

Примечательно, что по адекватности зрительного внимания и по РУФТС разница между СЗС и СЗН не наблюдалась. Достоверные различия между этими синдромами выявлялись по динамике амплитудно-временных характеристик ЗВП.

Исходя из полученных нами данных: отсутствие или неустойчивость адекватности фиксации зрительного внимания; отсутствие или неустойчивость четкой дифференциации компонента № 2; регистрация $LN2 \geq 155$ мс; регистрация $AN2 \leq AP2$ в 3-месячном (и более) возрасте квалифицировались как СЗС.

В то же время отсутствие или неустойчивость адекватности фиксации зрительного внимания, отсутствие или неустойчивость четкой дифференциации компонента N1; регистрация $LP2 \geq 135$ мс; $AN2 \leq AP2$ в 6-месячном (и более) возрасте квалифицировались как СЗН, поскольку, по общепринятым принципам, признаки СЗС должны сглаживаться к 6–8-месячному возрасту [3,5].

Дополнительным подтверждением последовательно-регрессионного течения СЗС у наблюдаемых нами детей являлась визуализация последовательного появления N1- и P1-компонентов при регистрации ЗВП в динамике в период 3–6 мес. жизни, а также дифференциация N3 компонента в период 6–12 мес. жизни ($p < 0,01$); при этом во всех наблюдениях было отмечено $AN3 < 1/2 AN2$ ($p < 0,001$).

Изучение катамнеза 25 детей с СЗН в период 1–3 лет их жизни выявило наложение острой вирусной инфекции с энцефалической реакцией (ЭР; 15 детей) и закрытой черепно-мозговой травмы (ЗЧМТ; 10 детей) на фон ПЭ, протекающей с СЗС.

Наблюдение этих детей в динамике, проведенное совместно с невропатологами, позволило установить утра-ту ранее достигнутой (до ЭР и ЗЧМТ) положительной динамики сенсомнестических показателей зрения. Интерес представляет факт редуцирования ранее имеющегося (до перенесения ЭР) компонента N145 у 5 из 15 детей с СЗС [4]. Ретроспективный анализ сенсомнестических данных, полученных у 10 детей задолго до перенесения ЗЧМТ, позволил выявить высокую степень корреляции ($r=0,9$) между ранее имеющимся СЗС и СЗН, выявленным у детей, перенесших ЗЧМТ на фоне ПЭ [9].

Таким образом, результаты наших многолетних исследований раскрывают некоторые дополнительные аспекты последовательно-регрессионного течения сенсомнестических нарушений зрения у детей, страдающих ПЭ, тем самым открывают дополнительные возможности для раннего прогнозирования возможных аберрантных течений.

Литература

1. Алекперов М.М. Применение дисперсионного анализа в медицине. Баку, 2002. 29 с.
2. Володин Н.Н. Перинатальная неврология – проблемы и пути решения // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. 2009. 109:10:4–8
3. Зрительные функции и их коррекция у детей: Руководство для врачей / Под ред. С.Э. Аветисова, Т.П. Кащенко, А.М. Шамшиновой. М. 2005. 872 с.

Полный список литературы Вы можете найти на сайте <http://www.rmj.ru>

Лечение язвы роговицы ксеротической этиологии

С.Г. Журова, В.В. Бржеский, И.В. Калинина*, Е.Л. Ефимова

Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия,
*Городская Мариинская больница, Санкт-Петербург

Treatment of xerotic ulcer

**S.G. Zhurova, V.V. Brzhevskii,
I.V. Kalinina *, E.L. Efimova**

St. – Petersburg State Pediatric Medical Academy
*Municipal Mariin Hospital

Purpose: to develop a method of surgical treatment of patients with corneal ulcers of xerotic etiology and evaluate its efficacy in different periods after operation.

Materials and methods: 68 patients (86 eyes) with dry eye syndrome of severe clinical form complicated by xerotic corneal ulcer were examined. In all patients ulcer defect was covered with conjunctiva and amnion. Operation was combined with outer tarsorrhaphy and temporary blepharorrhaphy.

Control group included 17 patients (17 eyes) with deep stromal xerotic ulcer complicated by perforation of cornea (4 cases) and descemetocele (5 cases). In all patients of this group Kunt surgery of ulcer covering was performed. In both groups Oftaquix eye drops were prescribed after surgery for 10–14 days.

Results: Total closure of ulcer defect, eye globe sealing and maintaining of corneal transparency beyond ulcer defect were reached in all 86 eyes (100%). None of patients suffered from infectious complications on the background of Oftaquix instillations.

Conclusion: Operation of closure of ulcer defect with conjunctiva is an effective method of treatment of xerotic corneal ulcers. It could be recommended in patients with corneal perforation and tendency of descemetocele formation.

Актуальность

Синдром «сухого глаза» (ССГ) представляет собой значительно более распространенную патологию, чем можно представить на первый взгляд. Так, признаки данного заболевания можно выявить у 9–18% всего населения развитых стран мира. Этот показатель имеет тенденцию к дальнейшему росту: за последние 30 лет он увеличился в несколько раз [Bjerrum K.B., 1997; Brewitt H., Zierhut M., 2001]. По данным ряда авторов, количество больных, страдающих ССГ, сегодня составляет порядка 45% от числа первичных обращений к офтальмологу: 12% больных офтальмологического профиля в возрасте до 40 лет и свыше 67% пациентов старше 50 лет [Бржеский В.В., Сомов Е.Е., 2003].

К тому же синдром «сухого глаза» не столь уж и «безобиден»: наряду с клиническими формами, характеризующимися преимущественно субъективными проявлениями, все чаще встречаются и случаи тяжелых и особо тяжелых

форм ССГ, угрожающих не только значительным снижением зрительных функций, но и потерей глазного яблока. Так, в последние годы увеличилась обращаемость пациентов с ксеротической язвой роговицы, отличающейся торпидным течением на фоне, казалось бы, вполне адекватной интенсивной терапии.

В настоящее время основным хирургическим методом лечения таких больных является конъюнктивальное покрытие роговицы по Кунту, однако эффект от данной операции не удовлетворяет в полной мере практикующих врачей. Главным образом это связано с крайне непродолжительным пребыванием конъюнктивального лоскута на роговице. Это обстоятельство закономерно стимулирует поиск новых методов биологического пломбирования язвы роговицы.

Цель исследования. Разработать метод хирургического лечения больных с язвой роговицы ксеротической этиологии и оценить его эффективность в различные сроки после операции.

Материал и методы. Обследованы 68 больных (86 глаз) с ССГ, протекающим в особотяжелой клинической форме и осложненным ксеротической язвой роговицы. У 12 из них (15 глаз) язва осложнилась перфорацией, у 22 (26) – десцеметоцеле, а у 34 (45) диагностирована глубокая стромальная язва роговицы.

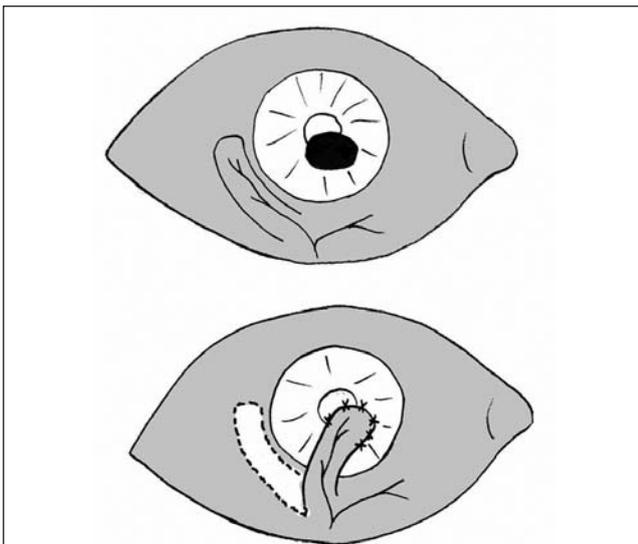


Рис. 1. Схема перемещения лоскута конъюнктивы и теноновой оболочки на роговицу в ходе операции пломбирования язвенного дефекта роговицы

В лечении указанных больных эффективным оказался комплекс хирургических и терапевтических мероприятий. Всем больным осуществляли покрытие язвенного дефекта роговицы (конъюнктивой и амнионом), в сочетании с наружной тарзорафией и временной блефарорафией. На рисунке 1 представлена схема конъюнктивального пломбирования, а на рисунке 2 – наружной тарзорафии, выполненной таким больным.

При выполнении операции конъюнктивального пломбирования ксеротической язвы роговицы [патент на изобретение РФ № 2 373 908 С1 от 19.08.2008] площадь язвы (до неизмененного эпителия роговицы) покрывали лоскутом конъюнктивы на ножке и подшивали к роговице «край в край». Под лоскут на зону перфорации (десцеметоцеле) подкладывали лоскут амниотической мембраны диаметром, соответствующим размеру язвенного дефекта. Операцию завершали закрытием слезных точек (силиконовыми obturators или перевязкой каналцев), наружной тарзорафией и временной блефарорафией на силиконовых трубочках (рис. 3).

Контрольную группу составили 17 больных (17 глаз) с глубокой стромальной язвой роговицы ксеротического генеза, осложненной в 4 случаях перфорацией роговицы, а



Рис. 3. Временная блефарорафия на силиконовых трубочках (завершает операцию конъюнктивального пломбирования)

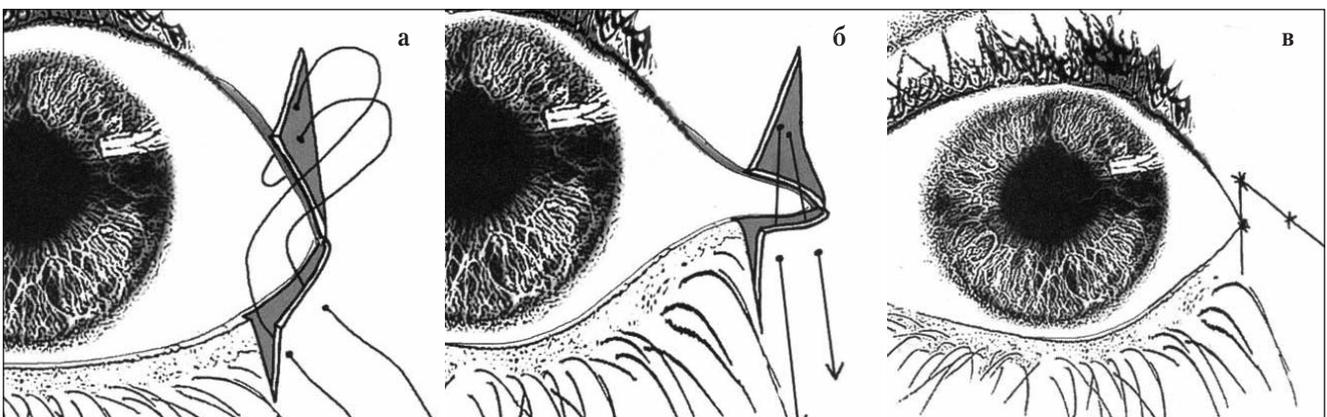


Рис. 2. Основные этапы операции наружной тарзорафии по Э. Фуксу (1905):

а – иссечение треугольного лоскута кожи верхнего века и прошивание перемещаемых лоскутов;
б – схема перемещения тканей;
в – положение тканей наружных отделов глазной щели после операции

в 5 – десцеметоцеле. Всем пациентам этой группы было выполнено покрытие язвы роговицы конъюнктивой по Кунту.

Пациентам обеих групп в послеоперационном периоде назначали глазные капли Офтаквикс (0,5% раствор левофлоксацина) по 1 капле 4 раза/сут. 10–14 дней.

Медикаментозную терапию всем больным с язвой роговицы ксеротического генеза по сходной схеме проводили как на этапе подготовки к хирургическому вмешательству, так и в течение многих лет после него. Основным ее элементом служат инстилляции препаратов «искусственной слезы», лишенных консерванта, среди которых наиболее широко был использован Оксиал (Santen) на основе натриевой соли гиалуроновой кислоты. Препарат закапывали с периодичностью 3–5 раз/сут., ориентируясь на динамику субъективного дискомфорта больного.

Другим направлением медикаментозного лечения больных рассматриваемой категории (при язве роговицы с тенденцией к прогрессированию) явилась противоферментная терапия. В указанных целях были успешно использованы 3–4–кратные инстилляции гордокса (29 больных (37 глаз) с глубокой ксеротической язвой роговицы, а также язвой, осложненной десцеметоцеле).

По показаниям (перфорация роговицы или ее угроза, наличие отделяемого в конъюнктивальной полости) назначали антибактериальные препараты. Учитывая спектр антибактериальной активности [Raizman M.B. et al., 2002] и собственный клинический опыт, наиболее употребимым из них явился фторхинолон III поколения левофлоксацин (Офтаквикс, Santen).

Срок наблюдения за больными составил от 6 до 26 мес.

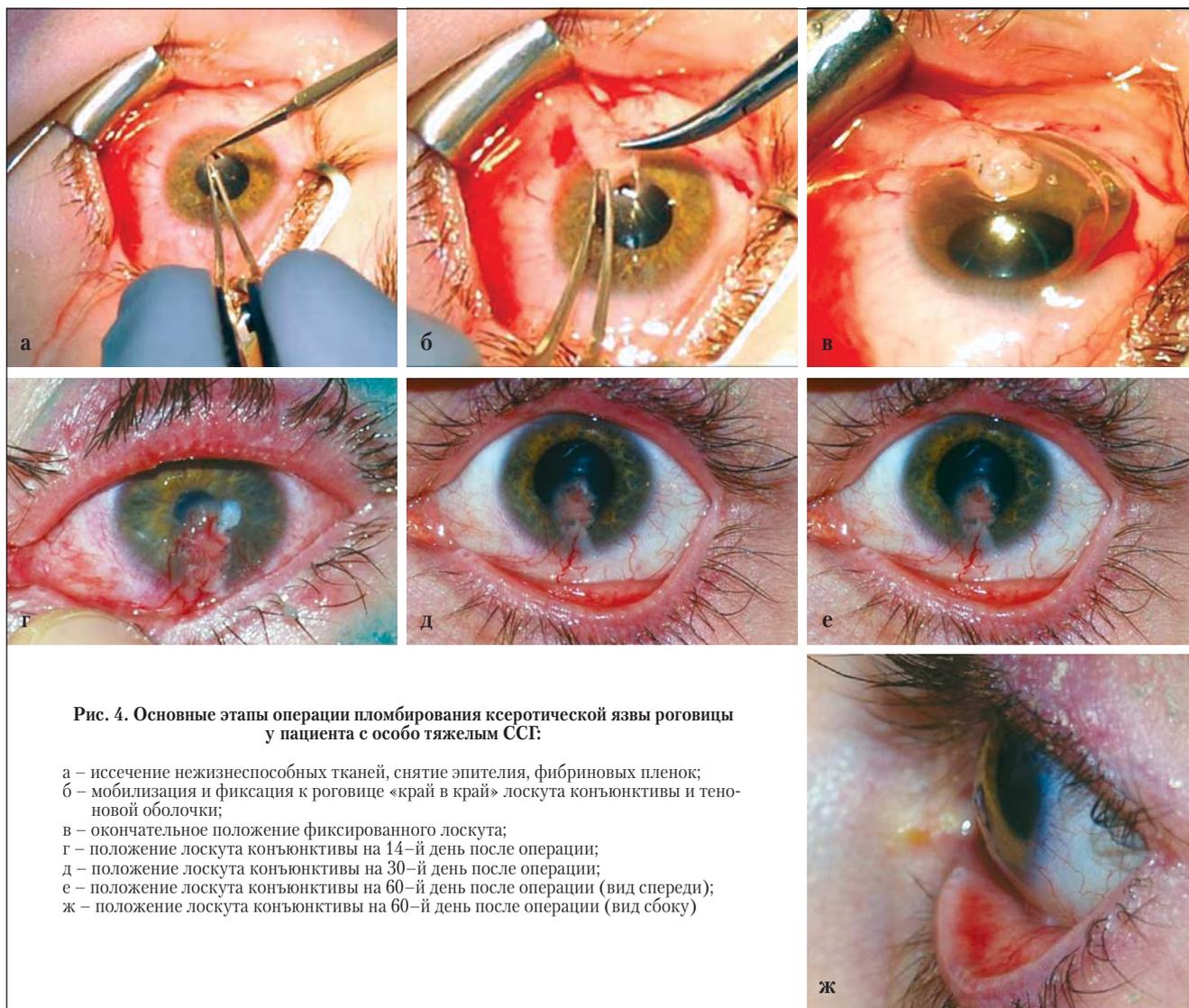


Рис. 4. Основные этапы операции пломбирования ксеротической язвы роговицы у пациента с особо тяжелым ССГ:

- а – иссечение нежизнеспособных тканей, снятие эпителия, фибриновых пленок;
- б – мобилизация и фиксация к роговице «край в край» лоскута конъюнктивы и теноновой оболочки;
- в – окончательное положение фиксированного лоскута;
- г – положение лоскута конъюнктивы на 14–й день после операции;
- д – положение лоскута конъюнктивы на 30–й день после операции;
- е – положение лоскута конъюнктивы на 60–й день после операции (вид спереди);
- ж – положение лоскута конъюнктивы на 60–й день после операции (вид сбоку)

Таблица 1. Сравнительная эффективность различных способов хирургического лечения язвы роговицы ксеротической этиологии

Способ лечения язвы роговицы	Число глаз		Случаи смещения лоскута		Случаи повторной операции		Случаи кератопатии вне зоны язвенного дефекта после снятия блефарорафии							
							Всего				В том числе с кератопатией			
	п	%	п	%	п	%	п	%	слабо выраженной	умеренно выраженной	резко выраженной	п	%	п
Конъюнктивальное пломбирование	86	100	7	8,1	5	5,8	12	13,9	7	8,1	2	2,3	3	3,5
Покрывтие по Кунту	17	100	12	70,6	10	58,8	5	29,4	2	11,8	1	5,8	2	11,8

Результаты. У всех пациентов отмечена хорошая переносимость как хирургических, так и консервативных методов лечения особо тяжелого ССГ.

Полное закрытие язвенного дефекта, герметизация глазного яблока и сохранение прозрачности роговицы за пределами язвенного дефекта были достигнуты на всех 86 глазах (100%). Исходом ксеротической язвы роговицы, осложненной перфорацией (15 глаз, 17,4%) или десцеметоцеле (26 глаза, 30,2%), явилось локальное помутнение роговицы с сосудами, идущими по ходу «ножки» лоскута конъюнктивы. Через 3–5 мес. после операции отмечена тенденция к восстановлению кривизны всей площади внешней поверхности роговицы, за счет рассасывания ножки лоскута конъюнктивы, заполнившего весь язвенный дефект.

В 3 случаях (3,5%) в связи с развитием повторного изъязвления роговицы в зоне, примыкающей к пломбированной зоне язвы, операцию повторили.

Ни у одного больного, в т.ч. и с перфоративной язвой роговицы, на фоне систематических инстилляций 0,5% левофлоксацина (Офтаквикс) за время наблюдения не было отмечено инфекционных осложнений.

На рисунке 4 (а–ж) представлены результаты клинического наблюдения за пациентом с перфоративной язвой роговицы ксеротической этиологии. Операция конъюнктивального пломбирования язвенного дефекта роговицы позволила герметизировать глазное яблоко, а также существенно уменьшить выраженность дистрофических изменений эпителия роговицы. В последующем, на фоне инстилляций препарата «искусственной слезы» (Оксиал), применения Корнерегеля и Вит А–ПОС, пациенту удалось восстановить прозрачность оптической зоны роговицы и достичь остроты зрения 1,0 с оптической коррекцией.

Результаты сравнительного исследования результативности операций конъюнктивального пломбирования язвенного дефекта роговицы и ее покрытия по Кунту представлены в таблице 1. Установлено, что частота случаев смещения лоскута конъюнктивы и потребности в повторной операции оказалась достоверно меньшей в группе больных, прооперированных по разработанной нами методике (различия статистически значимы; $p < 0,05$). Кроме того, в основной группе пациентов отмечены минимальная частота и выраженность остаточной кератопатии на поверхности роговицы, не покрытой конъюнктивой (различия статистически не значимы; $p > 0,05$).

Выводы

Операция конъюнктивального пломбирования дефекта роговицы является эффективным способом лечения язвы роговицы ксеротической этиологии. Она показана при перфорации роговицы, а также при тенденции к формированию десцеметоцеле.

В послеоперационном периоде наиболее целесообразно применение в качестве профилактики вторичной инфекции глазных капель Офтаквикс по 1 капле 4 раза/сут. 10–14 дней, поскольку ни в одном случае не было зафиксировано гнойных осложнений.

Одновременно с хирургическим лечением всем пациентам с особо тяжелой клинической формой ССГ целесообразна obturation обеих слезных точек и инстилляцией бесконсервантных препаратов «искусственной слезы», антиферментная, антибактериальная и метаболическая терапия.

Список литературы Вы можете найти на сайте <http://www.rmj.ru>

Результаты сравнительного исследования препаратов Бетоптик 0,5% и Беталмик ЕС 0,5% у пациентов с впервые выявленной первичной открытоугольной глаукомой

И.Б. Алексеев¹, Н.В. Мельникова¹, Е.А. Егоров², Ж.Г. Оганезова²

¹ РМАПО,

² РГМУ

Results of comparative study of Betoptic 0.5% and Betalmic EC 0.5% in patients with newly diagnosed primary open-angle glaucoma

**I.B. Alexeev¹, N.V. Melnikova¹,
E.A. Egorov², J.G. Oganezova²**

¹ Department of Ophthalmology of RMAPO, Moscow

² Department of Ophthalmology of Russian State Medical University, Moscow

Purpose: to compare hypotensive effect and tolerability of Betoptic and Betalmic in patients with POAG.

Materials and methods: 80 patients (160 eyes), at average age of $61,5 \pm 12,1$ years were included into the study. They were randomized in 2 groups of 40 patients in each matched by sex, age and baseline IOP level. In first group Betoptic was prescribed by 1 drop BID and in the second group – Betalmic by 1 drop BID during 12 weeks. Evaluation of complaints, biomicroscopy, IOP measurement were performed before treatment, in 1, 4 and 12 weeks after beginning of study.

Results: 50 patients (90 eyes, 56%) finished the study. In the first group subcompensation of IOP level was reached in 12 eyes in 7 days after the beginning of study, and in 18 eyes – in 28 days. In the second group subcompensation of IOP level was reached in 38 eyes in 28 days from the