

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА «СУХОГО ГЛАЗА», ОСЛОЖНЕННОГО ЯЗВОЙ РОГОВИЦЫ

© В. В. Бржеский¹, Е. Л. Ефимова¹, И. В. Калинина², С. Г. Журова¹

¹ Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия

² Городская Мариинская больница, Санкт-Петербург

✧ Обследованы 39 больных (49 глаз) с синдромом «сухого глаза» (ССГ), протекающим в особо тяжелой клинической форме и осложненным ксеротической язвой роговицы. У 10 из них (12 глаз) язва оказалась перфоративной, у 10 (17) — осложнилась десцеметоцеле. У остальных 19 больных (20) диагностирована глубокая язва роговицы.

В лечении указанных больных эффективным оказался комплекс хирургических и терапевтических мероприятий. Всем больным осуществляли покрытие язвенного дефекта роговицы (конъюнктивой и/или амнионом), в сочетании с наружной тарзорафией и временной блефарорафией.

Одновременно с хирургическим лечением, всем пациентам выполнена обтурация обеих слезных точек и назначены инстилляции препаратов «искусственной слезы» оксиал или хило-комод. Лечение дополнили метаболические и антибактериальные препараты.

✧ **Ключевые слова:** синдром «сухого глаза», язва роговицы, биологическое покрытие роговицы, препараты «искусственной слезы».

ВВЕДЕНИЕ

В последние годы все большую актуальность для практической офтальмологии приобретает проблема диагностики и лечения синдрома «сухого глаза» (ССГ). Распространенность этой патологии среди населения развитых стран мира колеблется в пределах от 8 до 17 % (табл.1) и имеет тенденцию к дальнейшему росту [4–6, 8–10, 12]. В структуре же пациентов офтальмологического профиля синдром «сухого глаза» в последние годы встречается в 45 % случаев, притом у людей моложе 50 лет — в 12 %, а старше 50 лет — в 67 % случаев [1].

Известно, что патологические изменения роговицы, свойственные синдрому «сухого глаза», сопровождаются не только выраженным дискомфортом, но и развитием изменений, которые могут приводить к стойкому снижению зрения. Наибольшие трудности связаны с лечением больных с особо тяжелыми клиническими формами ССГ, к которым относятся:

- изъязвление или перфорация роговицы ксеротического генеза;
- глазной пемфигоид;
- ксероз на почве дефицита витамина А.

Наиболее тяжелым клиническим течением среди перечисленных нозологических форм отличается ксеротическая язва роговицы. Она характеризуется прогрессирующим течением (зачастую — несмотря на активные терапевтические мероприятия) и достаточно часто осложняется десцеметоцеле и даже перфорацией роговицы.

В этих случаях необходим переход к более действенным лечебным мероприятиям, рациональному

выбору и оценке результативности которых и посвящена выполненная работа.

МАТЕРИАЛ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследовано 39 больных (49 глаз) в возрасте 1,5–79 лет с синдромом «сухого глаза», протекающим в особотяжелой клинической форме и осложненным ксеротической язвой роговицы. У 10 из них (12 глаз) язва оказалась перфоративной, у 10 (17) — осложнилась десцеметоцеле. У остальных 19 больных (20) диагностирована глубокая язва роговицы.

Среди всех обследованных пациентов, у 22 (29 глаз) диагностирован синдром Сьегрена, у 7 (9) — нарушение иннервации роговицы, у 5 (6) — лагофтальм различного генеза. Прочие этиологические факторы ксероза имели место лишь в единичных случаях.

Лишь у одного пациента (на одном глазу) перфоративная язва роговицы была осложнена внутриглазным инфицированием с развитием гнойного эндофтальмита. Во всех остальных случаях язвы роговицы относились к категории «чистых» [2].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Эффективным явился комплексный подход к лечению больных с ксеротической язвой роговицы, включающий хирургический этап и медикаментозную терапию.

Хирургическое лечение

Операция пломбирования ксеротической язвы роговицы показана при перфорации роговицы, а также пациентам с десцеметоцеле. В указанных целях

Таблица 1.

Частота встречаемости синдрома «сухого глаза» в различных странах

Страна, год	Частота встречаемости ССГ	Автор
Швеция, 1989	14,9 %	Jacobsson L. T. H. et al. (1989) [9]
Япония, 1995	17 %	Hikichi T. et al. (1995) [8]
Дания, 1997	8,2 %	Bjerrum K. B. (1997) [4]
Канада, 1997	16 %	Doughty M. J. et al. (1997) [6]
Австралия, 1998	7,4 %	McCarty C. A. et al. (1998) [10]
США, 1997	15 %	Schein O. D. et al (1997) [12]

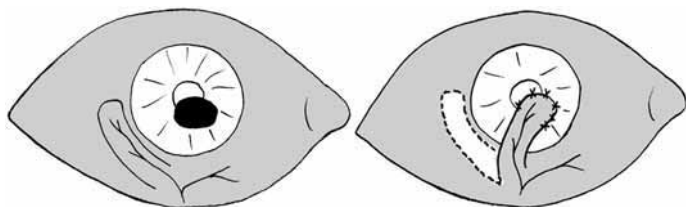


Рис. 1. Схема перемещения лоскута конъюнктивы и теноновой оболочки на роговицу в ходе операции пломбирования язвы роговицы

всю площадь язвы (до неизмененного эпителия роговицы) покрывают лоскутом конъюнктивы на ножке и подшивают к роговице «край в край» (рис. 1). Под лоскут на зону перфорации (десцеметотеле) подкладывают лоскут амниотической мембраны, размером в величину язвы. Операцию завершают закрытием слезных точек, наружной тарзорафией и временной блефарорафией на силиконовых трубочках. По рассмотренной методике прооперированы 20 больных (29 глаз). Основные этапы операции представлены на рис. 2 (а–г).

Операция амниопластики ксеротической язвы роговицы проведена 19 больным с глубокой неосложненной ксеротической язвой роговицы (20 глаз). В ходе операции лоскут амниотической мембраны, размером в язвенный дефект, подшивают к эпителизированной роговице «край в край» (рис. 3, а–б). Под лоскут, перед его окончательной фиксацией, подкладывают еще один лоскут амниона, несколько меньшего размера. Затем всю роговицу покрывают большим лоскутом амниона, который фиксируют к эписклере узловатыми рассасывающимися швами (рис. 3, в). В случаях глубокой язвы роговицы, угрожающей развитием десцеметотеле, пациентам (9 больных, 10 глаз) выполняли наружную тарзорафию. Операцию завершают закрытием слезных точек и временной блефарорафией на силиконовых трубочках (рис. 3, г).

Операция наружной тарзорафии показана при ксеротической язве роговицы, осложненной десцеметотеле или перфорацией (в этих случаях она выполняется по завершении операции пломбирования язвы роговицы), а также при кератите вследствие не закрытия глазной щели. В общей сложности вмешательство выполнено 29 больным на 39 глазах. После расщепления свободных краев обоих век в их наружной трети на протяжении 5–7 мм «П-образными» швами «втягивают» заднюю пластину нижнего века между расщепленными пластинами верхнего века. В исходе вмешательства глазная щель укорачивается на 3–4 мм и существенно сокращается площадь экспонируемой зоны глазного яблока.

Закрытие слезных точек является обязательным элементом перечисленных хирургических вмешательств (n = 49). Операция преследует цель прекратить естественный отток из конъюнктивальной полости влаги, включающей остатки нативной слезной жидкости больного и препараты «искусственной слезы» [1, 3, 7, 11]. В результате увеличивается количество жидкости в конъюнктивальной полости, а также возрастает продолжительность контакта роговицы с нативной слезой.

В указанных целях в 24 случаях были использованы силиконовые пробочки (фирма FCI, Франция), в 15 — термокоагуляция и в 10 — покрытие конъюнктивой по методике Е. Е. Сомова и В. В. Бржеского (2004)*.

Консервативное лечение

Медикаментозная терапия больных с язвой роговицы ксеротического генеза проводится как на этапе подготовки к хирургическому вмешательству, так и в течение многих лет после него. Основным ее элементом служат *инстилляций препаратов «искусственной слезы»*, лишенных токсичного консерванта: оксиал (Santen) или хило-комод (Ursapharm). Препарат инстиллируют с периодичностью 3–5 раз в сутки. В част-

* Сомов Е. Е., Бржеский В. В. Способ хирургического лечения больных с синдромом «сухого глаза»: Патент РФ на изобретение № 2281740 С2 (Россия). Заявл. 27.07.2004. Оpubл. 27.01.06. Бюл. № 23.

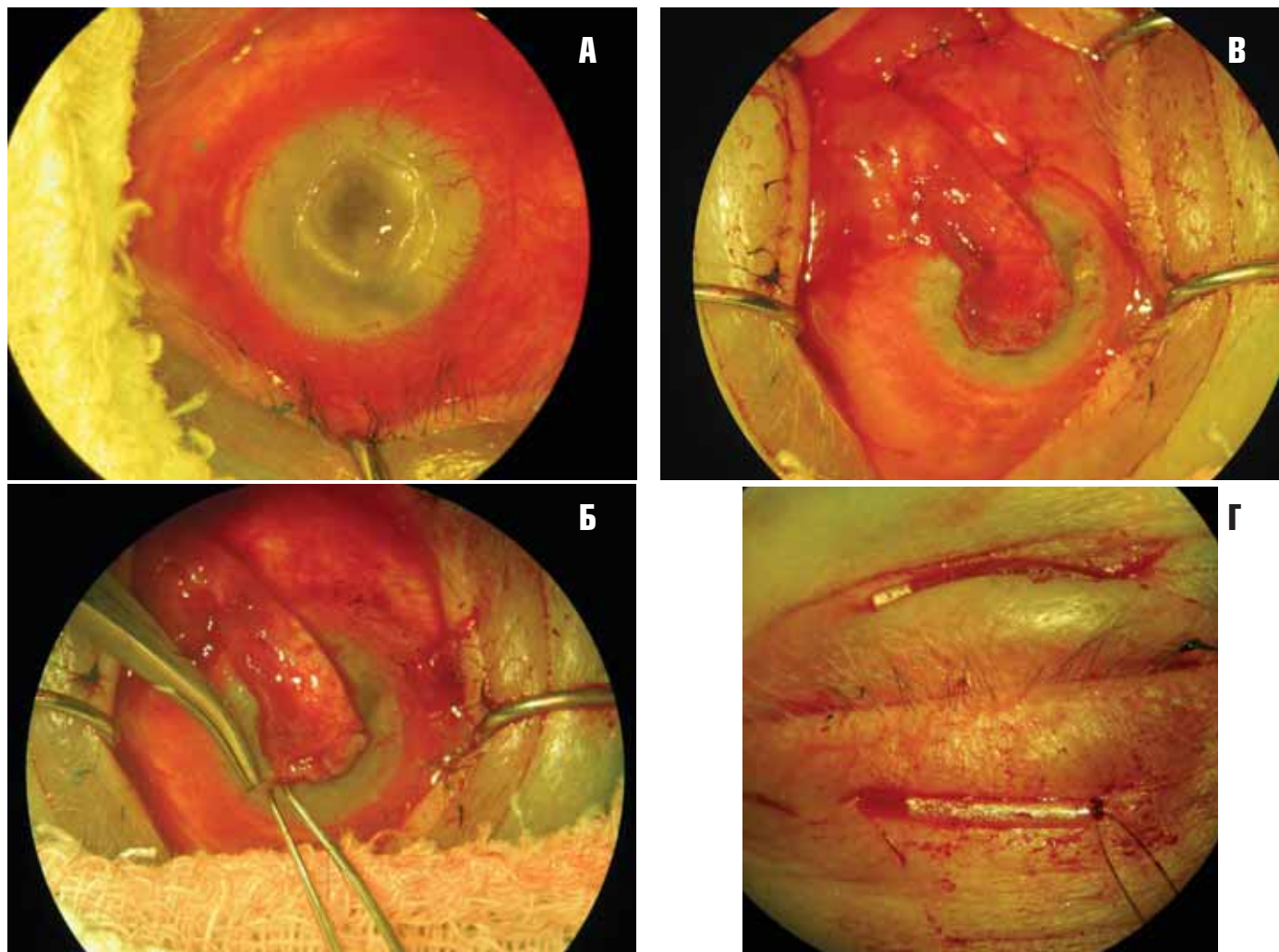


Рис. 2. Основные этапы операции пломбирования язвы роговицы у пациентки с особо тяжелым синдромом «сухого глаза» на почве синдрома Сьегрена: А — глубокая язва роговицы, осложненная десцеметоцеле; Б — мобилизация и фиксация к роговице «край в край» лоскута конъюнктивы и теноновой оболочки; В — окончательное положение фиксированного лоскута; Г — временная блефарорафия на силиконовых трубочках

ности, из числа обследованных нами, 23 больных получали оксиал, а остальные 16 — хило-комод.

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

В послеоперационном лечении больных ССГ с язвой роговицы также необходима и местная *метаболическая терапия* (корнерегель, солкосерил, уже упомянутые препараты оксиал и хило-комод, основой которых служит натрия гиалуронат). При местном дефиците витамина А назначали гелевый препарат ВитА-ПОС (Ursapharm) в виде 3–4-кратных инстилляций в конъюнктивальную полость.

По показаниям (перфорация роговицы или ее угроза, наличие отделяемого в конъюнктивальной полости) назначали *антибиотики*.

По результатам проведенного комплекса лечебных мероприятий (наблюдение в течение 6–26 мес.) у всех пациентов получен положительный эффект.

Исходом ксеротической язвы роговицы, осложненной перфорацией или десцеметоцеле (20 больных, 29 глаз) 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 поверхности роговицы, за счет рассасывания ножки лоскута конъюнктивы, заполнившего весь язвенный дефект (рис. 4). В последующем происходило и просветление помутнения пломбированной зоны роговицы, до восстановления розового рефлекса с глазного дна (в 20 случаях; 69,0 %). У всех пациентов отмечено укорочение глазной щели, в среднем, на 3–4 мм, после наружной тарзорафии.

По результатам наблюдения за больными с неосложненной глубокой ксеротической язвой роговицы, установлено, что после амниопластики у 15 больных

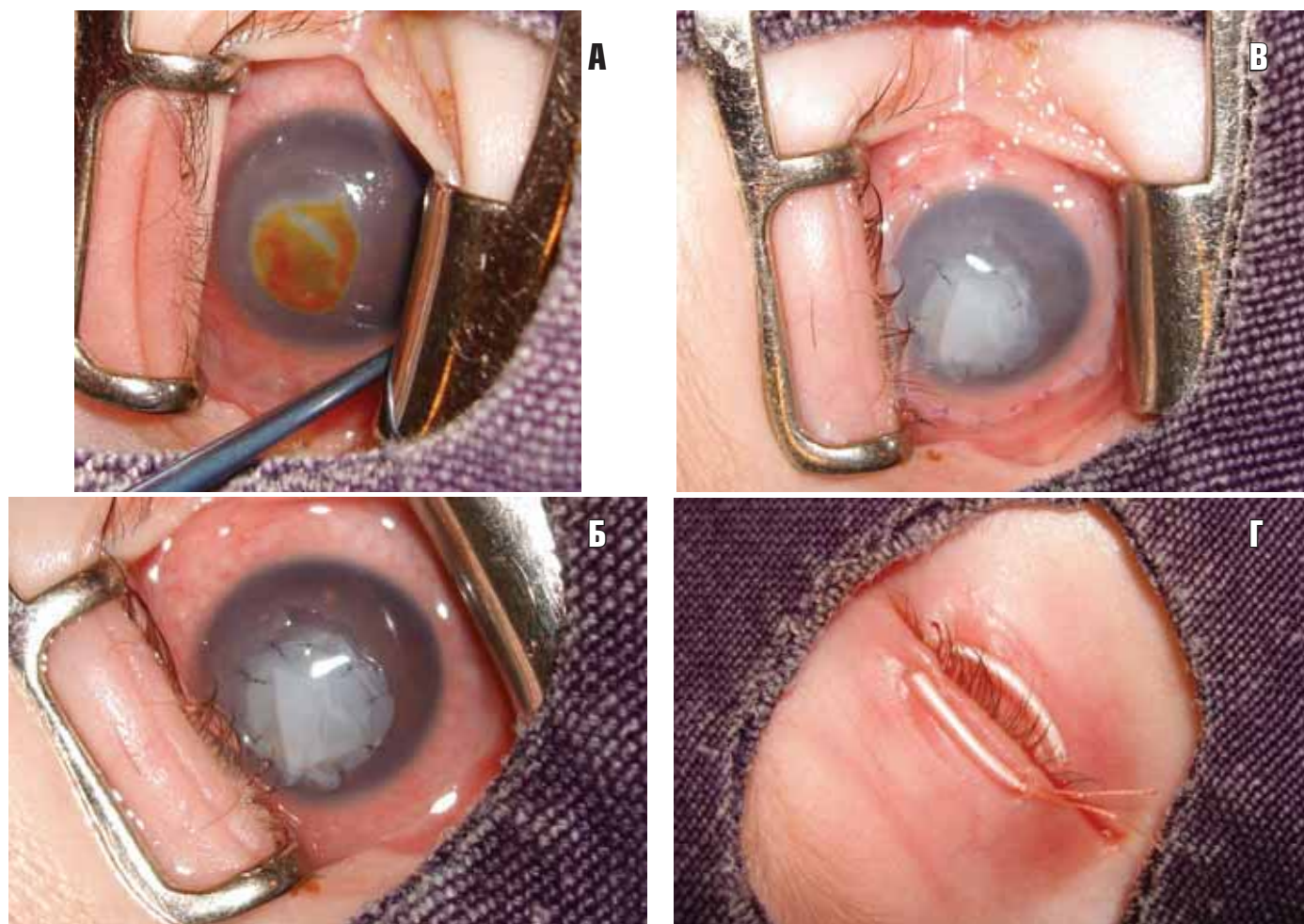


Рис. 3. Основные этапы операции амниопластики язвы роговицы ребенка с нейропаралитическим кератитом и особо тяжелым синдромом «сухого глаза»: А — глубокая язва роговицы, импрегнированная колларголом; Б — фиксация лоскута амниона к краю дефекта роговицы, пломбирование язвы дополнительными лоскутами амниона (введенными под фиксированный лоскут); В — окончательное покрытие всей роговицы амнионом, фиксированным к эписклере узловатыми швами (викрил, 8/0); Г — временная блефарорафия на силиконовых трубочках



Рис. 4. Пациентка с перфоративной язвой роговицы на почве синдрома Сьегрена, через 1,5 мес. после пломбирования язвы роговицы лоскутом конъюнктивы и теноновой оболочки

(15 глаз; 75,0 %) дефект роговицы эпителизировался, а толщина ее осталась удовлетворительной. У 4 больных (5; 25,0 %) с тенденцией к прогресси-

ванию изъязвления роговицы в последующем потребовалось все же выполнить операцию пломбирования язвы с положительным эффектом.

У всех пациентов отмечена хорошая переносимость как хирургических, так и консервативных методов лечения особо тяжелого синдрома «сухого глаза».

По результатам наблюдения за пациентами после obturации их слезных точек установлено, что во всех случаях оказалось возможным уменьшить число инстилляций в заинтересованный глаз препаратов «искусственной слезы». При этом не обнаружено статистически значимых различий клинического эффекта от различных способов закрытия слезоотводящих путей.

В ходе наблюдений за больными отмечено 9 случаев (37,5 %) дислокации с последующей утерей obtуратора слезной точки фирмы FCI. В шести из них (25,0 %) утеря obtуратора была связана с паралитическим расширением obtурированной слезной точки (2 — верхней и 4 — нижней), в оставшихся трех случаях (12,5 %) — с развитием грануляционных разрастаний конъюнктивы в ампуле слезного канальца

с последующим «выталкиванием» обтуратора. При паралитическом расширении слезной точки, в связи с возобновлением интенсивной симптоматики ССГ, пациентам вновь были имплантированы обтураторы, но большего диаметра, а при грануляционных разрастаниях конъюнктивы, закрывших просвет слезного канальца, от имплантации обтураторов было решено воздержаться. При последующем наблюдении за рассмотренными пациентами зафиксирован эффект полной обтурации слезоотводящих путей, за счет грануляционных разрастаний.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В лечении больных с язвой роговицы ксеротической этиологии следует использовать комплекс хирургических и терапевтических мероприятий. Целесообразно биологическое покрытие язвенного дефекта роговицы (конъюнктивой и/или амнионом), в сочетании с наружной тарзорафией и временной блефарорафией. Одновременно с хирургическим лечением всем пациентам с особо тяжелой клинической формой ССГ целесообразна обтурация обеих слезных точек и инстилляцией препаратов «искусственной слезы» оксил или хило-комод. По показаниям используют метаболическую и антибактериальную терапию.

Лишь применение рассмотренного комплекса хирургических и терапевтических методов позволяет достичь успеха в лечении больных рассмотренного профиля.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бржеский В. В., Сомов Е. Е. Роговично-конъюнктивальный ксероз (диагностика, клиника, лечение). — Изд. 2-е, част. перераб. и доп. — СПб.: Левша, 2003. — 119 с.
2. Кудряшова Ю. И. Трансплантация криоконсервированной амниотической мембраны в лечении чистых язв роговицы при синдроме «сухого глаза» // Федоровские чтения — 2004. Всерос. науч. — практ. конф. с междунар. участием «Новые технологии в лечении заболеваний роговицы»: Сб. науч. тр. — М., 2004. — С. 694–697.
3. Сомов Е. Е., Бржеский В. В. Обтурация слезоотводящих путей в лечении больных с ксеротическими изменениями роговицы // Федоровские чтения — 2004: Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием «Новые технологии в лечении заболеваний роговицы»: Сб. науч. тр. — М., 2004. — С. 666–672.
4. Bjerrum K. B. Keratokonjunctivitis sicca and primary Sjogren's syndrome in a Danish population aged 30–60 years // Acta Ophthalmologica. — 1997. — Vol. 75. — P. 281–286.
5. Brewitt H., Zierhut M. Trockeneye. — Heidelberg.: Kaden, 2001. — 214 p.

6. Doughty M. J., Fonn D., Richter D. et al. A patient questionnaire approach to estimating the prevalence of dry eye symptoms in patients presenting to optometric practices across Canada // Optom. Vis. Scie. — 1997. — Vol. 74. — P. 624–631.
7. Herrick R. S. A subjective approach to the treatment of dry eye syndrome // Lacrimal gland, tear film and dry eye syndromes / Ed. Sullivan D. A. — NY.: Plenum Press, 1994. — P. 571–576.
8. Hikichi T., Yoshida A., Fukui Y. et al. Prevalence of dry eye in Japanese eye centers // Graefes Arch. Clin. Exp. Ophthalmol. — 1995. — Vol. 233. — P. 555–558.
9. Jacobsson L. T. H., Axel T. E., Hansen B. U. Dry eyes or mouth: an epidemiologic study in Swedish adults, with special reference to primary Sjogren's syndrome // J. Autoimmunol. — 1989. — Vol. 2. — P. 521–527.
10. McCarty C. A., Bansal A. K. et al. The epidemiology of dry eye in Melbourne, Australia // Ophthalmology. — 1998. — Vol. 105. — P. 1114–1119.
11. Murube J., Wilson St., Ramos-Esteban J. The important developments in dry eye // Highlist Ophthalmol. — 2001. — Vol. 29, N 5. — P. 54–66.
12. Schein O. D., Munoz B. et al. Prevalence of dry eye among the elderly // Amer. J. Ophthalmol. — 1997. — Vol. 124. — P. 723–728.

MAIN APPROACHES IN HOLISTIC TREATMENT OF A “DRY EYE” SYNDROME COMPLICATED BY CORNEAL ULCER

Brzheskiy V. V., Efimova E. L.,
Kalinina I. V., Zhurova S. G.

✧ **Summary.** An assessment of 39 “dry eye” syndrome (DES) patients (49 eyes in total) severely complicated by corneal ulcer of xerotic etiology was performed. In 10 patients (12 eyes), the ulcer was perforating. In 10 others (17 eyes), corneal ulcer was complicated by descemetocle. 19 patients (20 eyes) had deep corneal ulcer.

An effective treatment of these patients was a combination of surgical and therapeutic approaches. A conjunctival pedicle graft and/or amniotic membrane transplantation combined with lateral tarsorrhaphy and temporary blepharorrhaphy were used for all patients.

In parallel with surgical treatment obturation of both lacrimal puncta was performed in all patients. Instillation of Oxyal or Hylo-Comod solutions was prescribed. Metabolic enhancers and antibiotics were used as a supplemental treatment.

✧ **Key words:** “dry eye” syndrome (DES), cornea, ulcer, conjunctival pedicle graft, artificial tear