

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ РОГОВОЙ ОБОЛОЧКИ ГЛАЗА С ПРИМЕНЕНИЕМ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ КОНТАКТНЫХ ЛИНЗ

Худайбердыева Э.Р., Нугуманова А.М.

*Казанский государственный медицинский университет,
кафедра офтальмологии, г. Казань.*

Ключевые слова: мягкие контактные линзы, заболевания роговой оболочки глаза.

Резюме: в статье анализируется эффективность применения мягких контактных линз, содержащих лекарственный препарат, для лечения воспалительных заболеваний роговой оболочки глаза.

Resume: the article analyzes the effectiveness of the treatment of inflammatory diseases of the cornea by the soft contact lenses containing drug.

Актуальность. Среди всей патологии органа зрения заболевания роговой оболочки глаза (РОГ) занимают одно из ведущих мест [2,11]. Кроме того, патология роговицы нередко сопровождается снижением зрения в исходе заболевания, иногда – вплоть до полной слепоты [2,3]. Традиционно применяемые в офтальмологии методы введения препаратов в глаз (капли, мази), имеют свои недостатки, одним из которых является быстрое выведение из конъюнктивальной полости со слезой. С целью продления контакта лекарственного вещества с передней поверхностью глазного яблока некоторыми авторами предлагалось использование мягких контактных линз (МКЛ), пропитанных препаратом [7]. Нами изучалась возможность длительного пребывания лекарственного вещества в мазевой форме на пораженной роговице с помощью МКЛ.

Цель: изучение эффективности лечения воспалительных заболеваний роговой оболочки глаза с применением мягких контактных линз.

Задачи: 1. Разработать методику применения МКЛ для увеличения времени воздействия лекарственного препарата в мазевой форме на поверхности пораженной роговицы; 2. Оценить клиническую эффективность методики терапевтического воздействия лечебной МКЛ при воспалительных заболеваниях роговицы.

Материал и методы. Для увеличения времени воздействия лекарственного вещества (ЛВ) на роговицу мы использовали гидрогелевые МКЛ 38% влагосодержания, под которые помещалось лекарство в мазевой форме и одевалось на глаз. Линза удерживалась на глазу силами адгезии и находилась там по 6-8 часов. Подбор, адаптация и стерилизация МКЛ производились в соответствии с общепринятыми в контактной коррекции правилами [6].

В данное исследование были включены пациенты с воспалительными заболеваниями роговицы вирусной и бактериальной этиологии, сопровождающиеся изъязвлением. Клиническую группу составили 139 больных. Из них лечение с применением МКЛ получили 66 человек (основная группа), традиционное лечение – 73 человека (контрольная). Возраст исследуемых больных составил 16 – 75 лет, мужчин

было 85 чел., женщин – 54. Возрастно–половой состав больных, форма и тяжесть заболеваний в обеих группах были примерно одинаковые.

При поступлении больных в стационар проводили стандартное офтальмологическое обследование, которое включало: взятие посева и мазка с конъюнктивы и с поверхности инфильтрата для выяснения возбудителя и чувствительности к антибиотикам, визометрию с коррекцией и без, офтальмометрию, биомикроскопию, флюоресцеиновый тест, определение чувствительности роговицы, прямую и обратную офтальмоскопию.

Лечение основной и контрольной групп больных осуществляли по следующей схеме. Местно назначали этиотропную терапию, включающую антибактериальные (противовирусные) глазные капли и мази (в тяжелых случаях препарат вводился подконъюнктивально), а также мидриатики и дезинфицирующие средства. По показаниям (в случае тяжелого затяжного процесса) проводилось общее лечение, включающее антибактериальные или противовирусные (прием таб. «Зовиракса» per os при герпетических кератоувеитах), противовоспалительные, десенсибилизирующие и иммуностимулирующие препараты.

Результаты и их обсуждение. Для объективной оценки эффективности применения МКЛ в лечении больных с поражением роговицы, мы наблюдали за ходом воспалительного процесса, скоростью эпителизации и рассасывания инфильтрата, а также времени купирования роговичного (болевого) синдрома. Сравнительная характеристика результатов, полученных при лечении двух групп больных, представлена в таблице 1.

Так, при поступлении больных в стационар, роговичный синдром разной степени выраженности наблюдался у всех 139 человек. В группе больных с герпетическим поверхностным кератитом, леченных только традиционными способами, роговичный синдром исчез на $12,3 \pm 1,5$ день, а у пациентов из основной группы – в два раза быстрее (на $6,3 \pm 1,2$ день ($P < 0,05$)). Такая же тенденция замечена нами и в группе больных с бактериальным кератитом: длительность роговичного синдрома составила $7,2 \pm 1,2$ дня при традиционном $3,7 \pm 1,0$ дня – при лечении с контактными линзами ($P < 0,05$).

В случаях глубоких (стромальных) кератитов, а также при вовлечении в воспалительный процесс сосудистого тракта глаза, роговичный синдром тоже купировался достоверно быстрее там, где лечение производилось с использованием МКЛ. К примеру, длительность роговичного синдрома при традиционном лечении больных с герпетическим кератоувеитом с изъязвлением составила $15,3 \pm 1,3$ дня, с МКЛ – $11,3 \pm 0,6$ дня ($P < 0,05$), при бактериальном кератоувеите с изъязвлением она составила $16,4 \pm 1,5$ и $13,8 \pm 1,2$ ($P < 0,05$), а при герпетическом стромальном кератите – $18,4 \pm 2,0$ и $13,6 \pm 1,5$ ($P < 0,05$) дня, соответственно. В целом, нужно отметить, что аппликация терапевтических МКЛ на пораженный глаз уже с первых часов облегчала страдания больных, полностью устраняя болевой синдром.

Анализ полученных данных показал, что при поступлении больных в стационар, роговичный синдром разной степени выраженности наблюдался у всех 139 человек. Как видно из таблицы 1, в группе больных с ГПК, получивших лечение традиционным способом, роговичный синдром купировался на $12,3 \pm 1,5$ день, а у

пациентов из основной группы – в два раза быстрее (на $6,3 \pm 1,2$ день ($p < 0,05$)). Такая же тенденция замечена нами и в группе больных с БК: длительность роговичного синдрома составила $7,2 \pm 1,2$ дня при традиционными $3,7 \pm 1,0$ дня – при лечении с контактными линзами ($p < 0,05$).

В случаях глубоких (стромальных) кератитов, а также при вовлечении в воспалительный процесс сосудистого тракта глаза, роговичный синдром тоже исчезал достоверно быстрее там, где лечение производилось с использованием МКЛ.

Таблица 1 - Результаты лечения больных с заболеваниями роговой оболочки глаза традиционным способом и при применении мягких контактных линз

№ п/п	Название заболевания	Исчезновение роговичного синдрома (день)	Окончание эпителизации (день)	Резорбция инфильтрата (день)
1	Герпетический поверхностный кератит	традиц. - $12,3 \pm 1,5^*$ с МКЛ - $6,3 \pm 1,2^*$	$16,3 \pm 1,7^*$ $11,0 \pm 1,0^*$	$18,6 \pm 1,8^*$ $12,4 \pm 1,1^*$
2	Герпетический стромальный кератит с изъязвлением	традиц. - $18,4 \pm 2,0^*$ с МКЛ - $13,6 \pm 1,5^*$	$26,0 \pm 2,2^*$ $21,7 \pm 1,9^*$	$29,2 \pm 2,3^*$ $24,8 \pm 2,0^*$
3	Герпетический кератопувеит с изъязвлением	традиц. - $15,3 \pm 1,3^*$ с МКЛ - $11,3 \pm 0,6^*$	$25,4 \pm 2,1^*$ $20,9 \pm 1,9^*$	$27,3 \pm 2,1^*$ $22,3 \pm 1,9^*$
4	Бактериальный кератит	традиц. - $7,2 \pm 1,2^*$ с МКЛ - $3,7 \pm 1,0^*$	$10,8 \pm 1,4^*$ $7,3 \pm 1,0^*$	$11,7 \pm 1,4^*$ $8,8 \pm 1,0^*$
5	Бактериальный кератопувеит с изъязвлением	традиц. - $16,4 \pm 1,5^*$ с МКЛ - $13,8 \pm 1,2^*$	$19,3 \pm 1,3^*$ $16,5 \pm 1,0^*$	$19,4 \pm 1,3^*$ $16,9 \pm 1,0^*$

Примечание: указаны средние значения \pm стандартное отклонение ($m \pm \sigma$). * $p < 0,05$.

Так, длительность роговичного синдрома при традиционном лечении больных с ГКУ с изъязвлением составила $15,3 \pm 1,3$ дня, с МКЛ – $11,3 \pm 0,6$ дня ($p < 0,05$), при БКУ с изъязвлением она составила $16,4 \pm 1,5$ и $13,8 \pm 1,2$ ($p < 0,05$), а при ГСК – $18,4 \pm 2,0$ и $13,6 \pm 1,5$ ($p < 0,05$) дня, соответственно. Кроме того, было замечено, что аппликация МКЛ на пораженный глаз уже с первых часов ношения позволяла устранить болевой синдром, который, как правило, сопровождает изъязвление роговицы любой этиологии и отягощает общее состояние больного. Таким образом, применение терапевтических МКЛ позволило не только увеличить продолжительность воздействия глазной мази на роговую оболочку, но защищало ее от раздражающего воздействия факторов внешней среды (свет, мигательные движения век и т.д.).

При анализе скорости эпителизации дефекта роговой оболочки так же было установлено, что в тех случаях, где терапия проводилась с применением МКЛ, эпи-

телизация наступала быстрее у больных основной группы, чем контрольной. Кроме того, было замечено, что при вирусных поражениях роговицы эффект получался более выраженный. Например, полная эпителизация роговой оболочки при ГПК в основной группе завершалась на $11,0 \pm 1,0$ день ($p < 0,05$), тогда как в контрольной – на $16,3 \pm 1,7$ ($p < 0,05$) день. В целом, процесс эпителизации при лечении МКЛ завершился на 5,3 дня раньше при ГПК, на 4,5 дня – при ГКУ с изъязвлением, на 4,3 дня раньше – при ГСК с изъязвлением и на 3,5 и 2,8 дня, соответственно, у больных БК и БКУ, чем при лечении обычным способом.

Изучение динамики резорбции инфильтрата в пораженной роговице так же показали преимущество использования МКЛ перед общепринятыми методами лечения в офтальмологии, особенно при лечении герпетической инфекции. Так, резорбция инфильтрата при ГПК наступила на $12,4 \pm 1,1$ ($p < 0,05$) день в основной группе и только на $18,6 \pm 1,8$ день ($p < 0,05$) – в контрольной, при ГСК с изъязвлением – на $24,8 \pm 2,0$ ($p < 0,05$) день при использовании МКЛ и на $29,2 \pm 2,3$ день ($p < 0,05$) – при лечении без линз, при ГКУ – на $22,2 \pm 1,9$ ($p < 0,05$) и $27,3 \pm 2,1$ ($p < 0,05$), соответственно. В группе больных с бактериальными поражениями роговицы разница в сроках также оказалась достаточно выраженной и составила 2,9 дня – при БК, 2,5 дня – при БКУ с изъязвлением.

В целом, полученные данные, свидетельствуют о высокой эффективности предложенной методики лечения воспалительных заболеваний РОГ терапевтическими МКЛ по сравнению с традиционными способами, что позволяет рекомендовать ее к внедрению в клиническую практику.

Выводы:

1. Применение терапевтических МКЛ при заболеваниях роговицы эффективно устраняет болевой роговичный синдром уже с первых часов ношения, не вызывая осложнений;

2. Использование терапевтических МКЛ у больных с воспалением роговицы сокращает, по сравнению с традиционными методами лечения, время купирования роговичного синдрома на 4,2 дня, ускоряет эпителизацию роговицы – на 4,8 дня и резорбцию инфильтрата, в среднем, на 4,4 дня. Итоговая острота зрения так же оказалась выше в первой группе, чем во второй;

3. Терапевтические МКЛ могут быть рекомендованы для комплексного лечения вирусных и бактериальных поражений роговицы, сопровождающихся ее изъязвлением.

Литература

1. Бойко Э. В., Даниличев В. Ф., Павлюченко В. Н. и др. Гидрогелевые лечебные мягкие контактные линзы, насыщенные фторхинолонами // Современ. оптометрия. - №4. – 2011. – С.6-17.

2. Майчук Ю.Ф. Кононенко Синегнойная язва роговицы. Эффективность отечественных глазных капель ломефлоксацина — Лофокс. Рефракционная хирургия и офтальмология, 2008.-N 3.-С.30-33.

3. Майчук Ю.Ф, Поздняков В.И. Применение антиоксиданта Мексидол в комплексной терапии язвенных и дистрофических поражений роговицы. Рефракционная хирургия и офтальмология, 2010. – №4.-С.43-46. Библ. 14 назв.

4. Морозов В.И., Яковлев А.А. Фармакотерапия глазных болезней. – М.: Медицина, 2004. – 544с.

5. Рыбакова Е.Г., Самсонова А.М., Бадун Г.А., Тясто З.А. Изучение процессов диффузии веществ в различных типах мягких контактных линз // Клиническая офтальмология. – 2007. – №1. – С.32-34.

6. Сенокосов А.В. Контактная коррекция зрения для начинающих и не только... / А.В.Сенокосов. - СПб, ООО «Издательский дом Андреевский», 2007.– 240с.

7. Офтальмоконтактология / Даниличев В.Ф., Иванчев С.С., Новиков С.А., Павлюченко В.Н., Рейтузов В.А., Хайкин С.Я. , Под ред. А.Б.Белевитина . М.СПб.: ВмедА, 2010.520 с.

8. Кривошеина О.И., Левченко Н.А, Запускалов И.В.Современные тенденции фармакотерапии язвенных поражений роговицы. Вестник офтальмологии, 2012. – № 1. – С.51-54.

9. Lalitha P., Shapiro B.L., Srinivasan M. et al. Antimicrobial Susceptibility of *Fusarium*, *Aspergillus*, and Other Filamentous Fungi Isolated From Keratitis // *Arch. Ophthalmol.* – 2007. – Vol. 125. – P.789-793.

10. Jeng B.H., Gritz D.C., Kumar A.B. et al. Epidemiology of ulcerative keratitis in Northern California // *Arch. Ophthalmol.* – 2010. – Vol.128, №8. – P.1022-1028.