

УДК 617.713-089.843-032:611-013.83

*Парманкулова Ю.Д.*

*Кафедра офтальмологии*

*Андижанский государственный медицинский институт*

## **ВАЖНОСТЬ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ КОНТАКТНЫХ ЛИНЗ ПРИ ЯЗВАХ РОГОВИЦЫ**

**Резюме:** Лечение пациентов с воспалительной патологией глаз является одной из актуальных проблем офтальмологии. Литературные данные показывают, что среди этой группы заболеваний патология роговицы - около 48...55% всех заболеваний органов зрения. В 70% случаев поражения роговицы возникают при ране и часто носят торпидный характер. Заболевания роговицы также занимают большую долю (до 10...30%) в этиологии слепоты: ежегодно до 1,5 миллионов человек в мире получают монокулярную слепоту из-за ран и травм роговицы.

В данной статье представлен большой арсенал новейших препаратов при лечении ранаевых процессов роговицы, применение физиотерапевтических, микрохирургических методов, широкое применение различных кератопointов, в частности, важность биопоза высушенной донорской роговицы на силикагеле, неправильное систематическое применение специальной антибактериальной и противовирусной терапии приводит к развитию дисбактериоза, аллергических реакций, хронических форм воспаления и другая информация.

**Ключевые слова:** роговица, лечение, воспаление, заболевание, физиотерапия.

*Parmankulova Yu.D.*

*Department of Ophthalmology*

*Andijan State Medical Institute*

## THE IMPORTANCE OF THERAPEUTIC CONTACT LENSES FOR CORNEAL ULCERS

**Resume:** Treatment of patients with inflammatory eye pathology is one of the urgent problems of ophthalmology. Literature data show that among this group of diseases, corneal pathology accounts for about 48...55% of all diseases of the visual organs. In 70% of cases, corneal lesions occur with a wound and are often torpid in nature. Corneal diseases also occupy a large share (up to 10...30%) in the etiology of blindness: annually up to 1.5 million people in the world receive monocular blindness due to corneal wounds and injuries.

This article presents a large arsenal of new drugs in the treatment of corneal wound processes, the use of physiotherapy, microsurgical methods, the widespread use of various keratopoints, in particular, the importance of biopoiesis of dried donor cornea on silica gel, improper systematic use of special antibacterial and antiviral therapy leads to the development of dysbiosis, allergic reactions, chronic forms of inflammation and other information.

**Keywords:** cornea, treatment, inflammation, disease, physiotherapy.

**Введение.** Воспалительные заболевания глаз являются одной из наиболее актуальных проблем современной офтальмологии[5]. Согласно эпидемиологическим данным, в мире с ними связано около 40,2% амбулаторных обращений и до 50% госпитализаций в год. В 80% случаев они служат причиной временной нетрудоспособности, а в 10% случаев приводят к стойкой потере зрительных функций[3].

Среди общего числа воспалительных поражений глаз конъюнктивиты составляют 66,7%, кератиты – 4,2%[1]. Бактериальная инфекция остается одной из главных причин их развития. В этиологии инфекционных кератитов необходимо выделить ряд экзогенных факторов, среди которых первое место занимает ношение контактных линз[4].

По данным литературы, вероятность инфекционного поражения роговицы у лиц, применяющих контактные линзы, составляет 0,21% в год.

При этом у тех, кто оставляет линзы на ночь, этот показатель в 10–15 раз выше[2].

Среди других предрасполагающих факторов риска бактериальных кератитов можно отметить повреждение роговицы, включая эпителиопатию вследствие нарушения режима ношения линз, синдром «сухого глаза», часто проявляющийся при контактной коррекции зрения, снижение корнеальной чувствительности, нерациональное применение местных лекарственных средств[6]. Комплекс этих этиологических причин в большинстве случаев способствует развитию инфекционной патологии роговицы.

**Цель исследования.** Изучение язвенных поражений роговицы с определением методов лечения для повышения эффективности реабилитации пациентов.

**Материал и методы исследования.** Методы диагностики язв роговицы включают в себя: осмотр, биомикроскопию, пробу с окрашиванием флюоресцином, измерение ВГД пальпаторно, ОКТ переднего отрезка, фоторегистрацию в динамике, для изучения вовлечения в процесс глубоких структур - УЗИ, ЭФИ.

При исследовании роговицы учитывают характер и размер эпителиального дефекта, стромальное поражение, изъязвление, инфильтрация и отек, глубина, размер, интенсивность, характер инфильтрованного края, отек окружающих тканей, степень истончения, васкуляризация, отек эндотелия, преципитаты.

**Результаты исследования.** Все пациенты регулярно пользовались мягкими контактными линзами от 3 месяцев до 10 лет, применяя химический способ их дезинфекции. 15 человек предпочитали традиционные линзы, а 4 человека – линзы плановой замены. При опросе пациентов установлено, что большинство из них периодически нарушали

рекомендованный режим или установленные правила пользования линзами.

Всем пациентам в ходе лечения корнеальной эрозии, а также в комплексной терапии кератитов на завершающей стадии заболевания для стимуляции репаративных процессов в роговице назначался корнерегель – глазной гель, активным компонентом которого является декспантенол в сочетании с полиакриловой кислотой, эдетатом натрия и цетримидом в качестве консерванта. Корнерегель применяли от 3 до 5 раз в сутки в зависимости от выраженности клинических проявлений. В 4 случаях корнерегель использовали в комбинации с другими кератопластическими средствами (баларпан, витасик).

Использование препарата сопровождалось положительными результатами. В течение первых 2–3 суток наблюдалась эпителизация точечных корнеальных дефектов. Сроки регенерации более выраженных по площади и глубине повреждений увеличивались до 7 суток. При этом восстановление прозрачности роговицы отмечалось у всех пациентов с эрозией роговицы. У 1 пациента с диагнозом «кератит» наблюдалось легкое помутнение роговицы в виде облачка, а у 1 пациента с наличием язвенного дефекта – помутнение в виде пятна. Грубые помутнения не выявлялись. В ходе терапии корнерегелем побочных эффектов не было.

Положительный эффект отмечался при назначении корнерегеля на ночь для профилактики эпителиопатии у пациентов с контактной коррекцией зрения, особенно у тех, кто применяет линзы в продленном режиме ношения. Однако, учитывая возможность быстрого накопления отложений на поверхности линз за счет высокой вязкости препарата, при наличии изменений в эпителиальном слое роговицы и угрозе ее травматизации корнерегель следует назначать короткими курсами по 3–5 дней в перерывах между ношением линз.

В терапии инфекционных осложнений у пациентов с контактной коррекцией зрения применялись глазные капли флоксал, 1 мл которых содержит 3,0 мг офлоксацина, 0,025 мг бензалкония хлорида и натрия хлорид. Основным компонентом препарата – офлоксацин относится к монофторированным фторхинолонам, обладает широким спектром антибактериальной активности. Его бактерицидное действие связано с ингибированием фермента ДНК–гиразы в бактериальных клетках, что препятствует репликации и транскрипции ДНК.

Пациентам с явлениями острого конъюнктивита флоксал назначали от 4 до 6 раз в сутки в течение 14 дней. У всех пациентов в ходе лечения наблюдалась положительная динамика с последующим выздоровлением.

У больных с хроническим вялотекущим конъюнктивитом применение флоксала в том же режиме привело к значительному снижению выраженности клинических проявлений. Однако повторное бактериологическое исследование содержимого конъюнктивальной полости через 2 недели после монотерапии флоксалом выявило наличие возбудителя, что потребовало проведения повторного курса лечения флоксалом в сочетании с глазными каплями тобрекс 4–6 раз в день. При этом был достигнут стойкий положительный результат.

В случаях тяжелого воспалительного процесса у пациентов с бактериальным кератитом и язвенным поражением роговицы применялась комплексная терапия. Местная инстилляцией флоксала 6 раз в день сочеталась с форсированным применением тобрекса, парабульбарными инъекциями гентамицина, системным применением препаратов фторхинолонового ряда, а также десенсибилизирующей и витаминотерапией.

**Вывод.** Таким образом, учитывая широкий арсенал реабилитационных мероприятий при лечении язвенных поражений роговицы и в связи с тем, что этот процесс в 5% случаев завершается

перфорацией, а иногда и удалением глаза, необходима разработка дифференцированной тактики лечения и, особенно хирургических методов с учетом данных клинико-диагностических исследований. В связи с этим, в настоящее время, проводится работа по целевой программе ВОЗ «Зрение 2020 «Ликвидация устранимой слепоты, вследствие роговичной и воспалительной патологии»», где будут отображены все аспекты данной проблемы.

#### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Белоусов В.В. Анализ российского рынка контактных линз в 2015 г. по результатам анкетирования, проведенного журналом «Вестник оптометрии». Вестник оптометрии. 2015;7:10-24.
2. Efron N, Morgan PB, Hill EA, Raynor MK, Tullo AB. Incidence and morbidity of hospital-presenting corneal infiltrative events associated with contact lens wear. Clin Exp Optom. 2005;88(4):232-239.
3. Green M, Apel A, Stapleton F. Risk factors and causative organisms in microbial keratitis. Cornea. 2008;27(1):22-27.
4. Konda N, Motukupally SR, Garg P, Sharma S, Ali MH, Willcox MD. Microbial analyses of contact lens-associated microbial keratitis. Optom Vis Sci. 2014;91(1):47-53.
5. Radford CF, Minassian DC, Dart JK. Disposable contact lens use as a risk factor for microbial keratitis. Br J Ophthalmol. 1998;82(11):1272-1275.
6. Watt KG, Boneham GC, Swarbrick HA. Microbial keratitis in orthokeratology: the Australian experience. Clin Exp Optom. 2007;90(3):182-187; quiz 188-189.