

Результаты. Стабильный клинический эффект (восстановление проходимости слезно-носового протока, отсутствие гнойного отделяемого) был получен через неделю. Конъюнктивальная полость была спокойной, контрольные посевы на микрофлору – отрицательными. Пациентам выполнена факоэмульсификация катаракты. Послеоперационный период протекал без особенностей. С профилактической целью до момента выписки всем пациентам проводилось промывание слезных путей раствором антибиотика.

Вывод. Протезирование слезно-носового протока больным с хроническим дакриоциститом и операбельной катарактой может быть использован для быстрой реабилитации после дакриоцистита, с целью создания условия для скорого удаления хрусталика.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РОГОВИЧНО-КОНЪЮНКТИВАЛЬНОГО КСЕРОЗА («СУХОЙ» КЕРАТОКОНЪЮНКТИВИТ) НА ФОНЕ АРТИФАКИИ

*А. Б. Степанянц, О. Л. Орлова, В. И. Флягина, Е. Ю. Зайкова
ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия»,
ЦГБ № 2 им. Миславского, г. Екатеринбург*

Пациентка Л., 57 лет, медицинская сестра, поступила в офтальмологическое отделение ЦГБ № 2 им. Миславского 20 июля 2010 г. с жалобами на снижение зрения, блефароспазм, светобоязнь, «чувство песка» и постоянную сухость обоих глаз.

Анамнез заболевания: в 2005 г. произведена УЗ-факоэмульсификация катаракты с имплантацией задне-камерной ИОЛ на ОУ. Жалобы, перечисленные выше, беспокоят 1 год. Неоднократно лечилась в поликлинике по месту жительства (г. Краснотурьинск) с DS: токсико-аллергический кератоконъюнктивит ОУ. Ухудшение состояния обоих глаз отмечает в течение последнего месяца: на фоне антибактериальной терапии пенициллином указанные жалобы усилились. Пациентка направлена в офтальмологическое отделение ЦГБ № 2.

При поступлении общее состояние удовлетворительное, АД = 125/85 мм рт. ст., $t^{\circ} = n$, соматически здорова.

Офтальмологический статус: VOU = 0,09 н/к.

Тонометрия (бесконтактным методом) OU = 12 мм рт. ст.

При наружном осмотре и биомикроскопии обоих глаз выявлены типичные признаки роговичного синдрома: блефароспазм, светобоязнь и слезотечение; выраженная инъекция конъюнктивы; обширный участок

десепитализации в оптической зоне роговицы, вокруг которого расположены «нитчатые» инфильтраты; по верхнему лимбу – новообразованные сосуды.

Передняя камера средней глубины, влага прозрачная; зрачок круглый, фотореакция сохранена; ИОЛ расположена правильно; рефлекс розовый, детали глазного дна просматриваются во флёре.

Дополнительные методы обследования: тест Ширмера – выявлена недостаточность суммарной слезопродукции тяжелой степени (2 мм на тест-полоске), проба Норна – 9 с.

Клинический диагноз: роговично-конъюнктивальный ксероз («сухой» кератоконъюнктивит), артифакция обоих глаз.

Общее обследование: флюорография органов грудной клетки – без патологии. ЭКГ – признаки умеренной гипертрофии левого желудочка, дистрофические изменения миокарда. RW отрицательная. Общий анализ крови: СОЭ = 37 мм/ч, лейкоциты — $6,4 \times 10^9$, ревматический фактор отрицательный, в остальном – норма.

Осмотр терапевта: со стороны внутренних органов патологии, которая могла бы стать причиной заболевания, не выявлено.

Лечение:

- 1) гентамицин с дексазоном (1 раз в день № 3 субконъюнктивально);
- 2) корнерегель 3 дня на ночь;
- 3) натуральная слеза 3 дня (по 1 капле 5 раз);
- 4) эмоксипин № 10 (парабульбарно);
- 5) перивазальная новокаиновая блокада № 10;
- 6) витамин В1 № 10 (внутримышечно);
- 7) актовегин 5,0 № 5 (через день внутривенно);
- 8) дексазон 1:10 по 1 капле 3 раза в день (эпибульбарно).

На 4-е сутки – лечебная силикон-гидрогелевая (непрерывного срока ношения, плановой замены через 1 месяц) мягкая контактная линза (МКЛ), дексазон 1 : 10 по прежней схеме и увлажняющие капли Хило-Комод (с содержанием гиалуроновой кислоты, без консервантов).

При выписке отсутствовали все симптомы роговичного синдрома и инъекция конъюнктивы, оптическая зона роговицы полностью эпителизировалась, нитчатых инфильтратов не наблюдалось, VOU = 0,6 н/к.

Рекомендованы диспансерное наблюдение окулиста по месту жительства и контрольный осмотр в ЦГБ № 2 через 3 недели.

В течение амбулаторного наблюдения (Красногурьинск) была положительная динамика, пациентка выписана к труду.

При контрольном осмотре через 3 недели – стабильные зрительные

функции ($VOU = 0,6$ н/к) и удовлетворительное состояние переднего отдела глаза. Произведена замена МКЛ. Контрольный осмотр через 1 месяц (в декабре 2010 г.).

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕГЕНЕРАЦИЙ РОГОВИЦЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛЕЧЕБНОЙ МЯГКОЙ КОНТАКТНОЙ ЛИНЗЫ

*А. Б. Степаняни, О. Л. Орлова, В. И. Флягина, Е. Ю. Зайкова
ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия»,
ЦГБ № 2 им. Миславского, г. Екатеринбург*

Дегенерация роговицы – группа поражений роговой оболочки, преимущественно дистрофической природы, приводящая к ее помутнению и снижению зрения. Основные причины: часто рецидивирующие увеиты, герпетические и нейротрофические кератиты, синдром «сухого глаза», травма органа зрения, полостные операции.

Актуальность исследования – большое количество полостных операций, тяжелые формы роговично-конъюнктивального ксероза, отсутствие единого метода лечения дегенерации роговицы, в связи с этим любого положительный опыт терапии заслуживает внимания.

Цель работы – изучить применение лечебной мягкой контактной линзы (МКЛ) в комплексной терапии дегенераций роговицы.

Материалы и методы. В офтальмологическом отделении ЦГБ № 2 им. Миславского за 22 месяца (2009–2010) пролечилось 105 пациентов с дегенерацией роговицы. В исследуемую группу были включены 75 человек (75 глаз). Средний возраст пациентов 64 года (от 43 до 85 лет). Мужчин 36, женщин 39. Основные методы исследования: визометрия, биомикроскопия, офтальмоскопия, тесты Ширмера и Норна.

Пациенты исследуемой группы при поступлении в стационар предъявляли жалобы на покраснение глаза, чувство инородного тела и снижение зрения (75 человек); светобоязнь и слезотечение (67 пациентов); сухость в пораженном глазу (68). Острота зрения варьировала от 0,005 до 0,06 (в среднем 0,03).

При биомикроскопии у всех пациентов выявлены роговичный синдром разной степени выраженности и типичные изменения роговицы: буллы, отек, утолщение стромы, десцеметит.

По состоянию хрусталика пациенты распределились следующим образом: на 39 глазах – артефакция (в том числе у 5 – ИОЛ Т-19), на 36 – начальная стадия сенильной катаракты. Кроме того, у 18 человек выявлена «сухая» форма макулодистрофии.