

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ АСЕПТИЧЕСКИХ ЯЗВ РОГОВИЦЫ

И. В. Бржеская^{1, 2}, Е. Е. Сомов^{1, 3}

¹ ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава РФ, г. Санкт-Петербург, Россия

² СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница», г. Санкт-Петербург, Россия

³ СПб филиал ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» имени акад. С. Н. Федорова» Минздрава РФ, г. Санкт-Петербург, Россия

MODERN APPROACHES TO THE TREATMENT OF CORNEAL ASEPTIC ULCERS

I. V. Brzheskaya^{1, 2}, E. E. Somov^{1, 3}

¹ Saint Petersburg State Pediatric Medical University, Saint Petersburg, Russia

² City Mariinsky Hospital, Saint Petersburg, Russia

³ Saint Petersburg branch of the Academician S. Fyodorov Eye Microsurgery Federal State Institution, Saint Petersburg, Russia

Резюме

Актуальность. Асептические язвы роговицы относятся к числу тяжелых, длительно протекающих и с трудом поддающихся лечению заболеваний.

Цель: изучить этиопатогенез асептической язвы роговицы, а также определить тактику их лечения.

Материалы и методы. Обследованы 84 пациента (98 глаз) с асептической язвой роговицы. Всем больным кроме традиционных методов обследования выполняли оптическую когерентную томографию, определяли площадь и глубину язвы, а также лизисную активность конъюнктивальной жидкости. Пациентам с поверхностными язвенными дефектами проводилось консервативное лечение в сочетании с obturацией слезных канальцев. Пациентам с глубокими язвами выполнялось закрытие дефекта биологическими тканями (амниотической оболочкой, ауто- или аллогенной склерой, лоскутом аутоконъюнктивы «на ножке»). Операцию завершали блефарорафией либо покрытием лоскута мягкой контактной линзой.

Результаты. У всех пациентов с поверхностными язвами роговицы удалось избежать дальнейшего прогрессирования язвенного процесса и добиться полной эпителизации роговичного дефекта. Всем пациентам с глубокими язвами роговицы проведено оперативное лечение с закрытием язвенного дефекта биологической тканью. Первично выполненные операции оказались успешными на 60 глазах из 77 (77,9%). В остальных 17 случаях (22,1%) потребовались повторные вмешательства.

Заключение. В лечении поверхностных асептических язв роговицы полезно сочетать консервативную терапию с obturацией слезных канальцев. Все больные с прогрессирующей глубокой асептической язвой роговицы нуждаются в хирургическом лечении. Переднестромальные язвы целесообразно закрывать свободным амниотическим лоскутом, а заднестромальные — аутоконъюнктивальным лоскутом «на ножке» или свободным лоскутом ауто- или аллосклеры. Высокая коллагенолитическая активность слезы является основной причиной лизиса биологической ткани и критерием для назначения местной противферментной терапии (библ.: 6 ист.).

Ключевые слова: амниопластика, асептическая язва роговицы, хирургическое лечение.

Статья поступила в редакцию 04.07.2018 г.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Язвы роговицы относятся к числу тяжелых заболеваний, которые с трудом поддаются лечению. Так, в связи с безуспешностью лечения в 17% случаев выполняется энуклеация [1].

В литературе скромно освещены вопросы, касающиеся асептических язв роговицы. Существенную

Summary

Introduction. Aseptic ulcers of the cornea are among severe, torpid diseases.

The aim is to study the etiology and pathogenesis of the corneal aseptic ulcer and determine the tactics of their treatment.

Materials and methods. 84 patients (98 eyes) with an aseptic ulcer of the cornea were examined. All patients, in addition to traditional methods of examination, performed optical coherence tomography, determined the area and depth of the ulcer, as well as the lysis activity of the conjunctival fluid. Patients with superficial corneal ulcer defects were treated conservatively in combination with obturation of lacrimal ducts. Patients with deep corneal ulcers performed the closure of the defect with biological tissues (an amniotic membrane, an auto- or allogenic sclera, an autoconjunctival flap "on the pedicle"). The operation was terminated with blepharorrhaphy or flap coating with a soft contact lens.

Results. In all patients with superficial corneal ulcers, it was possible to avoid further progression of the ulcer process and achieve complete epithelialization of the corneal defect. All patients with deep ulcers of the cornea underwent surgical treatment with the closure of a ulcerative defect with a biological tissue. Primarily performed operations were successful at 60 eyes out of 77 (77.9%). In the remaining 17 cases (22.1%), repeated interventions were required.

Conclusion. In the treatment of superficial aseptic corneal ulcers, it is useful to combine conservative therapy with the obstruction of lacrimal ducts. All patients with a progressive aseptic ulcer of the cornea need surgical treatment in the form of its coverage with a biological tissue of allo- or autogenous nature. Anterior stromal ulcers should preferably be closed with a free amniotic flap, and the posterior stromal ulcers should be closed with an autoconjunctival flap "on a pedicle" or with a free flap of the sclera. High lytic activity of the tear is the main cause of lysis of biological tissue and a criterion for prescribing local anti-enzyme therapy (bibliography: 6 refs).

Key words: amnioplasty, aseptic corneal ulcer, surgical treatment.

Article received 04.07.2018.

роль в этом процессе играют нарушения иннервации и трофики после перенесенных герпетических кератитов, ожогов, хирургических травм роговицы, нейротрофического кератита на фоне лагофтальма, а также системных заболеваний [2, 3].

Современное медикаментозное лечение таких длительно существующих язвенных дефектов роговицы не всегда эффективно, поэтому в большинстве

случаев прибегают к хирургическому лечению. Эта задача отчасти решается путем лечебной пересадки роговицы. Сложности получения донорской роговицы явились причиной выбора альтернативных биологических материалов для покрытия язвы роговицы. Для этих целей используют аллосклеру, амнион, аутоконъюнктиву [4–6]. В то же время, несмотря на современные достижения офтальмохирургии, лечение язвы роговицы остается сложной проблемой.

ЦЕЛЬ

Изучить этиопатогенез асептической язвы роговицы, а также определить тактику лечения таких больных.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Клиническую группу составили 84 пациента, которые были обследованы в офтальмологическом отделении Санкт-Петербургской городской Мариинской больницы в период с 2010 по 2018 г. в связи с выявленной на 98 глазах асептической язвой роговицы. Из них женщин было 55 (65,5%), мужчин — 29 (34,5%), возраст от 23 до 90 лет.

Все больные были обследованы по общепринятой стандартной методике. Для получения метрических характеристик язвы производили ее фотоснимки через окуляр щелевой лампы с метрической насадкой в стандартных условиях. Для определения глубины язвенного дефекта выполняли оптическую когерентную томографию. Оценку лизисной активности язвенного процесса производили с помощью метода, основанного на оценке скорости высыхания смеси, состоящей из жидкости, взятой из конъюнктивальной полости больного глаза и геля коллагена.

Все глубокие язвы роговицы нуждались в хирургическом лечении в виде покрытия их той или иной биологической тканью. В качестве упомянутых материалов использовали амниотическую оболочку собственной заготовки, консервированную в глицерине, аллогенную склеру (производство ООО «Аллоплант», Уфа, Россия), а также аутокани — склеру в виде свободных лоскутов и лоскуты аутоконъюнктивы «на ножке». Все тканевые покрытия язв сочетали либо с блефарорафией, либо с закрытием их для лучшей фиксации мягкой контактной линзой.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Все язвы роговицы были разделены на поверхностные (16 человек, 21 глаз) и глубокие (68 человек, 77 глаз). В первом случае было назначено

консервативное лечение в сочетании с обтурацией слезных канальцев, которое оказалось эффективным, позволило остановить прогрессирование язвенного процесса и добиться эпителизации роговицы. Что же касается глубоких язв, то они были изучены более подробно.

По этиологии язвенного процесса больные с развившейся глубокой язвой роговицы были распределены по 3 группам.

Первая группа (25 человек, 34 глаза) включала пациентов, у которых язва развилась на фоне патологии системного характера. В ней преобладали больные с синдромом Сьегрена (20 человек, 27 глаз) в возрасте от 59 до 90 лет. Также асептическая язва роговицы развивалась у больных на фоне синдрома Стивенса–Джонсона, розацеа, дефицита витамина А.

Вторую группу составили пациенты (29 человек, 29 глаз), у которых язвенный процесс был связан с предшествующей патологией роговицы различного генеза. В ней преобладали больные, которые ранее лечились по поводу монолатерального герпетического кератита (22 человека от 22 до 88 лет), а также после выполненной экстракции катаракты (4 глаза) и щелочного ожога роговицы 3-й степени (3 глаза).

Третью группу составили пациенты, у которых язва роговицы развилась на фоне паралитического лагофталма, возникшего у 6 человек (6 глаз) в результате механического повреждения волокон лицевого и тройничного нервов после удаления шванномы мосто-мозжечкового угла, у 6 человек (6 глаз) — после перенесенного острого нарушения кровообращения в стволе головного мозга и у 2 человек (2 глаза) — на фоне рубцовой деформации век.

Все язвы роговицы отличались по глубине стромального дефекта и локализации процесса. Так, язвы глубиной до десцеметовой оболочки выявлены у больных, страдающих заболеваниями роговицы (11 глаз) и патологией век (11). Образование десцеметоцеле оказалось свойственным больным преимущественно с системными заболеваниями (13) и заболеваниями роговицы (12). Перфорации роговицы преобладали у больных с системными заболеваниями (21 глаз).

Нами прооперированы 77 глаз 68 больных с асептическими язвами роговицы различного генеза и различной глубины. Выбор биологического материала для закрытия язвенного дефекта роговицы зависел от глубины язвы. При перфорациях роговицы и наличии десцеметоцеле использовали свободные алло-, аутогенные склеральные лоскуты (10 глаз) и аутоконъюнктивальные лоскуты «на ножке» (35). При глубоких язвах без вовлечения в процесс десцеметовой оболочки использовали амниотическую оболочку в два слоя (32). В случаях, когда имелся паралитический лагофтальм, базовую

операцию дополняли производством внутренней и наружной кантопластики или блефаропластики по Кунту–Шимановскому. Они позволяли уменьшить ширину глазной щели и частично защитить роговицу от высыхания.

С целью удержания пересаженного лоскута биологической ткани на роговице в правильном положении на 42 глазах производили временную блефарорафию, а в остальных 35 случаях роговицу покрывали мягкой контактной линзой.

При высоких показателях лизисной активности конъюнктивальной жидкости (более 700 КЕ/мл) дополнительно в инстилляциях назначали противоферментный препарат «Гордокс» в равном разведении (1 : 1) с «Гемодезом».

Первично выполненные операции оказались успешными на 60 глазах из 77 (77,9%). В остальных 17 случаях потребовались повторные вмешательства в различные сроки (от 1 до 12 мес). Анализ остроты зрения в отдаленном послеоперационном периоде показал, что она осталась низкой (до 0,04) на 45 глазах (58,4%) с центральной и парацентральной локализацией язвы роговицы, от 0,05 до 0,1 — в 26 случаях (33,4%) и от 0,2 до 0,3 — в 6 случаях (7,8%) у больных с периферическим расположением язвы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

1. *Abdullin R. R.* Our experience of surgical treatment of aseptic corneal ulcers. *Tochka zreniya. Vostok-Zapad.* 2014; 1: 173–4. Russian (*Абдуллин Р. Р.* Наш опыт хирургического лечения асептических язв роговицы. *Точка зрения. Восток-Запад.* 2014; 1: 173–4).
2. *Kasparov A. A., Sobkova O. I., Kasparova Evg. A., Kasparova El. A.* A new approach to the treatment of neuroparalytic keratitis in combination with a lagophthalmus. *Vestnik oftal'mologii.* 2015; 131 (6): 26–33. Russian (*Каспаров А. А., Собкова О. И., Каспарова Евг. А., Каспарова Ел. А.* Новый подход к лечению нейропаралитического кератита в сочетании с лагофтальмом. *Вестник офтальмологии.* 2015; 131 (6): 26–33).
3. *Brzheskaya I. V., Somov E. E.* Clinical-etiological characteristics, classification and treatment of aseptic corneal ulcers. *Oftal'mologicheskie ведомosti.* 2018; 11 (1): 25–33. Russian

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Бржеская Ирина Вячеславовна — врач-офтальмолог Офтальмологического центра, СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница», 194104, Россия, г. Санкт-Петербург, Литейный пр., д. 56, аспирант кафедры офтальмологии, ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава РФ, 194100, Россия, г. Санкт-Петербург, Литовская ул., д. 2г, e-mail: ir-brg@yandex.ru

Сомов Евгений Евгеньевич — докт. мед. наук, профессор кафедры офтальмологии, ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава РФ, 194100, Россия, г. Санкт-Петербург, Литовская ул., д. 2г, заведующий детским отделением, СПб филиал ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» имени акад. С. Н. Федорова»» Минздрава России, 192283, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Ярослава Гашека, д. 21, e-mail: e.e.somov@gmail.com

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Базовой основой для развития асептических язв роговицы служат заболевания системного характера (синдромы Сьегрена, Стивенса–Джонсона, розацеа) или местного характера (последствия герпетического кератита, паралитический лагофтальм), приводящие к глубоким трофическим нарушениям.

2. При поверхностных язвах роговицы полезно сочетать консервативную терапию с обтурацией слезных канальцев. Переднестромальные язвы роговицы предпочтительнее закрывать свободными амниотическими лоскутами, а заднестромальные — аутоконъюнктивальным лоскутом «на ножке» или свободным лоскутом ауто- или аллосклеры. При наличии паралитического лагофтальма целесообразно одновременно выполнять вмешательство на веках — внутреннюю и наружную кантопластику или по Кунту–Шимановскому.

3. Величина лизисной активности конъюнктивальной жидкости больного глаза служит показателем активности деструктивного процесса в роговице и критерием для назначения местной противоферментной терапии.

(*Бржеская И. В., Сомов Е. Е.* Клинико-этиологическая характеристика, классификация и лечение асептических язв роговицы. *Офтальмологические ведомости.* 2018; 11 (1): 25–33).

4. *Polyanskaya N. K.* Tactics and methods of treatment of patients with severe destructive diseases and traumas of the cornea. Ph. D. thesis. Samara; 2008. Russian (*Полянская Н. К.* Тактика и методы лечения больных тяжелыми деструктивными заболеваниями и травмами роговицы. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Самара; 2008).
5. *Yanai R., Nishida T., Chikama T.-I., Morishige N., Yamada N., Sonoda K.-H.* Potential new modes of treatment of neurotrophic keratopathy. *Cornea.* 2015; 34 (11): 121–7.
6. *Malhotra C., Jain A. K.* Human amniotic membrane transplantation: Different modalities of its use in ophthalmology. *World J. Transplant.* 2014; 4 (2): 111–21.

INFORMATION ABOUT AUTHORS

Brzheskaya Irina V. — M. D., Ophthalmologist at the Ophthalmology Center of the St. Petersburg Mariinsky City Hospital, 56, Liteyniy av., Saint Petersburg, Russia, 194104, Post-graduate student of the Ophthalmology Department of the Saint Petersburg State Pediatric Medical University, 2g, Litovskaya str., Saint Petersburg, Russia, 194100, e-mail: ir-brg@yandex.ru

Somov Evgeny E. — M. D., D. Sc. (Medicine), Professor of Ophthalmology Department of the Saint Petersburg State Pediatric Medical University, 2g, Litovskaya str., Saint Petersburg, Russia, 194100, the Head of Children's Department of the Saint Petersburg branch of the Academician S. Fyodorov Eye Microsurgery Federal State Institution, 21, Yaroslava Gashеka str., Saint Petersburg, Russia, 192283, e-mail: e.e.somov@gmail.com