

Таблица 3

Динамика клинических и функциональных показателей с диагнозом герпетический кератит на фоне применения препарата «Офтолик»

Оцениваемый параметр	Группы исследуемых	Этапы наблюдения (сут.)			
		Исходные данные	7	14	28
Субъективный дискомфорт	Основная	2,8 ± 0,3	2,4 ± 0,2	1,2 ± 0,2	0,5 ± 0,1
	Контрольная	2,8 ± 0,3	2,5 ± 0,2	1,5 ± 0,2	0,9 ± 0,1
Объективные симптомы	Основная	2,4 ± 0,2	2,0 ± 0,2	1,1 ± 0,2	0 ± 0,1
	Контрольная	2,3 ± 0,2	2,1 ± 0,2	1,3 ± 0,2	0,1 ± 0,1
Индекс слезного мениска	Основная	2,0 ± 0,1	2,2 ± 0,3	2,5 ± 0,1	2,8 ± 0,1
	Контрольная	2,0 ± 0,1	2,1 ± 0,3	2,3 ± 0,1	2,4 ± 0,1
Стабильность СП, сек.	Основная	6,2 ± 0,3	6,7 ± 0,3	7,3 ± 0,2	8,5 ± 0,2
	Контрольная	6,2 ± 0,3	6,4 ± 0,3	7,0 ± 0,2	7,9 ± 0,2
Основная слезопродукция мм/5мин	Основная	7,5 ± 0,3	7,8 ± 0,3	8,2 ± 0,2	10,0 ± 0,1
	Контрольная	7,5 ± 0,3	7,6 ± 0,3	7,9 ± 0,2	9,1 ± 0,1

Таблица 4

Динамика клинических и функциональных показателей, характеризующих эффективность лечения больных с диагнозом дегенерация роговицы на фоне применения препарата «Офтолик»

Оцениваемый параметр	Группы исследуемых	Этапы наблюдения (сут.)			
		Исходные данные	7	14	28
Субъективный дискомфорт	Основная	2,8 ± 0,3	2,3 ± 0,3	1,5 ± 0,2	0,8 ± 0,1
	Контрольная	2,8 ± 0,3	2,5 ± 0,3	1,8 ± 0,2	1,2 ± 0,1
Объективные симптомы	Основная	2,8 ± 0,3	2,1 ± 0,2	1,5 ± 0,2	1,3 ± 0,2
	Контрольная	2,8 ± 0,3	2,3 ± 0,2	1,8 ± 0,2	1,6 ± 0,3
Индекс слезного мениска	Основная	1,0 ± 0,1	1,2 ± 0,1	1,5 ± 0,2	2,0 ± 0,1
	Контрольная	1,0 ± 0,1	1,1 ± 0,1	1,3 ± 0,2	1,7 ± 0,1
Стабильность СП, сек.	Основная	3,5 ± 0,3	4,1 ± 0,3	5,4 ± 0,2	5,7 ± 0,2
	Контрольная	3,5 ± 0,3	3,8 ± 0,3	4,8 ± 0,2	5,1 ± 0,2
Основная слезопродукция мм/5мин	Основная	2,6 ± 0,4	4,0 ± 0,2	5,1 ± 0,2	5,3 ± 0,1
	Контрольная	2,6 ± 0,4	3,2 ± 0,2	4,2 ± 0,2	4,4 ± 0,1

Таблица 5

Динамика клинических и функциональных показателей с диагнозом аденовирусный кератоконъюнктивит на фоне применения препарата «Офтолик»

Оцениваемый параметр	Группы исследуемых	Этапы наблюдения (сут.)			
		Исходные данные	7	14	28
Субъективный дискомфорт	Основная	2,5 ± 0,2	2,2 ± 0,2	1,8 ± 0,2	0,5 ± 0,1
	Контрольная	2,5 ± 0,2	2,3 ± 0,2	2,0 ± 0,2	0,8 ± 0,1
Объективные симптомы	Основная	2,8 ± 0,3	2,5 ± 0,3	2,1 ± 0,2	0,5 ± 0,1
	Контрольная	2,8 ± 0,3	2,5 ± 0,3	2,3 ± 0,2	0,8 ± 0,1
Индекс слезного мениска	Основная	2,0 ± 0,2	2,2 ± 0,2	2,5 ± 0,1	2,8 ± 0,1
	Контрольная	2,1 ± 0,2	2,1 ± 0,2	2,3 ± 0,1	2,5 ± 0,1
Стабильность СП, сек.	Основная	6,1 ± 0,3	6,6 ± 0,2	7,3 ± 0,2	8,5 ± 0,2
	Контрольная	6,2 ± 0,3	6,4 ± 0,2	6,8 ± 0,2	7,8 ± 0,2
Основная слезопродукция мм/5мин	Основная	7,5 ± 0,3	7,8 ± 0,3	8,5 ± 0,2	9,2 ± 0,2
	Контрольная	7,6 ± 0,3	7,6 ± 0,3	8,1 ± 0,2	8,6 ± 0,2

Таблица 6

Сравнительная таблица по срокам лечения больных традиционным методом и с применением препарата «Офтолик»

Нозологическая форма	Средний койко – день	
	Основная группа	Контрольная группа
Кератоувеит	13,7	18,0
Герпетический кератит	15,1	18,2
Дегенерация роговицы	14,2	16,8
Аденовирусный кератоконъюнктивит	10,2	14,5

Список литературы

1. Бржеский В. В. Тактика медикаментозной терапии больных с различными клиническими формами синдрома «сухого глаза» // Клиническая офтальмология. – 2008. – Т. 9. - №1. – С. 4-6.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭКСИМЕРЛАЗЕРНОЙ КОРРЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРМЕТРОПИЕЙ И ГИПЕРМЕТРОПИЧЕСКИМ АСТИГМАТИЗМОМ

С.А. Коротких, А.С. Шамкин, В.С. Коротких
Уральская государственная медицинская академия, кафедра офтальмологии
Медицинская клиника «Профессорская Плюс», г. Екатеринбург

Актуальность

Гиперметропия является одной из самых распространенных и сложных аномалий оптической системы глаза, на долю которой в общей структуре рефракционной патологии приходится, по данным разных авторов, от 27 до 40 процентов. Из них пациенты с гиперметропией средней и высокой степени, имеющие ограничения в профессиональной пригодности вследствие выраженных нарушений зрительных функций, составляют не менее 6 процентов.

Коррекция гиперметропии высокой и средней степени, гиперметропического астигматизма с помощью эксимерного лазера вызывает дискуссии, многие хирурги отдают предпочтение интраокулярным методам коррекции.

Результаты коррекции гиперметропии более высокой степени оцениваются как нестабильные и заканчиваются почти полным регрессом.

Материалы и методы исследования

Операции проводились на эксимерном лазере MEL80 фирмы «Zeiss-Meditec» с использованием индивидуальной абляции, которая позволяет создать более точный профиль роговицы.

Прооперировано 28 глаз с гиперметропической рефракцией от +3,0D до +7,0D и с астигматическим компонентом от 0,5D до 3,0D. Возраст - от 21 до 49 лет. Максимальный срок наблюдения составил 1 год.

В 90% случаев эпителиальный роговичный лоскут удалось сохранить полностью, у 10% пациентов -

частично. В послеоперационном периоде для сохранения эпителиального лоскута роговицы в качестве бандажа использовались силикон-гидрогелевые контактные линзы Acuvue® Oasys (Senofilcon A) компании Johnson & Johnson. Данные линзы по результатам проведенных исследований показали, что обладают наименее адгезивной роговичной поверхностью по сравнению с рядом других силикон-гидрогелевых линз.

У всех пациентов исследовали структурно-функциональное состояние зрительной системы до операции, через несколько дней и через месяц после операции, а также после курса лечения. Через 3-4 дня после операции по технологии LASEK (полная эпителизация, отсутствие субъективных жалоб) всем назначался разработанный в клинике протокол медикаментозной поддержки: Флоксал, Индоколлир, Солкосерил. В стандартную схему медикаментозного лечения был добавлен препарат VISMED Gel. VISMED Gel (TRB Chemedica, Германия) относится к группе слезозаменителей, содержит гиалуронат натрия 0,3 мг. Помимо своего смазывающего действия гиалуронат натрия обладает защитным эффектом от окислительного повреждения свободными радикалами. Включение препарата в курс лечения в течение 1 месяца позволило сократить сроки восстановления прозрачности эпителиального роговичного лоскута. При дальнейшем послеоперационном ведении пациентов были проведены следующие способы функциональной коррекции зрения:

1. Стандартное ведение: самопрофилактика с помощью упражнений, таких как «метка на стекле», «массаж глаз» и некоторые другие. Общее время занятий - 10-15 мин 3 раза в день в течение 1-го месяца. Затем только вечерние тренировки 1 раз в день.

2. Сочетание упражнения «метка на стекле» с применением перфорационных очков по предыдущей схеме. Кроме того, пациенты применяли перфорационные очки для свободного ношения не менее одного часа в день в течение всего срока наблюдения.

3. Применение домашних оптических дезаккомодационных тренажеров «Зеница» (патент на изобретение №2147852) по оригинальной схеме тренировки с прилагаемой таблицей Сивцева по 15-20 минут 2 раза в день в течение месяца. Тренажеры представляют собой пластиковые сферопризматические линзы, помещенные в очковую оправу. Суммарная сила каждой линзы состоит из положительной сферы 0,5 D и призмы в 2,0D. После лечения оптическими тренажерами проводился сеанс видеокomпьютерной тренировки «RELAX-2», а также с 1-го дня после операции ДЭНС-терапию проводили на параорбитальную зону аппаратом ДиаДЭНС-Т с применением выносного параорбитального электрода «ДЭНС-очки». В последующий период - только вечерние тренировки 4-5 раз в неделю.

Послеоперационное обследование органа зрения (4 дня после операции) состояло из авторефрактометрии, пахиметрии, биомикроскопии, офтальмоскопии, пневмотонографии, проведения пробы Ширмера, визометрии с помощью колец Ландольта, определения запаса относительной аккомодации по методу Аветисова-Шаповалова. В отдаленные сроки наблюдения (2 нед., 1, 3, 6, 12 месяцев) проводилась биомикроскопия, авторефрактометрия, визометрия с помощью колец Ландольта, определение запаса относительной аккомодации по методу Аветисова-

Шаповалова.

Результаты и обсуждение. Основными клиническими и функциональными проблемами после LASEK являются низкая некоррегированная острота зрения при достаточном рефракционном эффекте в ближайший послеоперационный период; так называемое «плавающее» зрение, т. е. невозможность постоянной четкой фокусировки предметов; длительное сохранение астенопических жалоб (АЖ), особенно при постоянных зрительных нагрузках, связанных с профессиональной деятельностью.

Через 4 дня после операции острота зрения во всех 3-х группах колебалась от 0,2 до 0,8. На протяжении всего исследования мы оценивали только некоррегированную остроту зрения (НОЗ).

Анализ результатов 3-х групп показывает функционально более благоприятное течение послеоперационного периода у пациентов, использующих в сочетании с самотренировкой различные типы тренажеров. Включенные в схему функциональной реабилитации перфорационные очки-тренажеры позволили значительно снизить интенсивность послеоперационных астенопических жалоб, но при этом не решили основную проблему повышения остроты зрения и увеличения запаса относительной аккомодации. В связи с этим примененные нами дезаккомодационные оптические тренажеры «Зеница» и видеокomпьютерные тренировки «RELAX-2» показали большую эффективность по сравнению с предыдущими методами. Единственным недостатком мы посчитали остающийся достаточно продолжительным срок клинической и функциональной реабилитации.

Через 3, 6 месяцев ситуация остается без отрицательной динамики.

Через 1 год некоррегированная острота зрения соответствовала дооперационной, полученной с максимальной коррекцией, или превышала ее, а в случаях коррекции астигматического компонента превышение остроты зрения составило до 70% случаев. Показатели рефракции составляли от sph +0,00 до sph +0,75 и от cyl +0,00 до cyl +0,5.

Выводы

Полученные результаты эксимерлазерной коррекции гиперметропии методом ЛАСЕК на установке MEL80 «Zeiss-Meditec» дают основания для дальнейшего совершенствования и изучения данной технологии.

1. Для уменьшения астенопических явлений при длительных зрительных нагрузках в послеоперационном периоде возможно использование перфорационных очков-тренажеров.

2. К включению в общепризнанные схемы лечения после кераторефракционных операций для клинической и функциональной реабилитации рекомендуются дезаккомодационные оптические тренажеры «Зеница», видеокomпьютерные тренировки «RELAX-2» и ДЭНС-терапия. Особенно важно учесть, что методы лечения с помощью ТДО «Зеница» и «RELAX-2» можно применять пациентам самостоятельно в домашних условиях.