
Стан сльозопродукції при сухому оці у хворих з синдромами Стівен-Джонсона, Сьогрена, Лайєла та пемфігоїдних захворюваннях очей

Якименко С. А., Джигалюк О. В., Велисар Т. А., Амжад Альбін

ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН»
(Одеса, Україна)

Актуальність. При синдромах Стівен-Джонсона, Сьогрена, Лайєла, та пемфігоїдних захворюваннях очей розвивається синдром сухого ока, який ускладнює протікання основного захворювання і його лікування та доставляє хворому багато суб'єктивних недомагань (відчуття стороннього чужорідного тіла, свербіж, погіршення зору).

Мета. Вивчити стан сльозопродукції у хворих з кон'юнктивально-рогівковим рубцевим ксерозом ока (синдромами Стівен-Джонсона, Сьогрена, Лайєла, пемфігуса).

Матеріал і методи. Проведені дослідження стану сльозопродукції 33 хворих на 49 очах з синдромами Стівен-Джонсона, Сьогрена, Лайєла, та пемфігоїдних захворюваннях очей шляхом застосування проб Ширмера I-II, в тому числі, на 24 очах до проведення хірургічного лікування і на 25 очах після усунення симблефарону з пересадкою слизової губи.

Результати досліджень. Встановлено, що сльозопродукція при вказаних синдромах залежить від розмірів симблефарону або площі пересадженої слизової губи. Так, при розмірах симблефарону $\frac{1}{4}$ - $\frac{2}{4}$ площі кон'юнктиви кількість сльози при пробі Ширмера I склала 4,23 мм, при симблефароні на $\frac{3}{4}$ - $\frac{4}{4}$ площі кон'юнктиви - 3,67 мм; при площі пересадженої слизової, яка займала $\frac{1}{4}$ - $\frac{2}{4}$ площі кон'юнктиви - 4,83 мм, а при площі слизової, яка займала $\frac{3}{4}$ - $\frac{4}{4}$ площі кон'юнктиви - 0 (нуль), тобто була відсутня. Показник проби Ширмера II були аналогічними, але ще меншими. Гострота зору також залежала від розмірів симблефарону і була від 0,48- (при частковому симблефароні) і 0,35- при поширеному чи тотальному симблефароні.

Всім хворим проводилось як місцеве медикаментозне лікування (застосування різних сльозозамінників), так і комплексне лікування з застосуванням місцевої і загальної протизапальної (парабульбарно (п/б) кортикостероїди), дедистрофічної (п/б) тіотриазолін) і антиоксидантної (п/б) емоксипін) терапії. Таке комплексне лікування дозволило майже у всіх хворих підвищувати продукцію сльози і гостроту зору. Встановлено, що таке лікування необхідно проводити 2 - 3 рази на рік.

Висновки. Синдром сухого ока (ССО,) який розвивається як ускладнення важких загальних захворювань і діагностується при синдромах Стівен - Джонсона, Сьогрена, Лайєла, і пемфігоїдних захворюваннях очей є найбільш важкою формою ССО- кон'юнктивально-рогівковим рубцевим ксерозом очей. Причиною розвитку такого ксерозу є прогресуюче виснаження сльозовиді-

лення, обумовлене загибеллю сльозопродукууючих залоз і рубцюванням їх вивідних протоків.

Ступінь зниження сльозопродукції залежить від ступеня рубцювання кон'юнктиви (розмірів симблефарона) або площі пересадженою слизової після усунення симблефарона.

Проведена комплексна медикаментозна терапія (протизапальна, дедистрофічна, стимулююча, розсмоктуюча, антиоксидантна і ін.), в тому числі, із застосуванням сльозозамінників, частково покращує зволоження ока і підвищує гостроту зору. Але таке лікування необхідно проводити 2-3 рази на рік.

The state of tear production in dry eye in patients with Steven-Johnson, Sjogren, Lyell syndromes and pemphigoid eye diseases

Ikimenko S. A., Dzhyhaliuk O. V., Veliksar T. A., Amzhad Albin

SI «*The Filatov Institute of Eye Diseases and Tissue Therapy of NAMS of Ukraine*»
(Odesa, Ukraine)

The abstracts present the results of the study of tear production in patients with the most severe form of dry eye syndrome (with Steven-Johnson, Sjogren, Lyell, pemphigus syndromes), and found that tear production depends on the size of the formed simblepharon. Also, it was found that the removal of scar adhesions of the eyelids with the eyeball by transplanting the mucous membrane of the lip does not improve tear production. Carrying out complex treatment with the use of anti-inflammatory, dystrophic, and stimulating regeneration, antioxidant and tear-replacing drugs improves tear production and visual acuity in such eyes.

Хірургічне лікування рецидивуючого птеригію

Якименко С. А., Костенко П. О., Хрустальова О. А.

ДУ «*Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України*»
(Одеса, Україна)

Актуальність. Для лікування птеригію запропоновано багато способів, але рецидиви при них спостерігаються нерідко. При рецидивуючих формах птеригію перевага віддається так званому «бар'єрному» методу, при якому шляхом переміщення або пересадки на очне яблуко різних тканин створюється бар'єр, що перешкоджає відновленню птеригію. Для створення такого бар'єру застосовувалися кон'юнктива зовнішньої половини очного яблука (А.Ельшніг, 1976) або верхньої перехідної складки (А.Каллахан, 1963), гомопластика рогівки кон'юнктивальним клаптом (В.П.Філатов, 1934), периферійна пересадка рогівки (Н.О.Пучківська, 1960; В.Д.Кукса, 1962), пластика рогівки склерально- кон'юнктивальним клаптом (Н.Нурмамедов, 1973) або амніотичною оболонкою (Г.А. Макеєва 1983). Однак лікування невпинно рецидивуючого птеригію завжди являє значні труднощі. При цьому неодноразові хірургічні