

**ИНФЕКЦИОННОЕ ПОРАЖЕНИЕ РОГОВИЦЫ В РЕЗУЛЬТАТЕ НОШЕНИЯ
МЯГКИХ КОНТАКТНЫХ ЛИНЗ**

Г. И. Дрожжина, Л. Ф. Тройченко, В. Л. Осташевский, А. В. Артемов

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

Контактная коррекция благодаря быстрому развитию новейших технологий, приведших к созданию гидрофильных и ультратонких мягких контактных линз (МКЛ), широко внедрилась в офтальмологическую, а, подчас и в косметологическую практику. Но, несмотря на свои неоспоримые достоинства, мягкие контактные линзы имеют присущие им особенности, которые необходимо учитывать при их назначении. Нарушение условий и сроков ношения, хранения, правил гигиены при использовании мягких контактных линз может приводить к внедрению и развитию на линзе патогенной микрофлоры. Наличие микрофлоры может являться причиной развития воспалительных процессов роговицы и переднего отдела глаза, проявляющихся в виде тяжелых кератитов, язв, абсцессов роговицы, а также эндофтальмитов, протекающих с деструкцией ткани роговицы. Наиболее часто при этом диагностируются грибки, акантамеба и синегнойная палочка (Liesegng T.J. 1997, Иванова О. Н., Осташевский В. Л. 2009). [4, 2] При ношении МКЛ могут также возникать осложнения, связанные с механическим повреждением роговицы, токсико-аллергическими и гипоксическими реакциями (Киваев А. А., Шапиро Е. И., 1998). [1]. Основной причиной развития осложнений обычно является несоблюдение пациентом правил гигиены, режима ношения линз, правил хранения и обработки линз, а также повреждение линз, образование на них отложений; токсическое действие дезинфицирующих и очищающих растворов [1, 3, 6, 7, 8].

Под нашим наблюдением с декабря 2009г. находилась пациентка К., 24 лет с язвой роговицы бактериальной этиологии, развившейся в результате ношения мягкой контактной линзы. Из анамнеза известно, что больная страдает миопией слабой степени (-2,0Д). В течение года пользовалась трёх-месячными МКЛ дневного ношения. Под МКЛ попало пластиковое инородное тело в декабре 2009г. во время выполнения ремонтных работ дома, которое было сразу удалено по месту жительства. В течение двух недель больная получала в стационаре по месту жительства инстилляции антибиотиков и системную противогрибковую терапию (внутривенные инстилляции флуконазола). Однако состояние глаза прогрессивно ухудшалось и больная была направлена в ГУ «Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В. П. Филатова АМН Украины».

При поступлении в отделение патологии и микрохирургии роговицы института у пациентки наблюдалась язва роговицы глубиной более 50 % толщины роговицы, занимающая по площади наружные 2\3 роговицы. При биомикроскопии: поверхность роговицы рыхлая, отечная с участками истончения и лизиса стромы. В передней камере — густой, с желтым оттенком гипопион, уровень до 4 мм (рис. 1 — см. 3 стр. обложки). На пораженном глазу острота зрения равнялась светоощущению с правильной проекцией света. Внутриглазное давление пальпаторно — в норме.

При микробиологическом исследовании поверхности конъюнктивы глаза были выявлены полимикробные ассоциации в виде *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli*, *Enterococcus*. В соскобе с роговой оболочки обнаружен детрит в большом количестве, лейкоцитоз — 4–8 клеток в поле зрения.

На основе полученной антибиотикограммы, после интенсивной антибиотикотерапии по форсированной схеме в течение 5 суток (местно — тобрекс и окацин, внутримышечно гентамицин, цефтриаксон, внутривенно — метрогил и ципринол), в связи с прогрессированием расплавления роговицы 12.01.2010 больной была произведена операция — поверхностная послойная кератопластика (биологическое покрытие по Н. А. Пучковской) с лечебно-тектонической целью.

Через неделю после операции воспалительная реакция в глазу и ткани роговицы уменьшилась, гипопион резорбировался, инфильтрат значительно сократился в размере (рис. 2). В посевах из конъюнктивальной полости от 18.01.2010г. был выявлен *Staphylococcus epidermidis* в количестве 10¹. Внутриглазное давление (пальпаторно) в норме.

Через месяц после лечебной кератопластики у больной отмечался частичный лизис биологического покрытия. Глубина передней камеры — неравномерная, область зрачка не просматривалась. При исследовании на микрофлору посевы и соскобы из конъюнктивальной полости глаза роста не дали. На поверхности роговицы, на границе трансплантата и собственной ткани роговицы наблюдалась линейная, длительно незаживающая эрозия (5Ч2мм). В связи с этим пациентка получила курс

© Г. И. Дрожжина, В. Л. Осташевский,
Л. Ф. Тройченко, А. В. Артемов, 2011

консервативного противовоспалительного и улучшающего регенерацию роговой оболочки лечения, включая аутосыворотку крови. Аутосыворотка была применена в комплексном лечении в виде инстилляций в конъюнктивальную полость по 2 капли 6 раз в день для стимуляции регенераторных процессов роговой оболочки. В результате проведенного лечения эпителизация роговицы наступила на 17 сутки. Сохранялась умеренно выраженная гиперемия конъюнктивы глазного яблока. Отмечалась выраженная поверхностная васкуляризация трансплантата и собственной роговицы. Острота зрения и ВГД оставались без изменений (рис.3).

В течение года биологическое покрытие постепенно лизировалось. На его месте сформировалось васкуляризованное интенсивное помутнение роговицы. На поверхности радужки отмечено образование фибриновых пленок, сращенных с задней поверхностью роговицы. При ультразвуковом сканировании глаза сонографически на участке стекловидного тела определялись единичные низкой эхогенной плотности мелкодисперсные структуры. ВГД пораженного глаза оставалось в пределах нормы (рис. 4).

27.01.2011г. больной была произведена сквозная кератопластика диаметром 7.5мм с оптической целью и удалением ретрокорнеальной пленки. Операция и послеоперационный период прошли без осложнений. Особенности проведения операции следующие — на поверхности роговицы пациента была выполнена трепаном насечка стромы 7.5мм в диаметре. После удаления поверхностного слоя стромы роговицы за плотной соединительной тканью была выявлена рыхлая соединительная ткань. Под ней обнаружена гомогенная плотная пленка, сросшаяся с радужной оболочкой вплоть до угла передней камеры. В просвете зрачка наблюдалась фибринозная пленка. Все пленки были отсепарованы и удалены.

При выписке из стационара острота зрения = 0,2, с корр. sph-1,0D cyl -2,0D ax 90 =0,4, с диафрагмой 0,6. Внутриглазное давление — в норме (рис.5).

При гистологическом исследовании удаленного материала роговой оболочки (диска роговицы) определялся неизменный передний эпителий, строма с обильной васкуляризацией глубиной до 2/3 толщины роговицы. Между стромой биологического покрытия и собственной роговицы — массивное разрастание эпителиальных клеток (рис.6).

Через 1 месяц после операции воспалительная реакция конъюнктивы и роговицы глаза отсутство-

вала, сквозной трансплантат — прозрачный, швы состоятельны. Передняя камера — средней глубины, зрачок почти круглой формы, подвижный. Хрусталик и глубже лежащие оптические среды — без видимой патологии. Острота зрения = 0,3 с корр. sph-1,0D cyl -2,0D ax90 =0,6.

Через 4 месяца после сквозной кератопластики трансплантат сохранял свою прозрачность. Острота зрения без коррекции = 0,6, с коррекцией sph +3,0D = 0,85. Внутриглазное давление пальпаторно в норме (рис.7).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Описанный клинический случай представляет интерес в связи с большим количеством пациентов, пользующихся МКЛ длительного ношения, у которых существует риск развития тяжелых инфекционных осложнений.

Ношение МКЛ требует строгого соблюдения правил, предписывающих их применение. В случае появления воспалительной реакции со стороны глаза пациенту следует немедленно обратиться к офтальмологу для исключения инфекционного поражения роговой оболочки.

Лечение больных с наступившим осложнением должно проводиться в специализированных глазных стационарах, где возможно наряду с этиотропным и патогенетическим лечением своевременное проведение хирургического лечения — кератопластики с лечебной и оптической целью.

ЛИТЕРАТУРА

1. **Киваев А. А., Шапиро Е. И.** Контактная коррекция зрения. // Учебное пособие. — Москва 2000.
2. **Иванова О. Н., Осташевский В. Л., Дрожжина Г. И.** Тяжелые инфекционные поражения роговицы как результат ношения мягких контактных линз // Мат. научно-практич. конф. офтальмологов с междунар. Участием «Филатовские чтения». — Одесса, 2009. — С.20–21.
3. **Efron N., Morgan P. B., Katsara S. S.** Validation of grading scales for contact lens complications. // Ophthalmic physiological optics. — 2010. — issue 1. — P. 17–29.
4. **Liesegang T. J.** Contact lens-related microbial keratitis: Part I Epidemiology // Cornea. — 1997. — V.16. — P.125.
5. **Mark B. Abelson, John Pietrantonio.** Handling Contact Lens Complications // Review of Ophthalmology. — 2004. — Vol.9. — P.15.
6. **Stamler J. F.** The complications of contact lens wear // Curr Opin Ophthalmol. — 1998. — 9:4. — P. 66–71.
7. **Suchecky J. K., Donshik P., Ehlers W. H.** Contact lens complications // Ophthalmol Clin North Am. — 2003. — 16:3. — P.471–84.