

УДК 617.7 (575.2) (04)

**СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ
ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ДЕФЕКТОВ РОГОВИЦЫ**

Б.О. Сулеева – докт. мед. наук, профессор,
Казахский государственный медицинский университет, Алматы
М.К. Дикамбаева – канд. мед. наук, доцент,
А.А. Асанова – соискатель,
Т.К. Кадыралиев – докт. мед. наук, профессор

More powerful therapies for the treatment of delayed epithelial wound healing are still being proposed. Our current research work indicated that direct-acting cholinergic agents of pilocarpine may have an important therapeutic role in the treatment of severe corneal epithelial injury.

В настоящее время предложено достаточно много средств и методов лечения эпителиальных дефектов роговицы, однако процент неблагоприятных исходов и осложнений все еще остается довольно высоким [1]. Поэтому проблема поиска эффективных и безопасных средств, ускоряющих процессы регенерации роговичного эпителия и улучшающих зрительные функции, остается актуальной.

По данным конфокальной микроскопии [2], одним из диагностических признаков кератита является кератоневрит, проявляющийся утолщением нервных стволов и появлением беловатых линий вдоль нервных волокон в строме роговицы (как реакции нервных волокон на патологический агент). Поэтому препарат, оказывающий нейротрофическое действие, будет являться патогенетически направленным средством.

Как известно, пилокарпин, являясь М-холиномиметиком, путем возбуждения периферических М-холинорецепторов способствует улучшению трофики тканей глаза при ряде патологических состояний: тромбозе центральной вены сетчатки, острой непроходимости центральной артерии сетчатки, атрофии зрительного нерва, кровоизлияниях в стекловид-

ное тело [3, 4]. В исследовательской работе А.П. Нестерова и соавт. [5] показано, что однократное и кратковременное применение пилокарпина не влияет на офтальмотонус здоровых и глаукомных глаз [4–6].

Цель нашей работы – изучение клинической эффективности местного применения пилокарпина в лечении эпителиальных дефектов роговицы различной этиологии.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 29 пациентов в возрасте от 17 до 75 лет. Давность заболевания составила от 3-х дней до 2-х лет. Сроки наблюдения – август 2006 – декабрь 2008 гг. на базе консультативной поликлиники и глазного отделения Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения КР. По нозологии: травматические кератиты – 14 глаз (14 пациентов); кератиты вследствие ношения контактных линз – 6 глаз (3 пациента); трофическая язва роговицы – 3 глаза (3 пациента); бактериальная язва роговицы – 8 глаз (4 пациента) и кератиты вирусной этиологии – 5 глаз (5 пациентов). Для оценки эффективности пилокарпина, в зависимости от вида лечения, пациенты были разделены на две группы: первой назначили традиционное комплексное лече-

ние, второй – на фоне проводимого адекватного лечения назначили инстилляцию 1% раствора пилокарпина.

Традиционное комплексное лечение исследуемой и контрольной групп было одинаковым и включало применение частых инстилляций антибиотиков, мазевой формы антибиотиков (согласно полученным результатам микробиологического анализа из конъюнктивальной полости), эпителизирующих, десенсибилизирующих препаратов, витаминов и мидриатиков.

Исследуемая группа составила 18 пациентов, у которых наряду с традиционной комплексной терапией применяли пилокарпин в виде инстилляций 3–4 раза в день в течение 5–10 дней, т.е. в период дезэпителизации роговицы.

Контрольная группа пациентов составила 11 человек, получавших традиционную комплексную терапию.

Критериями оценки эффективности лечения больных служило улучшение самочувствия пациентов, уменьшение перикорнеальной инъекции, светобоязни, болевого синдрома, повышение остроты зрения. Главными критериями были сроки завершения эпителизации и заживления дефекта роговицы, рассасывания инфильтратов роговицы, продолжительность сроков лечения.

Всем больным проводили следующие клинические исследования: визометрию, биомикроскопию, офтальмоскопию. Наблюдение за динамикой эпителизации роговицы проводили под контролем щелевой лампы с помощью флюоресцеинового теста. Дополнительное исследование проводили модифицированным нами методом импрессионной цитологии – мазок – отпечаток роговицы и конъюнктивы до и после лечения.

Результаты и обсуждение. Достоверно показано ускорение сроков эпителизации роговицы в исследуемой группе пациентов, получавших пилокарпин дополнительно к стандартному, комплексному лечению, по сравнению с контрольной группой.

В клинической картине травматических кератитов с изъяснением начальные признаки эпителизации роговицы у больных исследуемой группы зафиксированы на 5–6 день лечения, в контрольной группе – на 10–12 день.

При кератитах, вследствие ношения контактных линз, клиническая картина характеризовалась умеренно выраженным корнеальным синдромом, дезэпителизацией поверхностных слоев роговицы. У пациентов исследуемой группы начальные признаки наблюдались уже на следующий день после начала инстилляций пилокарпина. Завершение эпителизации роговицы определялось при отрицательном флюоресцеиновом тесте в среднем на 3–4 день лечения. В контрольной группе признаки эпителизации роговицы отмечены на 2–3 день от начала лечения. Полная эпителизация наблюдалась в среднем через 4–5 дней.

При трофической язве роговицы с умеренно выраженным корнеальным синдромом центрального генеза в исследуемой группе больных сроки эпителизации варьировали от 7 до 14 дней. Регенерация роговицы у больных контрольной группы наблюдалась на 10–20 день.

При бактериальной язве роговицы в ходе лечения с пилокарпином отмечена быстрая положительная динамика купирования воспалительной инфильтрации стромы роговицы в среднем на 4–6 день. Пациентам контрольной группы стационарное лечение потребовалось в среднем в течение 8–13 дней.

При кератитах вирусной этиологии отмечалось длительное, рецидивирующее течение, однако при подключении пилокарпина к комплексному лечению заметно было ускорение эпителизации на месте дефекта роговицы.

Реализация предложенного способа лечения длительно незаживающей эрозии и язвы роговицы иллюстрируется следующими клиническими примерами:

Пример 1. Пациентка Г., 26 лет, поступила с диагнозом – трофическая язва роговицы левого глаза, лагофтальм, паралич лицевого нерва слева центрального генеза. Больная прооперирована по поводу кисты мостомозжечкового угла слева. В послеоперационном периоде появился лагофтальм, асимметрия лица, чувство сухости глаза. Применяла офтагель, тауфон длительное время. Состояние глаза ухудшилось после назначения окулистом по месту жительства максидекса в течение 5 дней. При поступлении роговица дезэпителирована до 9 мм в диаметре, окрашивается флюоресцеином,

поверхность имбибирована гноем, в парацентральной зоне роговицы на 5 часах язва роговицы размером 3–4 мм. На фоне проведенного адекватного лечения с микробиологическим анализом на чувствительность к антибиотикам, десенсибилизирующей терапии, мидриатиков с дополнительным назначением пилокарпина в виде инстилляций 3–4 раза в день в течение 10 дней, с повторным курсом через 10 дней, полностью завершился процесс эпителизации и восстановления прозрачности роговицы с редукцией новообразованных сосудов роговицы.

Пример 2. Пациент Б., 44 лет, с диагнозом гнойная язва роговицы, гипопион левого глаза. В анамнезе трихиаз нижнего века и самолечение мочой. На фоне проведенного адекватного противовоспалительного, противовирусного лечения, десенсибилизирующей терапии завершился острый период заболевания. Назначенные для регенерации роговицы корнерегель, рибофлавин не улучшили состояние роговицы. При назначении пилокарпина имела место заметная эпителизация глубокого дефекта роговицы.

Проанализированные результаты цитологических исследований у больных характеризовались эпителиопатией различной степени выраженности и сквамозной эпителиальной метаплазией в зависимости от давности и длительности заболевания.

Предлагаемый способ медикаментозного лечения позволяет добиться ускоренной эпителизации дефектов роговицы дополнительным назначением инстилляций 1% раствора пилокарпина. При необходимости назначался повторный курс лечения с целью укрепления процесса эпителизации роговицы.

Таким образом, анализ результатов лечения у пациентов исследуемой группы показал, что на фоне инстилляций 1% раствора пилокарпина гидрохлорида в конъюнктивальную полость, эпителизация дефекта и рассасывание инфильтратов роговицы происходит быстрее. Пилокарпин является прямым активным холинэргическим эффектом, способствующим ускорению эпителизации роговицы, играет дополнительную терапевтическую роль в лечении эпителиальных дефектов роговицы различной этиологии.

Литература

1. Федуненко В.В. Современные терапевтические подходы к лечению язв роговицы // Рефр. хирургия и офтальмология. – 2005. – Т. 5. – №4. – С. 38–42.
2. Майчук Ю.Ф. Клинические формы акантамбного кератита в свете биомикроскопии и конфокальной микроскопии // Вест. офтальмологии. – 2004. – №1. – С. 45–47.
3. Машиковский М.Д. Лекарственные средства. – Харьков, 1997. – Т. 1.
4. The effects of acetylcholine and propolis extract on corneal epithelial wound healing in rats / F. Ozturk, U. Inan et al. // Cornea. – 1999. – Vol. 18. – №4 – P. 466–471.
5. Влияние пилокарпина и циклоплегических препаратов на офтальмотонус здоровых и глаукомных глаз / А.П. Нестеров, Т.Б. Романова, С.В. Симонова, С.Г. Торопыгин // Вестн. офтальмологии. – 2002. – №1. – С. 3–6.
6. Pilocarpine permeability across ocular tissues and cell cultures: influence of formulation parameters / M/Scholz, J. Lin et al. // Journal of ocular pharmacology and therapeutics. – 2002. – Vol. 18. – №5 – P. 455–468.