КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 617.713-002-06
© Г.М. Бикбова, Н.Б. Зайнуллина, Э.Л. Усубов, 2012

Г.М. Бикбова, Н.Б. Зайнуллина, Э.Л. Усубов

СЛУЧАЙ АКАНТАМЕБНОГО КЕРАТИТА

ГБУ «Уфимский НИИ глазных болезней АН РБ», г. Уфа

В данной статье представлен случай акантамебного кератита, причиной которого явилось попадание водопроводной воды в оперированный глаз при промывании. Характерное клиническое течение заболевания и современный информативный диагностический метод − прижизненная конфокальная микроскопия роговицы − позволили своевременно установить акантамебный кератит. Было проведено антибактериальное, противовоспалительное лечение, впервые использован метод кросслинкинга роговичного коллагена с 0,1 % раствором рибофлавина с антисептической целью для купирования инфекционного процесса.

Ключевые слова: роговица, кератит, акантамеба, УФ-облучение, конфокальная микроскопия роговицы, кросслинкинг роговичного коллагена.

G.M. Bikbova, N.B. Zainullina, E.L. Usubov

ACANTHAMOEBA KERATITIS CASE

This article presents a case of Acanthamoeba keratitis caused by rinsing an operated eye with tap water. The typical clinical manifestations and up-to-date informative diagnostic method - intravital confocal microscopy of the cornea – allowed to diagnose Acanthamoeba keratitis (AK) in time. Anti-bacterial and anti-inflammatory treatment has been carried out, the method of corneal collagen crosslinking with riboflavin 0.1% solution of antiseptic has been used for the first time to cut off the infection.

Key words: cornea, keratitis, Acanthamoeba, UV light, confocal microscopy of the cornea, corneal collagen crosslinking.

На долю заболеваний роговицы приходится около 25 % всей глазной патологии, причем их последствия нередко требуют хирургического лечения с целью восстановления оптической функции роговой оболочки [2,3]. Кератиты чаще встречаются у пациентов с ослабленным иммунитетом (вне зависимости от возраста и пола) [3]. В США ежегодно регистрируется 30 000 бактериальных язв роговицы. В России гнойные язвы роговицы занимают второе − третье места после травматических кератитов [5,6]. Интенсификация глазной хирургии (эксимерлазерная коррекция зрения, экстракция катаракты), неуклонный рост травм глазного яблока способствуют увеличению числа случаев поражения роговицы [1].

В настоящее время микрофлора стала более агрессивной и резистентной ко многим антибактериальным препаратам, в связи с этим усугубляется тяжесть инфекционного процесса в роговице [4]. При неспецифических формах кератитов – протозойных, грибковых или микст-инфекциях − вследствие тяжести клинического течения заболевания имеются сложности диагностирования, дифференциальной диагностики и методов лечения воспалительного заболевания роговицы. Acanthamoeba protozoa − один из возбудителей кератита, который имеет 2 формы: активный копирующий трофозоит и бездействующая циста [5]. Акантамёбы могут выявляться в соскобах, в биоптатах роговицы, при посеве на питательную среду (агар). В диагностике и контроле лечения инфекционных заболеваний переднего отрезка глаза новые перспективы открывает конфокальная прижизненная микроскопия роговицы [3]. Чувствительность и специфичность диагностики данным методом по сравнению с обычными микробиологическими методами (посев на питательные среды) составляют 75 %, так как этот метод определяет характерные для заболевания измененные клетки всех структур роговицы и включения в виде осумкованных образований [7,8,9].

По данным зарубежных авторов, с целью лечения поверхностных форм кератита акантамебной этиологии применялся метод кросслинкинга роговичного коллагена. Совместное взаимодействие рибофлавина и УФ-излучения оказывает антибактериальное действие, повреждая геном микроорганизмов. Это увеличивает сопротивление ткани роговицы к ферментативному разъеданию её бактериями [7].

Под нашим наблюдением находился пациент В., 37 лет. Больному проведена эксимерлазерная операция LASIK по поводу близорукости средней степени левого глаза. Исход операции благоприятный, интраоперационных осложнений не наблюдалось. Через две недели после операции во время сверления бетона в левый глаз попала пыль, после чего больной промыл глаз водой. На следующий день возникли покраснение, жжение, боль и снижение зрения в этом глазу. При обращении к окулисту по месту жительства больно-

му было назначено антибактериальное лечение, которое не дало положительного эффекта.

Через месяц на консультации в поликлинике Уфимского НИИ глазных болезней был выставлен диагноз: оба глаза – миопия средней степени. Состояние после лазерной коррекции зрения. Левый глаз – стромальный кератит неизвестной этиологии. Пациент находился на стационарном лечении в 3-м микрохирургическом отделении Уфимского НИИ глазных болезней в течение 3 недель. Были проведены следующие методы исследования: визометрия, биомикроскопия, биопсия, конфокальная микроскопия на роговичном модуле (HRT-III, Heidelberg, Germany), пахиметрия (Vizante-OCT, Carl Zeiss, Germany).

Во время пребывания в стационаре пациент предъявлял жалобы на сильную боль, светобоязнь, отсутствие предметного зрения. Объективно у больного отмечались: блефароспазм, смешанная инъекция, отечность роговицы и поражение её центральной зоны в виде кольцевидного инфильтрата по ходу клапанного разреза. Послеоперационный роговичный лоскут был неровным. Глубжележащие среды не офтальмоскопировались.

С целью верифкации этиологии кератита пациенту проведена биопсия роговичного лоскута, при которой выявлялась только некротизированная ткань роговицы с рассеянной инфильтрацией эозинофилов, без обнаружения акантамеб.

Исследование при помощи современной конфокальной микроскопии роговицы на приборе «HRT-III» выявило утолщенные роговичные нервные волокна, в глубоких слоях стромы цисты акантамебы, округлой формы, гиперэхогенные по плотности, с наличием стенки (рис.1).

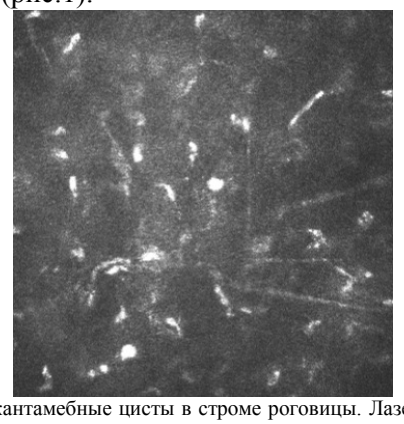

Рис. 1. Акантамебные цисты в строме роговицы. Лазерная сканирующая конфокальная томограмма

На основе клинических и диагностических данных, отсутствия положительной динамики на фоне комплексного специфического лечения каплями раствора «ReNu», 0,1 % раствора хлоргексидина впервые установлен диагноз акантамебный кератит (рис.2).

Рис. 2. Глубокий кольцевидный инфильтрат при акантамебном кератите

Больному был проведен кросслинкинг роговичного коллагена левого глаза, назначены противовоспалительные капли «Флоксал», антисептические капли «Окомистин» 4 раза в день в течение 3 недель, «Солкосерил гель» 20% 4 раза в день в течение месяца и внутрь таблетки «Метилурацил» 0,5 мг 4 раза в день.

При контрольном осмотре на следующий день после кросслинкинга роговичного коллагена жалобы на боль и светобоязнь уменьшились, через одну – две недели практически отсутствовали, острота зрения в течение всего периода после лечения составила 0,02, не корригирует. При объективном осмотре глаз умеренно раздражен, кольцевидный инфильтрат стромы роговицы уменьшился, отмечены единичные неэпителизированные участки роговицы, роговичный лоскут прилежал, глубжележащие среды детально не просматривались. В течение месяца после процедуры кросслинкинга глаз оставался спокойным, имелось диффузное помутнение роговицы как исход воспаления.

На фоне стабильного состояния глаза была проведена плановая тотальная сквозная кератопластика с восстановлением передней камеры. Объективно в первые сутки: глаз умеренно раздражен, трансплантат хорошо фиксирован непрерывным швом, передняя камера средней глубины. В послеоперационном периоде проводилось традиционное медикаментозное лечение, направленное на профилактику вторичной инфекции, коррекцию иммунных нарушений: кортикостероидные и нестероидные противовоспалительные препараты, антибиотики. На протяжении 6 месяцев после операции трансплантат роговицы оставался прозрачным, роговичные швы состоятельными, острота зрения 0,1, не корригирует. При последующих осмотрах состояние глаза было удовлетворительным: роговичный шов был снят через 8 месяцев, транс-

плантат прилежал, наблюдалось частичное помутнение донорской роговицы в оптической зоне, острота зрения 0,08, не корригирует.

Заключение. При отсутствии возможности установки диагноза акантамебного кератита с использованием традиционных методов исследования (бактериоскопия, биопсия) конфокальная микроскопия явилась наиболее точным диагностическим методом, позволяющим в глубоких слоях роговицы определить цисты акантамебы округлой формы. Это позволило верифицировать этиологию процесса.

В данном клиническом случае акантамебного кератита проведенная традиционная терапия оказалась недостаточной для излечения резистентной формы кератита. Проведенная с антисептической целью стандартная процедура кросслинкинга роговичного коллагена показала положительный терапевтический эффект в виде купирования воспалительного процесса.

Сведения об авторах статьи:

Бикбова Гузель Мухаррамовна – к.м.н., врач-офтальмолог I микрохирургического отделения Уфимского НИИ глазных болезней. Адрес: г. Уфа, ул. Пушкина, 90. E-mail: Gbikbova@gmail.com.

Зайнуллина Нелли Булатовна – младший научный сотрудник отделения хирургии роговицы и хрусталика Уфимского НИИ глазных болезней. Адрес: г. Уфа, ул. Пушкина, 90. E-mail: NelliChka555@yandex.ru.

Усубов Эмин Логман оглы – к.м.н., ведущий научный сотрудник отделения хирургии роговицы и хрусталика Уфимского НИИ глазных болезней. Адрес: г. Уфа, ул. Пушкина, 90.

ЛИТЕРАТУРА

1. Камалов, З.Г. Заболевания роговой оболочки глаза: методические указания / З.Г. Камалов, А.М. Нугуманова, Р.А. Шамсутдинова – Казань, 2005. – С.2-3.
2. Либман, Е.С. Состояние инвалидности по зрению в СССР, меры по её профилактике и снижению / Е.С. Либман, Т.А. Мелкумянц // Актуальные вопросы социальной офтальмологии: сборник научных трудов. – М., 1988. – С. 105.
3. Майчук, Ю.Ф. Терапевтические алгоритмы при инфекционных язвах роговицы / Ю. Ф. Майчук // Вестник офтальмологии. – 2000. – №3. – С. 35-36.
4. Малов, В.М. Современное состояние эффективности терапии гнойных язв роговицы / В.М. Малов, Степанов В.К. // Ерошевские чтения. – Самара, 2002. – С. 237-240.
5. Старков, Г.Л. Об эпидемиологии, профилактике и диспансеризации больных с наружными воспалительными заболеваниями/Г.Л. Старков, Р.С.Соколова // Вестник офтальмологии. – 1988. – Т. 104, № 1. – С. 3-5.
6. Donnell P.J. et al. Community care of corneal ulcers // Am. J. Ophthalmol. – 1992. – Vol. 114(5). – P. 531-538.
7. Pfister D.R., Cameron J.D., Krachmer J.H., Holland E.J. Confocal microscopy findings of Acanthamoeba keratitis // Am. J. Ophthalmol. – 1996. – Vol. 121(2). – P.129-142.
8. Vaddavalli K., Prashant Garg, Savitri Sharma, Virender S.Sanguan, Ravi Thomas Role of Confocal Microscopy in the Diagnosis of Fungal and Acanthamoeba Keratitis // Ophthalmology. – Vol 118. – N.1. –2011. – P. 29-35.
9. Yasin A. Khan, Renata T. Kashiwabuchi, Suy Anne Martins, Juan M. Castro-Comb, Sachin Kalyani, Philip Stanley,David Ffcfeier, Ashley Behrens Riboflavin and UVA Therapy for Acanthamoeba Keratitis Report of 3 Cases // Ophthalmology. – Vol. 118. – N. 2. – 2011. – P 324-330.

УДК 616-08-039.71:616.37-002
© А.А. Калиев, 2012

А.А. Калиев

ПРИМЕНЕНИЕ САНДОСТАТИНА И МАЛЫХ ДОЗ ПОСТОЯННОГО ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ТОКА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени М.Оспанова, г. Актобе

Настоящее исследование основано на ретроспективном анализе 63 историй болезни пациентов с травмами поджелудочной железы, лечившихся в хирургических отделениях г. Актобе с 1997 по 2011 гг. Включение сандостатина и малых доз постоянного электрического тока в комплекс лечения больных с повреждениями поджелудочной железы позволило уменьшить частоту развития посттравматического панкреатита с 79,3 до 58,8%, летальности с 20,1 до 11,8 %.

Ключевые слова: панкреатит, травма, сандостатин, профилактика.

A.A. Kaliyev

PROPHYLAXIS AND TREATMENT OF POSTTRAUMATIC DESTRUCTIVE PANCREATITIS USING SANDOSTATIN AND SMALL DOSES OF DIRECT CURRENT

The article is based upon the retrospective analysis of 63 case histories of patients with pancreas traumas who were being treated in surgical departments of Aktobe from 1997 to 2011. The usage of sandostatine and small doses of direct current allowed to decrease incidence of posttraumatic pancreatitis from 79,3% to 58,8%, lethality from 20,1% % to 11,8 %.

Key words: pancreatitis, trauma, sandostatin, preventive measures.