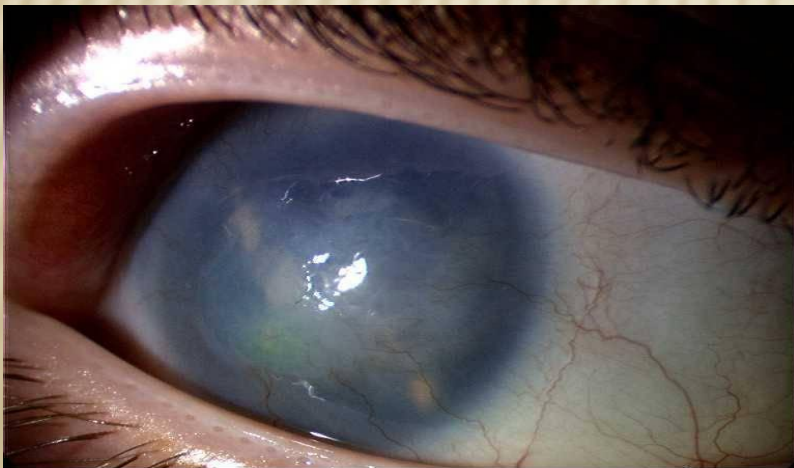
Этиология

Глаукома относится к мультифакторным заболеваниям, которые имеют пороговый эффект. Иными словами, для развития данной патологии необходим целый ряд причин, которыми будет обусловлено его возникновение. Наиболее важными факторами являются:

- Генетическая предрасположенность;

- Индивидуальные аномалии в строении глаза;

- Патологии нервной, сердечнососудистой или эндокринной систем.



Патогенез

Основные этапы развития имеющего место при глаукоме патологического процесса можно представить таким образом:

- Происходит ухудшение оттока внутриглазной жидкости из полости глазного яблока;

- Внутриглазное давление превышает отметку толерантного для рассматриваемого глаза уровня;

- Ухудшается кровообращение в пределах тканей глаза;
- Ткани в зоне выхода зрительного нерва подвергаются ишемии (нарушению кровоснабжения) и гипоксии (нехватке кислорода);

- Происходит сдавление нервных волокон в области их выхода из глазного яблока, что становится причиной нарушения их функции и гибели;

- Развивается дистрофия, деструкция и атрофия зрительных волокон, происходит распад их материнских ганглиозных клеток сетчатки;

- Возникает глаукомная оптическая нейропатия, которая приводит к атрофии зрительного нерва.

В зависимости от того, на какой стадии находится глаукоматозный процесс, некоторая часть нервных волокон зрительного нерва гибнет, а другая часть переходит в состояние парабиоза (своеобразного «сна»), что позволяет врачам считать восстановление их функц. ии возможным

КЛАССИФИКАЦИЯ

По
происхождению

1. первичная глаукома – заболевание развивающееся самостоятельно
2. вторичная глаукома — развивается как следствие или осложнение другого заболевания

По
времен
и
развити
я:

1. врождённая глаукома
2. глаукома взрослых

По
уровню
внутригла
зного
давления:

1. гипертензивная глаукома
2. нормотензивная глаукома

КЛАССИФИКАЦИЯ

По
механизм
у
развития:

1. открытоугольная глаукома
2. закрытоугольная глаукома
3. глаукома с нарушенным развитием угла передней камеры

По
стадии
изменен
ий в
зрительн
ом
нерве:

1. начальная
2. развитая,
3. далекозашедшая
4. терминальная

По
течению
:

1. стабилизированная глаукома
2. нестабилизированная глаукома

Стадии глаукомы.

Начальная (Стадия I).

Могут быть нормальные границы поля зрения, либо сужены с носовой стороны, но не больше чем 10 градусов. Начальные признаки экскавация диска зрительного нерва, которая не доходит до его края.

Развитая (Стадия II).

Поле зрения уже сужено с носовой стороны, но не более чем на 15 градусов от точки фиксации. Экскавация диска зрительного нерва приближается к краевой в том или ином его секторе.

Стадии глаукомы.

Далекозашедшая (Стадия III)

Концентрическое сужение поля зрения, которое с носовой стороны составляет меньше 15 градусов. Проявляется краевой субтотальной экскавацией диска зрительного нерва

Терминальная (Стадия IV)

характеризуется снижением зрения до светоощущения с неправильной светопроекцией или полной потерей зрения.

«В» —
незначительно
повышенное
внутриглазное
давление (28–32 мм
рт.ст.);

«С» — высокое
внутриглазное
давление (33 и
более мм рт.ст.)



«А» —
нормальное
внутриглазное
давление (менее
27 мм рт.ст.);

Для постановки диагноза глаукома
используют данные о уровне
внутриглазного давления.

Клиническая картина

• **Открытоугольная глаукома** — Заболевание обычно развивается незаметно для больного. Субъективные ощущения у большинства больных отсутствуют. Иногда бывают жалобы на чувство полноты в глазах, головную боль, затуманивание зрения, появление радужных кругов при взгляде на свет. Очень скудны и видимые изменения в глазу. Могут обнаруживаться расширение передних цилиарных артерий (симптом кобры), при биомикроскопии — дистрофия радужной оболочки и нарушение целостности пигментной каймы по краю зрачка. При гониоскопии угол открыт. Повышение внутриглазного давления в начальной стадии болезни непостоянно и часто выявляется только при суточной тонометрии, компрессионно-тонометрических и тонографических исследованиях. Эксавазация зрительного нерва и изменения поля зрения возникают спустя несколько лет. Зрение постепенно ухудшается вплоть до слепоты.

Клиническая картина

- **Закротоугольная глаукома** Для нее характерны жалобы больного на боль в глазу и головную боль, затуманивание зрения, появление радужных кругов вокруг источника света и застойные явления в переднем отрезке глаза. Нередко заболевание начинается с острого или подострого приступа, который сопровождается острой болью в области глаза и головы, общим недомоганием, нередко тошнотой и рвотой. Отмечается выраженная инъекция передних цилиарных артерий. Роговая оболочка отечна, камера мелкая, зрачок расширен. Возможны отек радужки, образование задних синехий и гониосинехий. Глазное дно видно в тумане, диск зрительного нерва отечный, с нечеткими контурами. При гониоскопии угол камеры полностью закрыт. Внутриглазное давление повышается до 60–80 мм рт. ст. Зрение резко понижается.
- При вторичной глаукоме повышение внутриглазного давления и связанные с ним изменения сочетаются с разнообразной клинической картиной основного заболевания.



Диагностика глаукомы

- исследование поля зрения пациента (компьютерная периметрия);
- измерение **рефракции** (способности оптики глаза к преломлению световых лучей);

- **измерение внутриглазного давления;**
- **УЗИ глаз;**

- измерение глубины передней камеры и толщины **хрусталика**;
- оценку строения угла передней камеры, по которому осуществляется отток жидкости (**гониоскопия**).

Неотложная помощь при остром приступе глаукомы

По возможности измерить внутриглазное давление тонометром. Данные измерения давления в одном и в другом глазу указать в справке, с которой больной должен быть срочно направлен в глазное отделение больницы. Перед отправкой больного необходимо принять все возможные меры для снижения внутриглазного давления и устранения болей: дать больному внутрь 0,5 г диакарба (фонурита, диамокса). В глаз несколько раз закапать 1 % раствор пилокарпина. Подкожно ввести 1 мл 1% раствора омнопона либо 1 мл 1% раствора морфина, или 1 мл 2% раствора промедола. При наличии растворов фосфакола (1:5000) или армина (1:20000) нужно закапать в больной глаз 1—2 капли одного из этих растворов.

Травма глаза – это повреждение части глаза физическим, химическим или термическим агентом.

∟



Классификация травм.

По условиям возникновения

промышленные, сельскохозяйственные, бытовые, детские и военные.

По локализации повреждения

придатков глаза – слезных органов, век, конъюнктивы; глазного яблока – роговицы, корнеосклерального пространства, склеры, орбиты глаза.

По распространению травма глаза бывает:

**изолированная – только глазное яблоко;
комплексная – глазное яблоко и придатки, придатки и стенки орбиты, придатки, глазное яблоко и стенки орбиты;
одиночная;
множественная.**

Классификация травм.

Механические повреждения

тупые (компрессия и контузия) и различные ранения.

Ранения

проникающие, не проникающие, сквозные

При разрушении органа

повреждения без инородного тела и с инородным телом металлического или магнитного происхождения.

Клиническая картина и первая помощь

Ранения яблока глазного

Жалобы:

резь;

светобоязнь;

локальная или
разлитая гиперемия

конъюнктивы;

некоторое снижение
зрения.

Симптомы,

выявляемые при

физикальном

обследовании:

при хорошем

освещении можно

выявить участок, где

отсутствует

зеркальность роговицы

(эрозия —

деэпителизация), рану

конъюнктивы или

Первая врачебная (фельдшерская)

помощь:

капли с

анестетиком

[прокаин

(новокаин") 2% р-р

или лидокаин 2%

р-р];

гентамицин 0,3%

р-р.

Лечение амбулаторное

под наблюдением

окулиста.

Нередко непрободные

ранения

сопровождаются

внедрением инородных

тел в наружные

оболочки глаза

(роговицу, склеру) или

ГИФЕМА



ДИАГНОСТИКА РАНЕНИЙ

ДИАГНОСТИКА

1. ИССЛЕДОВАНИЕ ЗРИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ
2. ОСМОТР В БОКОВОМ ОСВЕЩЕНИИ
3. ОСМОТР В ПРОХОДЯЩЕМ СВЕТЕ
4. ОФТАЛЬМОСКОПИЯ
5. БИОМИКРОСКОПИЯ
6. ИССЛЕДОВАНИЕ УЛЬТРАЗВУКОМ
7. ДИАФАНОСКОПИЯ
8. РЕНТГЕНОГРАФИЯ ОРБИТ ОБЗОРНАЯ
9. РЕНТГЕНОГРАФИЯ ПО БАЛТИНУ
10. ВЗЯТИЕ МАЗКА ИЛИ ПОСЕВА

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПРОНИКАЮЩИХ

РАНЕНИЯХ

1. ЗАКАПАТЬ АНТИБИОТИК ИЛИ АНТИСЕПТИК
2. НАЛОЖИТЬ БИНОКУЛЯРНУЮ ПОВЯЗКУ
3. АНТИБИОТИКИ ВНУТРИМЫШЕЧНО ИЛИ ВНУТРЬ
4. ПРОФИЛАКТИКА СТОЛБНЯКА
5. ТРАНСПОРТИРОВКА ЛЕЖА В МУГ

ОЖОГИ

КЛАССИФИКАЦИЯ

I. ТЕРМИЧЕСКИЕ И ХИМИЧЕСКИЕ

II. ПО СТЕПЕНЯМ ТЯЖЕСТИ

1. ПОВЕРХНОСТНАЯ ЭРОЗИЯ РОГОВИЦЫ, ЛЕГКИЙ ОТЕК ЭПИТЕЛИЯ, ГИПЕРЕМИЯ КОНЪЮНКТИВЫ

2. ПОВРЕЖДЕН ВЕСЬ ЭПИТЕЛИЙ РОГОВИЦЫ, КОНЪЮНКТИВА ПРИОБРЕТАЕТ СЕРЫЙ ОТТЕНОК, ТУСКЛАЯ

3. ОЖОГ ЗАХВАТЫВАЕТ СТРОМУ РОГОВИЦЫ, ПОСЛЕДНЯЯ ПРИОБРЕТАЕТ ВИД МАТОВОГО СТЕКЛА

4. НЕКРОЗ КОНЪЮНКТИВЫ И РОГОВИЦЫ (ФАРФОРОВЫЙ ОТТЕНОК)

**ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ (БЕЗ ПОВЯЗКИ И
МАЗИ !!!!!!!!)**

1. ИЗВЛЕЧЬ ОСТАТКИ ХИМИЧЕСКОГО ВЕЩЕСТВА

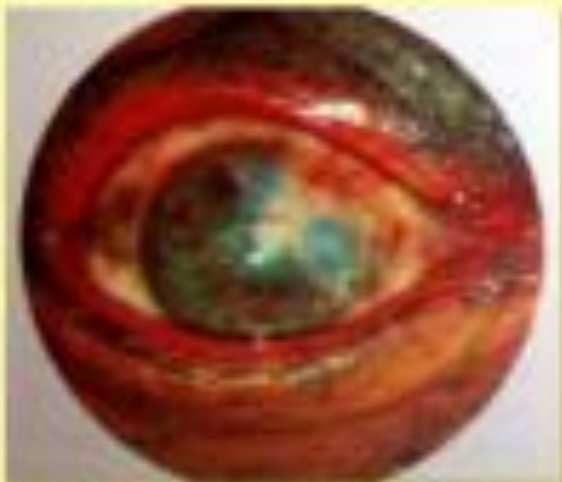
2. ОБИЛЬНОЕ ПРОМЫВАНИЕ ВОДОЙ

3. ЗАКАПЫВАНИЕ РАСТВОРОВ АНТИБИОТИКОВ

4. ПРОФИЛАКТИКА СТОЛБНЯКА ПРИ III-IV СТ. ОЖОГОВ

5. ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ В МХГ

ОЖОГИ



КЛАССИФИКАЦИЯ ТУПЫХ ТРАВМ

1. **ЛЁГКАЯ:** НЕБОЛЬШАЯ ЭРОЗИЯ РОГОВИЦЫ, ГИФЕМА ДО 3 мм, ИЗМЕНЕНИЕ РАЗМЕРОВ И ФОРМЫ ЗРАЧКА, КОНТУЗИОННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ НА ПЕРЕФЕРИИ СЕТЧАТКИ
2. **СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ:** ГИФЕМА БОЛЕЕ 3 мм, ЧАСТИЧНЫЙ ИРИДОДИАЛИЗ, НАДРЫВЫ ЗРАЧКОВОГО КРАЯ РАДУЖКИ, НЕБОЛЬШИЕ СГУСТКИ КРОВИ В СТЕКЛОВИДНОМ ТЕЛЕ, ВЫРАЖЕННЫЕ КОНТУЗИОННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ НА ПЕРИФЕРИИ И В ЦЕНТРЕ
3. **ТЯЖЕЛАЯ:** СУБТОТАЛЬНАЯ ИЛИ ТОТАЛЬНАЯ ГИФЕМА, ОБШИРНЫЕ РАЗРЫВЫ РАДУЖКИ И ОТРЫВ ЕЁ, ПОДВЫВИХ ИЛИ ВЫВИХ ХРУСТАЛИКА, КАТАРАКТА, ГЕМОФТАЛЬМ, ОТЕК И КРОВОИЗЛИЯНИЕ В ЦЕНТРЕ СЕТЧАТКИ, ОТСЛОЙКА СЕТЧАТКИ, НАДРЫВЫ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА

ТУПАЯ ТРАВМА



I СТЕПЕНЬ



II СТЕПЕНЬ



III СТЕПЕНЬ

ТУПЫЕ ТРАВМЫ

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ

- 1.БИНОКУЛЯРНАЯ ПОВЯЗКА
- 2.ГЕМОСТАТИКИ (ВИКАСОЛ, АСКОРУТИН, ХЛОРИСТЫЙ КАЛЬЦИЙ, ГЛЮКОНАТ КАЛЬЦИЯ, ХОЛОД И ДР.)
- 3.ТРАНСПОРТИРОВКА В МХГ ЛЁЖА

ОСЛОЖНЕНИЯ ТУПОЙ ТРАВМЫ

- 1.ГИФЕМА
- 2.ГЕМОФТАЛЬМ
- 3.ИРИДОДИАЛИЗ (ПОЛНЫЙ, ЧАСТИЧНЫЙ)
- 4.ПОДВЫВИХ ИЛИ ВЫВИХ ХРУСТАЛИКА
- 5.КАТАРАКТА
- 6.РАЗРЫВЫ ХОРИОИДЕИ
- 7.ОТСЛОЙКА СЕТЧАТКИ
- 8.ОТРЫВ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА ОТ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА
- 9.ПОДКОНЪЮНКТИВАЛЬНЫЙ РАЗРЫВ СКЛЕРЫ

ТРАВМЫ ГЛАЗА И ПРИДАТОЧНОГО АППАРАТА



Клиническая картина и первая помощь Первая врачебная (фельдшерская)

Инородные тела конъюнктивы и роговицы

Жалобы:
чувство инородного тела
за веками,
усиливающееся при
движении глаза;
слезотечение;
светобоязнь. Симптомы,
выявляемые при
физикальном
обследовании.

Обнаружение инородного
тела. Для осмотра
нижнего
конъюнктивального свода
и конъюнктивы нижнего
века следует оттянуть
веко вниз при взгляде
пациента вверх (для
осмотра необходимо
хорошее освещение)

помощь:

удаление инородного
тела краем
стерильного марлевого
шарика или салфетки;
закапывание
растворов антибактери
альных средств (0,3%
р-р гентамицина или
20% р-р сульфацила
натрия*);
наложение
моноккулярной повязки
при выраженных
светобоязни и слезоте
чении.

Если инородное тело не
найдено или удалиться
не удалось,
пострадавшего направ
ляют к офтальмологу.

Клиническая картина и первая помощь

Контузии век

Клиническая картина зависит от степени тяжести травмы.

Лёгкая травма:

подкожные и подконъюнктивальные кровоизлияния; могут быть надрывы краёв век.

Средней тяжести:

выраженные подкожные кровоизлияния; надрывы свободного края или небольшие (до 3—5 мм) раны век.

Тяжелая:

значительные рвано-ушибленные раны; частичные отрывы век у

Введение антибиотика, анальгетика, наложение монокулярной повязки при контузиях средней и тяжёлой степени в случаях наличия рвано-ушибленных ран. Пострадавший направляется к офтальмологу. В ряде случаев контузии век сопровождаются повреждениями глазного яблока или глазницы.

**СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ**

