Министерство здравоохранения Республики Беларусь

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Кафедра офтальмологии

Зав. кафедрой д.м.н., профессор В.И. Морхат

**Диагноз: Острый дакриоцистит**

Студентка 4 курса, 26 группы

Лечебного факультета

Лазарева М.Н.

Преподаватель - Приступа В.В

дакриоцистит орган зрение

Витебск, 2013 г.

ФИО пациента: ХХХ

Возраст пациента: 46 лет

Дата поступления: 04.02.2013

Дата выписки: 10.02.2013

Диагноз при поступлении: Флегмона слезного мешка (острый дакриоцистит)

Жалобы пациента: острые пульсирующие боли у внутреннего угла глаза,отек век,гиперемия кожи,головные боли,повышение температуры тела,общее недомагание.

Анамнез заболевания: считает себя больным с 12.01.13,когда после недавно перенесенной ангины почувствовал болезненность в области левого глаза, общее недомагание. После обратился к участковому офтальмологу, который назначил лекарство в каплях, названия лекарства больной не помнит. Заболевание продолжало прогрессировать, появились пульсирующие боли и скудное гнойное отделяемое. Больной был госпитализирован в плановом порядке по направлению участкового окулиста.

Этиология и патогенез: в области слезного мешка и на шеке появились значительные отек и гиперемия кожи. Вследствие резкого отека век глазная щель закрыта. Гнойный процесс выходит за пределы слёзного мешка и захватывает окружающую клетчатку. При пальпации области слёзного мешка определяется значительное уплотнение и резкая болезненность. На фоне пульсирующих болей у внутреннего угла глазной щели наблюдались выраженные воспалительные явления. Из слёзных точек в конъюктивальный мешок поступает гнойное содержимое.

Анамнез жизни (Anamnesis vitae):

Краткие биографические данные:

· Родился в городе Витебске в 1967 году. Образование среднее специальное

· В физическом и умственном развитии от сверстников не отличался

· Бытовой анамнез: Жилищно-коммунальные условия удовлетворительные

· Вредные привычки: отрицает.

· Перенесенные заболевания и травмы: ОРВИ.

· Аллергологический анамнез: Не отягощен

· Наследственность: Не отягощена.

Осмотр по системам (Status praesens):

Сердечно-сосудистая система:

При осмотре грудная клетка в области сердца не деформирована, при пальпации безболезненна. Сердечный толчок и эпигастральная пульсация не определяются.

Верхушечный толчок локализованный в 5 межреберье размерами 2,5 Х 2,5 СМ, умеренной силы.

Перкуторно границы сердца и сосудистого пучка в пределах нормы.

При аускультации тоны сердца ясные, ритмичные, соотношения тонов правильные. Частота сердечных сокращений 75 ударов в минуту.

Пульс удовлетворительного напряжения и наполнения, ритмичный на обеих руках, частота 75 в минуту.

Дыхательная система:

При осмотре грудная клетка правильной конической формы, без деформаций. При пальпации безболезненная, эластичная. Голосовое дрожание в симметричных участках одинаковое

Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук, границы легких и подвижность легочных краев неизменены.

При аускультации дыхание везикулярное.

Пищеварительная система:

Полость рта санирована. При осмотре живот обычной формы.

При пальпации мягкий, безболезненный, границы печени не изменены.

Стул регулярный, оформленный.

Мочевыделительная система:

Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом (поколачивание по 12 ребру) отрицательный.

Мочевыделительная функция не нарушена.

Состояние органа зрения (Status localis)

OD:

Острота зрения 0,75

Орбита (положение гл. яблок, объем движений, экзофтальм и др.)

Положение глазного яблока правильное, обычного размера, движения в полном объёме,безболезненные.Экзофтальма нет.

Веки Глазничная и вековая часть не отечны. При пальпации безболезненны.

Конъюнктива Бледно-розового цвета, гладкая, блестящая, отделяемого нет.

Роговица Гладкая, прозрачная, зеркальная, гомогенной структуры, чувствительность сохранена, роговичный рефлекс сохранён,сосудов в роговице нет.

Передняя камера Глубина средняя(3мм), помутнения, патологического экссудата нет,влага передней камеры прозрачна.

Радужка Голубого цвета, рисунок чёткий, зрачок в центре радужки круглый,правильной формы,диаметр 3,5мм; реакция на свет положительная.

Хрусталик Гладкий, прозрачный, гомогенный, в обычном месте, помутнения нет.

Стекловидное тело Прозрачное, гомогенное.

Глазное дно Диск зрительного нерва бледно-розовый с четкими границами, обычных размеров. Сосуды выходят из центра диска, в дальнейшем ход их равномерный, дихотомически делятся, соотношение калибра артерий и вен 2:3. Общий тон глазного дна равномерный, красный. Зона желтого пятна хорошо контрурирует, световые рефлексы выражены. Периферия сетчатки без особых изменений

OS:

Острота зрения 0,25

Орбита (положение гл. яблок, объем движений, экзофтальм и др.)

Припухлость в медиальной части. Положение глазного яблока правильное, обычного размера, движения в полном объёме, отмечается некоторая болезненность,небольшое сужение глазной щели.

Веки Отёчные. Следы гноя на ресницах.

Конъюнктива Слизисто-гнойное отделяемое, скапливающееся в конъюктивальном мешке, слёзостояние и нерезко выраженная гиперемия конъюнктивы

Роговица

Гладкая, прозрачная, зеркальная, гомогенной структуры, чувствительность сохранена, роговичный рефлекс сохранён.

Передняя камера

Глубина средняя, помутнения, патологического экссудата нет.

Радужка

Голубого цвета, рисунок чёткий, зрачок в центре радужки круглый, реакция на свет положительная.

Хрусталик

Гладкий, прозрачный, гомогенный, в обычном месте, помутнения нет.

Стекловидное тело

Прозрачное, гомогенное.

Глазное дно

Диск зрительного нерва бледно-розовый с четкими границами, обычных размеров. Сосуды выходят из центра диска, в дальнейшем ход их равномерный, дихотомически делятся, соотношение калибра артерий и вен 2:3. Общий тон глазного дна равномерный, красный. Зона желтого пятна хорошо контрурирет, световые рефлексы выражены. Периферия сетчатки без особых изменений.Макулярный рефлекс отсуствует.

Обоснование диагноза

На основании жалоб больного: острые пульсирующие боли у внутреннего угла глаза, отек век, гиперемия кожи, головные боли, повышение температуры тела, общее недомагание.

На основании данных анамнеза заболевания: постепенно усиливающееся воспаление, слёзотечение и появление скудного гнойного отделяемого из левого глаза;слипшееся левое веко при пробуждении, гнойные выделения и слёзотечение из глаза;

На основании данных осмотра: слезостояние и нерезко выраженная гиперемия конъюнктивы, припухлость в левом глазу; выделение мутной слезы при надавливании в медиальном углу глаза

На основании данных дополнительных методов исследования: проба Уэста отрицательна(OS);

Выставлен диагноз: острый дакриоцистит.

Дополнительные методы обследования (УЗИ, диафаноофтальмоскопия, рентгеновское исследование, микробиологическое исследование и др.)

Диагностика острого дакриоцистита

Проходимость слезных путей при дакриоцистите проверяется при помощи цветовой пробы Уэста (канальцевой): в соответствующий больному глазу носовой проход врач вводит тампон, а в глаз закапывают раствор колларгола. Через 2 минуты тампон достают и проверяют: при проходимости слезных путей на нем появляются следы красящего вещества. В случаях, когда окрашивание занимает более длительное время (от 5 до 10 минут) в проходимости слезных путей можно усомниться, а вот если время окрашивания занимает более 10 минут времени, тест считается отрицательным, что говорит о непроходимости слезных путей.

Дифференциальный диагноз: при остром дакриоцистите необходимо провести диф.диагноз с конъюнктивитом и каналикулитом.

При конъюнктивите наблюдается покраснение глаза, выделения и чувство дискомфорта, рези, ощущение песка в глазах, светобоязнь. Проба Уэста положительна. Адреналиновый тест положительный. При надавливании на конъюнктиву сосуды становятся бледнее.

При каналикулите больные жалуются на слезостояние и слезотечение. Кожа в области канальцев отечна, гиперемирована, болезненна при надавливании. Слезные точки расширены, гиперемированы, отечны. При надавливании появляется слизисто-гнойное или крошковидное (при грибковой этиологии) отделяемое. Однако проба Уэста положительна.

Лечение: во всех случаях дакриоцистита обязательна консультация ЛОР-врача

· Начинают с парентерального введения антибиотиков широкого спектра.

· внутримышечно Бензилпенициллина натриевая соль по 300000 ЕД 2 раза в сутки,

· Сульфат стрептомицина по 500000 ЕД 2 раза в сутки в сочетании с сульфаниламидными препаратами (Сульфадимезин по 1 г 4 раза в день и др.);

· внутрь Тетрациклин по 250000 ЕД с Нистатином по 0,1 г 4 раза в день.

· Местно - сухое тепло, УВЧ.

· В конъюнктивальный мешок - инсталляции 10% раствора Сульфапиридазин-натрия 3-4 раза в день. капли (на выбор - раствор сульфацил-натрия 30%, раствор левомицетина 0,25%, раствор гентамицина 0,5%, раствор фурацилина 0,02%, ципромед, колбиоцин и др.)

· При появлении флюктуации показано вскрытие флегмоны через кожу, повязка с гипертоническим (10%) раствором натрия хлорида 2-3 раза в день.

· После стихания острых, воспалительных явлений - дакриоцисториностомия

В случаях абсцедирования заметны явления интоксикации,поэтому необходимо своевременная и энергичная первая помощь:в/в антибиотики, внутрь нестероидные противовоспалительные препараты системного действия(диклофенак натрий,ибупрофен и др.,) дезинтаксикационные средства(гемодез,гексаметилентетрамини и др.,). Немедленная консультация стоматолога(санация полости рта),отоларинголога для решения вопроса госпитализации с целью срочного вскрытия и дренирования со стороны придаточных пазух носа.

Прогноз:

При активном лечении прогноз благоприятный.

При неправильном, неполном, или нерегулярном лечении возможно возникновение осложнение процесса.

Рекомендации:

) Наблюдение у офтальмолога и отоларинголога по месту жительства

) Избегать переохлаждений

) Соблюдать диету и личную гигиену