

ОПТИМИЗАЦИЯ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ КУЛЬТЫ ГЛАЗНОГО ПРОТЕЗА

КРАСИЛЬНИКОВА В.Л.

*Белорусская медицинская академия последипломного образования,
кафедра офтальмологии, г. Минск*

Резюме. Данная статья посвящена консервативному лечению пациентов в послеоперационном периоде при энуклеации. Целью исследования являлась оптимизация схемы послеоперационного консервативного лечения пациентов, перенесших операцию по удалению глазного яблока и формированию опорно-двигательной культы глазного протеза. В исследование было включено 114 пациентов. Пациенты составили две группы. В контрольную группу вошло 36 пациентов, получавших в послеоперационном периоде традиционную схему лечения. Опытную группу составили 78 пациентов, им проводилась разработанная на кафедре офтальмологии БелМАПО схема послеоперационного ведения. Проведен сравнительный анализ традиционной и разработанной схем послеоперационного лечения данных пациентов. Проведенное исследование показало эффективность разработанной схемы послеоперационного консервативного лечения больных, подвергшихся удалению глазного яблока с одномоментной пластикой опорно-двигательной культы. Введение в схему кортикостероидной пульс-терапии в сочетании с применением парабульбарных инъекций кислоты ацетилсалициловой инъекционной способствовало более быстрому купированию реактивного воспалительного процесса. Данная схема консервативного лечения может быть рекомендована к применению в клинической практике в послеоперационном периоде у пациентов с анофтальмом.

Ключевые слова: анофтальм, офтальмологические имплантаты, опорно-двигательная культа.

Abstract. This article is devoted to the conservative treatment of patients in the postoperative period on enucleation. The purpose of the research was to optimize the scheme of postoperative conservative treatment of the patients who had undergone operation aimed at removal of an eyeball and formation of functioning stump of eye prosthesis. 114 patients were included in the research. They were divided into two groups. The control group consisted of 36 patients receiving conventional scheme of treatment in the postoperative period. The experimental group was composed of 78 patients who received the postoperative management according to the scheme worked out at the department of ophthalmology. The comparative analysis of the conventional and worked out schemes of the postoperative treatment of the given patients was made. The carried out research showed the efficacy of the worked out scheme of the postoperative conservative treatment of the patients, who had undergone the removal of an eyeball with one-stage formation of functioning stump of eye prosthesis. Introduction into the scheme of corticosteroid pulse therapy in combination with the use of parabulbar injections of acetylsalicylic acid for injections promoted faster arresting of reactive inflammatory process. The described scheme of the conservative treatment can be recommended for use in clinical practice in the postoperative period in patients with anophthalmos.

Формирование опорно-двигательной культы (ОДК) глазного протеза является обязательным мероприятием при удалении глазного яблока [1,4]. От качества созданной опор-

но-двигательной культы в дальнейшем будет зависеть косметический эффект индивидуального протезирования [3,6]. Сроки реабилитации пациентов, подвергшихся удалению глаза, напрямую связаны со сроками исчезновения послеоперационного отёка мягких тканей глазничного органоконструкта [5]. Состояние последнего зависит не только от аккуратнос-

Адрес для корреспонденции: 220716, г.Минск, ул. П.Бровки, 3, БелМАПО, кафедра офтальмологии, р.тел. 240-02-51, д.тел. (017)212-71-74, e-mail: krasilmkova_vik@mail.ru. – Красильникова В.Л.

ти выполненной операции, но и от правильно выбранной тактики послеоперационного ведения пациентов.

Целью данного исследования являлась оптимизация схемы послеоперационного консервативного лечения пациентов, перенесших операцию по удалению глазного яблока и формированию опорно-двигательной культы глазного протеза.

Методы

Под наблюдением находились 114 пациентов, которым после удаления глазного яблока была сформирована опорно-двигательная культя. В исследованиях приняло участие 69 мужчин и 45 женщин. Средний возраст пациентов составил 40,6 лет. Пациенты были разделены на две группы: контрольная группа - 36 пациентов, которым назначалась разработанная И.А. Филатовой [2] схема послеоперационного лечения и опытная группа - 78 пациентов, лечение которых проводилось по разработанной на кафедре офтальмологии БелМАПО схеме.

Схема И.А. Филатовой включала в себя следующие мероприятия:

1. Тугая бинтовая повязка в течение 3-х дней.

2. Внутримышечные инъекции антибиотиков широкого спектра действия в течение 5-6 дней в сочетании с пероральным приемом нистатина.

3. Обязательное ношение глазного протеза, который помещается в полость непосредственно во время операции.

4. После снятия тугой повязки полость промывают растворами антисептиков (мирамистин 0,01%, диоксидин 1%, хлоргексидина биглюконат 0,05%, фурацилин 1:5000) 2-3 раза в день.

5. Инстилляции противовоспалительных капель (левомецетин 0,25%, борная кислота 2%, гентамицина сульфат 0,3%, колларгол 3%, витабакт, колбиоцин и т.д.), обработка кожных швов спиртовыми растворами йода или бриллиантовой зелени, мазью с антибиотиком.

Схема, разработанная на кафедре офтальмологии БелМАПО, состояла из следующих позиций:

1. Тугая бинтовая повязка в течение 3-х дней.

2. Внутримышечные инъекции антибиотиков широкого спектра действия в течение 5-6 дней.

3. Внутривенное введение кортикостероидов по укороченной схеме пульс-терапии (дексометазон — 16 -8-4 мг).

4. Обязательное ношение глазного протеза, который помещается в полость непосредственно во время операции.

5. После снятия тугой повязки полость промывают растворами антисептиков (диоксидин 1%, хлоргексидина биглюконат 0,05%, фурацилин 1:5000) 2-3 раза в день.

6. Парабульбарные инъекции кислоты ацетилсалициловой инъекционной 1 % 0,5 мл.

7. Инстилляции противовоспалительных капель (левомецетин 0,25%, борная кислота 2%, гентамицина сульфат 0,3%, колларгол 3% и т.д.), обработка кожных швов спиртовым раствором бриллиантовой зелени, мазью с антибиотиком.

8. Для улучшения процессов регенерации в конъюнктивальную полость вносили гель солкосерила (актовегина).

Критериями эффективности применяемых схем являлись состояние век (гиперемия, отёк) и конъюнктивы (инъекция, хемоз, отделяемое из конъюнктивальной полости). Оценка выбранных критериев проводилась по балльной системе: 0 – отсутствие, 1 – слабо выраженный признак, 2 – умеренно выраженный, 3 – сильно выраженный. Осмотры пациентов проводились регулярно в течение 7-14 и 30 дней после операции.

Результаты и обсуждение

Общее состояние пациентов обеих групп было удовлетворительным на протяжении всего срока наблюдения.

Воспалительные явления в области глазницы у пациентов контрольной группы купировались в среднем к 14,8 суткам, в то время как у пациентов опытной группы воспалительные явления купировались к 9,2 суткам.

После снятия давящей повязки на 3 сутки после операции и на протяжении 2-4-х пос-

ледующих у всех испытуемых наблюдались гиперемия и отек век различной степени выраженности, не сопровождающиеся зудом и другими неприятными ощущениями или явлениями. Гиперемия носила умеренно выраженный характер, ее наличие можно объяснить местной реакцией клеточных мембран окружающих тканей и стенок сосудов на операционную травму. Исключение составили 7 пациентов (2 пациента контрольной группы и 5 пациентов опытной группы) с аллергической реакцией на проводимое сопутствующее медикаментозное лечение. У данных пациентов была более выраженная гиперемия и отечность век, сопровождавшаяся зудом, и у 2 пациентов (из обеих групп) – кожными высыпаниями в виде крапивницы. Динамика выраженности реакции тканей век представлена в таблице 1. При сравнении показателей выраженности гиперемии век в группах оказалось, что в первые 5 суток после операции интенсивность данного признака была более выражена в контрольной группе и колебалась в пределах $2,8 \pm 0,2$ балла, в опытной группе она составила $1,9 \pm 0,1$ балла. К 7 послеоперационным суткам отмечается незначительное колебание в скорости исчезновения гиперемии век. Так, более интенсивно гиперемия исчезала в опытной группе - $1,3 \pm 0,2$ балла, в контрольной группе – $2,3 \pm 0,2$ балла. К 14 суткам эти различия становились наиболее значимыми. На 30 сутки отмечались единичные слу-

чай остаточных явлений. Различия между группами носили статистически значимое различие по данному признаку на всем протяжении исследования ($P < 0,05$). Выраженность отека век повторяла картину гиперемии век. Наименьший отек наблюдался в опытной группе, тогда как в контрольной группе данный признак был выражен сильнее (табл. 1). Уменьшение отека шло синхронно с уменьшением гиперемии век при сохранении той же тенденции.

Состояние конъюнктивальной ткани является одним из важных критериев реактивности тканей на хирургическое вмешательство и имплантат. Кроме того, состояние конъюнктивы оказывает непосредственное влияние на сроки индивидуального косметического протезирования. Поэтому быстрота купирования реактивного воспалительного процесса сказывается на сроках реабилитации пациентов с анофтальмом.

В ранний послеоперационный период у всех пациентов контрольной и опытной групп наблюдался хемоз различной степени выраженности. Динамика выраженности реакции конъюнктивы по группам наблюдения в баллах представлена в таблице 2.

Отёк конъюнктивы в контрольной группе в первые 3-5 суток после операции превысил 2 балла и был в пределах умеренно выраженного. В опытной группе данный показатель в среднем не превышал 2-х баллов. Раз-

Таблица 1

Динамика выраженности реакции тканей век по группам наблюдения в баллах

Группы	Статисти- ческие показатели n, x, ± Sx	Признак, период наблюдения (сутки после операции), баллы				
		3 сутки	5 сутки	7 сутки	1 4 сутки	30 сутки
Гиперемия век						
Группа 1	n	36	36	36	36	24 0,1 ±0,1
(контрольная)	x, ±Sx	2,8 ±0,2	2,6 ±0,2	2,3 ±0,2	1,4±0,2	
Группа 2	n	78 1,9 ±0,1	78 1,7±0,1	78 1,5 ±0,1	78 0,6 ±0,1	72 0,2 ±0,1
(опытная)	x, ±Sx					
Отек век						
Группа 1	nx,± Sx	36	36	36	36	34 0,1 ±0,1
(контрольная)		2,5 ±0,2	2,3 ±0,2	2,3 ±0,2	1,2±0,1	
Группа 2	n	78 1,6 ±0,1	78 1,4 ±0,1	78 1,4 ±0,1	78 0,5 ±0,1	72 0,2 ±0,1
(опытная)	x, ±Sx					

Таблица 2

Динамика выраженности реакции конъюнктивы по группам наблюдения в баллах

Группы	Статисти- ческие показа- тели n, x, ± Sx	Признак, период наблюдения (сутки после операции), баллы				
		3 сутки	5 сутки	7 сутки	14 сутки	30 сутки
Хемоз						
Группа 1	n	36	36	36	36	24
(контрольная)	x, ±Sx	2,6±0,2	2,8 ±0,2	2,8 ±0,2	2,3±0,3	1,4+,2
Группа 2	n	78 1,7±0,1	781,5 ±0,1	781,5 ±0,1	780,8±0,1	720,3±0,1
(опытная)	x, ±Sx					
Отделяемое из конъюнктивальной полости						
Группа 1	n	36	362,0 ±0	36	36	24 1,0±0,1
(контрольная)	x, ±Sx	2,0 ±0		1,8±0,1	1,3±0,1	
Группа 2	n	781,6 ±0	781,4 ±0	781,1±0,03	781,0±0,1	720,6±0,1
(опытная)	x, ±Sx					

личия между группами носили статистически достоверный характер ($P < 0,05$). Постепенно к 7-14 суткам отёк конъюнктивы становился слабовыраженным. Однако процессы его купирования в опытной группе опережали контрольную группу. На 30 сутки у большинства пациентов конъюнктивита была спокойна. Исключение составили 2 пациента контрольной группы и 3 пациента опытной группы, у которых был отмечен локальный отёк конъюнктивы в зоне конъюнктивальных швов.

Отделяемого из конъюнктивальной полости становилось меньше по мере уменьшения отёка конъюнктивы. Динамика выраженности данного признака повторяла закономерности динамики хемоза конъюнктивы.

Заключение

Проведенное исследование показало эффективность разработанной схемы послеоперационного консервативного лечения больных, подвергшихся удалению глазного яблока с одномоментной пластикой опорно-двигательной культы. Введение в схему кортикостероидной пульс-терапии в сочетании с применением парабульбарных инъекций кислоты ацетилсалициловой инъекционной способствовало более быстрому купированию реактивного воспалительного процесса. Данная схема консервативного лечения может быть ре-

комендована к применению в клинической практике в послеоперационном периоде у пациентов с анофтальмом.

Литература

1. Давыдов, Д.В. Первый клинический опыт реконструкции эпителия конъюнктивальной полости анофтальмической орбиты с использованием аллогенного эпидермиса/ Д.В. Давыдов, А.В. Васильев, В.В. Терских // Новое в офтальмологии. – 2002. – № 1. – С. 28 – 29.
2. Филатова, И.А. Особенности послеоперационного ведения пациентов после реконструктивных операций при анофтальме/ И.А. Филатова // Клиническая офтальмология. – 2002. – Т.3. – № 1. – С. 24 – 25.
3. Федоров, А.А. Особенности тканевой реакции на синтетические материалы, применяемые в хирургии орбиты/ А.А. Федоров, Я.О. Груша, Х. Хоссейн Пур // Тез. докл. II міжнар. наукової конф. офтальмологів Причорномор'я. – Одеса, 2004. – С. 212.
4. Egan, K.M. Survival implications of enucleation after definitive radiotherapy for choroidal melanoma: an example of regression on time-dependent covariates/ K.M. Egan, L.M. Ryan, E.S. Gragoudas // Arch. Ophthalmol. – 1998. – Vol. 116. – P. 366 – 370.
5. Incidence of enucleation in a defined population/ J.C. Erie [et al.] // Am. J. Ophthalmol. – 1992. – Vol. 113. – P. 138 – 144.
6. Walter, W.L. Update on enucleation and evisceration surgery/ W.L. Walter // Ophthalmic. Plast. Reconstr. Surg. – 1985. – Vol. 1. – P. 243 – 452.

Поступила 07.10.2005 г.

Принята в печать 28.12.2005 г.