

света – у 10, светоощущение с правильной проекцией – у 9, острота зрения с коррекцией от 0,1 до 0,4 – у 4.

ВГД в пределах нормы отмечалось у 22 пациентов, незначительная гипотония (13–17 мм рт. ст.) – у 5 и выраженная гипотония (ниже 12 мм) – у 2. В одном случае было отмечено повышение ВГД в послеоперационном периоде до 42 мм рт. ст., что потребовало хирургического лечения (витрэктомия) в сочетании с гипотензивной терапией.

С помощью УЗ АВ-сканирования оценивали длину переднезадней оси (ПЗО) глазного яблока, состояние сетчатки и стекловидного тела. ПЗО в пределах нормы (20–24 мм) наблюдалась у 25 пациентов, 17–20 мм – у 5 больных. У всех травмированных выявлен гемофтальм разной степени – от плавающих помутнений до грубого швартообразования.

При наблюдении через 1 месяц после выписки во всех случаях проведенного хирургического лечения не выявлено грубой деформации или выраженной субатрофии глазного яблока. У всех больных глазное яблоко было сохранено, причем у четырех из них отмечалось предметное зрение.

Средняя продолжительность пребывания пациентов в стационаре составила 12 суток.

**Вывод.** Предложенный метод хирургической обработки обширных проникающих ранений склеры (интраоперационное введение перфторана в сочетании с тщательной герметизацией раны и постоянным эписклеральным пломбированием) позволяет облегчить проведение обработки и обеспечить наилучшую герметизацию склеральной раны, свести к минимуму послеоперационные осложнения, предотвратить развитие субатрофии глазного яблока и сохранить его для дальнейших оптико-реконструктивных операций.

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОНТАКТНОЙ ЛИНЗЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ РОГОВИЦЫ**

*А. Б. Степаняни, О. Л. Орлова, В. И. Флягина, Е. Ю. Зайкова  
ГБОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия»  
Минздравсоцразвития России;  
ЦГБ № 2 им. А. А. Миславского, г. Екатеринбург*

Лечебный эффект терапевтических контактных линз (КЛ) известен давно. В 1916 г. ряд авторов предложили применение КЛ для предупреждения симблефарона после ожогов глаз. С 1930 г. появились сообщения об успешном использовании КЛ после кератопластики для фиксации

диска-трансплантата. Первые жесткие терапевтические склеральные линзы защищали поверхность роговицы от травматического действия век, ускоряя ее эпителизацию. С 1980 г. используют мягкие лечебные контактные линзы (Е. Г. Рыбакова с соавт., 2009).

**Актуальность проблемы** обусловлена тяжелыми формами роговично-конъюнктивального ксероза, большим количеством полостных операций, отсутствием единого метода лечения заболеваний роговицы, в связи с этим любой положительный опыт терапии заслуживает внимания.

**Цель работы** – изучить применение лечебной мягкой контактной линзы (МКЛ) в комплексной терапии заболеваний роговицы.

**Материалы и методы.** В офтальмологическом отделении ЦГБ № 2 в течение 10 лет применяется методика терапии заболеваний роговицы с использованием лечебной МКЛ (силикон-гидрогелевая КЛ непрерывного срока ношения плановой замены через 1 месяц Pure Vision компании Bausch@Lomb). Лечение начинаем с медикаментозной терапии по схеме (см. описание клинических случаев). На четвертые сутки – лечебная силикон-гидрогелевая МКЛ.

Особенно активно используем МКЛ три последних года (2009–2011) в комплексной терапии: дегенерации роговицы, буллезной кератопатии, нейротрофического кератита, тяжелых форм синдрома «сухого глаза» и после реконструктивных операций на роговице (в качестве банджа). За этот период указанный метод терапии использовался у 230 пациентов.

Эффективность способа лечения продемонстрируем на клинических примерах.

*Клинический случай 1.* Пациентка Д., 52 лет, лечилась в ЦГБ № 2 в июле 2011 г. Поступила с жалобами на светобоязнь, снижение зрения, чувство инородного тела, покраснение OS.

*Анамнез заболевания:* левый глаз впервые заболел в августе 2010 г., лечилась в нашем отделении с DS – трофическая язва OS. Эффект от лечения слабopоложительный, была направлена в МНТК «Микрохирургия глаза» на кросслинкинг. В сентябре 2010 г. там же проведена сквозная кератопластика, но в связи с отторжением трансплантата через 1 месяц – рекератопластика.

В июле 2011 г. глаз заболел, вновь поступила на лечение в ЦГБ № 2.

*Офтальмологический статус:* VOD = 0,2 с–3,5D = 1,0, VOS = 0,05 н/к.

OD – спокоен.

OS – блефароспазм, светобоязнь, легкая инъекция глазного яблока, обширная поверхностная эрозия в центре трансплантата, десцеметит, трансплантат, прозрачный по краю, шов герметичен, влага передней ка-

меры прозрачная, зрачок круглый, незначительное помутнение хрусталика, глазное дно во флере.

DS: болезнь трансплантата роговицы OS.

*Лечение:*

- 1) дексазон (1 раз в день № 3 субконъюнктивально);
- 2) эмоксипин № 10 (парабульбарно);
- 3) перивазальная новокаиновая блокада № 10;
- 4) витамин В<sub>1</sub> № 10 (внутримышечно);
- 5) глюкоза 40 % 20,0 с витамином С 5 % 4,0 (№ 10 внутривенно);
- 6) дексазон 1:10 по 1 капле 3 раза в день (эпибульбарно);
- 7) ВитА-ПОС за нижнее веко 2 раза в день;
- 8) физиологический раствор каждый час (эпибульбарно).

На четвертые сутки – лечебная силикон-гидрогелевая МКЛ, дексазон 1 : 10 по прежней схеме и увлажняющие капли Хиломакс-Комод по 1 капле 3 раза в день.

*При выписке:* на 14-е сутки отсутствовали все симптомы роговичного синдрома и инъекция конъюнктивы, сохранялись нежные помутнения в оптической зоне трансплантата роговицы, VOS = 0,2 н/к.

В настоящее время (октябрь 2011 г.) роговица полностью прозрачная, VOS = 0,6 н/к.

*Клинический случай 2.* Пациентка Л., 57 лет, 20.07.2010 г. поступила в офтальмологическое отделение ЦГБ № 2 с жалобами на снижение зрения, блефароспазм, светобоязнь, чувство песка и постоянную сухость обоих глаз.

*Анамнез заболевания:* в 2005 г. – УЗ-ФЭК с имплантацией ЗК ИОЛ на OU. Перечисленные выше жалобы беспокоят 1 год. Неоднократно лечилась в поликлинике по месту жительства с DS: токсико-аллергический кератоконъюнктивит OU. Ухудшение состояния обоих глаз отмечает в течение последнего месяца: на фоне антибактериальной терапии пенициллином указанные выше жалобы усилились. Пациентка направлена в офтальмологическое отделение ЦГБ № 2.

*Офтальмологический статус:* VOУ = 0,09 н/к.

Тонометрия (бесконтактным методом) OU = 12 мм рт. ст.

При наружном осмотре и биомикроскопии обоих глаз выявлены типичные признаки роговичного синдрома: блефароспазм, светобоязнь и слезотечение; выраженная инъекция конъюнктивы; обширный участок дезэпителизации в оптической зоне роговицы, вокруг которого расположены «нитчатые» инфильтраты; по верхнему лимбу – новообразованные сосуды.

Передняя камера средней глубины, влага прозрачная; зрачок круглый, фотореакция сохранена; ИОЛ расположена правильно; рефлекс розовый, детали глазного дна просматриваются во флере.

*Дополнительные методы обследования.* Тест Ширмера: выявлена недостаточность суммарной слезопродукции тяжелой степени (2 мм на тест-полоске), проба Норна – 9 с.

Клинический DS: роговично-конъюнктивальный ксероз («сухой» кератоконъюнктивит), артификация обоих глаз.

*Лечение:*

- 1) гентамицин с дексазоном (1 раз в день № 3 субконъюнктивально);
- 2) корнерегель 3 дня на ночь;
- 3) натуральная слеза 3 дня (по 1 капле 5 раз);
- 4) эмоксипин № 10 (парабульбарно);
- 5) перивазальная новокаиновая блокада № 10;
- 6) витамин В<sub>1</sub> № 10 (внутримышечно);
- 7) актовегин 5,0 № 5 (через день внутривенно);
- 8) дексазон 1:10 по 1 капле 3 раза в день (эпибульбарно).

На 4-е сутки – лечебная силикон-гидрогелевая МКЛ, дексазон 1:10 по прежней схеме и увлажняющие капли Хиломакс-Комод (с содержанием гиалуроновой кислоты, без консервантов).

*При выписке:* на 12-е сутки отсутствовали все симптомы роговичного синдрома и инъекция конъюнктивы, оптическая зона роговицы полностью эпителизировалась, небольшое количество нитчатых инфильтратов по периферии роговицы, при офтальмоскопии выявлена сухая форма макулодистрофии, VOU = 0,6 н/к.

Наблюдение осуществляли каждый месяц, пациентка работала. В январе 2011 г. был выявлен синдром Сьегрена, назначена соответствующая терапия. Десять месяцев (до апреля 2011 г.) производилась регулярная ежемесячная замена лечебной линзы. В настоящее время зрительные функции стабильные (VOU = 0,6 н/к), роговица полностью прозрачная. Лечебная КЛ не применяется, пациентка использует увлажняющие капли.

**Вывод.** При применении лечебной МКЛ удалось достичь положительного клинического эффекта в виде уменьшения явлений дискомфорта и повышения остроты зрения. Можно рекомендовать использование лечебной силикон-гидрогелевой непрерывного срока ношения плановой замены МКЛ в комплексном лечении заболеваний роговицы.