

до проростания опухоли за пределы глазного яблока позволила избежать тяжелой операции экзентерации орбиты, но витальный прогноз остается тяжелым. Больной направлено письменное сообщение о результатах гистологического исследования и необходимости встать на учет у онколога по месту жительства, а также наблюдаться у офтальмолога.

Данный клинический случай представляет интерес как чрезвычайно редкое заболевание – асептический эндофтальмит на почве некротической формы меланомы хориоидеи. По данным Шепкаловой В.М. и соавторов (1965), некротическая меланома встречается в 9,4% случаев при гистологическом исследовании энуклеированных глаз с меланомой сосудистого тракта. Но при этом не указано, какое число некротических форм было с явлениями эндофтальмита.

Продолжительность жизни больных меланомой хориоидеи после энуклеации наименьшая при эпителиоидном типе строения опухоли. Летальность при этом составляет 69% (Цимерман цитата по Шепкаловой В.М., 1965). Прогноз для жизни при некротической меланоме также неблагоприятный (летальность более 45% по Цимерману), так как при некрозе разрушаются стенки сосудов и появляется опасность диссеминации и рассеивание опухолевых клеток по сосудам (генерализация процесса).

У нашей больной выявлен эпителиоидный тип строения меланомы на фоне ее некроза. Такое сочетание позволяет думать о плохом витальном прогнозе. Некротическая меланома часто осложняется симпатической офтальмией, так как нарушается гематофтальмический барьер (А.В.Важенин, И.Е.Панова, 2006).

Авторы благодарят гистологов Л.Н.Зайцеву, к.м.н. С.Е.Иощенко, к.м.н., доц. Е.С.Беликова за консультативную помощь в постановке диагноза.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Офтальмология / Под ред. А.Ф.Бровкиной. 2002.
2. Шепкалова В.М., Харасанян-Таде А.А., Дислер О.Н. Внутриглазные опухоли. – М.: Медицина, 1965.
3. Важенин А.В., Панова И.Е. Избранные вопросы онкоофтальмологии. – М., 2006.
4. Holden R, Domato B. // Eye. – 1996. - V.10, pt 1. – P.129-139.
5. Mardin E., Kucule M., Naumaun Y. // Klin. Mbl. Augenheilk. – 1997. - N2. - B.211.

М.Д.Федорова, Е.Г.Михеева, М.В.Баранов

#### СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОЙ ДВУХСТОРОННЕЙ МЕТАСТАТИЧЕСКОЙ ОФТАЛЬМИИ НА ФОНЕ УРОСЕПСИСА

Областная клиническая больница № 1,  
Уральская государственная медицинская академия

Эндофтальмит без предшествующего повреждения капсулы глаза (метастатическая офтальмия) обычно развивается вследствие гематогенного метастазирования возбудителей в сосудистый тракт и сетчатку глаза. При этом в организме всегда имеется очаг инфекции с развитием острого или хронического септического состояния (О.Д.Джумагулов и др., 1988; А.Б.Андрусенко и др., 1989; Е.К.Мамбетов, А.А.Булгакова, 2001; Y.Y.Агтоу et al, 2000). Чаше всего эндогенный эндофтальмит появляется у ослабленных больных в старческом и детском возрасте. Под нашим наблюдением находился пациент Ч., 75 лет, направленный из Красноуфимска в ОКБ №1 6 июня 2005 г. с диагнозом вторичная глаукома левого глаза и госпитализированный в неотложном порядке во второе глазное отделение в 23 ч 50 мин с жалобами на слепоту обоих глаз и боли в левом глазу. Из анамнеза заболевания следует, что 29 мая 2005 г. появились высокая температура до 40°C и значительное снижение АД: госпитализирован в кардиологическое отделение местной больницы с диагнозом прединфарктное состояние. В отделении появилась рвота кофейной гущей. При ФГС обнаружены множественные язвы желудка и 12-ти перстной кишки. Больной переведен 1 июня 2005 г. в хирургическое отделение той же больницы. 3 июня внезапно ослеп левый глаз, появились отек век и экзофтальм, а 5 июня резко снизилось зрение правого глаза. Высокая температура держалась все эти дни, 6 июня больной направлен в ОКБ №1 г. Екатеринбург.

При поступлении: Общее состояние – тяжелое.

Офтальмологический статус: Острота зрения правого глаза 1/∞ неправильная проекция света (почти 0). Визус левого глаза = 0.

Правый глаз: смешанная инъекция, передняя камера мелкая – 1,5 мм; влага ее опалесцирует, частичное помутнение хрусталика. Рефлекса с глазного дна нет из-за помутнения стекловидного тела. Внутриглазное давление – 19 мм рт. ст.

Левый глаз: отек и легкая гиперемия кожи верхнего века, птоз, экзофтальм, полная офтальмоплегия, хемоз. Роговица отечная, передняя камера мелкая – 1,5 мм, гнойный экссудат в области зрачка. Циркулярная задняя синехия. Рефлекса с глазного дна нет. Внутриглазное давление – пальпаторно +3.

На КТ орбит от 6 июня инфильтрация параорбитальной клетчатки слева. Левосторонний экзофтальм. Патологии придаточных пазух носа не выявлено.

Диагноз при поступлении: метастатическая офтальмия обоих глаз на фоне септического состояния неясного генеза. Эндогенный эндофтальмит правого глаза, панофтальмит и вторичная глаукома левого глаза.

Больному назначено лечение: абактал 5,0 с 5%-ной глюкозой внутривенно, капельно два раза в день, квамател 20 мг на физрастворе внутривенно 2 раза в день, лазикс 2,0 внутримышечно – 3 дня, альмагель внутрь, кетарол 1,0 внутримышечно; перивазальная новокаиновая блокада слева, парабульбарно в оба глаза: цефазалин 0,5, дексазон 0,5 и мезатон 0,2; инстилляции в оба глаза: флоксал 5%, индоколлин 0,1% - 4 раза, цикломед 1% в правый глаз – 2 раза, мазь флоксал – 2 раза, окумед 0,5% - 2 раза в левый глаз.

При ультразвуковом Р-сканировании (7 июня 2005 г.) в правом глазу – помутнение стекловидного тела, в левом глазу – грубые помутнения стекловидного тела, утолщение хориоидеи (рис. 1).

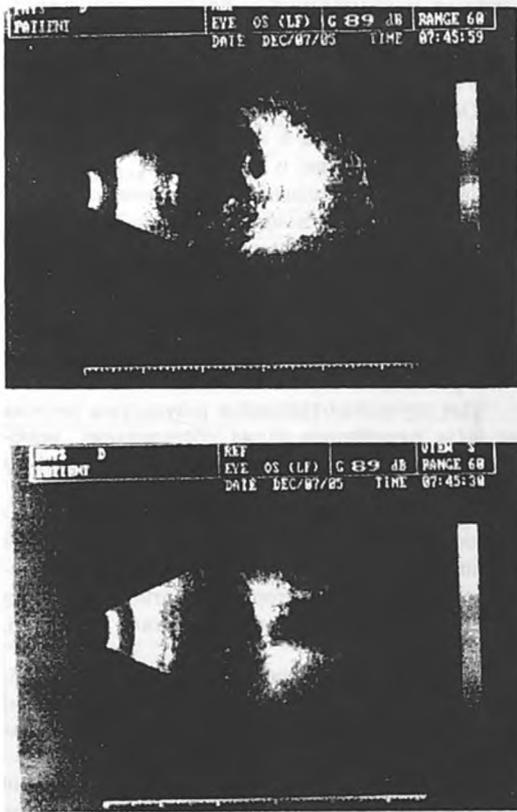


Рис. 1. Результаты ультразвукового Р-сканирования

Для выявления основного заболевания, которое явилось причиной септического состояния и метастатической офтальмии проведены консилиум хирургов (проф. М.И.Прутков, к.м.н. В.Н.Климушев, Ю.В.Мансуров, С.Ю.Алферов) и консультация проф. Е.Г.Михеевой. Рекомендовано дообследование, КТ брюшной полости и грудной клетки, посев крови, ФГДС с биопсией.

На КТ брюшной полости обнаружены: гидронефротическая трансформация, пионефроз и паранефрит левой почки, кальцинаты обеих почек (рис. 2).

Консультантом – урологом А.И.Сорочкиным – поставлен диагноз: острый гнойный пиелонефрит, пионефроз, камень в левой почке. Гидронефротическая трансформация правой почки. Уросепсис. При

хромосцистоскопии обнаружена блокированная правая почка.

Общий анализ крови больного от 7 июня 2005 г.: L - 19,3; Нв - 92%; Эр - 3,61; СОЭ - 36 мм/ч. Общий анализ мочи – сплошные эритроциты, белок - 0,15.



Рис. 2. Результаты КТ брюшной полости

В связи с тем, что оперативное лечение на обоих глазах с целью улучшения зрения являлось бесперспективным из-за полной слепоты обоих глаз (гнойное расплавление сетчатки), а общее состояние больного оставалось тяжелым, 8 июня 2005 г. пациент переведен в первое урологическое отделение ОКБ № 1 для экстренного хирургического вмешательства на левой почке и сохранения жизни больному. Пациенту произведена перкутанная нефростомия слева, получено значительное количество гноя (хирург М.В.Баранов). Через 1-2 дня на фоне антибиотиков (тиенам внутривенно по 1,0 – 2 раза в день, метрагил 100,0 – 2 раза) температура нормализовалась, самочувствие улучшилось. Все это время больной получал местное лечение в виде парабульбарных инъекций цефазолина, затем гентомицина. 14 июня общее состояние ухудшилось, на УЗИ почек – отрицательная динамика (паранефрит слева). Произведена повторная операция – экстренная ревизия левой почки, дренировано левое забрюшинное пространство (выведено 150,0 жидкого гноя); декапсулирована левая почка. 19 июня снова ухудшилось общее состояние (t 39-40С; АД =200/100), появились сильные боли и обильное гнойное отделяемое из левого глаза. На фоне панофтальмита и вторичной глаукомы, вероятно, произошла перфорация склеры. Под общим наркозом 22 июня произведена эвисцерация левого глазного яблока. На другой день появились сильные боли в правом глазу из-за повышения ВГД, увеличение воспалительных явлений (экзофтальм и хемоз). 24 июня произведена эвисцерация правого глазного яблока (офтальмохирург М.Д.Фёдорова). Результат посева содержимого из полости правого глаза от 25 июня – рост E. Coli.

В последующие дни общее состояние больного удовлетворительное, жалоб не предъявляет, температура 36,2 градуса. Послеоперационное течение – обычное. 28 июня больной выписан из урологического отделения с улучшенным общим состоянием.

Клинический диагноз: уросепсис на почве острого гнойного пиелонефрита, паранефрита, пиогидронефроза левой почки, МКБ, коралловидные камни обеих почек. Двухсторонняя метастатическая офтальмия (эндогенный панофтальмит обоих глаз) на почве уросепсиса.

Таким образом, нами представлен редкий клинический случай развития двухсторонней тяжелой метастатической офтальмии с необратимой слепотой обоих глаз (эндофтальмит справа и панфтальмит слева) на почве уросепсиса, причиной которого явились острый гнойный пиелонефрит и паранефрит слева. Возбудителем инфекции являлась *E.Coli*. Быстрое метастазирование гнойной инфекции в оба глаза обусловлено значительным снижением иммунитета у больного в связи с пожилым возрастом (75 лет), тяжелой патологией почек (МКБ, заблокированная правая почка, гнойный процесс левой почки), уросепсисом, язвенной болезнью желудка и 12-ти перстной кишки с кровотечением и анемией.

Метастатическая офтальмия и высокая температура явились сигналом для поиска очага инфекции, который обнаружен только с помощью современных диагностических возможностей (КТ органов брюшной полости). Срочное оперативное вмешательство на левой почке (нефростомия и повторная операция – дренирование левого забрюшинного пространства) в сочетании с общей антибактериальной терапией позволили сохранить жизнь больному. К сожалению, больной поступил в ОКБ №1 с полной потерей зрения обоих глаз, и никакие оперативные вмешательства не привели бы к улучшению зрения. Местная и общая антибиотикотерапия не привела к стабилизации офтальмологического статуса, гнойный процесс прогрессировал: в левом глазу наступила перфорация склеры, в правом появились симптомы панфтальмита. В связи с этим больному произведены операции эквисцерации обоих глаз с перерывом в два дня для профилактики проникновения гнойной инфекции в полость черепа. Офтальмологическая патология в данном случае носила манифестный характер, и своевременно выполненные диагностический и лечебный алгоритмы позволили выбрать правильную тактику и избежать летального исхода.

Авторы благодарят зав. кафедрой хирургии УГМА проф. М.И.Пруткова, зам. гл. врача ОКБ №1 по хирургии, к.м.н. В.Н.Климушева, зав. хир. отд. ОКБ №1 Ю.В.Мансурова и С.Ю.Алферова, рентгенолога И.В.Ветрова за консультативную помощь.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Андрусенко А.Б. и др. // Советская медицина. - 1989. - № 9. - С.112-113.
2. Джумагулов О.Д. и др. // Здравоохранение Киргизии. - 1988. - №1. - С.55.
3. Мамбетов Е.К., Булгакова А.А. // Вестник офтальмологии. - 2001. - № 2. - С.46-47.
4. Arroyo Y.Y., Brinton D.A., Zarbin M.A. Endogenous endophthalmitis initially misdiagnosed as anterior uveitis // Ann. Ophthalmol. - 2000. - vol. 32. - P.194-200.

А.Н.Макарян, В.И.Селезнев, В.И.Шилко,  
А.Н.Андреев, В.Л.Зеленцова, Ж.Л. Малахова

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА НЕПОСРЕДСТВЕННЫХ И ОТСРОЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С БИЛИАРНЫМИ ДИСКИНЕЗИЯМИ В САНАТОРИИ «ОБУХОВСКИЙ»

Санаторий «Обуховский»,  
Уральская государственная медицинская академия

Задачей данного исследования является анализ субъективных и объективных проявлений билиарной дискинезии и холецистита у больных, получивших лечение в санатории «Обуховский» сразу по окончании курса с оценкой по шкале Visick и через шесть месяцев с использованием опросника SF-36.

Оценка только ближайшего эффекта после окончания пребывания в санатории не может дать полного представления о результатах применения данной лечебной технологии. Для изучения отсроченных результатов нами было обследовано 105 пациентов из 470 больных, получивших в апреле 2007 года санаторно-курортное лечение по поводу заболеваний желчевыводящих путей. Доля обследованных от всего числа таких больных составила 22,3%. Возраст пациентов колебался от 11 до 65 лет. В анализируемой группе преобладали женщины (70%).

Для изучения отдаленных результатов лечения нами была разработана схема обследования, включающая в себя как субъективную, так и объективную оценку состояния пациентов.

Все больные были опрошены с использованием специально составленной анкеты, направленной на выявление клинических признаков болезни, особенностей ее течения до санаторно-курортного лечения и в отдаленном периоде, а также развития, возможно, новых проявлений.

Результаты клинического и объективного обследований (данные санаторных историй болезни) суммировались с целью оценки результатов лечения по общепринятой шкале Visick.

Для оценки результатов через полгода нами проводилось исследование качества жизни пациентов с использованием опросника SF-36. При оценке анкет была отмечена значительная динамика болевого синдрома (табл. 1).

Из таблицы видно, что после лечения, на момент обследования пациентов с интенсивным болевым синдромом нет, а количество пациентов с отсутствием боли или с болевым синдромом незначительной интенсивности, наоборот, возросло в 10 раз и составило 98% от всех обследованных ( $p < 0,001$ ).

Продолжительность боли у пролеченных пациентов также снизилась (табл. 2)

Количество пациентов, страдающих от ежедневной боли снизилось до нуля, одновременно в 5 раз сократилось количество больных, которых указанные проявления беспокоят реже, чем раз в 3 месяца ( $p < 0,01$ ).