

ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ И ИСХОДА ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ДИАГНОЗОМ ЯЗВА РОГОВИЦЫ

В работе проанализирован статистический материал по 134 пациентам с диагнозом язва роговицы, находившимся на стационарном лечении в глазных отделениях областной больницы г. Оренбурга за 2009-2011 гг. Выявлено повышение риска развития язвы роговицы и неблагоприятного исхода заболевания у пожилых пациентов.

Ключевые слова: воспалительные заболевания роговицы, язва роговицы, анофтальм, эпителизация.

Актуальность

Серьезной социальной проблемой практической офтальмологии остаются воспалительные заболевания глаз, являющиеся причиной временной нетрудоспособности в 80% случаев и причиной слепоты в 10-30% [3].

Развитие в последние годы новых микрохирургических технологий (рефракционная хирургия), роговичный доступ при операции экстракции катаракты с имплантацией интраокулярной линзы, микротравматизм роговицы, длительное ношение контактных линз вносят определенное количество осложнений воспалительного характера в структуру инфекционных заболеваний глаз.

Среди бактериальных заболеваний глаз особого внимания заслуживает язва роговицы, относящаяся к числу тяжелых глазных болезней, трудно поддающаяся лечению и в большом проценте случаев заканчивающаяся значительным понижением остроты зрения. Тяжелые случаи язв могут осложниться к перфорации и абсцессу роговицы, эндофтальмиту, паннофтальмиту и потере глаза как органа [2,5].

Распространенность гнойной язвы роговицы составляет 27,6% как первичная и 30,2% как вторичная инфекция роговицы.

Большинство современных исследователей отмечают рост резистентности микроорганизмов ко многим часто применяемым антибактериальным препаратам, а также сдвиг в сторону более агрессивной грамотрицательной микрофлоры. Широкое, нередко бесконтрольное применение различных антибиотиков и кортикостероидных препаратов привело к резкому повышению вирулентности патогенной микрофлоры и понижению сопротивляемости организма [3].

Все вышеперечисленное объясняет необходимость изучения особенностей структуры и факторов риска для своевременной профилактики развития язвы роговицы, важность идентификации возбудителя для раннего назначения этиотропной терапии.

Цель работы

Изучение структуры заболевания в Оренбургской области, основных факторов риска развития язвы роговицы и особенностей исхода.

Материалы и методы

В соответствии с поставленными целями, в исследование методом сплошной выборки включили 134 человека (134 глаза) мужского (76) и женского (58) пола в возрасте от 21 до 97 лет с диагнозом язва роговицы, получавших лечение в глазных отделениях ГБУЗ «ООКБ» г. Оренбурга за период 2009-2011 гг.

Для оценки функционального состояния органа зрения применяли следующие методы диагностики: внешний осмотр, определение остроты зрения традиционными методами, биомикроскопия, офтальмоскопия, периметрия (для пациентов с диагнозом глаукома в анамнезе) и микробиологические методики (посев с поверхности язвы роговицы для определения этиологии и чувствительности возбудителя к антибиотикам). Исследования проводили до лечения и в день выписки пациента. При сборе анамнеза акцентировали внимание на давности развития заболевания, наличие факторов риска (такие как ношение контактных линз, предшествующие заболевания, травматические повреждения роговицы и оперативные вмешательства).

Все полученные данные подвергались статистической обработке [4].

Результаты и обсуждения

Пациенты были разделены на две возрастные группы: до 60 лет включительно – средний возраст (54 больных) и старше 60 лет – пожилой и старческий возраст (80 больных). Средний возраст больных составил $64,1 \pm 15,5$ лет.

Распределение пациентов по полу и возрасту, а также средний возраст пациентов по возрастным группам представлены в табл. 1, из которой следует: в возрастной группе от 61 года выявлено наибольшее количество пациентов (80), преобладали больные мужского пола (47) над женским (33); практически одинаковое число (54) мужчин и женщин в возрастной группе до 60 лет (29 и 25 соответственно).

Значительное преобладание количества пациентов в возрастной группе от 61 года связано с увеличением частоты оперативных офтальмологических вмешательств в анамнезе, наличием сопутствующих заболеваний глаз (синдром сухого глаза (ССГ), дистрофии роговицы, глаукома и т. д.) и соматической патологии, снижающей регенераторные возможности организма в целом, в т. ч. роговицы (сахарный диабет, ВИЧ), что подтверждается данными в таблице 2.

Однако, вызывает сомнение то, что в таком большом проценте случаев ($30,6 \pm 4\%$) пациен-

ты не имели факторов риска, поскольку общеизвестно, что для развития язвы роговицы необходим какой-либо пусковой фактор. По всей видимости, это связано с недостаточной тщательностью сбора анамнеза.

Согласно полученным данным, длительность пребывания больных в стационаре составила в среднем $11,7 \pm 7,7$ койко-дней, что соответствует стандартам оказания медицинской помощи.

Глубину поражения роговицы воспалительным процессом можно оценить, опираясь на данные в рис. 1: поверхностные слои стромы – 11 ($8 \pm 2\%$); глубокие слои стромы – 63 ($47 \pm 4\%$), повреждение до десцеметовой мембраны – 33,5 ($25 \pm 4\%$), все слои роговицы – 26,5 ($20 \pm 3\%$) ($n=134$).

При анализе расположения язв относительно отделов роговицы выявлено значительное преобладание центральной локализации (примерно в 6 раз), что можно объяснить особеннос-



* Необходимо отметить следующую закономерность: в случае вовлечения в воспаление всех слоев роговицы неблагоприятный исход (анофтальм) наблюдается чаще ($p < 0,05$)

Рисунок 1. Глубина проникновения воспалительного процесса в роговицу

Таблица 1. Средний возраст, распределение пациентов с диагнозом язва роговицы по полу и возрасту ($n=134$)

Показатель	Возрастная группа	
	до 60 лет	от 61 года
Средний возраст	$48,4 \pm 10,6$	$74,7 \pm 6,7$
Пол	Мужчины	29 ($21,5 \pm 5\%$)
	Женщины	33 ($24,8 \pm 5\%$)
Всего	54 ($40 \pm 4\%$)	80 ($60 \pm 4\%$)

Таблица 2. Факторы риска, выявленные у пациентов.

Фактор риска	Возрастная группа		Итого
	до 60 лет	от 61 года	
Операция на переднем отрезке глаза	2 ($3,7 \pm 2\%$)	9 ($11,3 \pm 3\%$)	11 ($8,2 \pm 2\%$)
Травма глаза в анамнезе	7 ($13 \pm 4\%$)	3 ($3,7 \pm 2\%$)	10 ($7,5 \pm 2\%$)
Патология роговицы в анамнезе (ССГ, дистрофии)	11 ($20,4 \pm 5\%$)	22 ($27,5 \pm 5\%$)	33 ($24,7 \pm 4\%$)
Соматические заболевания (СД, ВИЧ)	1 ($1,9 \pm 2\%$)	2 ($2,5 \pm 2\%$)	3 ($2,2 \pm 1\%$)
Наличие 2-х и более факторов риска	13 ($24 \pm 5\%$)	23 ($28,7 \pm 5\%$)	36 ($26,8 \pm 4\%$)
Итого (наличие факторов риска)	34 ($63 \pm 6\%$)	59 ($73,7 \pm 5\%$)	93 ($69,4 \pm 4\%$)
Отсутствие факторов риска	20 ($37 \pm 6\%$)	21 ($26,3 \pm 5\%$)	41 ($30,6 \pm 4\%$)
Количество пациентов	54	80	134

тью анатомической формы роговицы и подтвердить многочисленными примерами из практики [1] (таб. 3).

Наиболее благоприятный исход (эпителизация с формированием помутнения) и оперативное лечение (блефарорафия и кератопластика) встречались в обеих возрастных группах примерно с одинаковой частотой (таб. 4).

В возрастной группе старше 61 года значительно (в 5 раз) возрастал риск неблагоприятного исхода (анофтальм), что можно связать с увеличением частоты поражения всех слоев роговицы ($p < 0,05$), количества факторов риска развития язвы роговицы, снижением регенера-

торных возможностей, а также возрастающим количеством соматических заболеваний.

В связи с удаленностью районов, труднодоступностью высоко – и узкоспециализированной медицинской помощи на местах и нередко с некомплаентностью больных, их зачастую госпитализировали с осложнениями (перфорация роговицы, гнойные иридоциклиты, паноптальмит, эндофтальмит).

Заключение:

1. Необходимо более тщательно подходить к вопросу сбора анамнеза для профилактики заболевания и предотвращения развития осложнений.

2. Вследствие увеличения количества факторов риска развития заболевания значительно увеличивается риск развития язвы роговицы с возрастом (старше 61 года – $73,7 \pm 5\%$).

3. Риск неблагоприятного исхода (анофтальм) также возрастает с увеличением возраста.

4. Потеря глаза как органа чаще наблюдается в случае вовлечения в воспаление всех слоев роговицы.

11.02.2013

Таблица 3. Локализация язвенного процесса (n=134)

Зона роговицы	Абсолютное значение	Относительное значение
Центральная зона	67	$50 \pm 4\%$
Парацентральная зона	19	$14,2 \pm 3\%$
Перилимбальная зона	27	$20,1 \pm 3\%$
С захватом нескольких зон	21	$15,7 \pm 3\%$

Таблица 4. Исходы заболевания в зависимости от возраста пациентов

Исход заболевания	Возрастная группа		Итого
	до 60 лет	от 61 года	
Анофтальм	6($11 \pm 4\%$)	30($37,5 \pm 5\%$)*	36($26,9 \pm 3\%$)
Эпителизация с формированием помутнения	24($44,5 \pm 6\%$)	20($25 \pm 4\%$)	44($32,8 \pm 4\%$)
Частичная временная блефарорафия	24($44,5 \pm 6\%$)	27($33,8 \pm 5\%$)	51($38,1 \pm 4\%$)
Послойная кератопластика	0	3($3,7 \pm 2\%$)	3($2,2 \pm 1\%$)
Количество пациентов	54	80	134

* – $p < 0,05$

Список литературы:

1. Апрелев А. Е. Социально-гигиенические проблемы воспалительных заболеваний переднего отдела глазного яблока и аспекты лечения данной патологии в Южно-Уральском экономическом регионе: Автореф. дис... канд. мед. наук. – Оренбург, 1998 – 25 с.
2. Майчук Ю.Ф. Терапевтические алгоритмы при инфекционных язвах роговицы // Вестн. офтальмол. – 2000. – №3. – С. 35-37.
3. Майчук Ю. Ф. Актуальные вопросы воспалительных заболеваний глаз. – М.: 2001. – С. 7–17.
4. Шеннон К. Работы по теории информации и кибернетике. – М.: Изд. иностр. лит., 1963. – 830 с.
5. Sharma S. Keratitis // Bioscience Reports. – 2001. – Vol. 21, N 4. – P. 419-444.

Сведения об авторах:

Апрелев Александр Евгеньевич, заведующий кафедрой офтальмологии Оренбургской государственной медицинской академии Министерства здравоохранения РФ, доктор медицинских наук, e-mail: aprelev@mail.ru

Яковлева Наталья Андреевна, ассистент и ординатор кафедры офтальмологии Оренбургской государственной медицинской академии Министерства здравоохранения РФ, e-mail: yakovleva.natacha@mail.ru

460000, г. Оренбург, ул. Советская, 6, тел. (3532) 315211