

Морозовская детская городская клиническая больница
12 отделение микрохирургии глаза
237-97-75

В контакте с инфекционными больными не был

ВЫПИСКА
из истории болезни № 00407

1. Фамилия, имя и отчество больного: Котягин Никита Андреевич
2. Дата рождения: 20.04.2001 г. (8 лет)
3. Дата поступления в отделение: 17.01.2010 г.
4. Дата выписки из отделения: 03.02.2010 г.
5. Полный диагноз (основное заболевание, сопутствующее, осложнение): OS – постравматическая атрофия зрительного нерва.

При поступлении:

vis OD = 0,9 - 1,0 б/к

vis OS = 0 (?)

Dev 0° по Гиршбергу.

Подвижность глазных яблок в полном объеме.

OD: спокоен. Все отделы глазного яблока без видимой патологии.

OS: ушибленная ссадина кожи н/века во внутреннем отделе, небольшой отек н/века. Глаз спокоен. Роговица прозрачная, блестящая. П/камера средней глубины. Зрачок широкий, прямая реакция на свет отсутствует, содружественная замедленна. Глубокие оптические среды прозрачны. Глазное дно: диск зрительного нерва бледно-розового цвета, контуры четкие. Сосуды не изменены. Венный пульс не определяется. MZ – рефлексы четкие. Видимая периферия без особенностей.

Обследование:

17.01.10 г. консультирован неврологом: диагноз требует уточнения. Рекомендовано МРТ орбит и головного мозга.

Эхография (18.01.10 г.): OS – стекловидное тело прозрачно, оболочки не изменены.

Rg орбит (18.01.10 г.): травматических повреждений в костях левой орбиты и теней рентгеноконтрастных инородных тел не определяется. ППН прозрачны.

ЭФИ (18.01.10 г.): OD ПЗВП сохранены по конфигурации, латентности, амплитуде. OS не выделяются из фоновой ритмики на вспышку света. Можно говорить о выраженных изменениях на уровне зрительного нерва.

КТ орбит и головного мозга (19.01.10 г.): КТ данных за наличие патологических изменений структур орбит не получено. Патологии со стороны базальных отделов головного мозга не обнаружено (снимки на руках у мамы).

МРТ орбит и головного мозга (21.01.10 г.): МР данных за органическое поражение структур головного мозга не получено. Патологических изменений глазных яблок, ретробульбарного пространства и зрительного тракта с обеих сторон не выявлено (снимки на руках у мамы).

23.01.10 г. консультирован неврологом: на момент осмотра данных за неврологическую патологию не выявлено. Проводимую терапию продолжать, нейротрофическая терапия, электростимуляция в полном объеме возможна при отсутствии изменений на ЭЭГ.

ЭЭГ (22.01.10 г.): ЭЭГ соответствует возрастной норме.

ОСТ (25.01.10 г.): патологии не выявлено.

25.01.10 г. консультирован проф. Гусевой М.Р.: учитывая особенности травмы, непонятные данные об остроте зрения при диспансеризации в школе (отсутствие результатов зрительных функций от 01.04.2009 г.), нормальную картину глазного дна, в настоящее время этиологию амавроза OS точно установить нельзя. Однако, нельзя

исключить возможность травмы зрительного нерва без отека тканей орбиты и геморрагий в ткани орбиты. В дальнейшем, в случае травматизации зрительного нерва (который невозможно было бы восстановить при хирургическом вмешательстве), через несколько недель должна начаться нисходящая атрофия зрительного нерва. В настоящее время лечение проводится правильно, должно быть направлено на снятие отека оболочек зрительного нерва и его тканей, введением средств, улучшающих трофику – церебролизин, антиоксиданты и антигипоксанты (гистохром в ирригационную систему). Электростимуляция показана после 10-дневного курса нейротрофической терапии. Наличие у ребенка сужения зрачка на OS при движении глазного яблока является физиологической нормой на амавротическом глазу (абдукционный феномен).

Общ. анализ крови: лейкоц. – 8,3, эритроц. – 5,26, гемоглобин – 136, тромб. – 357, п – 1, с – 47, э – 4, м – 6, л – 42, СОЭ – 5, вр.квот. – 30¹, н.с. – 1¹, к.с. – 2¹.

Общ. анализ мочи: отн. плотность – 1018, белок – abs, эпителий плоский - единичный в поле зрения, лейкоц. – 0 – 1 в п/зр., эритроц. – 0 – 1 в п/зр.

27.01.10 г. консультирован зав. каф. проф. Сидоренко Е.И. и доц. Марковой Е.Ю.: учитывая небольшую травму, отсутствие объективных признаков повреждения зрения, можно думать об истерическом амаврозе или высоком уровне повреждения зрительного нерва OS. Лечение продолжить, к лечению добавить электростимуляцию зрительного нерва.

Лечение: в/м дицинон, оксамп; диакарб, аспаркам, нистатин, глюконат кальция.

Операция («22» января 2010 г.): OS – пункционная орбитотомия с установкой ирригационной системы в р/б пространство.

По системе – дексазон, оксамп, кортексин, трентал, эмоксипин, тауфон, гистохром; с 23.01.10 г. к лечению добавлено: в/м кортексин, вит. В₁, В₆; в/в капельно – реополиглюкин, ККБ, глюкоза 10%, трентал, метипред; электростимуляция зрительного нерва OS.

При выписке:

vis OD = 1,0 б/к

vis OS = 0

Рефракция:

OD

Hm 1,0

OS

Sol. Cyclomedi 1%

Hm 1,0

Dev 0° по Гиршбергу.

OS: спокоен. Роговица прозрачная, блестящая. Зрачок правильной формы, прямая реакция на свет отсутствует, содружественная сохранена, при движении глаза и окклюзии OD – сужение зрачка OS. Глубокие преломляющие среды прозрачные. Глазное дно: диск зрительного нерва бледно-розовый, границы его четкие. Сосуды не изменены. MZ – рефлексы четкие. Видимая периферия без особенностей. Трр - N.

Выписан домой в удовлетворительном состоянии.

Рекомендуется:

1. наблюдение окулиста по месту жительства и в ДГКП.
2. лютеин комплекс, фезам – 1 месяц.

3. продолжение курса электростимуляции зрительного нерва OS по месту жительства.
4. контроль ЗВП через 6 месяцев.

«3» февраля 2010 г.

Лечащий врач:



Захарченко А.В.

Зав. отделением:



Кузнецова Ю.Д.