

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПОСТРАВМАТИЧЕСКОГО ГРИБКОВО-БАКТЕРИАЛЬНОГО ЯЗВЕННОГО КЕРАТИТА

Ташкентский институт усовершенствования врачей (г. Ташкент, Узбекистан)

Данная работа выполнена в рамках исследований по плановой НИР «Новые технологии частной, общей хирургии и экстренной медицинской помощи», № гос. регистрации 02090009.

Вступление. Частота грибковых поражений органа зрения в последние годы заметно возросла. В первую очередь это связано с широким, длительным и бесконтрольным применением антибиотиков и кортикостероидов. Важную патогенетическую роль в инфицировании грибками играет травма роговицы: попадание частиц сена, уколы шипами растений. Многообразие клинических симптомов микозов глаз может определяться штаммом грибка. Особенно тяжелой задачей представляют собой язвенные кератомикозы, которые чаще всего заканчиваются помутнением роговицы, приводящей к слабовидению [1].

Кератомикоз – это тяжелая инфекция стромы роговицы, приводящая к понижению или к потере зрения, которая занимает в последние годы все более высокий удельный вес среди кератитов невыясненной этиологии, и составляют от 4,7% и 6,8% болезней конъюнктивы и роговицы. Кератомикозы представляют серьезную проблему практической офтальмологии в связи с их тяжелым течением, низким распознаванием, трудным лечением, что нередко приводит к тяжелым исходам заболевания с образованием стойкого помутнения роговицы и утрате зрения [2, 6].

Офтальмологи мало знакомы с клиникой и диагностикой актиномикотических и микотических заболеваний, что обуславливает их позднюю и часто неправильную диагностику, приводит к хроническому течению заболевания, создавая в дальнейшем трудности в лечении [4].

Лечение кератомикозов представляет одну из трудных задач в современной офтальмологии [5]. Среди антимикотических препаратов в глазной практике находят применение нистатин, амфотерицин В. Это объясняется высокой цитотоксичностью ряда антимикотических препаратов, вызывающих при их длительном применении необратимые изменения в наружных цитоплазматических мембранах клеток и их органоидах. Внутривенное применение дактарина, амфотерецина В сопровождается общетоксическим воздействием на клетки центральной нервной системы, печени, почек [3]. Появление новых антимикотических препаратов с меньшей

токсичностью значительно расширяет показания к их применению.

Таким образом, увеличивающаяся распространенность, отсутствие надежных консервативных средств и тяжесть исхода гнойных кератитов грибковой этиологии указывают на поиск новых методов их лечения.

Цель исследования. Изучение особенностей клинического течения, характера осложнений и методов лечения язвенного поражения роговицы микст – этиологии (бактериально-грибковой) на фоне длительного местного применения антибиотиков и глюкокортикостероидов.

Объект и методы исследования. Материалом исследования служили 45 случаев больных с грибковыми поражениями глаз, пролечившихся в Республиканской клинической офтальмологической больнице МЗ РУз с 2010 по 2011 годы. Из них в 3 случаях выявлены характерные особенности грибкового язвенного поражения роговицы.

Результаты исследований и их обсуждение.

1 случай. Пациентка Б. Г., 49 лет, (амб. карта № 9358) обратилась с жалобами на снижение зрения и сильные боли левого глаза.

Из анамнеза: в мае 2010 года во время работы в поле, в глаз попали частички сена. Глаза промыты холодной водой, но через день начались покраснение, слезотечение, через 4 дня появилась резкая боль в глазах, светобоязнь. Обратилась к офтальмологу по месту жительства, назначено: местно ципролет и мазь эритромицина. Несмотря на лечение, нарастал болевой синдром и ухудшилось зрение. В июне 2010 года лечилась в стационарных условиях в течение 10 дней. Выписана с улучшением состояния. При появлении покраснения глаза, самостоятельно длительно закапывала в глаз ципролет, дексаметазон, закладывала эритромициновую мазь. В феврале 2011 года сильно простудилась. На 3 –й день сильно покраснел левый глаз, появились слезотечение, светобоязнь. Капала глазные капли: дексаметазон и ципролет, но улучшения не было. В начале марта обратилась в поликлинику РКОБ МЗ РУз с жалобами на слезотечение, светобоязнь, боль и снижение зрения левого глаза.

Объективно: OD – спокоен. OS – веки отёчные, блефароспазм, слезотечение, светобоязнь, перикорнеальная инъекция, в нижнем сегменте подконъюнктивальное кровоизлияние, в параоптической зоне роговицы на 3 часах инфильтрат размером

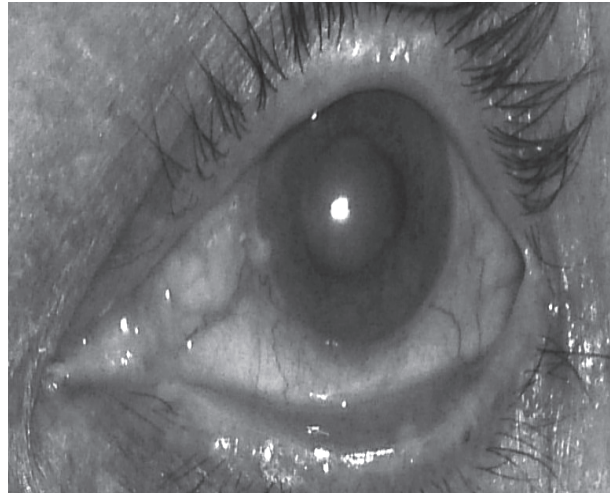
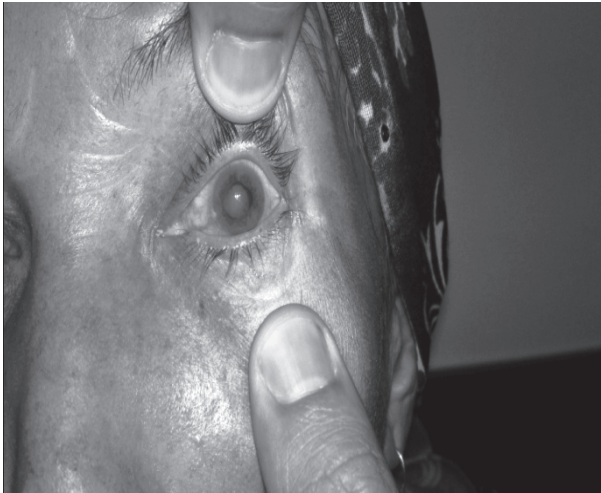


Рис. 1. Состояние роговицы до и после лечение пациентки Б. Г.

в 5х5 мм, возвышающийся над окружающей тканью, неравномерный по плотности, серовато – белого цвета, вокруг инфильтрата роговица отечна. Visus=OS – 0,05 н/к.; OD – 1,0; внутриглазное давление (ВГД) OD/OS=18/19 мм. рт. ст.

Диагностика включала клиническое и бактериологическое обследование больного с микроскопическим исследованием соскобов из пораженных очагов конъюнктивы и роговицы: микрофлоры не обнаружено, однако при посеве на питательную среду Субаро выявлены streptococcus epidermatis+Candida albicans.

Лечение: инфильтрат выскоблили острой ложечкой и раневую поверхность тушировали 2% спиртовым раствором йода. Внутрь Fluzamed по 1 капс. 1 раз в нед. 3 недели. Местно Солкосерил глазная гель 4 раза в день, Флузамед 0,3% по 2 капли 4 раза в день. На третьи сутки: отёчность век спала, блефароспазм, слезотечение, светобоязнь уменьшились, роговица полупрозрачная. Острота зрения = OS-0,1 н/к. Через 12 дней повторный посев на селективную среду роста микрофлоры не было. Глаз спокоен. Острота зрения = OS – 0,4 (рис. 1).

2 случай. Пациент Ж. А. (ист. боль. № 1519 – 492) 50 лет обратился 20 апреля 2011 г. в РКОБ с жалобами на светобоязнь, слезотечение и снижение зрения на левом глазу.

Из анамнеза: 3 месяца назад в левый глаз попала глина, сразу же промыл глаз холодной водой. На следующий день глаз покраснел. Лечился амбулаторно в поликлинике по месту жительства, закапывал антибиотики, гормональные, противовирусные препараты. Несмотря на лечение, нарастали болевой синдром и ухудшение зрения. Госпитализирован с диагнозом: OS – Кератоувеит. При поступлении Visus OD=1,0; OS=0,02 н/к. Передний отрезок OD – спокоен. OS – выраженные блефароспазм, слезотечение, светобоязнь, отек век, гиперемия, смешанная инъекция конъюнктивы, отделяемого нет. В оптической зоне роговицы имеется инфильтрат,

диаметром в 5х5 мм, сероватый с просветлением в центре, с выраженным перифокальным отеком, окрашивается флюоресцином, ВГД пальпаторно – в норме. Назначено лечение: в/в Кальций Глюконат 10% – 10,0мл № 8; Лораксан 1,0 в/в 2 раза в день № 7, витамин В₆ 1,0 в/м. OS – парабульбарно Ультрапим 0,5мл № 8. Внутрь – диазолин 0,1-2 раз в день № 5. Местно: Протаргол 3% по 2 капли 6 раза в день, Моксисин 5 раза в день, Атропин Сульфат 1% по 2 капли 2 раза в день, Офтагель 4 раза в день, Эритромициновая мазь 1% 2 раза в день.

На фоне проводимого лечения в течение 8 дней наблюдалось кратковременное улучшение состояния левого глаза: уменьшились болевой синдром, светобоязнь, слезотечение, отек век, инъекция конъюнктивы. Инфильтрат роговицы сократился по площади, перифокальный отек частично купировался, влага передней камеры – прозрачна (рис. 2).

В последующем, у пациента воспалительный процесс дважды обострялся, что было связано с переохлаждением и перенесенным ОРЗ.

Повторно обратился в РКОБ с диагнозом: OS – Язва роговицы. Объективно: OD – спокоен. OS – веки отёчные, блефароспазм, слезотечение, светобоязнь, перикорнеальная инъекция, роговица отечная, в параоптической зоне на 5 часах имеется инфильтрат 8х8 мм. Инфильтрат возвышается над окружающей тканью, неравномерный по плотности, серовато-белого цвета, вокруг инфильтрата роговица отечна. Visus=OD-1,0; OS – pr. certa. ИГД=OD/OS=16/14.

Анализы на TORCH инфекцию показали незначительное увеличение оптической плотности титров Ig G ВПГ (0,308) и ЦМВ (0,312). Бактериологическое исследование: соскоб с роговицы выявил staphylococcus aureus+Candida spP.

Лечение: инфильтрат выскоблили острой ложечкой и раневую поверхность тушировали 2% спиртовым раствором йода. В/в Кальций Глюконат 10% – 10,0мл. Внутрь Fluzamed по 1 капс. 2 раз в нед.

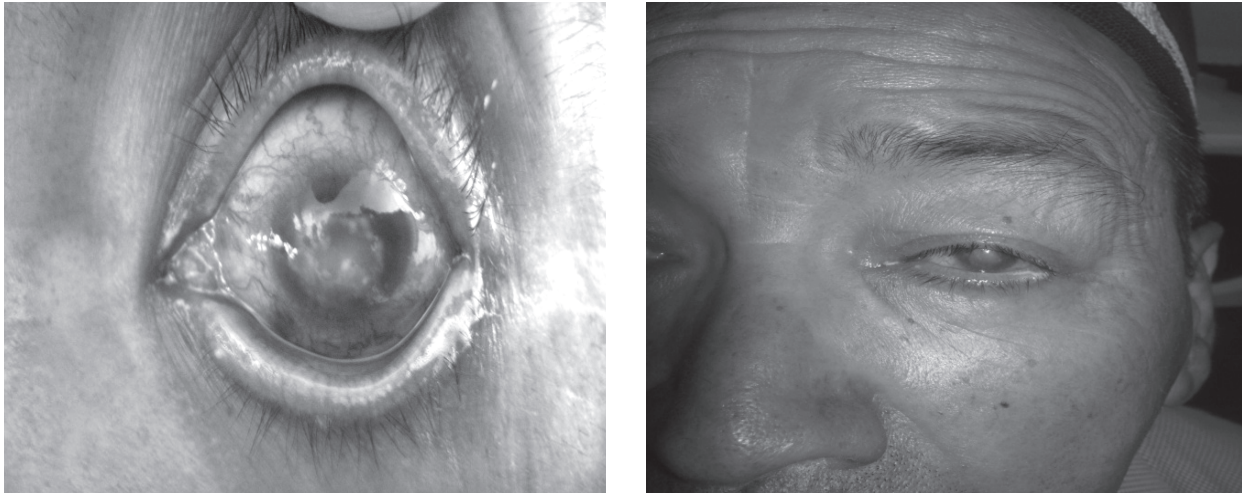


Рис. 2. Состояние роговицы до и после лечение пациентки Б. Г.

3 недели; Супрастин по 1 таб. 1 раз в день 5 дней. Местно: Офтагель по 2 капли 4 раза в день, Флузамед 0,3% и Тобримед 0,3% по 2 капли 3 раза в день.

На пятые сутки: отёчность век спала, блефароспазм, слезотечение и светобоязнь уменьшились, роговица стала полупрозрачной. Visus=OS- 0,06 н/к.

На 8 – день Visus=OS – 0,1. Через 8 дней лечения флузамедом пациент выписан в удовлетворительном состоянии, с заключительным диагнозом: OS – язвенный кератит грибково-бактериальной этиологии.

3 случай. Пациентка С. Ш. (амб. карта № 16939) 56 лет обратилась 13 декабря 2011 г в РКОБ с жалобами на светобоязнь, слезотечение, боль в правом глазу и снижение зрения на оба глаза.

Из анамнеза: 6 месяцев назад в левый глаз попала ветка. На следующий день появились покраснение, слезотечение и боль на левом глазу. Обратилась в поликлинику по месту жительства. Получала местно: ципролет, тауфон и тетрациклиновую глазную мазь. Несмотря на лечение, усиливались светобоязнь, слезотечение, болевой синдром и ухудшилось зрение. Госпитализирована с диагнозом: OD – травматический кератит. При поступлении Visus OD=0,1н/к; OS=1,0. OD – блефароспазм, слезотечение, светобоязнь, перикорнеальная инъекция, роговица отечна, имеется эрозия, передняя камера средней глубины, влага прозрачная. OS – спокоен. Назначено лечение: в /в кальций хлор 10% – 10мл, цефазолин 1,0 г 2 раза в день, в/м витамины группы В, OD – п/б гентамицин+дексаметазон по 0,5мл № 7, местно: офтаквикс 6 раз в день, дексаметазон 4 раза в день, офтагель 4 раза в день. Выписалась с незначительным улучшением и продолжала лечение дома. При повторных покраснениях капала офтаквикс и дексаметазон, но эффекта не было. В июне 2011 года повторно госпитализирована в РКОБ с диагнозом OD – язва роговицы.

Объективно: OD – блефароспазм, слезотечение, светобоязнь, смешанная инъекция, роговица отечная, в оптической зоне имеется инфильтрат 3х4 мм.

Инфильтрат возвышается над окружающей тканью, неравномерный по плотности, серовато-белого цвета, вокруг инфильтрата роговица отечна, но имеется резкая граница с прозрачной здоровой тканью. Целость эпителия над инфильтратом нарушена. OS – спокоен. Visus=OD – 0,04 н/к; OS – 1,0. ИГД OD/OS=16/15 мм. Анализы на TORCH инфекцию показали незначительное увеличение оптической плотности титров IgG ВПГ (0,330) и ЦМВ (0,320).

Бактериологическое исследование: посев соскоба с роговицы выявлены staphylococcus aureus+Candida spP.

Лечение. В/в Кальций Глюконат 10% – 10мл. Внутрь Fluzamed по 1 капс. 2 раз в нед. 4 недели, Табегил по 1 таблетки 1 раз в день 5 дней. Местно назначено – Клодифен по 2 капли 3 раза в день, Солкосерил гель 4 раза в день, Флузамед 0,3% и Тобримед 0,3% по 2 капли 3 раза в день. На шестые сутки отмечалась слабopоложительная динамика: размер инфильтрата уменьшился на 2 мм, уменьшились отёчность век и роговицы, гиперемия глазного яблока. На двенадцатые сутки схема лечения была изменена: пациентка продолжала получать противогрибковую и антисептическую терапию в прежних дозах, однако противовоспалительная терапия НПВС была заменена на кортикостероидную – Дексаметазон 3 раза в день в течение 3 дней, затем 2 раза в день в течение 6 дней. На шестые сутки Visus=OS- 0,2 н/к. На 12-е сутки Visus=OS – 0,4.

Таким образом, представленный клинический случай демонстрирует трудности диагностики и лечения mixt – поражений роговицы (бактериально-грибковой). До верификации диагноза все пациенты получали антибактериальные препараты широкого спектра действия, а также противовоспалительное и противовирусное лечение, что оказалось малоэффективным. Наблюдалась отрицательная динамика жалоб и биомикроскопической картины глаза.

Длительное торпидное течение воспалительного процесса, резистентность к проводимой терапии, предшествующее длительное лечение

антибиотиками и кортикостероидами – эти факты дали основание для постановки диагноза кератомикоза. Диагноз подтвержден данными лабораторного цитологического исследования и успешным применением специфической терапии флузамедом.

Выводы.

1. При длительном торпидном течении воспалительного процесса необходимо обследование

пациента на кератомикоз методом посева соскоба с конъюнктивы на среду Сабуро.

2. Проведенные исследования показали достаточно высокую эффективность флуконазола, который малотоксичен, хорошо переносится больными и обладает широким спектром противогрибкового действия, что подтверждают лабораторные исследования.

Список литературы

1. Майчук Ю. Ф. Кетоконазол в лечении микозов глаза / Ю. Ф. Майчук, М. К. Каримов, Н. Ш. Лапшина // Вестник офтальмологии. – 1990. – Т. 106, № 1. – С. 44-45.
2. Майчук Ю. Ф. Клинические формы кератомикозов. Дифлюкан в современной терапии / Ю. Ф. Майчук // Рефракционная хирургия и офтальмология. – 2004. – № 1. – С. 44-48.
3. Травкин А. Г. Лечение язвы роговицы микотической этиологии из класса Fusarium. 6, 52 / А. Г. Травкин, У. Родригес-Пас, М. Перес-Осорио // Вестник офтальмологии. – 1984. – № 6. – С. 52-53.
4. Bullock J. D. Contactlens solution-associated Acanthamoeba and Fusarium keratitis / J. D. Bullock, R. E. Warwar // Emerg. Infect. Dis. – 2010. – Sep; 16(9). – P. 1501-2; author reply P. 1502-3.
5. Jackson M. L. / M. L. Jackson, R. Barrie, F. R. Jones // Ibid. – 1975. – Vol. 79. – P. 719 – 751.
6. Suzuki K. A case of hypertrophic pachymeningitis impeding differential diagnosis of mycosis of orbital apex syndrome / K. Suzuki, Y. Suzuki, Y. [etal.] // Nippon Ganka Gakkai Zasshi. – 2010. – Vol. 114(8). – P. 687-91.

УДК 617. 713-002. 44:616-022. 7-036-08

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ГРИБКОВО – БАКТЕРИАЛЬНОГО ЯЗВЕННОГО КЕРАТИТА

Камилов Х. М., Абдуллаев Ш. Р., Касимова М. С.

Резюме. В статье на примере клинических случаев передних офтальмомикозов отражены особенности клинического течения и методы лечения современными противогрибковыми препаратами (Флузамед, глазные капли, капсулы), доказаны эффективность противогрибкового лечения и высокая диагностическая значимость метода посева соскоба с конъюнктивы и роговицы, позволяющие объективно оценить качество проведенного лечения.

Ключевые слова: офтальмология, грибковый кератит, диагностика, лечение.

УДК 617. 713-002. 44:616-022. 7-036-08

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ГРИБКОВО – БАКТЕРІАЛЬНОГО ВИРАЗКОВОГО КЕРАТИТУ

Камілов Х. М., Абдуллаєв Ш. Р., Касимова М. С.

Резюме. У статті на прикладі клінічних випадків передніх офтальмомікозів відображені особливості клінічного перебігу та лікування сучасними протигрибковими препаратами (Флузамед очні краплі, капсули), доведена ефективність протигрибкового лікування і висока діагностична цінність методу посіву соскоба з кон'юнктиви і рогівки, що дозволяє об'єктивно оцінити якість лікування.

Ключові слова: офтальмологія, грибковий кератит, діагностика, лікування.

UDC 617. 713-002. 44:616-022. 7-036-08

Clinical Features Posttraumatic Fungal – Bacterial Keratitis Ulcer

Kamilov H. M., Abdullaev Sh. R., Kasymova M. S.

Summary. In this paper the example of clinical cases of anterior oftalmomikozov reflect the clinical course and treatment with modern anti-fungal drugs (Fluzamed eye drops and capsules) proved the effectiveness of antifungal treatment and the high diagnostic value of the method of sowing scrapings from the conjunctiva and cornea, allowing an objective assessment of the quality of treatment.

Key word: ophthalmology, fungal keratitis, diagnostics, treatment.

Стаття надійшла 9. 06. 2012 р.

Рецензент – проф. Воскресенська Л. К.