

УДК 617.713-001.37-089.168

НАСЕЧКИ КОНЬЮНКТИВЫ ПО ПАССОВУ, ПАРАЦЕНТЕЗ РОГОВИЦЫ, ОПЕРАЦИЯ ДЕНИГА (ДЕЛАТЬ ИЛИ НЕ ДЕЛАТЬ?)

С. А. Якименко, д.м.н., профессор,

зав. отделом ожогов глаз и восстановительно-реконструктивной офтальмохирургии

ГУ «Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В. П. Филатова АМН Украины».

Викладений в статті матеріал відображає конкретну точку зору на доцільність використання вказаних операцій та адресується практичним лікарям з метою виключення застарілих неефективних методів лікування опіків ока.

Ключевые слова: ожоги глаза, насечки конъюнктивы по Пассову, парацентез роговицы, операция Денига.

Ключові слова: опіки ока, насічки кон'юнктиви по Пассову, парацентез рогівки, операція Деніга.

В связи с тем, что в ожоговое отделение Института глазных болезней и тканевой терапии им. В. П. Филатова из различных клиник страны периодически поступают больные с ожогами глаз, которым проводились такие хирургические вмешательства как насечки конъюнктивы по Пассову, парацентез роговицы или пересадка слизистой ротовой полости больного по Денигу, следует еще раз напомнить нашу точку зрения о нецелесообразности проводить эти операции. Она сформировалась в нашем институте еще в первые послевоенные десятилетия и основана на клинических наблюдениях многих больных, поступавших не только из Украины, но и всех республик Советского Союза, а также на основании собственного опыта сотрудников ожогового отделения института, проводивших эти операции в те годы. Академик Н. А. Пучковская, которая много лет своей научной и практической работы посвятила ожогам глаз, об этом неоднократно говорила в своих выступлениях на различных офтальмологических форумах и писала в монографиях (Н. А. Пучковская, Н. С. Шульгина, В. М. Непомящая «Патогенез и лечение ожогов глаз и их последствий», 1973; Н. А. Пучковская, С. А. Якименко, В. М. Непомящая «Ожоги глаз», 2001). К сожалению, первая монография была опубликована еще в 1973 г. и о ней сегодня знают только старые офтальмологи, а новая монография, опубликованная в 2001 году в Москве, широкого распространения в Украине не имела. С другой стороны, недаром говорится: «Написанное пером — не вырубить топором», поэтому описание указанных выше операций еще до сих пор перекачивается из одного руководства в другое, а критические отзывы о них не приводятся. Так, по-видимому, произошло и при подготовке «Стандар-

тов оказания офтальмологической помощи», утвержденных Министерством здравоохранения Украины (Приказ № 117 от 15.03.2007 г.).

Хочу напомнить, что производит насечки конъюнктивы Passow (1939, 1955) предложил для уменьшения напряжения в обожженной конъюнктиве, т. е. при выраженном ее хемозе и для удаления химического вещества и токсического трансудата из субконъюнктивальной ткани. В свое время операция Пассова, из-за отсутствия более эффективных методов лечения, нашла своих сторонников, например, в лице профессора Б. Л. Поляка (1957, 1961) и др. Такая процедура, по-видимому, вначале приносит какое-то облегчение, но уже в те годы отдельные авторы отмечали кратковременность эффекта этой операции (П. С. Каплунович, 1964), а Н. А. Пучковская и соавт. (1973) писали: «Наши клинические наблюдения показали, что при тяжелых и особо тяжелых ожогах глаз операция Пассова не оказывает заметного влияния на течение ожогового процесса». При применении современных методов лечения ожогов глаз устранение хемоза конъюнктивы не является проблемой, он, как правило, исчезает в течение нескольких часов — одних суток, а последствия такого вмешательства как насечки конъюнктивы, могут быть очень тяжелыми, и нам, к сожалению, до сих пор приходится встречаться с ними. При тяжелых и очень тяжелых ожогах глаз в местах проведения насечек конъюнктивы, и без того подверженной некрозу, как правило, происходит ее расплавление с оголением участков склеры, которое часто прогрессирует, и только своевременное вмешательство может приостановить этот процесс.

© С. А. Якименко, 2010

К тому же впоследствии это, как правило, приводит к образованию обширного симблефарона или анкилосимблефарона. Поэтому, учитывая сомнительную пользу от насечек конъюнктивы по Пассову и большой риск возможных тяжелых осложнений и последствий, а также высокую эффективность современных методов лечения ожогов глаз, мы в нашей практике никогда не применяем эту операцию и считаем, что ее необходимо исключить из арсенала методов лечения ожогов глаз.

То же самое можно сказать и о парацентезе — проколе роговицы, который Pichler (1910) предложил делать при химических ожогах глаз с целью удаления химических веществ из передней камеры. В свое время это вмешательство также имело своих сторонников и противников. Например, Duke-Elder (1954) не отмечал благоприятного действия парацентеза, а А. И. Тартаковская (1976), показала, что уже через 3 часа во влаге передней камеры кислота или щелочь, вызвавшие ожог, не определяются и ее рН приближается к норме. Н. А. Пучковская с соавт. (1973) пишут, что в «Институт им. В. П. Филатова обращалось немало больных, которым на предыдущих этапах производили ранний парацентез, однако состояние пораженного глаза было весьма тяжелым, имелись передние синехии, приводящие к повышению внутриглазного давления, развивались стафиломы роговицы, поэтому в настоящее время при ожогах глаз мы парацентез не производим». От себя хочу добавить, что в ожоговое отделение института поступали больные с перфорацией роговицы в место парацентеза, что потребовало срочной тектонической кератопластики с целью предупреждения гибели глаза. Поэтому данная операция также не оправдала себя и должна быть полностью исключена из арсенала практических врачей.

С целью восстановления перилимбального кровообращения при глубоком некрозе конъюнктивы (особенно при обнажении склеры) и предупреждения развития сращений век с глазным яблоком Дениг (Denig, 1912) предложил производить пересадку слизистой ротовой полости больного. Но такую операцию Denig предложил делать в первые 24-36 часов после ожога вслед за удалением некротизированных участков конъюнктивы. Однако необходимо напомнить, что в начале ожогового процесса в глазу даже опытные офтальмологи считают невозможным диагностировать глубину повреждения тканей глаза и прогнозировать его течение и исход. По мнению Н. А. Пучковской и соавт. (1973), окончательный вывод о степени тяжести ожога можно сделать лишь через 7-8 дней. Поэтому операция Денига в ее классическом варианте (в первые 24-36 часов) практически никем не применяется, а пересадка лоскутов слизистой в более поздние сроки, по мнению Н. А. Пучковской (1973), может закончиться их отторжением и бурной воспалительной

реакцией, поэтому операцию Денига она применяла крайне редко.

В ожоговом отделении института для этих целей обычно применяется перемещение сохранившейся конъюнктивы глазного яблока и его сводов, а при обширном некрозе конъюнктивы глазного яблока мы производим покрытие оголенных участков склеры перемещенной конъюнктивой и теноновой оболочкой — конъюнктивно-тенопластку; при обширном некрозе конъюнктивы и изъязвлении и истончении роговицы мы производим лечебно-тектоническую послойную кератопластику с ободком склеры, а при обширной перфорации роговицы — сквозную кератопластику и конъюнктивно-тенопластику с блефарорафией. Это позволяет сохранить глаз от разрушения и в дальнейшем произвести восстановительные пластические операции и кератопротезирование для восстановления зрения.

Необходимо подчеркнуть, что необходимость в проведении хирургического лечения (пластики конъюнктивы или кератопластики) при тяжелых ожогах глаз может возникнуть в любой день после получения ожога. При этом процессы распада тканей, особенно роговицы, могут приобретать бурное развитие, что потребует urgentного хирургического вмешательства. Поэтому больные с тяжелыми ожогами глаз должны находиться на лечении в отделениях и учреждениях, имеющих «под рукой» донорскую роговицу и опыт проведения таких операций. Исходя из этого, в последнем Приказе МЗО Украины № 117 от 15.03.2007 г. еще раз четко записано, что «опіки III-IV ступеня підлягають лікуванню в опіковому центрі Інституту», который с 1976 г., является республиканским ожоговым и реабилитационным центром.

Мы надеемся, что изложенная в данной статье наша точка зрения на вышеупомянутые операции (насечки конъюнктивы по Пассову, парацентез роговицы, пересадка слизистой по Денигу) позволит избежать тяжелых осложнений, возникающих при применении этих вмешательств, а неуклонное выполнение офтальмологами страны Приказа МОЗ Украины № 117 повысит эффективность лечения этой очень тяжелой категории больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Наказ МОЗ України № 117, 15.03.2007 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Офтальмологія», Київ. — 310 с.
2. Пучковская Н. А., Шульгина Н. С., Непомнящая В. М. «Патогенез и лечение ожогов глаз и их последствий». — М.: Медицина, 1973. — 192 с.
3. Пучковская Н. А., Якименко С. А., Непомнящая В. М. «Ожоги глаз». — М.: Медицина, 2001. — 272 с.

Поступила 19.10.2009.

Рецензент канд. мед. наук Н. И. Храменко.

NOTCH OF THE CONJUNCTIVA BY PASSOV, PARACENTESIS OF THE CORNEA, DENIG'S OPERATION (TO PERFORM OR NOT TO PERFORM)

Yakimenko S. A.

Odessa, Ukraine

The material presented in the paper reflects specific point of view on expediency of using the indicated operations and is addressed to the practical doctors in order to exclude out-of-date noneffective methods of treatment of eye burns.



УДК 617.764.1-008.811.4-085

**НОВЫЕ ПРЕПАРАТЫ «ВЕТ-КОМОД» И «ХИЛО-КОМОД»
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА СУХОГО ГЛАЗА**

Г. И. Дрожжина, д. м. н, ст. науч. сотр., **Б. М. Коган**, к. м. н, врач

ГУ «Институт глазных болезней и тканевой терапии им.В. П. Филатова АМН Украины»

Проблема вибору адекватних фармакологічних препаратів для лікування хворих з різними клінічними формами синдрому сухого ока є актуальною. Основний напрямок терапії синдрому — відновлення якісного і кількісного складу слюзової плівки, а також забезпечення нормального функціонування епітелію передньої поверхні ока.

В даній роботі наведена інформація відносно основних властивостей та переваг нових замінників слюзи — препаратів «Вет-комод» і «Хило-комод» для лікування синдрому сухого ока.

Ключевые слова: синдром сухого глаза, лечение, новые препараты

Ключові слова: синдром сухого ока, лікування, нові препарати

Проблема разработки эффективных методов фармакотерапии синдрома сухого глаза (ССГ) остаётся приоритетной для отечественной офтальмологии и интенсивно разрабатывается специалистами зарубежных стран [1,6,7,9,10]. К настоящему времени в мировой практике достигнуты значительные успехи в разработке различных групп фармакологических препаратов для лечения больных, страдающих ССГ, что обусловило появление на рынке множества лекарственных средств типа «искусственная слеза».

Перед офтальмологами встала сложная проблема выбора адекватных фармакологических препаратов для лечения больных с различными клиническими формами синдрома сухого глаза. Сведения, имеющиеся в современной отечественной и зарубежной литературе, в достаточной мере освещают вопросы этиологии, патогенеза и клинических особенностей ССГ [1,3,4-7,10,13]. Однако проблема выбора эффективной фармакотерапии этой патологии остаётся актуальной. Выбор препаратов для лечения ССГ в настоящее время зависит преимущественно от предпочтений врача в отношении того или иного препарата или от степени информированности о нем, а не от клинической формы заболевания и фармакокинетики препарата [5].

Целью настоящей работы явилось информирование офтальмологов об основных свойствах и преимуществах новых заменителей слезы — препаратов «Вет-комод» и «Хило-комод» для лечения ССГ.

Как показали исследования отечественных и зарубежных авторов, ССГ является довольно распространенной патологией. Распространенность синдрома «сухого глаза» достигает 30% — 45% в структуре первичных обращений к офтальмологу [2,3]. ССГ страдают до 12% пациентов офтальмологического профиля до 40 лет и свыше 67% пациентов — старше 50 лет [5,6]. В зависимости от этиологии ССГ Г. С. Полунин с соавт. выделяют следующие его формы: системно-органный ССГ (системные аутоиммунные, эндокринные, инфекционные и т.д. заболевания); экзогенный ССГ (глазной офисный синдром, экологические факторы — дым, смог, инстилляционные препараты, прием лекарственных средств, ношение контактных линз); роговичный (послеоперационные и посттравматические, заболевания роговицы различного генеза); блефароконъюнктивальный (хронические блефариты, блефароконъюнктивиты, конъюнктивиты, лагофтальм, пемфигус конъюнктивы и т.д.); комбинированный [7].

Учитывая разнообразные этиологические факторы и патогенетические механизмы развития ССГ, очевидно, что универсального слезозаменителя для лечения ССГ не существует. Выбор слезозаменителя должен быть ориентирован на индивидуальные особенности проявления ССГ у конкретного пациента. Основной целью терапии ССГ является

© Г. И. Дрожжина, Б. М. Коган, 2010