



КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ВРОЖДЕННОЙ ГЛАУКОМЫ

Абдугофур Кодиров

Анджон давлат тиббиёт институти

<https://doi.org/10.5281/zenodo.6657623>

ARTICLE INFO

Received: 28th May 2022

Accepted: 02nd June 2022

Online: 05th June 2022

KEY WORDS

дистрофическим
деструктивным
процессам, ткан ,
лабораторно-
инструментальные .

Цель: определить эффективность консервативного лечения язвы роговицы, развившейся на глазу с врожденной терминальной дскомпенсированной поздно оперированной, прогрессирующей (с повышенным ВГД) глаукомой.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением в клинике ТашПМИ находился ребенок в возрасте 6 лет (история болезни №9/9), поступивший с диагнозом: Врожденная терминальная, декомпенсированная, поздно оперированная, прогрессирующая глаукома с повышенным ВГД, осложненная язвой роговицы левого глаза. Были проведены клинические, лабораторно-инструментальные и офтальмологические методы исследования.

Результаты. При поступлении жалобы на покраснение левого глаза и боль в глазу. Из анамнеза в 2007 году в возрасте 1 года была произведена

ABSTRACT

Нешолевременная гипотензивная терапия врожденной прогрессирующей глаукомы приводит к различным осложнениям, одним из которых является растяжение эндотелия роговицы, приводящего к дистрофическим деструктивным процессам в тканях роговицы

антиглаукоматозная операция. Объективно на левом глазу отмечается: светобоязнь, слезотечение, блефароспазм, смешенная инъекция сосудов склеры, глазное яблоко увеличено в размере. Биомикроскопически в оптической зоне роговицы с частичным захватом параоптической, наблюдается абсцесс роговицы с изъязвленными, неровными, деформированными краями размером 3,0- 4,0 мм с глубоким поражением, который достигает десцеметовой оболочки. Поверхность роговицы мутная, отечная. В оптической зоне, абсцедирующий участок покрыт гнойным отделяемым. Перфоративный процесс не наблюдается. Передняя камера неравномерной глубины, радужка в просматриваемой части без патологических изменений. Зрачок в центре, реакция на свет сохранена. Хрусталик не просматривается. Остроту



зрения определить не удалось из-за неадекватного поведения ребенка и помутнения роговицы. Офтальмотонус умеренно повышен. Глазное дно не офтальмоскопируется из-за язвы роговицы в оптической зоне. После соответствующего офтальмологического и клинического обследования ребенка на фоне антибактериального, противовирусного и противовоспалительного лечения под местной анестезией было проведено вскрытие абсцесса, удаление некротической ткани и изъязвленных краев дефекта с последующим промыванием раствором антибиотика, туширование участка роговицы. В динамике при биомикроскопическом исследовании отмечалась незначительная светобоязнь, слезотечение, конъюнктивальная инъекция сосудов склеры уменьшилась.

На 5-е сутки наблюдалось уменьшение абсцедирующего участка в диаметре, периферическая зона роговицы просматривается, в оптической зоне роговицы сохраняется помутнение. На 8-е сутки в динамике наблюдается просветление с медиальной стороны роговицы, вокруг абсцедирующего участка отмечается уменьшение отека и уменьшение роговичных инфильтратов. Передняя камера просматривается, роговица просветляется, местами эпителизируется. Офтальмотонус умеренный. Вывод. Врожденная терминальная декомпенсированная, прогрессирующая поздно оперированная (с повышенным ВГД) глаукома осложняется кератопатией которая при присоединении различных инфекционных агентов приводит к язве роговицы.

References:

1. Briefly G.F. Trubtsina I.E. Amirova N.Shch Experimental clinical gastroenterology. Issue 11-2013 pp 60-61
2. Briefly G.F. Secretion of the pancreas - Krasnodar: Kuban State Medical University, 2005-312 pp.
3. Korotko G.F. Physiology of the digestive system. Krasnodar Izd OOO BK "Group B". 2009 with 608