

ки, экстракция катаракты, передняя витрэктомия, имплантация ИОЛ, замена ИОЛ на новую/. Диаметр трепанации был не менее 6,0 мм, но преимущественно от 7 до 9 мм. Трансплантат на 39 глазах прижил прозрачно и почти прозрачно с повышением остроты зрения от светоощущения – от 0,01 до 0,07-0,7. 11 пациентам (11 глаз) сквозная кератопластика производилась как первый этап восстановления зрения. После прозрачного приживления, через 6-8 месяцев, вторым этапом этим больным производилась экстракция катаракты с имплантацией ИОЛ. Острота зрения до пересадки роговицы была равной светоощущению, после второй операции она повысилась у всех больных до 0,4-0,8.

Во второй группе больных с оптической целью была произведена послойная кератопластика на 39 глазах. Диаметр несквозной трепанации был от 7 до 9 мм, глубина удаляемых слоев – не менее 2/3 толщины роговицы, иногда и больше, почти до десцеметовой оболочки. Прозрачно и почти прозрачно трансплантат прижил на 33 глазах. При этом острота зрения повысилась на этих глазах от светоощущения – от 0,03 до 0,05-0,5. В некоторых глазах она зависела от оставшихся помутнений в задних слоях роговицы и от частичного помутнения хрусталика.

Таким образом, при оптической кератопластике по поводу бельм после гнойных кератитов удалось достичь прозрачного и почти прозрачного приживления, как послойного, так и сквозного роговичного трансплантата на 83 глазах (84,5%).

Заключение

В исходе гнойных кератитов, как после медикаментозной терапии, так и после лечебной кератопластики у значительного числа больных остаются интенсивные помутнения роговицы, снижающие функции глаза, вплоть до слепоты.

Единственным способом, позволяющим помочь этим больным, является пересадка роговицы /сквозная или послойная/. Проведенная кератопластика не ранее, чем через год после гнойного процесса в роговице, позволила восстановить остроту зрения до 0,05-0,8 на 83 глазах /84,5%/ при прозрачном и почти прозрачном приживлении трансплантата.

Библиография:

1. Борзенко С.А., Мороз З.И., Комах Ю.А. и др. //Ерошевские чтения. – Самара. – 2002.-С. 227-228.

2. Ерошевский Т.И., Яхина Н.М. //Вестн.офтальмол. – 1973. – №6. – С. 3-5.
3. Золотарев А.В., Милодин Е.С., Сильченко А.И. //Сб. трудов науч.-практ. межрегион. конф., посвященной 200-летию Ульяновской обл. клинич. б-цы №1. – Ульяновск. – 2001. – С. 292-293.
4. Майчук Ю.Ф. //Тезисы докл. VII съезда офтальмологов России. – М., 2000. – С. 153-154.
5. Малов В.М., Степанов В.К., Иванов Д.В. //Ерошевские чтения. – Самара. – 2002. – С. 237-240.
6. Малов В.М., Степанов В.К. и др. //Вестн. офтальмол. – 2003. – Том 119, №1. – С. 22-24.
7. Степанов В.К. Изучение метода длительной консервации роговой оболочки силикодегидратацией: Автореф. дисс. ...д-ра мед. наук. – Куйбышев. – 1972.
8. Филатов В.П. //Сов. вестн. офтальмол. – 1934. – Т.4. – №2. – С. 222-224.
9. Филатов В.П., Бушмич Д.Г. //Офтальмол. журн. – 1947. – №1. – С. 9-14
10. Chambers W.A., Belin M.W., Parenti D.M., Simon G.L. // Ann. Ophthalmol. – 1988. – Vol. 20. – №5. – P. 172-175.
11. Mondino B.J. // Ophthalmology. – 1988. – Vol. 95. – №4. – P. 463-472.
12. Payrau P., Pouliquen Y. //Ann. drOculist. – 1960. – V. 193. – №4. – P. 309-345.

Степанов В.К., Малов В.М., Глазунова Н.И.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ГНОЙНЫХ ПОРАЖЕНИЙ РОГОВИЦЫ

На большом клиническом материале (576 пациентов) проведена оценка результатов комплексного лечения гнойных поражений роговицы. Гнойный процесс купирован в 53% современной антибактериальной терапией, кератопластикой (в 26%), и в 21% случаев были проведены оргоуносящие операции.

Гнойные поражения роговицы среди ее воспалительных заболеваний ее занимают второе место (1). Однако тяжесть гнойного процесса и скорость его течения во многом превосходят другие воспалительные поражения роговой оболочки. В исходе гнойных кератитов всегда остаются той или иной степени помутнения роговицы, что приводит к существенному снижению зрительных функций, иногда вплоть до слепоты. Нередко эта тяжелая патология ведет и к гибели глаза (2-5).

Целью работы явилась оценка результатов комплексного подхода к лечению гнойных кератитов в СОКБ им. Т.И. Ерошевского.

С этой целью произведено изучение лечения гнойных кератитов у 576 пациентов (582) глаза за период с 1995 по 2003 год. Из них – 328 мужчин и 248 женщин в возрасте от 15 до 90 лет. Причем, данное заболевание чаще встречалось у лиц старше 50 лет, что, на наш взгляд, связано со снижением сопротивляемости организма, а также более частым возникновением кератита на патологически измененных глазах,

вследствие травм, заболеваний, перенесенных операций.

При поступлении в стационар для идентификации возбудителя у больных с роговицы брали соскоб для посева. Микрофлора обнаруживалась более, чем в 60% случаев. Чаще всего высевались эпидермальный стафилококк, бакальные кокки, микрококк, синегнойная палочка, энтеробактерии, кишечная палочка, дрожжевой грибок. Определялась чувствительность к антибактериальным препаратам, что помогло назначению специфической терапии.

В СОКБ им. Т.И.Ерошевского выработан определенный алгоритм в терапии гнойных кератитов, заключающийся в медикаментозной терапии, лечебной кератопластики и органоуносящих операций слепых глаз и глаз с распространением инфекции внутрь и за его пределы.

Медикаментозная терапия заключается в назначении капель, содержащих антибиотики нового поколения (нормакс, тобрекс, ципролет и др.), которые чередуются с сульфаниламидами и препаратами нитрофуранового ряда, антисептиками (пливасепт), 1% метиленовой синью, колларголом 3%. Закапывания дополняются тушированием изъязвленной поверхности роговицы 5% настойкой йода, 10-20% раствором цинка-сульфата, 1% метиленовой синью, присыпанием порошком сульфацила-натрия, антибиотиков. Кроме того, один раз в день под конъюнктиву вводится какой-либо из антибиотиков (гентамицин, линкомицин, ампициллин, бруламицин). Дополнительно применяются контрикал, гордокс. Местное лечение дополняется введением антибиотиков внутримышечно и даже внутривенно (гентамицин, цефазолин, цефабит, бисептол, метрагил и др.) При грибковых поражениях широко применяются современные средства (амфотерицин, низорал, дефлюкан) и давно проверенные препараты, как метиленовая синь, йодистый калий, аскорбиновая кислота. При очищении поверхности роговицы от гноя назначаются кератопластические препараты в виде капель, геля, подконъюнктивальных инъекций (витаминные капли, ретаболиловая мазь, тауфон, солкосерил, актовегин). После наступления эпителизации роговицы, а в некоторых случаях и до нее, для скорейшего купирования воспалительного процесса в переднем отрезке сосудистого тракта к местному лечению добавляются кортикостероиды.

В особо тяжелых случаях, при отсутствии положительного результата от лечения, производится лечебная кератопластика (послойная или сквозная). Пересадка роговицы производится не только в разгар заболевания, но и при купировании гнойного процесса, когда роговица очищается от гнойной инфекции, но в ней продолжают деструктивные процессы, приводящие к угрозе перфорации. В этих случаях кератопластика преследует цель лечебно-тектоническую.

При развитии гнойного процесса в роговице на слепых глазах (терминальная глаукома, посттравматические или послеоперационные последствия) после попытки купирования гнойного процесса в течение нескольких дней производится энуклеация. При генерализации инфекции внутрь глаза производится также одна из органоуносящих операций (энуклеация, эквисцерация, эквисцеро-энуклеация).

В результате проведенной терапии у 303 больных (308 глаз – 53%) гнойный процесс был купирован медикаментозной терапией, в среднем за 16,8 дней. Сроки излечения напрямую зависели от размеров патологического процесса. При очагах до 5 мм излечение происходило в среднем за 13,3 дней, от 6 мм и более – в среднем за 24,8 дня. У всех больных после излечения оставались той или иной степени помутнения роговой оболочки, что естественно снижало остроту зрения иногда до светоощущения. Однако у большинства больных острота зрения восстанавливалась до 0,1 – 1,0.

151 человек (152 глаза – 26%) поступил в стационар с крайне тяжелым состоянием роговой оболочки, что было связано с неоправданно длительным лечением по месту жительства, самолечением или отсутствием лечения. Этим больным после попытки купирования воспалительного процесса медикаментозной терапией, в силу тяжести процесса и угрозы гибели глаза, в среднем через 9,4 дня с органосохранной целью, была произведена лечебная кератопластика (112 сквозных и 51 послойная). Нескольким больным производились повторные операции. В результате хирургического лечения произошло купирование гнойного процесса в переднем отрезке глазного яблока у всех больных, и глаза были спасены. Выздоровление больных после лечебной кератопластики наступило в среднем за 25,8 дней. На 82 глазах (54%) трансплантаты прижили прозрачно, на 70 глазах (46%) – полупрозрачно и мутно. Если до операции у

большинства больных отсутствовало предметное зрение или оно было не более 0,01, то после операции у трети больных повысилась острота зрения до 0,03 – 0,09 и даже до 0,1 – 0,6. Анализ лечения этой группы больных свидетельствует о высокой эффективности лечебной кератопластики, ни в одном случае не произошло потери глазного яблока после операции.

У 122 пациентов (122 глаза – 21%) гнойный процесс в роговице возник на слепых глазах, причиной чего были: терминальная глаукома, последствия травм и другие заболевания глаз. Состояние роговицы у всех больных было тяжелым, часто сопровождалось обнажением десцеметовой оболочки, перфорацией. В нескольких глазах были явления эндофтальмита и панфтальмита, у одного больного – вторичный гнойный менингит. Учитывая тяжесть гнойного процесса в слепых глазах, а также нередко преклонный возраст, сопровождающийся тяжелым соматическим состоянием, всем пациентам в день поступления или после кратковременной антибактериальной терапии были произведены оргауноносящие операции с последующим протезированием орбитальной полости. Больной с гнойным менингитом после энуклеации отправлен на лечение в инфекционное отделение.

Таким образом, в СОКБ им. Т.И. Ерошевского успешно применяется комплексный подход к лечению гнойной патологии роговой оболочки, включающий:

1) современную медикаментозную терапию, которая позволила купировать гнойный процесс у анализируемой группы больных в 53% случаев;

2) лечебную кератопластику, благодаря которой удалось спасти глаза еще в 26% случаев;

3) оргауноносящие операции, которые производились только на слепых глазах и составили 21% от общего числа глаз с гнойной патологией роговой оболочки.

Библиография:

1. Каспаров А.А., Садыкова А.К., Маложен С.А. // Вест. офтальмол. – 1987. – Т.103, №6. – С. 67-71.
2. Малов В.М., Степанов В.К., Иванов Д.В. // Ерошевские чтения. – Самара, 2002. – С.237-240.
3. Малов В.М., Степанов В.К., Иванов Д.В., Николаева Г.А. // Вестн. офтальмол. – 2003. – Т.119. – №1. – С.22-24.
4. Мачехин В.А. Тезисы докл. Международной конф. по кератопластике. – Одесса, 1978. – С.99-101.
5. Степанов В.К. Изучение метода длительной консервации роговой оболочки силикодегидратацией: Дис.... канд. мед. наук. – Куйбышев, 1972. – С.60-64.
6. Weins J.J., Jackson W.B. // Can. J. Ophthalmol. – 1988. – Vol.23. – No.3. – P. 107-110.

Бутюкова В.А., Сорокин Е.Л.

МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ВНУТРЕННИХ ОБОЛОЧЕК ОБЛАСТИ ЭКВАТОРА ГЛАЗА ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ ХОРИОИДЕИ ДАННОЙ ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ ЗОНЫ

Разработана методика реваскуляризации экватора глазного яблока в эксперименте с последующим морфологическим исследованием внутренних оболочек этой зоны. Полученные данные указывают на эффективность реваскуляризации, повышающей тканевой метаболизм в ретинальных и хориоретинальных структурах экватора глаза.

Периферические витреохориоретинальные дистрофии (ПВХРД), а вернее их прогностически опасные клинические формы, являются ведущей причиной развития отслойки сетчатки [Е.А.Саксонова с соавт., 1982; Д.Н.Антелава, Н.Н.Пивоваров, 1986]. Известно, что в основе их формирования и прогрессирования лежит снижение трофики периферических отделов сетчатки. Преимущественная их локализация – экваториальные отделы глазного яблока. Это обусловлено наименьшей гемодинамической обеспеченностью данных отделов сетчатки из-за их филогенетически менее высокой функциональной значимости у человека [П.А.Бездетко с соавт., 1990; Э.С.Аветисов, Е.П.Тарутта, 1993-2000].

Базовым методом стабилизации ПВХРД является проведение отграничительной лазеркоагуляции сетчатки (ЛКС). Но, несмотря на адекватное ее выполнение, около 25% прогностически опасных форм ПВХРД продолжают прогрессировать, повышая риск формирования ретинального разрыва и отслойки сетчатки [А.А.Франчук, 1989; В.К. Потехин, Г.А.Курбатова, 2000]. Это обусловлено тем, что ЛКС не устраняет основной патогенетический механизм формирования и прогрессирования ПВХРД – гемодинамическую недостаточность и гипоксию ретинальных структур области экватора и периферии глазного дна.

Из этого вытекает целесообразность проведения лечебных мероприятий, направленных на повышение уровня метаболизма и гемодинамики в экваториальных отделах сетчатки при прогрессивном течении ПВХРД, несмотря на выполнение отграничительной ЛКС.

Наиболее эффективным методом повышения уровня васкуляризации и метаболизма структур глаза является проведение хирургичес-