

THE IMPROVED METHOD OF PRIMARY POSTERIOR CURVILINEAR CAPSULORHEXIS

Smitriev S. K., Minakova S. Y.

Odessa, Ukraine

The improved technique of PPCC was received by was of method's worked out and adapt for its performing. 21 patients (23 eyes) with posterior capsule intraoperative fibrosis were treated in accordance with improved technique. As results, all holes of posterior capsulorhexis were made round, have given diameter and were correctly placed in center concerning anterior capsulorhexis. Every surgery was performed without intraoperative and postoperative complications.



Случай из практики

УДК 617.713-002.3:617.7-76

СЛУЧАЙ ГНОЙНОЙ ЯЗВЫ РОГОВИЦЫ ПОСЛЕ НОШЕНИЯ ЦВЕТНЫХ КОНТАКТНЫХ ЛИНЗ С КОСМЕТИЧЕСКОЙ ЦЕЛЬЮ

Н. Ф. Боброва, д-р мед. наук, проф., **Н. Б. Кузьмина**, врач, клин. ординатор

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

Описано випадок розвитку гнійної виразки рогівки після носіння кольорових контактних лінз з косметичною метою.

Поряд з докладною характеристикою клінічної картини наведеного випадку автори аналізують можливі ускладнення контактної корекції зору, а також дають рекомендації відносно правил використання, зберігання та догляду за контактними лінзами.

Ключевые слова: гнойная язва роговицы, контактные линзы, осложнения.

Ключові слова: гнійна виразка рогівки, контактні лінзи, ускладнення.

Введение. Среди существенных способов коррекции зрения — широко распространенной является контактная коррекция. Контактные линзы обладают рядом неоспоримых преимуществ перед очками. Правильно подобранные контактные линзы создают большее по величине и лучшее по качеству изображение на сетчатке глаза, тем самым повышают остроту зрения, расширяют поле зрения, восстанавливают бинокулярное зрение. Кроме этого, пользование контактными линзами уменьшает явления зрительного утомления и повышает зрительную работоспособность. Все это, несомненно, положительно влияет на общее состояние организма. К сожалению, при массе достоинств контактные линзы имеют не меньшее число недостатков. Даже самые совершенные контактные линзы остаются инородным телом для глаза и могут вызывать широкий спектр осложнений, в том числе тяжелых.

Грозным осложнением является язва роговицы, которая сопровождается острой болью, светобоязнью и нередко требует стационарного лечения. Следует указать на то, что это опасное осложнение

встречается примерно в 10 раз чаще при применении не предназначенных для непрерывного ношения МКЛ.

В качестве примера тяжелого осложнения контактной коррекции приводим следующий случай.

Больная М. 1991 г. р. (история болезни № 482493), поступила в детское отделение ГУ ИГБ и ТТ им. В. П. Филатова АМН Украины 10.09.07 г. с диагнозом:

Правый глаз — гнойная язва роговицы, осложнившаяся гипопионом.

Анамнез: после двухнедельного ношения цветных контактных линз с косметической целью возникли жалобы на снижение зрения, светобоязнь, слезотечение справа, с 28.08.07 г. по 08.09.07 г. находилась на стационарном лечении по месту жительства.

Состояние глаз при поступлении:

Правый глаз — веки отечны. Выраженный блефароспазм. Слезотечение. Глаз раздражен, смешанная инъекция. На роговице в наружной половине — гнойная язва с неровной поверхностью, подрытыми краями, вокруг роговища отечна, глубина поражения до 3/4 толщины роговицы. Передняя камера средней глубины, на дне — гипопион около 2 мм. Рефлекс с глазного дна вне зоны поражения рогови-

© Н. Ф. Боброва, Н. Б. Кузьмина, 2009.

цы — розовый, детали рассмотреть не удается из-за состояния роговицы. Острота зрения — движение руки у лица.

Левый глаз — здоров.

С 10.09.07 г. по 27.09.07 г. находилась на стационарном лечении в детском отделении института.

Проведено лечение, заключающееся в инстилляциях дезинфицирующих капель, антибиотиков, парабульбарных инъекций антибиотиков, противовоспалительных и трофических средств.

В результате проведенного лечения удалось купировать возникшую язву роговицы, на месте которой развилось помутнение.

Состояние глаз при выписке: правый глаз — почти спокоен. В наружной половине в зоне гнойного инфильтрата — формирующееся бельмо роговицы, диаметром около 3,5 мм, частично перекрывает оптическую зону, от лимба вируализируется вращение сосудов в области помутнения, на остальном протяжении роговица прозрачна. Передняя камера средней глубины, влага прозрачная. Зрачок круглый, свободно подвижный. Рефлекс с глазного дна розовый. На глазном дне — ДЗН бледный, контуры четкие. Очаговой патологии нет. ВГД пальпаторно в норме. Острота зрения при выписке — 0,5 н/к.

В дальнейшем проведено четыре курса противовоспалительной, трофической и рассасывающей терапии, в результате чего зрение было восстановлено до 0,6, помутнение роговицы частично просветлело, уменьшилось в размере. Последний раз находилась на лечении в детском отделении института в июне 2009 года. При выписке острота зрения — 0,6, помутнение несколько просветлело, но полностью восстановить остроту зрения не удалось (фото 1 — см. обложку).

При ношении контактных линз могут возникать осложнения, связанные с механическим повреждением роговицы, токсико-аллергическими, гипоксическими реакциями и инфекционными заболеваниями.

Основными причинами осложнений обычно являются нарушение пациентом режима ношения линз, несоблюдение правил хранения и обработки линз, правил гигиены, повреждение линз, образование на них отложений, токсическое действие дезинфицирующих и очищающих растворов. Реже осложнения наблюдаются из-за ошибок врачей, в частности, из-за неправильного подбора линз, невыявленных исходных патологических изменений роговицы (особенно ее эпителия).

Поверхностный кератит обычно возникает в процессе ношения линз при плохом качестве их поверхности (царапины, плохо отполированные переходы, надрывы края линзы и пр.). Он может быть вызван неправильным подбором и чрезмерным давлением линзы на участки роговицы.

При механических повреждениях глаза вследствие ношения контактных линз при биомикроскопии роговицы с флюоресцеином в начальных стадиях отмечается «пятнистость» роговицы в верхней или нижней частях, протекающая бессимптомно. Нередко при биомикроскопии в «темном поле» (отраженный свет) выявляются микроцисты.

Аллергические реакции со стороны глаз обычно связаны с непереносимостью химических средств очистки и стерилизации МКЛ, реже — полимерных материалов, из которых изготовлены линзы. Аллергизирующими факторами могут являться также органические, белковые и слизистые отложения на мягких линзах. Аллергическая реакция является ответом на воздействие какого-либо антигена, например, в белковых отложениях на поверхности МКЛ. Так называемый контактный аллергический конъюнктивит, который развивается в ответ на местное воздействие какого-либо агента, — характеризуется гиперемией бульбарной слизистой (иногда наблюдается хемоз конъюнктивы), зудом, слизистым отделяемым. Появление аллергических реакций в первые дни применения линз в виде раздражения, покраснения глаз может быть связано с остатками консерванта в линзах из растворов для очистки и хранения.

При наличии инородного тела, попавшего в подлинзовое пространство, на роговице наблюдаются типичные поверхностные повреждения эпителия в виде линий.

Некоторые больные, вопреки инструкции, начинают носить линзы с первого дня по 10-12 часов и даже непрерывно в течение нескольких дней, что приводит, как правило, к эрозиям роговицы, которые чаще наблюдаются на «трех и девяти часах», вследствие плохого обмена слезы именно в этих корнеальных участках.

Основными симптомами эрозий, в том числе поверхностного точечного кератита, являются слезотечение, фотофобия, «затуманивание» зрения. Обычно после прекращения ношения линзы корнеальная эрозия через 1-2 дня эпителизируется. Однако следует учесть, что даже поверхностные повреждения роговицы могут приводить к тяжелым осложнениям. Несвоевременное и неадекватное лечение повреждений роговицы может способствовать возникновению в ней инфильтратов, стойких корнеальных помутнений, образованию язв роговицы и перфорации, приводящих к стойким корнеальным помутнениям.

Инфекционные поражения глаз возникают при нарушениях правил личной гигиены, ухода и стерилизации контактных линз, нарушения графика их ношения, что может приводить к внедрению в МКЛ микроорганизмов, грибков, вирусов. Указанные осложнения клинически чаще всего проявляются в развитии бактериального, реже — вирусного, грибкового конъюнктивита или кератита.

Следует отметить также, что развитие тяжелых осложнений нередко связано с поздним обращением больных к врачу, об этом надо проинструктировать пациентов, носящих контактные линзы. Необходимо обратить внимание пациентов на применение специальной косметики: макияж сле-

дує наносити після одевання лінз; не класти густих шарів фарби на повіки, міняти туші для ресниць кожні три місяці, так як в косметичці, незважаючи на наявність дезінфікуючих засобів, можуть знаходитися мікроорганізми. Особливий інструктаж потрібно проводити пацієнтам, які хочуть носити кольорові контактні лінзи з косметичною метою (для зміни кольору очей, надання виразності, більш насиченого відтінку і др.).

Рекомендується ретельно контролювати правильність вибору форми лінз. Дослідження показали, що приблизно 30-50% пацієнтів не дотримуються правил догляду за лінзами (через незнання, невнимання, забудькованості і пр.), близько 70% пацієнтів допускають помилки при догляді за лінзами. Особливо докладно слід пояснювати пацієнтам важливість дотримання правильного режиму носіння лінз, гігієнічних умов при їх використанні, своєчасної чистки лінз.

ЛИТЕРАТУРА

1. Современная оптометрия. — Научно-практический журнал для офтальмологов и оптометристов. — 2009. — № 5 (25). — С. 18-21.
2. Зеленская М. В. Применение мягких контактных линз с лечебной целью. — Автореф. дисс. канд. мед. наук. — М., 1987. — 23 с.
3. Власов В. А. Учебное пособие по материаловедению корригирующих средств. — М.: Медицина, 1978.
4. Лапина Л. А. Физиологические аспекты адаптации глаз к контактными линзам. — Автореф. дисс. канд. биол. наук. — М., 1999. — 21 с.
5. Крыжановская Т. В., Голубенко Ю. Е., Степанюк Г. И. Методические рекомендации по профилактике инвалидности с использованием контактной коррекции зрения. — Днепропетровск, 1986. — 27 с.
6. Кивасев А. А. Применение контактных линз в комплексном лечении детей с аномалией рефракции, сочетающейся со слабовидением. — Методическое пособие для врачей. — М., 1996. — 7 с.
7. Кивасев А. А. Профилактика и лечение осложнений при коррекции зрения контактными линзами. — Методическое пособие для врачей. — М., 1996. — 15 с.
8. Усов В. Я., Мальцев Э. В. Очки, контактные линзы, хирургическая коррекция зрения или осознанный выбор. — Киев: Книга плюс, 2006.
9. Урмахер Л. С., Айзенштат Л. И. Оптические средства коррекции зрения. — М.: Медицина, 1990.

Поступила 19.07.2009.

Рецензент канд. мед. наук А. Н. Дембовецкая

Звіт

ПРО ПРОВЕДЕННЯ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ ОФТАЛЬМОЛОГІВ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ «ФІЛАТОВСЬКІ ЧИТАННЯ» (М. ОДЕСА, 28 — 29 ТРАВНЯ 2009 Р.)



28-29 травня 2009 р. у м. Одесі в ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В. П. Філатова АМН України» проведена науково-практична конференція офтальмологів з міжнародною участю «Філатовські читання».

Учасниками конференції було 562 офтальмологів, з них 506 з усіх областей України, з офтальмологічних центрів Росії — 22 (з м. Москва, Санкт-Петербург, Іркутськ, Єкатеринбург, Калуга, Чебоксари, Волгоград, Новосибірськ), Білорусі — 6, Молдови — 18, Казахстану — 1, Єгипту — 2, Німеччина — 2, Швеції — 1, Швейцарії — 4.

В матеріалах конференції опубліковано 212 наукових робіт, з яких 158 від офтальмологів України, в т. ч. 69 представлено науковцями інституту ім. В. П. Філатова.

Авторами 54 робіт були гості з ближнього та далекого зарубіжжя — офтальмологи Росії, Білорусі, Молдови, Узбекистану, Казахстану, Єгипту, Польщі, Німеччини.

Основними темами конференції були:

- діагностика та лікування патології рогівки. Кератопластика;
- рефракційна хірургія;
- катаракта;