
Выводы. Полученные нами данные свидетельствуют о том, что деларгин положительно влияет на степень реактивного отека роговицы, активизирует ее регенерацию. Применение препарата Катионорм ускоряет процессы восстановления чувствительности роговицы, а также ее эпителизацию. Проведенные нами исследования свидетельствуют об эффективности применения деларгина и препарата Катионорм в лечении травматических эрозий роговицы.

Treatment of traumatic corneal erosions

Voskresenskaya L. K., Ryadnova V. V., Voskresenskaya A. V.

Higher state institution of Ukraine "Ukrainian Medical Dental Academy" (Poltava, Ukraine)

Treatment of traumatic corneal erosions includes medicines of polypeptide delargin and Kationorm that largely accelerates repair processes and helps to reduce the intensity of destructive processes in traumatic corneal erosion. Their use in adjuvant therapy greatly reduces the duration of treatment in comparison with conventional methods.

Хирургическое лечение больных с расплавлением роговицы при токсическом эпидермальном некролизе

Гайдамака Т. Б., Дрожжина Г. И., Серода Е. В., Тройченко Л. Ф., Иванова О. И.

ГУ «Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В.П.Филатова НАМН Украины» (Одесса, Украина)

Актуальность. Синдром Лайелла – токсический эпидермальный некролиз, описанный Аланом Лайеллом впервые в 1956 году, является острым, потенциально опасным для жизни заболеванием, которое возникает, как правило, как реакция на лекарственный препарат (антибиотик, протиковоспалительный, антидепрессант, сульфаниламид и др.). Осложнения со стороны органа зрения могут привести к потере зрения у 50% выживших больных. Синдром сухого глаза развивается в 46% случаев. У пациентов с синдромом Лайелла развиваются язвы роговицы, выворот век и заворот век, трихиаз и другие.

Цель. Анализ результатов хирургического лечения роговицы при деструктивных кератитах у больных токсическим эпидермальным некролизом.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились два пациента с токсическим эпидермальным некролизом (4 глаза). Больная С., 17 лет, острый процесс развился в 2012 году во время лечения вирусной инфекции. Больная Г., 49 лет, заболела в 2014 году в связи с приемом антидепрессантов. В остром периоде у обеих пациенток удалось купировать воспалительный процесс. Через год после начала заболевания после длительной ремиссии у обеих пациенток наступило обострение воспалительного процесса в связи с инфекционным кератитом, при этом наблюдалось осложненное течение с образованием язвы роговицы, расплавлением ее и перфорацией, в связи с чем было проведено хирургическое лечение.

Мы выполнили следующие операции - у больной С. были произведены: на левом глазу – трансплантация амниотической мембраны (ТАМ) с удалением гиперплазированной грануляционной ткани, послойная аллотрансплантация роговицы, послойная аллотрансплантация роговицы с биологическим покрытием ТАМ в сочетании с блефароррафией; на правом глазу – ТАМ с использованием сэндвич-техники, ступенчатая сквозная кератопластика с полным покрытием роговицы конъюнктивой и блефароррафией. У больной Г. на левом глазу произведены – послойная кератопластика в сочетании с биологическим покрытием, покрытие амниотической мембраной в сочетании с частичным покрытием роговицы конъюнктивой, факэмульсификация катаракты с имплантацией ИОЛ; на правом глазу – послойная кератопластика в сочетании с ТАМ, факэмульсификация.

Пациенты получали местную и системную противовоспалительную терапию, при наличии показаний, антибиотики, противогрибковые, противовирусные, гипотензивные препараты и другие, а также системное – дексаметазон от 50 мг внутривенно или 40 мг внутрь, с постепенным снижением дозы.

Результаты. Хирургическое лечение у больных с синдромом Лайелла производили в связи с тяжелыми деструктивными кератитами, которые сопровождалась язвой, перфорацией, расплавлением, роговицы с целью сохранения глазного яблока. После послойной кератопластики, а также послойной кератопластики в сочетании с биологическим покрытием донорской роговицей – наблюдали расплавление роговичных трансплантатов, что потребовало повторных вмешательств. Применение кератопластики в сочетании с ТАМ позволило получить положительный эффект на трех глазах. На одном глазу для сохранения органа была произведена ступенчатая сквозная кератопластика в сочетании с полным покрытием конъюнктивой. На двух глазах для достижения поставленной цели дополнительно была произведена блефароррафия.

В результате проведенного лечения удалось сохранить оба глаза у обеих больных. У одной пациентки (Г.) острота зрения повысилась на правом глазу до 0,2, на левом глазу до 1,0. У пациентки С. удалось сохранить оба глаза, в дальнейшем было произведено кератопротезирование.

Выводы. Пациенты с синдромом Лайелла должны находиться на диспансерном наблюдении у офтальмолога, в связи с тем, что осложнения могут возникнуть в поздние сроки после острой фазы заболевания. Анализ

результатов хирургического лечения у больных с синдромом Лайелла показал, что для сохранения глазного яблока при расплавлении роговицы в этой группе больных необходимо проведение кератопластики сочетать с амнионпластикой, а также покрытием роговицы конъюнктивой и блефароррафией по показаниям. Хирургическое лечение следует проводить в сочетании с иммуносупрессивной терапией. Комплексное хирургическое лечение позволяет повысить остроту зрения или сохранить глаз для последующего лечения и реабилитации.

Surgical treatment of patients with corneal melting in toxic epidermal necrolysis

Gaidamaka T. B., Drozhzhyna G. I., Sereda E. V., Troichenko L. F., Ivanova O. I.

SI "Filatov Institute of Eye Diseases and Tissue Therapy of NAMS of Ukraine" (Odessa, Ukraine)

The results of surgical treatment of corneal destructive disorders in patients with toxic epidermal necrolysis were analysed. Surgical treatment of patients with toxic epidermal necrolysis was performed due to severe destructive keratitis, combined with ulcer, perforation, melting of the cornea, with aim to save the eye. As a result of the treatment the eye was saved in 100% of cases. Patients with Lyell's syndrome should be under the continuous supervision of an ophthalmologist, as complications of the eye may occur in the later periods after the acute phase of the disease. Analysis of the surgical treatment results in patients with Lyell syndrome showed that, in order to save the eye with the corneal melting, it was necessary to perform several operations and the most effective was keratoplasty combined with amniotic membrane transplantation, and if necessary, cover the cornea with conjunctiva and blepharorrhaphy. Surgical treatment should be carried out in combination with immunosuppressive therapy. Complex surgery can improve visual acuity or save the eye for further treatment and rehabilitation.

Клинические характеристики конъюнктивы, роговицы, лимба и слезной пленки при ношении мягких контактных линз

Гайдамака Т. Б., Дрожжина Г. И., Великсар Т. А., Храменко Н. И.

ГУ «Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В.П. Филатова НАМН Украины» (Одесса, Украина)

Актуальность. На сегодняшний день контактная коррекция приобретает все большую популярность. Однако ношение контактных линз сопряжено с большим рядом осложнений. По данным многих авторов, одним из ведущих факторов риска развития инфекционных кератитов является ношение контактных линз, причем в большинстве случаев возбудителем являются грамотрицательные бактерии, в том числе и синегнойная палочка. Несмотря на угрозу тяжелых осложнений, пациенты, пользующиеся контактными линзами, зачастую не проходят должного систематического осмотра у офтальмолога.

Цель. Изучить влияние ношения мягких контактных линз (МКЛ) на структуры переднего отдела глаза.

Материал и методы. Исследовано 33 пациента (65 глаз) с близорукостью легкой и средней степени, которые пользовались силикон-гидрогелевыми контактными линзами. Средний возраст исследуемых составил 27,4 (8,7±SD) года, средняя длительность ношения МКЛ – 101,4 месяца (61,7 + SD).

Результаты. В результате исследований определено, что среднее время разрыва слезной пленки составило 5,2 (2,0±SD) с, и было ниже нормы у всех исследуемых. Средний показатель пробы Ширмера I составил 14,1 мм (7,3±SD), проба была ниже нормы в 60% случаев, в 13,9% случаев отмечалось снижение слезопродукции тяжелой степени, в 18,5% – средней степени, в 27,7% – легкой степени. Проба Ширмера II была снижена в 70,9% случаев средний показатель составил 8,3 мм (5,4±SD). Конъюнктивальная инъекция отмечалась у 38,9% исследуемых, смешанная у 5,5%. Васкуляризация лимба отмечалась в 84,3%, в 1 квадранте – у 18,5%, в 2 квадрантах – у 22,9%, в 3 кв. – у 20%, в 4 кв. – у 22,9%. Отмечался сосудистый паннус роговицы в верхней половине у 38,9%. Эпителиопатия отмечалась у 14,6%. У 30,9% исследуемых наблюдалось помутнение роговицы (точечное, нитевидное), которое субъективно пациентами не отмечалось. Роговица окрашивалась флюоресцеином в 21,1%, в 1 квадранте – у 7,0%, в 2 кв. – 5,3%, в 3 кв. – 5,3%, в 4 кв. – 3,5%. Толщина роговицы оставалась в пределах нормы, средний показатель составил 0,533 см (0,05 + SD) Средний показатель объемного пульсового кровенаполнения составил 3,7% (1,7 + SD), что на 12,4% ниже среднестатистической нормы в данной возрастной группе. Средний показатель индекса поражения глазной поверхности (OSDI) составил 27,3 (15,6 + SD) балла, что соответствует средней степени поражения глазной поверхности.

Выводы. 1. В результате анализа полученных данных выявлено снижение суммарной слезопродукции в 60% случаев (проба Ширмера I) и в 70,9% снижение базальной слезопродукции (проба Ширмера II). Данные пробы Ширмера II были более информативны, т.к. при данной пробе исключается рефлекторная слезопродукция.

2. Стабильность слезной пленки была снижена на 48,0% от нормы.

3. Выявлена васкуляризация лимба у 84,3%, васкуляризация роговицы у 38,9%, отмечено страдание эпителия у 14,6%, что косвенно говорит о гипоксии роговицы. Отмечены нежные помутнения роговицы в виде точек и полос в 30,9% случаев.

4. Выявленные изменения свидетельствуют о наличии нейротрофического кератита 1-2 степени тяжести, что требует медикаментозной коррекции для предупреждения развития тяжелых осложнений ношения МКЛ.