



СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОЖОГАМИ ГЛАЗ

Одилов М.Ю.

БухГосМИ, Узбекистан.

<https://www.doi.org/10.5281/zenodo.7848356>

ARTICLE INFO

Received: 12th April 2023

Accepted: 19th April 2023

Online: 20th April 2023

KEY WORDS

Ожоги глаза, острота зрения, эпителизация, эмоксипин

ABSTRACT

Ожоги - один из самых тяжелых видов поражения глаз. Они представляют серьезную медицинскую и социальную проблему. Их доля среди всех травм глаза остаётся чрезвычайно высокой (до 38,4%) . Несмотря на совершенствование методов консервативного и хирургического лечения, 40% пострадавших становятся инвалидами. По данным литературы при тяжёлых ожогах глаз 50% пострадавших становятся инвалидами и только некоторые из них могут вернуться к своей работе. Целью работы является изучение сравнительного анализ результатов лечения больных с ожогами глаз. Материал и методы: Нами было обследовано 96 больных (185 глаз) с диагнозом: ожоги глаз различного генеза (ОГ). Вывод: Таким образом, анализ динамики ОЗ указывает, что эффективность лечения больных с применением препарата бензкетозон выше, чем в группе больных леченных традиционным методом.

Актуальность

Ожоги - один из самых тяжелых видов поражения глаз. Возникают в быту и на производстве от различных причин: физических (высокая температура лучистая энергия) и химических (щелочи, кислоты, различные химически активные вещества и смеси).

Они представляют серьезную медицинскую и социальную проблему. Их доля среди всех травм глаза остаётся чрезвычайно высокой (до 38,4%) . Несмотря на совершенствование методов консервативного и хирургического лечения, 40% пострадавших становятся инвалидами. Среди них, преимущественно люди молодого, трудоспособного возраста. В связи с учащением локальных военных конфликтов, катастроф, ухудшением криминогенной обстановки растет и абсолютное количество ожоговых повреждений глаз. Ожоги глаз относятся к тяжёлым поражениям и



занимают значительное место среди травм органа зрения. В мирное время пострадавшие с ожогами глаз составляют 10 - 30% среди всех лиц, поступивших в стационары с повреждениями органа зрения. По данным литературы при тяжёлых ожогах глаз 50% пострадавших становятся инвалидами и только некоторые из них могут вернуться к своей работе.

Цель работы: изучить сравнительный анализ результатов лечения больных с ожогами глаз.

Материал и методы: Нами было обследовано 96 больных (185 глаз) с диагнозом: ожоги глаз различного генеза (ОГ), 30 больных - в глазной клинике «Доктор Миран» и 66 больных - в Бухарском филиале Республиканского специализированного научно-практического центра микрохирургии глаза. Диагноз ОГ был поставлен на основании данных анамнеза, офтальмологического обследования, а также специальных диагностических методов исследования.

Производственные ожоги встречались у 63% больных, а бытовые - у 37%. Срок от момента получения ожога до поступления в стационар составлял от 1-2 часов до 5 суток.

В зависимости от вида ожогового поражения пациенты были разделены на 3 группы: в 1 группу вошли 38 больных (74 глаз) с термическим ожогом; вторая группа - 27 больных (43 глаз) - с диагнозом кислотный ожог; третья группа - 31 больной (62 глаз) с ожогом, вызванным щелочью (рис. 2.1).

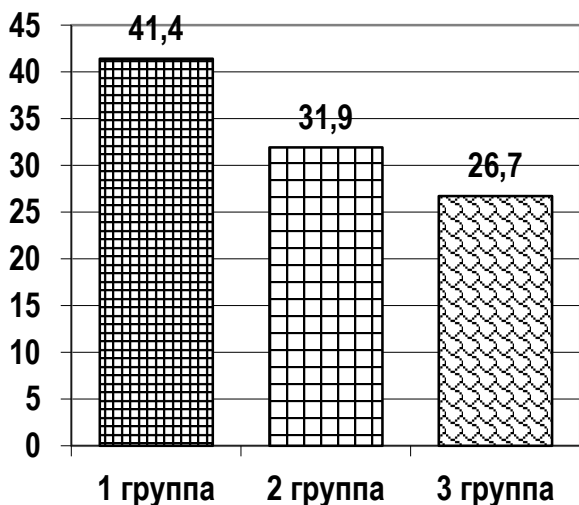


Рис. 2.1. Распределение больных по группам

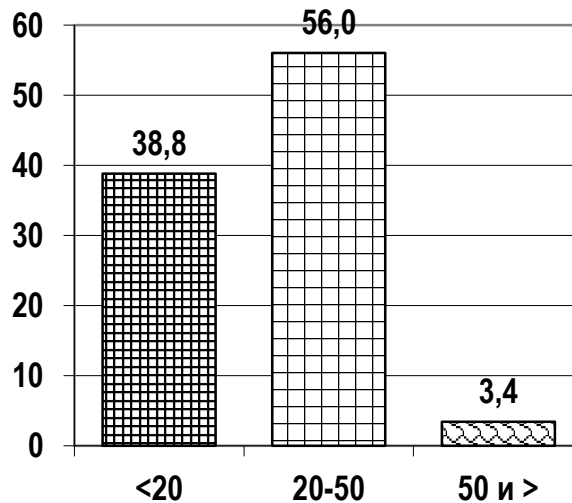


Рис. 2.2. Распределение пациентов по возрасту

Возраст пациентов варьировал от 17 до 60 лет и составил в среднем 39 лет. Распределение пациентов по возрасту, представленное на рис. 2.2, показывает, что наибольшее число пациентов - 65 (56,0%) составили лица старше 20 лет, 38,8% пациентов были младше 20 лет, а 3,4% - были старше 50 лет:

Таблица 1.

Распределение обследованных больных с ОГ по полу и возрасту.



Пол	Возраст						Всего	
	< 20		20-50		50 >			
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Женский	12	31,1	14	27,7	3	50,0	29	30,2
Мужской	27	68,9	37	72,3	3	50,0	67	69,8

Распределение обследованных больных с ОГ по полу и возрасту, представленное на таб.1., показывает, что наибольшее число составили мужчины – 67 (69,8%).

Таблица 2.

Распределение обследованных больных с ОГ в зависимости от вида и степени тяжести ожогового поражения.

Вид ожога	Степень ожога (кол-во глаз)					
	I		II		III	
	абс	%	абс	%	Абс	%
Термический	43	45,7	24	25,5	27	28,7
Кислотный	16	30,2	26	49,1	11	20,8
Щелочной	23	37,1	26	41,9	13	21,0

Все пациенты после комплексного обследования (с участием профессиональных специалистов) и определения показания к лечению были сформированы в 3 группы, в зависимости от проводимого метода лечения.

Контрольную группу составили 38 больных (69 глаз). Из них у 29 (53 глаза) наблюдалась I-II степень ожога, а у 9 (16 глаз) – III степень ожогового поражения. Этой группе проводилось традиционное лечение включающее:

- при I-II степени: промывание конъюнктивальной полости водой с двойным выворотом верхнего века; для реэпителизации роговицы – инстилляций 5 % аскорбиновой кислоты (по 2 капли 6 раз в день в течение 2 дней), sol. Тиотриозолин и закладывание в конъюнктивальную полость 1% тетрациклиновой мази и 0,5% фенсулкаловой мази (4 раза в день);
- при III степени ожогового поражения помимо вышеуказанной терапии назначалось парабальбарное введение аутокрови с антибиотиком один раз в сутки.

1 основная группа состояла из 27 больных (52 глаз), ожог I-II степени отмечался у 20 больных (40 глаза) и III степени – у 7 больных (11 глаз), которым также назначалось традиционное лечение, но вместо фенсулкала применяли 0,5% бензкетозоновую мазь (закладывание в конъюнктивальную полость 3 раза в сутки).

2 основная группа – 31 больных (59 глаз), 17 (34 глаз) из которых с ожогом I-II степени и 14 (27 глаз) – с ожогом III степени, назначалось лечение 1 основной группы с включением обкалывания области лимба 1% раствором эмоксипина на 3, 6, 9 и 12 часах.



Для определения эффективности предложенных методик лечения принимались за основу следующие клинические критерии: гиперемия конъюнктивы, роговичный синдром, перифокальный отек роговицы, сроки эпителизации роговицы, восстановление чувствительности в лимбе и увеальные явления.

Результаты:

В 1 основной группе больных регенерация характеризовалась ускорением эпителизации на поверхности дефекта конъюнктивы, роговицы и ишемизированной зоны лимба с восстановлением чувствительности в этой области. Дефекты эпителия при ожогах I и II степени восстанавливались на 4-5 сутки (табл. 3).

Таблица 3.

Терапевтическая эффективность комплексного лечения при ожоге глаз в контрольной и 1 основной группе (M±m).

Группы степ. ожога		Кол-во глаз	Клинические критерии выздоровления (сроки в днях)		
			гиперемия конъюнктивы	роговичный синдром	перифокальный отек роговицы
К	I-II	50	7,3±0,17	7,4±0,13	7,5±0,19
	III	19	9,3±0,26	9,6±0,36	9,4±0,33
1	I-II	54	6,2±0,18***	2,4±0,15***	2,7±0,14***
	III	16	7,0±0,58***	5,0±0,58***	4,7±0,88***

Группы		Кол-во глаз	Клинические критерии выздоровления (сроки в днях)			Длительность лечения (в днях)
			эпителизация роговицы	восстановление чувств	увеальные явления	
К	I-II	50	7,5±0,17	7,3±0,13	7,5±0,13	8,6±0,23
	III	19	9,2±0,58	9,1±0,23	9,5±0,36	10,3±0,36
1	I-II	54	5,8±0,19***	2,3±0,47***	6,3±0,67	6,3±0,76**
	III	16	6,2±0,58***	5,8±0,19***	7,8±0,29***	8,6±0,73*

Примечание: * - различия относительно данных контрольной группы значимы (* - P<0,05, ** - P<0,01, *** - P<0,001)

При III степени ожога заполнение дефекта роговицы эпителием и репарация зоны лимба происходило на 6-7 сутки.

С усилением явлений регенерации роговицы и лимбальной зоны, уменьшался роговичный синдром, перифокальный отек и интенсивность помутнения роговицы, болевые ощущения при I-II степени ожога купировались уже на 2-3 сутки, а при III степени – на 5-6 сутки, что связано с анальгетическим свойством бензкетозоновой мази. Явления ускорения эпителизации, раннее исчезновение гиперемии конъюнктивы и перифокального отека роговицы, способствовало сокращению сроков купирования увеальных явлений (6-7 сутки при I-II степени ожога и 8-9 сутки при III



степени ожогового процесса) и койко-дней, проведенных в стационаре (6,5-7,5 суток при I-II степени и 8,5-9,5 суток при III степени ожога).

У больных контрольной группы, где проводилось стандартное лечение, явления купирования ожогового процесса заметно отличались. Так, явления эпителизации при ожоговых поражениях I и II степени начинались на 7-8 сутки, а полное заживление дефекта происходило на 9-10 сутки. Роговичный синдром и остальные симптомы ожогового воспаления купировались лишь на 7-8 сутки, сроки пребывания в стационаре составили 8-9 суток.

При ожоге III степени в этой группе больных в 46 случаях не отмечалось активного отторжения некротизированных тканей на поверхности роговицы. Отторжение поврежденных тканей происходило беспорядочно, в связи, с чем рассасывание детрита сопровождалось лизисом неповрежденных участков роговицы, что удлиняло сроки эпителизации роговицы и зоны лимба, а также восстановление чувствительности. Завершение эпителизации происходило лишь на 10-11 сутки. При этом прослеживалась рыхлость вновь образованного эпителия, а перифокальный отек сохранялся до 9-10 суток. Срок пребывания в стационаре составил 10-11 койко-дней.

Таблица 4.

Частота послеожоговых осложнений

Группы больных		Послеожоговые осложнения							
		язва роговицы		десцеметоцеле		перфорация роговицы		явления иридоциклита	
		абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
1 основная (70 глаз)	I-II	0	0	0	0	0	0	7	13,0
	III	6	37,5	4	25	1	6,3	11	68,8
Контрольн ая (69 глаз)	I-II	14	28,0	9	18,0	6	12,0	23	46,0
	III	6	31,6	6	31,6	4	21,1	14	73,7

В 1 основной группе больных при I и II степени ожога случаев изъязвления роговицы не наблюдалось ни в одном случае, тогда в контрольной группе это явление наблюдалось в 28,0% случаев (14 глаз). Явления иридоциклита встречались в 13,0% случаев (7 глаз) 1 основной группы, а в группе контроля этот показатель был значительно выше и составил 46,0% (23 глаза).

При ожогах III степени в контрольной группе образование язвы роговицы и десцеметоцеле наблюдалось в 31,6% случаев (6 глаза), перфорация роговицы – в 21,1% (4 глаза), а явления иридоциклита – в 73,7% случаев (14 глаз), тогда как в 1 основной группе вышеуказанные осложнения встречались значительно реже.

У больных 1 основной группы уменьшение осложнений со стороны органа зрения и сокращение сроков купирования основных признаков ожогового процесса привело к полной регенерации роговицы и менее выраженным ее помутнениям.

Таблица 5.

Исходы лечения в основной и контрольной группах (n – кол-во глаз)



Группы больных		Всего глаз	Состояние роговой оболочки					
			прозрачная		„пятнышко” или „облачко”		помутнения средней степени	
			абс	%	абс	%	Абс	%
Основная	I-II	54	24	44,4	21	38,9	9	16,7
	III	16	0	0	9	56,2	7	43,8
Контроль ная	I-II	50	20	40,0	17	34,0	13	26,0
	III	19	0	0	13	68,4	6	31,6

Как видно из таблицы 5. помутнение в виде пятна или облачка наблюдалось, в основном, у больных контрольной группы в 34,0% и 26,0% случаев при I-II степени и в 68,4% случаев при III степени ожога, соответственно. На этом фоне полное восстановление прозрачности роговицы в основной группе больных наблюдалось в 24 глазах (44,4%) при I-II, тогда, как в контрольной группе при I-II степени ожогового процесса прозрачность роговицы отмечалась в 40,0% случаев, а при III степени ожога восстановления прозрачности в обеих группах не наблюдалось.

Исходная острота зрения в контрольной группе соответствовала стадии ожогового процесса и варьировала от правильного светоощущения до 0,5. Из них острота зрения от 0,3 до 0,6 отмечалась в 10 случаях, от 0,07-0,1 в 20 глазах, 0,01-0,06 – в 23 глазах.

В 1 основной группе больных острота зрения от 0,3-0,6 наблюдалась в 7 глазах, от 0,07-0,1 – в 18 и 0,01-0,06 – в 24 случаях. В результате проведенного курса лечения в обеих группах клинично-функциональные параметры заметно улучшились.

Таблица 6.

Динамика остроты зрения после проведенного курса лечения больных контрольной и 1 основной группы

Эффективность лечения		Контрольная группа			1 основная группа		
		Степень ожога			Степень ожога		
		I n=32	II n=18	III n=19	I n=26	II n=28	III n=16
Повышение на 0,01-0,09	абс	5	7	11	3	6	9
	%	15,6	38,9	57,9	11,5	21,4	56,3
Повышение на 0,1-0,2	абс	11	7	7	7	8	5
	%	34,4	38,9	36,8	26,9	28,6	31,2
Повышение на 0,3-0,4	абс	14	2	1	10	12	2
	%	43,7	11,1	5,3	38,5	42,8	12,5
Повышение >0,4	абс	2	2	0	6	2	0
	%	6,3	11,1	0	23,1	7,2	0



По нашим данным повышение остроты зрения в контрольной и 1 основной группе с I и II степенью ожога отмечалось у всех больных, но все же показатели заметно отличались. Так, повышение ОЗ на 0,1-0,4 в 1 основной группе произошло в 68,5%, а в контрольной в 68% случаев. Повышение остроты зрения > 0,4 отмечалось в 14,8% случаев, тогда как в группе контроля этот показатель составил 8%. Такой динамики остроты зрения не наблюдалось ни у одного больного с III степенью тяжести ожогового поражения. Но все же эффективность в 1 группе была значительно выше (43,8%), чем в контрольной (42,1%).

Вывод: Таким образом, анализ динамики ОЗ указывает, что эффективность лечения больных с применением препарата бензкетозон выше, чем в группе больных леченных традиционным методом.

References:

1. Алексеева Г. Ф., Лазаренко В. И. Медико-социальные аспекты криминальных контузий глаза // Повреждение глаз в экстремальных ситуациях. - М., 1995. - С. 20-21.
2. Алексеева И. Б. Особенности диагностики и лечения ожоговой контузионной травмы // Науч.-практ. конф. МНИИГБ им. Гельмгольца: Материалы. - М., 1997. - С. 36-37.
3. Архипова Л. Т., Долгова И. Г. Прогностическая значимость местных и системных показателей перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы при проникающих ранениях глаз и их динамика на фоне местного применения антиоксидантов // Вестн. офтальмол. - 2001. - №5. - С. 37-40.
4. Ахмедов А. А. Основные аспекты травмы зрения в Азербайджанской Республике // Труды МНИИГБ им. Гельмгольца. - М., 1998. - С. 171-172.
5. Багров С. Н. Источники регенерации роговой оболочки // Офтальмол. журн. - 1996. - № 4. - С. 231-233.
6. Бедило В. Я., Бедило А. В. Отдаленные результаты переднесквозного протезирования бельма после химических ожогов // Офтальмол. журн. - 1985. - № 3. - С. 138-139.
7. Горячев Ю. Е. Лечение травм и ожогов и их последствий // Труды Пермского гос. мед. ин-та. Пермь - 1985. - С. 185-187.
8. Гундорова Г. Л., Малаге А. Л. Травма глаза. - М., 1986. - 367 с.
9. Одилова Г.Р., Джамалова Ш.А., Максудова З.Р. «Совершенствование методов лечения ожогов глаз» \\ Методическая рекомендация, Ташкент, 2009 г., 19 с.
10. Odilova Guljamol Rustamovna // The effect of the enzyme «gemaza» on the effectiness of hemophthalmus treatment in diabetic retinopathy// t Central AsianJournal of Medical and Natural Sciences r Volume: 01 Issue:03