

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНОЙ ЯЗВЫ РОГОВИЦЫ

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

Пациентка Ж., 57 лет, пенсионерка, в экстренном порядке поступила в офтальмологическое отделение ЦГБ № 2 им. А. А. Миславского 19.04.2011 г. с жалобами на резкую боль в правом глазу, с иррадиацией в правую половину головы, выраженное покраснение, светобоязнь, блефароспазм, резкое снижение зрения правого глаза и на дискомфорт, снижение зрения левого глаза.

Анамнез заболевания. Впервые глаз заболел две недели назад после переохлаждения. Обратилась к окулисту по месту жительства, откуда была направлена в один из офтальмологических стационаров Екатеринбурга для госпитализации. Поскольку проводимая терапия не дала положительного результата, пациентке была предложена энуклеация ОД. От операции больная отказалась, самовольно ушла из отделения и самостоятельно обратилась за помощью в офтальмологическое отделение ЦГБ № 2.

Анамнез жизни. Является инвалидом второй группы по общему заболеванию с 2000 г. В 2000 г. – экстирпация матки с придатками по поводу рака тела матки. В 2006 г. – нефрэктомия справа по поводу острого гнойного пиелонефрита, осложненного тяжелым сепсисом. В течение многих лет страдает гипертонической болезнью, В₁₂-фолиевой анемией.

Несколько дней назад перенесла анафилактический шок на цефазолин. Заболевания суставов, лор-органов отрицает. Полость рта санирована.

При поступлении: общее состояние удовлетворительное.

АД = 130/80 мм рт. ст., $t^{\circ} = n$.

Офтальмологический статус:

VOD = 0,05 н/к, VOS = 0,08 н/к.

ВГД ОУ (п/п) в норме.

ОД – светобоязнь, слезотечение, блефароспазм. Выраженная смешанная инъекция глазного яблока. В оптической зоне роговицы глубокий инфильтрат с подрытыми краями, покрытый серо-желтым налетом, перифокальный отек. По периферии роговицы мелкие нитчатые инфильтраты, на эндотелии множественные пылевидные преципитаты. Передняя камера средней глубины, гипопион – 4 мм. Радужка отечна, рисунок ее сглажен. Зрачок узкий, задняя круговая синехия. Начальное

помутнение кортикальных слоев хрусталика. Рефлекс розовый, детали глазного дна просматриваются во флере.

OS – глаз раздражен, легкая смешанная инъекция, конъюнктивит век тусклая, наползает на свободный край век; на роговице множественные нитчатые инфильтраты, небольшие участки дезэпителизации; влага передней камеры прозрачная, зрачок круглый, реакция на свет живая, помутнение кортикальных слоев хрусталика, глазное дно просматривается с трудом.

Дополнительные методы исследования: тест Ширмера: выявлена недостаточность суммарной слезопродукции тяжелой степени (1 мм на тест-полоске).

Клинический диагноз: гнойная язва роговицы с гипопионом, кератouveит OD. Синдром «сухого глаза» тяжелой степени (нитчатый кератит), начальная катаракта OU.

Общее обследование: флюорография органов грудной клетки без патологии. ЭКГ – признаки умеренной гипертрофии левого желудочка, дистрофические изменения миокарда. RW отрицательная. Общий анализ крови: Hb = 107 г/л, анизохромия, анизоцитоз, остальные показатели в норме. Общий анализ мочи, сахар крови без патологии.

Лечение:

- 1) тиенам в OD (1 раз в день № 13 субконъюнктивально);
- 2) гентамицин с дексазоном в OS (1 раз в день № 3 субконъюнктивально);
- 3) атропин с адреналином + мезатон через 40 мин в OD (1 раз в день № 4 субконъюнктивально);
- 4) дипроспан 2,0 в первый день + 1,0 на 14-й день (внутримышечно);
- 5) гентамицин по 0,8 2 раза в день 5 дней (внутримышечно);
- 6) сумамед по 500 мг 3 дня (per os);
- 7) супрастин по одной таблетке на ночь;
- 8) сигницеф форсированным методом, дексазон 1:10 по 1 капле 3 раза в день, атропин 1 % по 1 капле 3 раза в день, мазь флоксал на ночь (эпibuльбарно в OD);
- 9) дексазон 1:10 по 1 капле 3 раза в день, баларпан 4 раза в день, кор-нерегель на ночь (эпibuльбарно в OS).

На фоне назначенной терапии наблюдалась положительная динамика: повышение остроты зрения, купирование клинических симптомов.

Пациентка выписана на 17-е сутки.

Офтальмологический статус при выписке:

VOD = 0,5–0,6 н/к; VOS = 0,2–0,3 н/к.

ВГД по Маклакову 18/18 мм рт. ст.

OD – спокоен, на роговице нежное облачковидное помутнение, расположенное эксцентрично, легкая «запотелость» эндотелия в нижнем сегменте, влага передней камеры прозрачная; зрачок – тенденция к сужению, помутнение кортикальных слоев хрусталика. Глазное дно: ДЗН обычной окраски, контуры четкие, ангиосклероз, очаговых изменений нет.

OS – спокоен, роговица значительно прозрачнее, единичные нитчатые инфильтраты, влага передней камеры чистая, зрачок круглый, более выраженное помутнение кортикальных слоев и части ядра хрусталика, глазное дно без изменений.

Динамическое наблюдение пациентки продолжается по настоящее время. Объективно жалоб не предъявляет, острота зрения стабильная (как при выписке), постоянно закапывает слезозаменители.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЕРФТОРОРГАНИЧЕСКОГО СОЕДИНЕНИЯ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКЕ ОБШИРНОГО ПРОНИКАЮЩЕГО РАНЕНИЯ СКЛЕРЫ (анализ клинического случая)

А. Б. Степанянц, Е. Б. Аладинский, Е. И. Колесникова

ГБОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия»

Минздравоохранения России;

Областной офтальмотравматологический центр МУ «Центральная городская клиническая больница № 23», г. Екатеринбург

Пациент Н., 48 лет, в сентябре 2011 г. поступил в офтальмотравматологический центр ЦГКБ № 23 с диагнозом обширное проникающее ранение склеры, гифема, гемофтальм правого глаза.

Из анамнеза: бытовая травма отскочившим зубилом 3 часа назад.

Офтальмологический статус: VOD = рг. l. incertae, VOS = 1,0; блефароспазм, слезотечение, выраженная смешанная инъекция конъюнктивы, на 4–8 ч, в 5–6 мм от лимба: проникающая рана склеры длиной 10 мм, в ране ущемлены выпавшие оболочки, роговица умеренно отечная, тотальная гифема, глубжележащие отделы не просматриваются. Глаз гипотоничен. УЗ В-сканирование: тотальный гемофтальм.

В экстренном порядке выполнена первичная хирургическая обработка (ПХО): рана промыта раствором ципрофлоксацина, освобождена от конъюнктивы, иссечены волокна выпавшего в рану стекловидного тела, на края раны наложено два направляющих шва 8 : 0.