

---

стрептококк, синегнойная палочка) виявлені в 0,5-0,8% випадків). В 10,7% випадків (39 з 364 досліджень) визначалися асоціації різних мікроорганізмів.

При дослідженні чутливість к бетадину і октенисепту у виділеній з кон'юнктивальної порожнини мікрофлори виявилось, що епідермальний стафілокок був чутливий к бетадину в 40,9% випадків, к октенисепту - в 99,7% випадків; золотистий стафілокок (висіяний в 13,1% випадків) був чутливий к бетадину 8,2% випадків, к октенисепту - в 76% випадків, гемолітичний стафілокок (висіяний в 2,5% випадків) був нечутливий к бетадину (чутливість в 1,6% випадків), а к октенисепту був чутливий в 94% випадків; кишечна паличка (висіяна в 7,6% випадків), була чутливою в 6,3% випадків к бетадину, к октенисепту чутлива в 42% випадків. Ентерококк (висіяний в 5,6% випадків) був нечутливий к бетадину, а к октенисепту був чутливий в 78% випадків. Синегнойная паличка була нечутливою к бетадину. К октенисепту синегнойная паличка була чутливою в 18% випадків.

**Висновок.** Из проведенного исследования следует, что антисептик бетадин обладает умеренно бактерицидным действием на микрофлору, высеваемую при ожогах глаз. Антисептик октенисепт является препаратом более широкого спектра действия и высокой бактерицидной активности. Эти препараты можно назначать при отсутствии чувствительности высеваемой микрофлоры к антибиотикам или до получения результатов микробиологического исследования.

### **Sensitivity of the microflora, sowed in eye burns, to antiseptic Betadine and Octenisept**

*Yakimenko S. A., Khrustalova E. A., Moloda A. L., Dolenko L. V., Gavriluk N. V.*

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

In eye burns, damaged surfaces are a fertile ground for the development of pathogenic microflora, aggravating the burn process. Some strains of microorganisms, particularly hospital ones, become increasingly resistant to many antibiotics and antiseptics. In connection with this, the search for drugs preventing the development of infectious complications in eye burns is of current interest. The sensitivity of the microflora, isolated in eye burns, to antiseptic Betadine and Octenisept was explored. It was found that Betadine had medium bactericidal effect on flora, isolated in eye burn patients. It can be used as a therapy in the absence of antibiotic sensitivity of microorganisms to contemporary antibiotics. Antiseptic Octenisept had a broad spectrum of bacterial action, so it can be administered before getting the results of microbiological analysis or if such an analysis is impossible.

### **Методи раннього хірургічного лікування тяжких опіків очей**

**Якименко С. А.**

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

**Вступ.** Тяжкі опіки очей в більшості випадків підлягають хірургічному лікуванню. Тільки в одних випадках таке лікування повинно проводитись у перші дні після опіку, а в інших випадках – по мірі прогресування опікового процесу. Найбільш часто хірургічному лікуванню підлягають рогівка і кон'юнктива. Глибокий і ранній некроз тканин рогівки і кон'юнктиви може виникнути від термічних опіків металом або сильно концентрованими розчинами кислота або лугів. При цьому такий некроз може займати частину рогівки або кон'юнктиви, що частіше спостерігається при опіках розплавленим металом, або бути тотальним по площині і глибині, що частіше спостерігається при опіках сильно концентрованими кислотами або лугами. Здебільшого такий некроз захоплює як рогівку, так і кон'юнктиву, що несе загрозу перфорації рогівки і може привести до загибелі ока.

**Матеріал і методи.** В опіковому відділенні Інституту імені В.П.Філатова були розроблені і багато років застосовуються такі методи хірургічного лікування тяжких опіків очей: невідкладна, рання, тектонічна і рання лікувальна кератопластика по Пучківській Н.О. (1973 р.), пластика кон'юнктиви місцевими тканинами (кон'юнктивопластика, кон'юнктивотенопластика), блефарорафія.

**Результати.** Невідкладна кератопластика повинна проводитись в перші 24 години після отримання опіку, і як показали експериментальні дослідження, дає непогані результати, оскільки попереджає розвиток вторинного некрозу глибоких тканин рогівки, зменшує можливість інтоксикації і аутосенсibiлізації. Але на практиці, в зв'язку з важкістю діагностувати глибину опіку в перші години і сутки, така операція не набула клінічного застосування.

Найбільш широко при тяжких опіках рогівки нами застосовується рання лікувальна і рання тектонічна (лікувально-тектонічна) кератопластика. В залежності від розмірів і глибини звирозкування рогівки застосовується, як правило, пошарова кератопластика, а при фістулі і перфорації рогівки – кератопластика двома трансплантами. Лікувально-тектонічна кератопластика може застосовуватись по показанням як в ранні терміни, так і на протязі всього опікового процесу – при прогресуванні некротичних звирозкувань або в залежності від термінів надходження хворих у відділення. Для такої кератопластики нами застосовуються: свіжа донорська рогівка, кератобіоімплантат, кератоксеніміплантат, колагеновий еквівалент строми рогівки, амніотична оболонка. Дуже

---

важливо проводити кератопластику в ранні терміни, поки не наступили глибокі трофічні розлади в тканинах опеченої рогівки. Так, у 10 ( 23,3% ) із 43 хворих, які були прооперовані на протязі першого - другого тижня після опіку, потребувалась ретрансплантація розплавленого рогівкового трансплантату, а з 63 хворих, прооперованих на 3-5 тижні після опіку, через пізні їх направлення в Інститут імені Філатова, ретрансплантація вже потребувалась у 29 хворих ( 46,0%).

Для пластики кон'юнктиви ми застосовуємо її переміщення на некротичні участки оголеної склери із збережених частків кон'юнктиви склери чи склепін'я або повік. Якщо такої кон'юнктиви замало, то використовуються її залишки в склепіннях разом з теноновою капсулою. Поскільки така операція проводиться, як правило, одночасно з кератопластиком, то для кращого приживлення рогівкового трансплантату і попередження його звирозкування проводиться покриття рогівкового трансплантату переміщеною кон'юнктивою з блефарорафією для того, щоб добитись їх кращого приживлення.

Операція Деніга, розтин кон'юнктиви по Пасову або Поляку, парацентез нами не застосовуються, бо вони приносять більше шкоди, ніж користі.

**Заключення.** Розроблені та використовувані у відділі опіків очей Інституту імені В.П.Філатова методи хірургічного лікування тяжких опіків очей дозволяють практично у всіх випадках зберегти очі від загибелі та зберегти та відновити у подальшому зір, втрачений внаслідок тяжких і навіть особливо тяжких опіків очей.

## **Methods of early surgical treatment of severe ocular burns**

*Iakymenko S. A.*

*SI «Filatov Institute of Eye Disease and Tissue Therapy of the NAMS of Ukraine» (Odessa, Ukraine)*

Specialists of the Filatov Institute of Eye Diseases have elaborated and used different methods for early surgical treatment of severe ocular burns as follows: early therapeutic tectonic keratoplasty; tectonic keratoplasty with two grafts in case of corneal perforation; conjunctivoplasty with preserved areas of the conjunctiva and Tenon's capsule; simultaneous keratoplasty with conjunctivoplasty and tarsorrhaphy. Fresh corneal graft, preserved corneal graft ("Keratobioimplant"), cryo-lyophilized porcine cornea ("Keratoxenoimplant"), preserved amniotic membrane graft are being used for keratoplasty. The methods developed allow saving eye globes and preserving or restoring vision in the most severe ocular burns.

---