

Медико-биологические проблемы жизнедеятельности

Научно-практический рецензируемый журнал

№ 2(12)

2014 г.

Учредитель

Государственное учреждение
«Республиканский научно-
практический центр
радиационной медицины
и экологии человека»

Журнал включен в:

- Перечень научных изданий Республики Беларусь для опубликования диссертационных исследований по медицинской и биологической отраслям науки (31.12.2009, протокол 25/1)
- Перечень журналов и изданий ВАК Минобрнауки РФ (редакция май 2012г.)

Журнал зарегистрирован

Министерством информации
Республики Беларусь,
Свид. № 762 от 6.11.2009

Подписано в печать 26.09.14.
Формат 60×90/8. Бумага офсетная.
Гарнитура «Times New Roman».
Печать цифровая. Тираж 211 экз.
Усл. печ. л. 15. Уч.-изд. л. 14,3.
Зак. 1275.

Издатель ГУ «Республиканский
научно-практический центр
радиационной медицины и экологии
человека»
ЛИ № 02330/619 от 3.01.2007 г.
Продлена до 03.01.2017

Отпечатано в Филиале БОРБИЦ
РНИУП «Институт радиологии».
220112, г. Минск,
ул. Шпилевского, 59, помещение 7Н

ISSN 2074-2088

Главный редактор

А.В. Рожко (д.м.н., доцент)

Редакционная коллегия

В.С. Аверин (д.б.н., зам. гл. редактора), В.В. Аничкин (д.м.н., профессор), В.Н. Бебяковский (д.м.н., профессор), Ю.В. Висенберг (к.б.н., отв. секретарь), Н.Г. Власова (д.б.н., доцент), А.В. Величко (к.м.н., доцент), В.В. Евсеенко (к.п.с.н.), С.А. Игумнов (д.м.н., профессор), А.В. Коротаяев (к.м.н.), А.Н. Лызииков (д.м.н., профессор), А.В. Макарович (к.м.н., доцент), С.Б. Мельнов (д.б.н., профессор), Э.А. Надыров (к.м.н., доцент), И.А. Новикова (д.м.н., профессор), Э.Н. Платошкин (к.м.н., доцент), Э.А. Повелица (к.м.н.), Ю.И. Рожко (к.м.н., доцент), М.Г. Русаленко (к.м.н.), А.Е. Силин (к.б.н.), А.Н. Стожаров (д.б.н., профессор), О.В. Черныш (к.м.н.), А.Н. Цуканов (к.м.н.), Н.И. Шевченко (к.б.н.)

Редакционный совет

В.И. Жарко (министр здравоохранения Республика Беларусь, Минск), А.В. Аклеев (д.м.н., профессор, Челябинск), С.С. Алексанин (д.м.н., профессор, Санкт-Петербург), Д.А. Базыка (д.м.н., профессор, Киев), А.П. Бирюков (д.м.н., профессор, Москва), Л.А. Бокерия (д.м.н., академик РАН и РАМН, Москва), А.Ю. Бушманов (д.м.н., профессор, Москва), И.И. Дедов (д.м.н., академик РАМН, Москва), Ю.Е. Демидчик (д.м.н., член-корреспондент НАН РБ, Минск), М.П. Захарченко (д.м.н., профессор, Санкт-Петербург), Л.А. Ильин (д.м.н., академик РАМН, Москва), К.В. Котенко (д.м.н., профессор, Москва), В.Ю. Кравцов (д.б.н., профессор, Санкт-Петербург), Н.Г. Кручинский (д.м.н., Минск), Т.В. Мохорт (д.м.н., профессор, Минск), Д.Л. Пиневиц (Минск), В.Ю. Рыбников (д.м.н., профессор, Санкт-Петербург), В.П. Сытый (д.м.н., профессор, Минск), Н.Д. Тронько (д.м.н., профессор, Киев), В.П. Филонов (д.м.н., профессор), В.А. Филонюк (к.м.н., доцент, Минск), Р.А. Часнойть (к.э.н., Минск), В.Е. Шевчук (к.м.н., Минск)

Технический редактор

С.Н. Никонович

Адрес редакции

246040 г. Гомель, ул. Ильича, д. 290,
ГУ «РНИЦ РМ и ЭЧ», редакция журнала
тел (0232) 38-95-00, факс (0232) 37-80-97
<http://www.mbr.rcrm.by> e-mail: mbr@rcrm.by

© Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический
центр радиационной медицины и
экологии человека», 2014

№ 2(12)

2014

Medical and Biological Problems of Life Activity

Scientific and Practical Journal

Founder

Republican Research Centre
for Radiation Medicine
and Human Ecology

Journal registration
by the Ministry of information
of Republic of Belarus

Certificate № 762 of 6.11.2009

© Republican Research Centre
for Radiation Medicine
and Human Ecology

ISSN 2074-2088

Обзоры и проблемные статьи

- А.В. Рожко, А.А. Чешик**
Заболееваемость лейкозами у лиц, пострадавших в результате радиационных аварий (обзор литературы) 6

Медико-биологические проблемы

- А.П. Будина, А.С. Соловьев**
Роль опухолевого супрессора ARF в активации селективной аутофагии 14

- Е.Л. Есис, И.А. Наумов**
Динамика заболеваемости органов репродуктивной системы женщин, осуществляющих производственную деятельность в условиях химического производства 21

- В.Н. Мартинков, А.Е. Силин, Э.А. Надыров, И.Б. Тропашко, А.А. Силина, С.М. Мартыненко**
Анализ мутаций в кодирующей области гена BRCA1 у пациенток с раком молочной железы из Гомельской области Беларуси 27

- Е.В. Марцинкевич, Т.М. Лукашенко**
Возможность применения соевого молока для коррекции нарушений микробиоценоза толстого кишечника крыс, вызванных употреблением глутамата натрия 34

- А.А. Печёнкин, А.А. Лызиков, С.А. Новиковская, Л.А. Мартемьянова**
Ультраструктурные изменения пластических материалов при включении в артериальное русло 39

- А.Е. Филюстин, А.М. Юрковский, А.А. Гончар**
Особенности дистрофических изменений тел поясничных позвонков в зависимости от их функционального предназначения 50

- Л.А. Чунихин, Д.Н. Дроздов**
Относительная эффективность контрмер по критерию накопленной дозы внутреннего облучения 55

Reviews and problem articles

- A. Razhko, A. Cheshik**
The incidence of leukemia in patients affected as a result of radiation accidents (review of literature)

Medical-biological problems

- A.P. Budina, A.S. Soloviev**
The role of ARF tumor suppressor in activation of selective autophagy

- E.L. Esis, I.A. Naumov**
Dynamics of incidence of reproductive system organs in women carrying out productive activity in chemical production

- V.N. Martinkov, A.E. Silin, E.A. Nadyrov, I.B. Tropashko, A.A. Silina, S.M. Martynenko**
The mutation analysis of the coding region of the BRCA1 gene in patients with breast cancer from Gomel region of Belarus

- E.V. Martsynkevich, T.M. Lukashenko**
Use of soy milk correcting microbiocenosis colon of rats caused by the use of monosodium glutamate

- A.A. Pechenkin, A.A. Lyzikov, S.A. Novikovskaya, L.A. Martemyanova**
Ultrastructural changes in the bloodstream vessels with plastic material

- A.E. Filyustsin, A.M. Yurkovskiy, A.A. Gontchar**
Features of degenerative changes of vertebral bodies of lumbar spine depending on their functional mission

- L. Chunikhin, D. Drozdov**
Countermeasures related effectivity upon accumulated internal doses criteria

Клиническая медицина

Н.Н. Климкович, В.В. Смольникова, О.В. Красько, Ж.Н. Пугачева

Тирозинкиназный рецептор FLT3 при первичных миелодиспластических синдромах

62

А.Н. Куриленко, Т.В. Бобр, Ю.И. Рожко

Опыт применения нутрицевтика «Лютакс Амд плюс» у пациентов с начальной стадией возрастной макулярной дегенерации

69

А.В. Куроедов, Р.В. Авдеев, А.С. Александров, Н.А. Бакунина, А.С. Басинский, Е.А. Блюм, А.Ю. Брежнев, Е.Н. Волков, И.Р. Газизова, А.Б. Галимова, О.В. Гапонько, В.В. Гарькавенко, А.М. Гетманова, В.В. Городничий, М.С. Горшкова, А.А. Гусаревич, С.В. Диордийчук, Д.А. Дорофеев, С.А. Жаворонков, П.Ч. Завадский, О.Г. Зверева, У.Р. Каримов, А.В. Кулик, С.Н. Ланин, Дж.Н. Ловпаче, И.А. Лоскутов, Е.В. Молчанова, В.Ю. Огородникова, О.Н. Онуфрийчук, С.Ю. Петров, Ю.И. Рожко, Т.А. Сиденко
Первичная открытоугольная глаукома: в каком возрасте пациента и при какой длительности заболевания может наступить слепота

74

О. С. Павлович, А. И. Розик, А.Г. Моренко
Электрическая активность коры головного мозга при восприятии акцентированных ритмических последовательностей и их мануальном воспроизведении у лиц с различным профилем асимметрии

85

Н.Н. Усова, Н.В. Галиновская, А.Н. Цуканов
Клинико-вегетативные взаимоотношения при инфаркте головного мозга

93

И.Н. Мороз, Т.Г. Светлович

Анализ динамики показателей физического и психологического компонентов здоровья подопечных Службы сестер милосердия Белорусского общества Красного Креста при оказании медико-социальной помощи на дому

100

Clinical medicine

N. Klimkovich, V. Smolnikova, O. Krasko, Zh. Pugacheva

FLT3 receptor tyrosine kinase in de novo myelodysplastic syndrome

A. Kurilenko, T. Bobr, Yu. Razhko

Experience of application of nutraceutical «Lutax AMD plus» in patients with initial stage of age-related macular degeneration

A.V. Kuroyedov, R.V. Avdeev, A.S. Alexandrov, N.A. Bakunina, A.S. Basinsky, E.A. Blyum, A.Yu. Brezhnev, E.N. Volkov, I.R. Gazizova, A.B. Galimova, O.V. Gaponko, V.V. Garkavenko, A.M. Getmanova, V.V. Gorodnichy, M.S. Gorskova, A.A. Gusarevitch, S.V. Diordiychuk, D.A. Dorofeev, S.A. Zavoronkov, P.Ch. Zavadskiy, O.G. Zvereva, U.R. Karimov, A.V. Kulik, S.N. Lanin, Dzh.N. Lovpache, I.A. Loskutov, E.V. Molchanova, V.Yu. Ogorodnikova, O.N. Onufrichuk, S.Yu. Petrov, Yu.I. Razhko, T.A. Sidenko

Primary open-angle glaucoma: at what age and at what disease duration blindness can occur

O.S. Pavlovych, A.I. Rozik, A.G. Morenko

The electrical activity of the cerebral cortex in perception of accented rhythmic sequences and their manual reproduction in individuals with different profile asymmetry

N.N. Usova, N.V. Halinouskaya, A.N. Tsukanov
Clinical vegetative interaction in cerebral infarction

I. Moroz, T. Svetlovich

Analysis of the dynamics of the indicators of physical and psychological components of health of the beneficiaries of the Visiting Nurses Service of the Belarusian Red Cross in medical and social home care provision

М.Ю. Юркевич, Г.И. Иванчик, К.С. Комиссаров, М.М. Зафранская

Прогностическая значимость определения цитокинов у пациентов с идиопатической IgA-нефропатией

107

Обмен опытом

И.Р. Газизова, Р.М. Шафикова, А.А. Александров

Клинический случай лечения тяжелых офтальмологических осложнений синдрома Стивенса-Джонсона

113

Правила для авторов

118

M.Y. Yurkevich, H.I. Ivanchik, K.S. Komissarov, M.M. Zafranskaya

Prognostic significance of cytokines detection in idiopathic IgA-nephropathy

Experience exchange

I.R. Gazizova, R.M. Shafikova, A.A. Aleksandrov

Clinical case of treatment of heavy ophthalmic complications at Stevens-Johnson syndrome

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛЫХ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ СИНДРОМА СТИВЕНСА-ДЖОНСОНА

¹ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа, Россия

²Городская клиническая больница №10, г. Уфа, Россия

³Центр лазерного восстановления зрения «OPTIMED», г. Уфа, Россия

Представлен клинический опыт лечения пациента с тяжелым блефарокератоконъюнктивитом на фоне синдрома Стивенса-Джонсона. Под наблюдением находился пациент Э., 18 лет, с диагнозом обоих глаз: инфекционно-аллергический блефарокератоконъюнктивит, тяжелое течение с угрозой перфорации роговицы. Синдром Стивенса-Джонсона. В анамнезе дебют системного заболевания в апреле 2014 года, по поводу которого получил курс интенсивной терапии в аллергологическом отделении. На фоне лечения в офтальмологическом отделении при отсутствии системной поддерживающей стероидной терапии произошла перфорация роговицы левого глаза. Была проведена экстренная кератопластика аллогенно консервированной роговицей. В послеоперационном периоде продолжены инстилляциии препарата циклоспорин А 2 раза в день, который не влиял на скорость эпителизации роговицы, препятствовал отторжению трансплантата.

Ключевые слова: синдром Стивенса-Джонсона, перфорация роговицы, кератопластика высокого риска, циклоспорин А.

Синдром Стивенса-Джонсона впервые описан в 1922 году американскими педиатрами А.М. Stevens и F.C. Johnson. Большинство авторов отождествляют данный синдром с токсическим эпидермальным некролизом, многоформной эритемой. Так многие исследователи рассматривают этот симптомокомплекс как тяжелый вариант течения многоформной эритемы с распространенным поражением слизистых оболочек и кожи, в основе которого лежит аллергическая реакция замедленного типа [4, 6]. А с 1993 года синдром Стивенса-Джонсона был выделен из определения многоформной эритемы и объединен с токсическим эпидермальным некролизом, как разные варианты течения единого патологического процесса, в зависимости от площади отслойки эпидермиса [3, 5].

Синдром Стивенса-Джонсона – редкое заболевание с частотой распространения на 1 млн. населения от 0,4 до 6,0 случаев в год. Данной патологии характерна сезонность: повышение заболеваемости зимой и

ранней весной. По данным авторов, заболеванию подвержены лица молодого трудоспособного возраста, преимущественно мужского пола [3]. Летальность при синдроме составляет 3-30% [3, 6].

Этиология заболевания окончательно не ясна. В развитии синдрома выделяют четыре группы триггерных факторов: инфекционные агенты, лекарственные препараты, злокачественные заболевания и не установленные причины. В основе патогенеза заболевания лежат иммунокомплексные реакции III типа, которые характерны для коллагенозов [2]. Клиника представлена симптомами интоксикации, распространенными кожными высыпаниями, тяжелым поражением слизистых оболочек. Нередким осложнением этой патологии со стороны глаз является блефароконъюнктивит, кератит, иридоциклит тяжелого течения, зачастую приводящий к потере зрения больного. Слепота вследствие вторичного тяжелого кератита регистрируется у 3-10%

больных. Лечение глазных проявлений синдрома требует адекватной патогенетически направленной системной поддерживающей терапии. В этой связи хотим привести собственный опыт лечения пациента с тяжелыми офтальмологическими осложнениями синдрома Стивенса-Джонсона.

Клинический случай

В офтальмологическое отделение городской клинической больницы №10 г. Уфа в начале мая 2014 года был госпитализирован молодой человек Э., 18 лет с жалобами на слезотечение, светобоязнь, чувство инородного тела, снижение зрения обоих глаз.

Из анамнестических данных стало известно, что пациент больным себя считает с начала апреля текущего года, когда без видимых причин резко ухудшилось общее самочувствие в виде слабости, недомогания, повышения температуры тела, появления болезненных пузырьвидных высыпаний на коже лица, туловища, конечностей и слизистой оболочке полости рта. В связи с выше перечисленным больной в экстренном порядке с диагнозом «Многоформная экссудативная эритема. Синдром Стивенса-Джонсона» был госпитализирован в аллергологическое отделение городской клинической больницы №21 г. Уфа. На фоне проводимой дезинтоксикационной, глюкокортикоидной, противоаллергической и симптоматической терапии в отделении у пациента появились жалобы на боли режущего характера в глазах, гнойное отделяемое из глаз. После осмотра штатным офтальмологом начал местное лечение каплями нормакс, дексаметазон, опатанол 5 раз в сутки. На фоне данного лечения улучшение состояния глаз отмечено не было.

После выписки из стационара молодой человек с направляющим диагнозом «Кератоконъюнктивит обоих глаз» был госпитализирован в офтальмологическое отделение городской клинической больницы №10 г. Уфа. При поступлении острота зрения правого глаза составила 0,09 н.к., левого глаза – 0,06 н.к. Уровень внутриглазного давления – 17/17 мм рт.ст. («Торсон»).

При биомикроскопии обоих глаз на фоне инстилляции каплей инокаин 0,1% выявлены: выраженный рефлекторный блефароспазм, гиперемия, плотный деревянистый отек век, трихиаз, энтропион; на конъюнктиве век и глазного яблока множество глубоких эрозий с изъязвлениями, некоторые из них покрыты гнойно-геморрагической корочкой, выраженная смешанная инъекция сосудов глазного яблока, скудное слизистое отделяемое в виде нитей; эпителий роговицы отечный студенистой консистенции, тотальная отслойка эпителия роговицы, строма роговицы отечна, в нижнем ее секторе инфильтрат серого цвета полулунной формы, с тенденцией к перфорации слева; передняя камера средней глубины, зрачок круглый, реагирует на свет, последующие среды без изменений (рисунки 1 и 2).



Рисунок 1 – Биомикроскопическая картина правого глаза (описание в тексте)

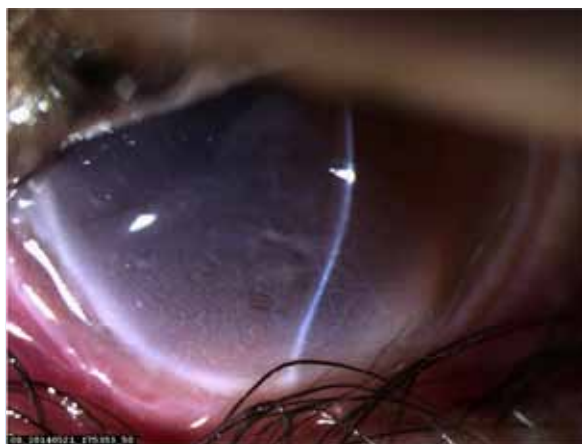


Рисунок 2 – Биомикроскопическая картина левого глаза (описание в тексте)

Также при биомикроскопии наше внимание привлекло тотальное прокрашивание роговицы, конъюнктивы век и глазного яблока обоих глаз при окраске лиссаминовым зеленым, что свидетельствовало о выраженном ксерозе данных оболочек. При постановке проб Ширмера и Норна отмечено резкое снижение объема слезопродукции и нарушение стабильности слезной пленки.

Относительно общего статуса пациента были отмечены депигментированные очаги на коже туловища, конечностей с отторжением ногтевых пластинок; отечные губы и десны с наличием множества язвочек и афт с гнойно-геморрагическими корочками на их поверхности, кровоточащие болезненные эрозии на слизистой полости рта, покрытые рыхлыми корковыми массами (рисунки 3 и 4). Температура тела была повышена до субфебрильных цифр.

После осмотра пациенту в стационаре был выставлен диагноз: Инфекционно-аллергический блефарокератоконъюнктивит обоих глаз, тяжелое течение. Угроза перфорации роговицы слева. Синдром Стивенса-Джонсона.

В общем анализе крови выявили: лейкоцитоз до $16,3 \times 10^9/\text{л}$, эозинофилия, значительное повышение СОЭ до 50 мм/ч. При биохимическом исследовании крови отмечено значительное повышение острофазных белков и ферментов аланинами-

нотрансферазы (АЛТ) и аспартатамино-трансферазы (АСТ), что свидетельствует об остром течении патологического процесса и повреждении внутренних органов.

Предполагая аутоиммунную природу заболевания, больному была проведена ультразвуковая доплерография (УЗДГ) слезных желез с цветным доплеровским картированием (ЦДК) сосудов. Сканирование выполнялось на аппарате «MEDISON My Sono U5» (Южная Корея) транспальпебрально путем установки через гелевую подушку линейного датчика 7-12 МГц на верхнее веко.

Слезная железа визуализировалась как неоднородное образование с участками гиперэхогенности и четкими границами. Было выявлено увеличение продольных и поперечных размеров слезных желез: справа – до $1,98 \times 1,05$ см; слева – до $1,78 \times 1,11$ см (в норме до $1,7 \times 0,5$ см) (рисунок 5).

В режиме ЦДК было зарегистрировано увеличение скоростных параметров кровотока в *a. lacrimalis* и незначительное снижение пульсационного и резистентного индексов кровотока. Выявленные изменения указывали на воспалительный характер в слезной железе (рисунок 6).

В отделении проводилось следующее местное лечение: капли левофлоксацина 0,5% 6 раз в день, тропикамида 0,5% 2 раза в сутки, солкосерил гель 8 раз в день. Затем, учитывая патогенез основного заболевания, добавили глазную эмульсию цикло-



Рисунок 3 – Депигментированные пятна на коже нижней конечности у пациента с синдромом Стивенса-Джонсона



Рисунок 4 – Отторжение ногтевых пластинок у пациента с синдромом Стивенса-Джонсона

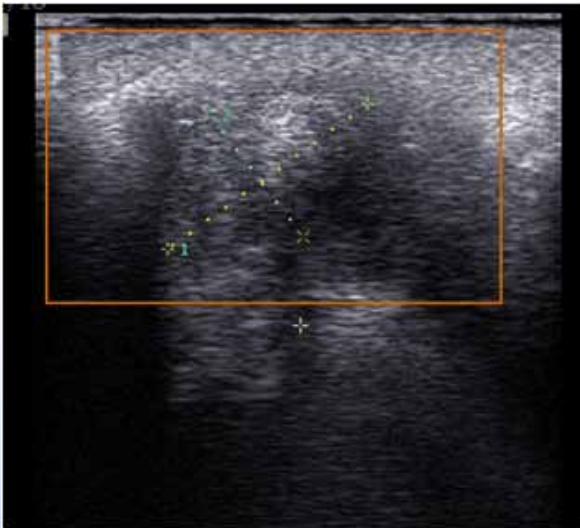


Рисунок 5 – Косо-сагиттальный срез увеличенной слезной железы. УЗДГ (режим серой шкалы)

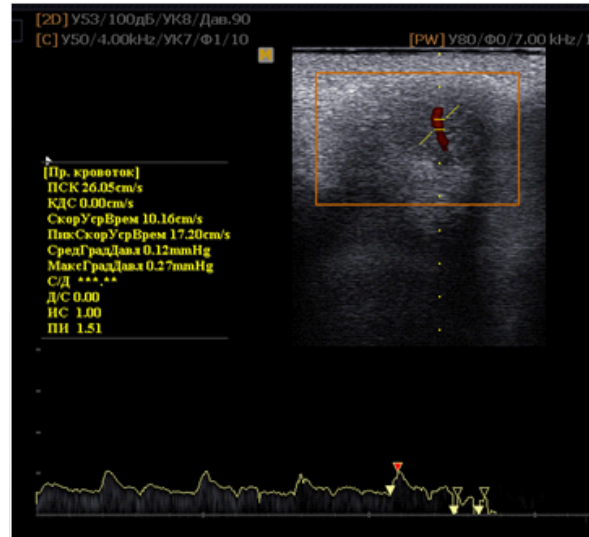


Рисунок 6 – Фрагмент ультрасонограммы, регистрирующей кровотоки по артериальному типу в слезной железе (режим ЦДК)

спорина А 0,05% (Рестасис®) 2 раза в сутки. Также больному проводилась системная терапия противовоспалительной, противомикробной и противоаллергической направленности. Принимая во внимание возраст пациента, системное назначение патогенетически оправданной стероидной терапии в условиях нашего отделения в первые дни не представлялось возможным. В этой связи молодой человек был проконсультирован у ревматолога, который назначил дообследование. Был проведен консилиум, решением которого было назначено системное лечение преднизолоном по малой схеме. На фоне стероидной терапии в течение двух недель отмечалась тенденция к улучшению и успокоению процесса в обоих глазах. Зрение правого глаза составило 0,5 с диафрагмой, левого – 0,06 н.к.

В последующую неделю без стероидной терапии было установлено резкое ухудшение состояния левого глаза в виде тотального отека роговицы с перфорацией ее в нижнем секторе с ущемлением радужки. Зрение левого глаза снизилось до движения руки у лица. В отделении офтальмохирургии было принято решение о проведении экстренной кератопластики с лечебной целью. В виду отсутствия свежего донорского материала, пересадку роговицы решено провести аллогенно консервированной роговицей 10,0.

Сквозная кератопластика проведена по классической методике, с захватом зоны перфорации и наложением узловых погружных роговичных швов. В интраоперационном периоде отметили трудности в виде прорезывания швов при их наложении на отечную рыхлую роговицу реципиента. Несмотря на это, трансплантат был зафиксирован хорошо, через мутную роговицу просматривалась средней глубины стабильная передняя камера. Зрение левого глаза – 0,02 н.к.

В послеоперационном периоде проводилось традиционное медикаментозное лечение, направленное на профилактику инфекций, коррекцию иммунных нарушений. Местное лечение представлено инстилляцией антибактериальных капель, слезозаместителей и эмульсии циклоспорина А 0,05%. Препарат циклоспорин А оказывает противовоспалительный эффект и снижает продукцию активных цитокинов, что обуславливает его необходимость для подавления реакции «трансплантат против хозяина» для местного послеоперационного ведения пациентов после кератопластики высокого риска (в данном случае на фоне синдрома Стивенса-Джонсона), так как местное применение стероидной противовоспалительной терапии при отсут-

ствии полной эпителизации роговицы не представляется возможным [1, 2].

Таким образом, представленный нами клинический случай показывает, насколько тяжело и непредсказуемо протекает кератит, ассоциированный с синдромом Стивенса-Джонсона, на фоне местного лечения при отсутствии системной патогенетически обусловленной терапии. Местное применение циклоспорина А в пред- и послеоперационном периодах обеспечивает приживление трансплантата, не препятствуя эпителизации роговицы.

Библиографический список

1. Балаян, Т.Г. Дифференциальная тактика иммуносупрессивного лечения при кератопластике высокого риска: автореф. дис. ...к-та мед. наук. – Москва, 2008. – 19 с.
2. Бржеский, В.В. Роговично-конъюнктивальный кератит (диагностика, клиника, лечение) / В. В.Бржеский, Е.Е. Сомов // СПб.: Сага, 2002. – 142 с.
3. Жерносок, В.Ф. Синдром Стивенса-Джонсона – токсический эпидермальный некролиз у детей / В.Ф. Жерносок, Т.П. Дюбкова // Медицинские новости. – 2007. – №14. – С. 8-13.
4. Клинические рекомендации. Стандарты ведения больных. – М.: ГЭОТАР Медицина, 2005. – 928 с.
5. French, L.E. Toxic epidermal necrolysis and Stevens-Johnson syndrome: our current understanding / L.E. French // Allergol. Int. – 2006. – Vol. 55, №1. – P. 9-16.
6. Hurwitz, S. Erythema multiforme: a review of its characteristics, diagnostic criteria, and management / S. Hurwitz // Pediatr. Rev. – 1990. – Vol. 11, №7 – P. 217-222.

I.R. Gazizova, R.M. Shafikova, A.A. Aleksandrov

CLINICAL CASE OF TREATMENT OF HEAVY OPHTHALMIC COMPLICATIONS AT STEVENS-JOHNSON SYNDROME

The article describes the clinical experience of treatment of patient with heavy blepharoconjunctivitis on background the syndrome of Stevens-Johnson. Under our supervision there was patient E., 18, with the diagnosis OU: Infectiously-allergic heavy blepharoconjunctivitis flow with the threat of perforation of cornea. Syndrome of Stevens-Johnson. In anamnesis a debut of system disease was in April 2014 year concerning that got the course of intensive therapy in an allergist separation. On a background treatment in an ophthalmology separation the perforation of cornea of the left eye happened in default of system supporting steroid therapy. Urgent keratoplasty was performed allogeneically preserved cornea. In a postoperative period instillation is continued cyclosporine-A 2 times per day that did not influence on speed of epithelization of cornea, prevented to tearing away of transplant.

Key words: *Stevens-Johnson syndrome, corneal perforation, high-risk keratoplasty, cyclosporine A*

Поступила 15.06.2014