**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**:

Ф.И.О. больного:

Возраст больного: 24 года

Пол: женский

Место жительства:

Образование: среднее специальное ;

Профессия: домохозяйка;

***Клинический диагноз****:* Острый дакриоцистит

**Жалобы больного**:

Жалобы на покраснение, отек, острую боль и чувство распирания в глазах, слезотечение.

**Анамнез болезни (Anamnesis morbi)**:

Больше года болеет гайморитом. Сначала к врачам не обращалась, лечилась на дому. В связи с отсутствием положительного эффекта от лечения и нарастанием отрицательной динамики заболевания, обратилась в стационар по месту жительства.

К этому времени на фоне хронического гайморита появились гнойные выделения из левого глаза, потом и правого.

**Анамнез жизни (Anamnesis vitae):**

Краткие биографические данные:

* Родилась в городе Токмок 1985 году. Образование среднее специальное
* В физическом и умственном развитии от сверстников не отличалась
* Бытовой анамнез: Жилищно–коммунальные условия удовлетворительные
* Вредные привычки: отрицает.
* Перенесенные заболевания и травмы: ОРВИ.
* Гинекологический анамнез: Месячные с 12 лет. Молочные железы без особенностей.
* Аллергологический анамнез: Популяция «А»
* 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.

**Объективное исследование** (**Status localis**):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование исследуемойфункции глаза | Oculus dexter | Oculus sinister. |
| Глазница и окружающие глаз части лицаГлазная щель и векиОбласть орбиты | При осмотре в области слезного мешка, прилегающих участках носа и щеки ткани отечны, гиперемированы, мягкие при пальпации, пальпация немного болезненна. При небольшом отеке век, небольшое сужение глазной щели.По переднему ребру растут ресницы. Рост ресниц правильный.Тип глазной щели монголоидный - наружная спайка располагается выше внутренней. Кожа век анемичная, подвижная складчатая, тонкая. | Отличие только в том что заболевание началось с левого глаза. Но на данный момент все одинаково. |
| Слезопроводящий аппарат | В начале заболевания при осторожном надавливании на область слезного мешка из слезных точек выделялся гной. На данный момент выделений нет. | также |
| Конъюктива  | Бледно-розового цвета гладкая, блестящая, суховатая, чувствительная с выраженным сосудистым рисунком, прозрачная. Отделяемого нет. | также |
| Склера  | Склера белого цвета, поверхность гладкая, передние цилиарные сосуды не изменены. | Без особенностей. |
| Роговица  | Прозрачная, блестящая, зеркальная, сферичная, чувствительность сохранена. Сосудов в роговице нет. Лимб молочного цвета, шириной 1,5 мм васкуляризации не выявлено. | Прозрачная, блестящая, зеркальная, чувствительность не нарушена. |
| Передняя камера глаза | Глубиной 3 мм, влага передней камеры прозрачна | Прозрачна, обычной глубины. |
| Глазное яблоко в целом | Обычной шаровидной формы и средне-нормальной величины. Подвижность глазного яблока полная, неограниченная, безболезненная, положение в орбите правильное, симметричное. | Деформации и нарушение подвижности нет. |
| Радужная оболочка. | Карего цвета с четко выраженным радиарным рисунком и рельефом. Зрачок в центре радужки правильной формы, диаметром 3мм. Прямая, содружественная реакция на свет, а также на конвергенцию | Также. Патологии не обнаружено.  |
| Хрусталик.  | Прозрачный, положение правильное.  | Прозрачный, положение правильное.  |
| Стекловидное тело. | Прозрачно | Прозрачно |
| Глазное дно | Диск зрительного нерва бледно-розовый с четкими границами, обычных размеров хорошо выражена физиологическая экскавация. 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 контрурирется световые рефлексы выражены. Периферия сетчатки без особых изменений. | Аналогично.  |
| Внутриглазное давление пальпаторно.  | В пределах нормы.  | В пределах нормы.  |
| Исследование бинокулярного зрения  | Зрение бинокулярное | Зрение бинокулярное |
| Visus (острота зрения) | 1,5 D. | 1,5 D. |
| Поле зрения | Не нарушенны | Не нарушенны |
| Канальцевая проба | вначале положительная, затем канальцевая и носовая пробы отрицательные |  |

**Этиология и патогенез**

Дакриоцистит возникает вследствие стеноза носослезного канала и застоя слезы в слезном мешке. Нарушение оттока слезы способствует развитию в слезном мешке патогенной флоры (чаще стафилококковой или стрептококковой). Причиной затруднения оттока слезы является воспаление слизистой оболочки носослезного канала, которое чаще всего переходит со слизистой оболочки носа. В данном случае после гайморита.

**Дифференциальный диагноз**.

1)Острый **дакриоаденит** - воспаление слезной железы

Заболевание возникает как осложнение общих инфекций (грипп, ангина, скарлатина, брюшной тиф, пневмония, эпидемический паротит и др.).

Обычно бывает односторонним однако возможно двустороннее поражение. Заболевание начинается остро с покраснения и отека кожи в наружном отделе верхнего века. Вследствие отека наружный край верхнего века опущен, в результате чего глазная щель имеет S-образную форму. Глазное яблоко смещено книзу и кнутри, подвижность его ограничена кверху и кнаружи. Вследствие смещения глазного яблока возникает диплопия. При оттягивании верхнего века в зоне проекции пальпебральной части слезной железы конъюнктива гиперемирована, отечна. Пальпация наружного отдела верхнего века резко болезненна. Предушные лимфатические узлы увеличены и болезненны. Наблюдается повышение температуры тела, общее недомогание, головная боль.

2)**Бактериальный конъюнктивит**

Возбудитель заболевания — стафилококки или стрептококки.

Заболевание возникает остро, сопровождается выраженными субъективными ощущениями. Больные предъявляют жалобы на слезотечение, светобоязнь, ощущение инородного тела, зуд, жжение, отделяемое из конъюнктивальной полости.

Поражаются оба глаза (вначале один, затем другой). Острый конъюнктивит характеризуется выраженной конъюнктивальной инъекцией, отеком переходной складки и обильным слизисто-гнойным отделяемым из конъюнктивальной полости. Процесс может распространиться на роговицу — развивается поверхностный краевой кератит.

Для бактериальных конъюнктивитов в экссудате характерны обнаружение большого количества нейтрофилов, отсутствие изменений эпителиальных клеток.

**Клинический диагноз**

Исходя из анамнеза, жалоб, объективных данных, и в связи с рассмотрением вышеперечисленных дифференциальных заболеваний, выставляется клинический диагноз: Острый дакриоцистит

**Этапный эпикриз**

На данный момент пациентка находиться в стационаре, перенесла неделю назад операцию Дакриоцисториностомию. Суть операции состояла в создание соустья между слезным мешком и полостью носа, нормализовать слезоотведение. Жалоб не предъявляет, лечение получает.

**Лечение:**

Вскрыть флегмону. После вскрытия флегмоны дренажи с 10% раствором хлорида натрия. В течение 3—7 дней рану промывать растворами антисептиков:

диоксидина 1 % р-ром;

фурацилина 1:5000 р-ром;

перекиси водорода 3% р-ром.

По мере очищения раны в течение 5-7 сут 3-4 р/сут эту область смазывают препаратами, улучшающими регенераторные процессы:

метилурацил 5-10% хлорамфеникол (мазь Левомиколь).

В конъюнктивальный мешок в течение 7-10 сут закапывают растворы противомикробных препаратов:

сульфацил-натрия 10-20% р-р;

левомицетина 0,25% р-р;

ципрофлоксацина 0,3% р-р (Ципромед);

На ночь в конъюнктивальный мешок в течение 7-10 сут закладывать антибактериальные мази:

тетрациклиновую 1% мазь; или

эритромициновую 1% мазь;

Системно (внутрь или парентерально) в течение 7-10 дней применяют антибиотики широкого спектра действия или сульфаниламидные препараты:

Пенициллины (бактерицидное действие) 5-14 сут.

Внутрь: ампициллин (Ампициллин, таблетки по 0,25-0,5 г) за 1 ч до еды по 0,5 г 4 р/сут;

Внутримышечно: бензилпенициллина натриевая соль по 250 000-500 000 ЕД 4-6 р/сут.

При выраженных симптомах интоксикации внутривенно капельно в течение 1-3 сут применяют: гемодеза р-р по 200—400 мл; глюкозы 5% р-р по 200—400 мл с аскорбиновой кислотой 2 г.

В течение 5—10 сут чередуют внутривенное введение хлорида кальция 10% р-р по 10 мл и гексаметилентетрамина (Уротропин) 40% р-р по 10 .мл.

После интенсивной терапии.

Применяют сухое тепло и УВЧ-терапию. Назначают системную витаминотерапию.

Прогноз:

При активном лечении прогноз благоприятный.

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

Рекомендации:

1. Наблюдение у офтальмолога и отоларинголога по месту жительства
2. Избегать переохлаждений
3. Соблюдать диету и личную гигиену

**Используемая литература**

1. Неотложная офтальмология\_Егоров Т.Е
2. Глазные болезни Копаева
3. Офтальмология (Сидоренко, 2002)
4. Лекции и методические пособия.