

УДК 617.713-089.843:[617.7-001.37-08

ЭПИКЕРАТОПЛАСТИКА В ЛЕЧЕНИИ ХИМИЧЕСКОГО ОЖОГА ГЛАЗ

Фандеева Е. А., Дубицкая В. В.

Научный руководитель: ассистент О. В. Ларионова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Традиционно принято различать 2 основные группы ожогов. К первой относятся ожоги, вызванные физическими факторами. Среди них наиболее часто встречаются термические ожоги, возникающие под действием высоких температур. К этой же категории относятся ожоги, вызванные действием низких температур и лучистой энергии. Вторая группа — химические ожоги, обусловленные контактом с различными химическими агентами. Наряду с этим, в самостоятельные группы выделяют также лучевые и термохимические ожоги. Ожог глаз происходит при контакте человека с вышеуказанными веществами вследствие несчастного случая или преднамеренных действий. Течение ожоговой болезни имеет определенные стадии, характеризующиеся преобладанием разных патогенетических процессов. Выделяют условно два этапа (первичное повреждение тканей глаза и развитие основных звеньев ожогового процесса) и четыре стадии: 1-ю стадию первичного некроза; 2-ю стадию острого воспаления; 3-ю стадию выраженных трофических расстройств с последующей васкуляризацией; 4-ю стадию рубцевания и поздних дистрофий [1].

Цель

Изучение эпикератоластики в лечении химического ожога глаз.

Материал и методы исследования

Нами был проведён ретроспективный анализ амбулаторной карты стационарного лечения Пациента Д., с диагнозом: правый глаз (OD) химический ожог конъюнктивы и роговицы 2–3 степени, который находился на лечении в 1 глазном отделении У «ГОСКБ».

Результаты исследования и их обсуждение

Пациент Д, мужчина, 43 года, доставлен в У «ГОСКБ» бригадой скорой помощи, с жалобами на резкое снижение зрения. Из анамнеза выяснено, что в этот день на работе в глаза попала известково-цементная смесь.

Офтальмологический статус при поступлении: острота зрения OD/OS — счёт пальцев у лица/0,8. Внутриглазное давление (ВГД) OD/OS — 16/17 мм рт. ст.

OD — выраженный отёк век. В конъюнктивальной полости множество мелких инородных тел, хемоз конъюнктивы, ишемия конъюнктивы 5–6 мм от лимба. Роговица тотально мутная, с носовой стороны в параоптической зоне вертикально ориентированная линейная непроницающая рана роговицы, глубоколежащие отделы не визуализируются. OS — клинически здоров.

По экстренным показаниям в день поступления выполнено хирургическое лечение OD — эпикератоластика амниотической мембраной, с целью предотвращения перфорации роговицы.

Дополнительно назначено медикаментозное лечение: местно в каплях: ципрофлоксацин 0,3 %, дексаметазон 0,1 %, тауфон 4 %, местно тетрациклиновая мазь 1 %, парабульбарно дексаметазон 0,4 % — 0,5 мл, под конъюнктиву эмоксипин 1 % — 0,5 мл, тауфон 4 % — 0,5 мл, внутривенно 2 раза в день цефазолин 1,0 мл и по схеме внутривенно дексаметазон. Офтальмологический статус при выписке: OD — умеренная смешанная инъекция глазного яблока. Роговица покрыта амниотической оболочкой, экранирована мягкой контактной

линзой (МКА), зрачок круглый, 3 мм, реакция зрачка на свет (РЗС) сохранена, рефлекс глазного дна (РГД) розовый. Пациент выписан на амбулаторное лечение.

Через месяц пациент был госпитализирован для повторной эпикератоластики. Офтальмологический статус при поступлении: острота зрения OD/OS — 0,1/1,0.

OD — выраженная перикорнеальная инъеция, врастание новообразованных сосудов в роговицу во всех отделах, роговица мутная, эпителизация неполная, множественные зоны дефекта эпителия, в наружном отделе непроникающая линейная рана роговицы, ПК средней глубины, зрачок круглый, в центре, 3 мм, РЗС сохранена, РГД розовый. OS — клинически здоров.

Офтальмологический статус при выписке: OD умеренная реактивная инъеция глазного яблока. Роговица покрыта амниотической оболочкой, швы лежат хорошо, экранирована МКА, ПК средней глубины, зрачок круглый, 3 мм, РГД розовый. Пациент выписан на амбулаторное лечение.

Выводы

Глубина и протяженность повреждения тканей глаза являются прогностическим индикатором исхода ожога глазной поверхности. В связи с этим проблема лечения ожогов глаз до сих пор не теряет своей актуальности, и различные её аспекты требуют дальнейшей разработки и совершенствования.

Известно, что щёлочи быстро проникают в роговицу, действуя эмульгирующе, вызывая повреждение переднего эпителия. Колликвационный некроз является основным исходом для всех видов щелочных ожогов. Реабилитация пациентов с исходами ожогов глаз, сопровождающимися значительными повреждениями роговицы, является одной из наиболее сложных проблем офтальмологии.

Применение у пациента Д. хирургического лечения правого глаза — эпикератоластики амниотической мембраной позволило ускорить эпителизацию и предотвратить перфорацию роговицы.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Нероева, В. В.* Офтальмология. Клинические рекомендации / В. В. Нероева; под ред. В. В. Нероевой. — М.: ГОЭТАР-Медия, 2018. — С. 13.

УДК 616-006.81.04

УВЕАЛЬНАЯ МЕЛАНОМА: РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПО ДАННЫМ МИНСКОГО ГОРОДСКОГО КЛИНИЧЕСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА ЗА 2000–2019 гг.

Шумякова Ю. С., Ващёнок Н. И.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Г. Р. Семак

Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Меланома сосудистой оболочки глаза является одной из самых частых внутриглазных опухолей и составляет среди них, по данным разных авторов, от 50 до 80 %. Вместе с тем меланома сосудистой оболочки глаза является и одной из самых злокачественных опухолей человека.

Цель

Изучить выживаемость пациентов с меланомой сосудистой оболочки глаза и частоту рецидивов.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ выписок из медицинских карт пациентов со злокачественными новообразованиями МГКОД 138 пациентов за 2000–