

КОМБИНИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ РОГОВИЦЫ

¹Солодовникова Н.Г., ²Пужель П.В., ²Карпович Н.В.

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»

²УЗ «Гродненская университетская клиника»

г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Роговица – прозрачная часть наружной оболочки глаза, обладающая оптическими свойствами, позволяющая человеку хорошо видеть. По данным литературы, язвы роговицы в 23-25% случаев осложнены токсико-аллергическими реакциями, гипопионом, десцеметоцеле, угрозой перфорации роговицы, а в 17% заканчиваются энуклеацией [1]. В многочисленных исследованиях доказан положительный эффект использования богатой тромбоцитами плазмы (PRP), но не существует единого алгоритма ее использования при язвенных поражениях роговицы. В связи с этим изучение ее применения является актуальным.

Цель исследования. Разработать комбинированный алгоритм диагностики и лечения при язвенных поражениях роговицы.

Материал и методы. В отделении микрохирургии глаза Гродненской университетской клиники выполнено комплексное обследование и лечение язвенных поражений роговицы 21 пациенту (21 глаз). Средний возраст пациентов – 62,5 лет. Мужчин – 12, женщин – 9. Диагностическое обследование включало стандартное офтальмологическое обследование. Структура роговицы при язвенном поражении оценивались методом биомикроскопии (БМ) и использовании оптической когерентной томографии (ОКТ) переднего отрезка глаза на приборе «SOCT Copernicus» компании «Carl Zeiss». В комплекс лечебных мероприятий включались консервативная терапия с использованием обогащенной тромбоцитарной плазмы и хирургические методы лечения в зависимости от глубины поражения роговицы. Для изготовления плазмы богатой тромбоцитами, осуществляли забор кубитальной крови пациента объемом 9,0 мл системой «Вакутайнер» с антикоагулянтом 3,8% раствором цитрата натрия, выполняли двухэтапное центрифугирование крови в течение 4 минут при 3500 об/мин. Полученную плазму вводили под конъюнктиву пораженного глаза пациента в количестве 0,5 мл 1 раз в три дня и назначали ежедневные инстилляци в виде капель 6 раз в сутки.

Результаты. Показанием для госпитализации в стационар явилось длительное неэффективное лечение на амбулаторном этапе или обращение пациента с глубоким язвенным поражением роговицы и угрозой перфорации по экстренным показаниям. Пациенты при поступлении предъявляли жалобы на светобоязнь, боль, снижение зрения, покраснение глаза в 96% случаев.

Острота зрения при поступлении была снижена: до светоощущения – 4 глаза, 0,01-0,04 – 8 глаз, 0,05-0,20 – 9 глаз. При БМ роговицы определялся эпителиальный и стромальный отек с нарушением целостности в виде язвенного дефекта и снижения прозрачности роговицы. Центральное положение язвы диагностировали на 15 глазах (71,4%), периферические язвы – 6 глаз (28,5%). Размеры язвенного дефекта при центральной локализации составили 4-7 мм, при периферической локализации в 3-4 мм от лимба длина дефекта в виде полумесяца или кратера варьировала от 3 до 6 мм. Центральные язвы чаще ассоциировались с бактериальным и травматическим поражением – 76,8% и 21,4% случаев соответственно. Периферические язвы в 19% случаев ассоциированы с ревматоидным артритом и синдромом Шегрена, нейротрофическим кератитом при лагофтальме в 12% случаев. По данным ОКТ дефекты до поверхностных слоев стромы роговицы выявлены в 42,8% случаев (9 глаз), щелевидные дефекты до средних слоев стромы роговицы обнаружены на 7 глазах (33,3%), глубина язвенного дефекта до десцеметовой оболочки – 5 глаз (23,8%). В зоне эпителия роговицы диагностировали микрокистозный отек с множественными или единичными мелкими кистами – 17 глаз. В строме роговицы определяли диффузное утолщение за счет отека, толщина роговицы в зоне отека составила в среднем 627 мкм при центральных язвах. При периферическом расположении язвы, отек и инфильтрация менее выражены, высота отека составила – 486 мкм. Единичные макрокисты с угрозой перфорации и истончением роговицы до 100 мкм выявлены на 11 глазах. Складки десцеметовой оболочки определены на 7 глазах. Мелкая передняя камера – 16 глаз. Показаниями к хирургическому лечению являлись глубокий дефект роговицы, десцеметоцеле и перфорация роговицы, диагностированные по данным ОКТ роговицы. Из хирургических методов лечения использовались аутоконъюнктивальная пластика на 11 глазах (52,3%), кератопластика амниотической оболочкой с латеральной блефарорафией – 10 глаз (47,6%). Пяти пациентам хирургическое лечение выполнено по экстренным показаниям при перфорации роговицы. Латеральная блефарорафия способствовала меньшей подвижности амниона или конъюнктивального лоскута. Срок блефарорафии составлял около 3-4 недель. Пациентам в комплекс лечебных мероприятий к проводимой антибактериальной, противовоспалительной и репаративной терапии включались субконъюнктивальные введения и инстилляции капель PRP в дооперационном и послеоперационном периодах. После трех инъекций у пациентов наблюдалась положительная динамика с исчезновением выраженной воспалительной реакции и постепенным улучшением эпителизации. Полная герметизация перфорационного отверстия роговицы с формированием бельма или помутнения роговицы достигнута через три недели лечения и наблюдения на амбулаторном этапе у 20 пациентов. У одного пациента

с перфорацией роговицы, развившимся эндофтальмитом на фоне инфекционного поражения и наличия в анамнезе сахарного диабета, была выполнена энуклеация глазного яблока в связи с отрицательной динамикой.

Заключение. Предложенный алгоритм, предусматривающий комбинированный метод лечения пациентов с использованием аутоконъюнктивальной пластики или кератопластики амниотической мембраной в сочетании с использованием PRP с введением под конъюнктиву глаза и инстилляций в виде капель, способствует ускорению сроков эпителизации и герметизации перфорационных отверстий в роговице. Использование в алгоритме с диагностической целью высокоточного метода оптической когерентной томографии роговицы позволяет определять сроки проведения кератопластики по изображению тканей, получаемому при исследовании, которое является близким к клеточному строению и проводить мониторинг заживления дефектов роговицы в послеоперационном периоде.

Литература:

1. Яни, Е. В. Комплексный подход к терапии бактериальных язв роговицы // Е. В. Яни, В. А. Голикова // Офтальмология. – 2020. – № 4. – С. 796-803.

АСЕПТИЧЕСКИЙ НЕКРОЗ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ: СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Бритько А.А., Кошман Г.А., Богданович И.П., Чешик С.Л.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. На долю асептического некроза головки бедренной кости (АНГБК) приходится от 1,2 до 4,7% всей ортопедической патологии тазобедренных суставов. В странах Европы и США ежегодно выявляется от 5 000 до 20 000 новых случаев заболевания. Социальная значимость данной проблемы обусловлена выходом на инвалидность молодых пациентов при отсутствии ранней диагностики и эффективного лечения. Медицинская – сложностью раннего выявления патологии на первых стадиях заболевания, увеличением расходов на лечение пациентов, необходимостью эндопротезирования тазобедренного сустава.

Исследования этиопатогенеза асептического некроза головки бедренной кости указывают на многофакторность данного заболевания. Среди причин, которые могут привести к АНГБК, многие авторы указывают длительное применение кортикостероидов, злоупотребление алкоголем, системную красную волчанку, серповидноклеточную анемию, ионизирующее излучение, цитотоксические агенты, перенесенную SARS-CoV-2