

УДК 617.713-089.2

Н. С. Марджанян

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА КЕРАТОКОНУСА С ПОМОЩЬЮ КОНТАКТНОЙ КОРРЕКЦИИ

Впервые описывается симптом "пружины" для диагностики кератоконуса в начальных стадиях. Разработана специальная методика подбора и изготовления контактных линз при помощи предложенного нами пробного набора линз.

Проведенная контактная коррекция позволяет осуществить визуальную трудовую реабилитацию больных, а также лечение и профилактику дальнейшего прогрессирования кератоконуса.

Кератоконус представляет собой тяжелое поражение роговой оболочки, проявляющееся в ее конусообразной протрузии и истончении, сопровождающееся прогрессирующим падением остроты зрения. Этиология и патогенез этого заболевания, несмотря на многочисленные исследования, неясны. Многие авторы указывают на наследственную природу заболевания /6-8/.

Большой интерес представляет нередкое сочетание кератоконуса с другими заболеваниями. Наиболее часто он сопровождается болезнью Дауна, кожные поражения (экзема, нейродермиты и пр.), аллергические заболевания, весенний катар и др. /2, 5, 10/, что, по мнению большинства авторов, подтверждает наследственный характер кератоконуса, являющегося частным проявлением какого-то системного заболевания. Некоторые исследователи указывают на значение витаминной недостаточности в этиопатогенезе этого заболевания /3, 4, 9/.

Существующая в настоящее время терапия кератоконуса малоэффективна. Применение кортикостероидов, тканевой терапии, витаминов дает временное улучшение. Оперативное лечение кератоконуса методом кератопластики не позволяет получить стойкие результаты.

Клинически это заболевание проявляется в прогрессирующем падении остроты зрения и конусообразной деформации роговицы. Понижение остроты зрения удается скорректировать с помощью сфероцилиндрических очков только в начале заболевания; в более поздних стадиях патологического процесса эта коррекция не эффективна.

Прогрессирующее течение заболевания постепенно приводит больных кератоконусом к тяжелой инвалидности по зрению. Поэтому при лечении

больных с этим тяжелым поражением роговицы возникают две основные задачи – визуальная и трудовая реабилитация и приостановление прогрессирующей деформации роговицы. Деформация роговицы определяется с помощью обычных офтальмологических методик – наружный осмотр, скиаскопия, биомикроскопия, офтальмометрия.

Для диагностики кератоконуса в начальной стадии предлагаем симптом "пружины", выявляющийся при скиаскопии, – сжатие тени по направлению к вершукке кератоконуса и растяжение ее к периферии. При офтальмометрии выявляется различие между радиусами кривизны роговицы в горизонтальном и вертикальном меридианах, которое, по нашим данным, равняется 0,6–0,8 мм. Биомикроскопия позволяет выявить конусообразную протрузию роговицы в оптическом срезе, наличие складок и трещин десцеметовой оболочки, характерных для кератоконуса.

Нами предложена классификация кератоконуса /1/, в основу которой положен наиболее важный показатель зрительной способности – острота зрения. При I стадии отмечается острота зрения в 0,8–0,5, II – 0,5–0,1, III – 0,1–0,02, IV – 0,01 и ниже.

Обследовалось 118 больных (236 глаз), из них кератоконус был обнаружен в 224 глазах, скорректированных нами с помощью контактных линз. Сроки наблюдения от 1 г. до 5,5 лет. Возраст больных колебался от 9 до 40 лет, в возрастной группе от 9 до 25 лет – 103 человека (87%). Методика контактной коррекции заключается в подборе контактной линзы на основе офтальмометрических данных, объективной оценке ее посадки на роговице с помощью биомикроскопии и флюоресцеиновой пробы, выявлении индивидуальной переносимости подобранной линзы. Подбор контактной линзы (при близорукости, афакии и кератоконусе) осуществляется при помощи пробных наборов. Существующие наборы оказались неприемлемыми для контактной коррекции кератоконуса. Нами изготовлен новый пробный набор контактных линз, который предлагается для пробной коррекции кератоконуса. Он содержит 31 линзу с различными радиусами кривизны, диоптрийностью и диаметрами.

Преимуществом этого набора по сравнению с существующими является то, что он позволяет при сравнительно небольшой затрате времени решить вопрос о параметрах контактной линзы. Созданный пробный набор дает возможность репродуцировать подобранную линзу при изготовлении тренировочной линзы и линзы для постоянного ношения. Весь период подбора и изготовления контактной линзы для кератоконуса занимает не более 3–4 недель.

У обследованных больных в 23% случаев кератоконус сочетался с весенним катаром. Следует отметить, что наличие весеннего катара не является противопоказанием к контактной коррекции; мы не наблюдали обострения этого заболевания при ношении контактной линзы.

Больные, которым проводилась контактная коррекция, делились по стадиям заболевания следующим образом: I стадия – 18, II – 96, III – 108 и IV – 2 глаза.

Показательно сравнение средней величины остроты зрения у больных кератоконусом с контактной коррекцией с аналогичными показателями без коррекции и с очковой коррекцией: средняя острота зрения

без коррекции составляет $0,12 \pm 0,36 \sigma = \pm 0,36$, с очковой коррекцией — $0,17 \pm 0,01 \sigma = \pm 0,13$, с контактной линзой — $0,86 \pm 0,02 \sigma = \pm 0,22$.

Из приведенных данных видна высокая острота зрения, достигнутая при помощи контактной коррекции, по сравнению с коррекцией сферическими очками. При этом практически почти у всех больных кератоконусом удается получить остроту зрения $0,8-1,0$.

Подобранные и изготовленные по нашей методике контактные линзы при кератоконусе обычно хорошо переносятся: 98% больных носили линзы в течение 14-16 часов, только 8% больных — не более 5-8 часов, что также в значительной степени повышало работоспособность.

Изучение зависимости максимальной остроты зрения при контактной коррекции этого заболевания от различных факторов показало, что успешная коррекция в основном зависит от давности заболевания, возраста пациента и психологических особенностей больных; чем раньше после начала заболевания пациент применяет контактные линзы, тем выше достигаемая острота зрения; больные старше 25 лет контактную коррекцию переносят хуже.

Наш опыт показал, что, кроме реабилитации больных, контактные линзы позволяют проводить и лечение кератоконуса. Терапевтический эффект при этом достигается путем сдавливания роговицы контактной линзой и предотвращения ее дальнейшего выпячивания и истончения.

Мы разработали специальную конфигурацию контактной линзы и методику подбора ее. При соблюдении необходимых предосторожностей касание контактной линзы вершины кератоконуса совершенно безопасно и позволяет предотвратить дальнейшую деформацию роговицы. Сравнение данных, полученных у 10 лиц, применявших постоянную контактную коррекцию, с 8 больными, непостоянно пользовавшимися контактными линзами, показало, что в первой группе в течение всего срока наблюдений сохранилась высокая острота зрения, приостановилась дальнейшая деформация роговицы. Во второй группе больных острота зрения постепенно снижалась и увеличивалась протрузия роговицы.

У пациентов, постоянно применявших контактную коррекцию, острый кератоконус не отмечался. Наш опыт позволяет предложить контактную коррекцию кератоконуса как средство профилактики острого кератоконуса.

По мнению многих авторов, кератоконус является системным заболеванием. Мы разработали схему общего и местного его лечения. В основу терапии положено поднятие тонуса организма, его сопротивляемости, возмещение витаминной недостаточности. По схеме больным рекомендуется проводить в виде курсового лечения три раза в год тканевую терапию, витаминотерапию (витамины B_1 , B_6 , B_{12} , E), местно-кортикостероиды, витаминные капли, хинин. Следует подчеркнуть, что этот метод лечения без применения контактной коррекции не дает возможности предупредить дальнейшее прогрессирование заболевания — у 21% больных лечение, проведенное до контактной коррекции, не позволило стабилизировать патологический процесс.

Приведенные данные позволяют рекомендовать следующие меры по профилактике и лечению кератоконуса: своевременное выявление заболе-

вания окулистами в условиях поликлиники, при этом особое внимание надо обращать на больных с неэффективной очковой коррекцией, страдающих весенним катаром. При подозрении на кератоконус больного следует немедленно направить в лабораторию контактной коррекции. При установлении кератоконуса необходимо как можно раньше начать коррекцию контактными линзами с целью предотвращения прогрессирования заболевания и достижения максимального визуального эффекта. После контактной коррекции следует постоянно наблюдать за больными с целью контроля над остротой зрения, кривизной роговицы, а также для проведения курсов общеукрепляющего лечения.

Проведенная по нашей методике контактная коррекция кератоконуса позволяет осуществить визуальную трудовую реабилитацию больных, профилактику дальнейшего прогрессирования кератоконуса.

Республиканская клиническая больница
им. В. И. Ленина

Поступила 4/У 1973

Ե. Ս. ԱՐԵՋԱՆՅԱՆ

ԿԵՐԱՏՈԿՈՆՈՒՄԻ ԲՈՒԺՈՒՄՆ ՈՒ ՊՐՈՑԷԼԱԿՏԻԿԱՆ
ՀՊՈՒՄԱՅԻՆ ՏԵՍԱՊԱԿՈՒ ՕԳՆՈՒԹՅԱՄԲ

Ա մ փ ո փ ո մ

Հոգվածում շարադրված են կերատոկոնուսով տառապող 118 հիվանդի կոնտակտային կորեկցիայով բուժման արդյունքները: Հիվանդության սկզբնավորման շրջանում մեր կողմից առաջարկվող «պարույրների» պարզունակ ախտանշանը հնարավորություն է տալիս ախտորոշել կերատոկոնուսը վաղ շրջանում, կերատոկոնուսի կոնտակտային կորեկցիայով բուժման գրեթե բոլոր դեպքերում մեզ հաջողվել է ստանալ տեսողության բարձր սրություն (0, 8—1, 0), երբ առանց կորեկցիայի ու բարդ ակնոցների կրելիս տեսողությունը խիստ ցածր է եղել: Կոնտակտային կորեկցիայի շնորհիվ հնարավոր է դառնում ոչ միայն զգալիորեն վերականգնել տեսողությունը, այլ նաև բուժել հիվանդությունը:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Марджанян Н. С. В кн.: Материалы 1У съезда офтальмологов. Киев, 1973, стр. 486.
2. Bietti G., Ferraboschi C. Bull. d'oculistica, 1959, 38, 85.
3. Carreras R. Rev. Assoc. med. Argent., 1947, 61, 737.
4. Demole V., Knapp P. Klin. Monatsblatt f. Augenheilkunde, 1941, 106, 238.

5. El-Zeneiny I. Bull. Ophthalm. Soc. Egypt, 1961, 54, 269.
6. Franceschetti A. Acta concilium opht./Brit./, 1950, 157.
7. Hanunerstein W. Klin. Monatsblatt f. Augenheilkunde, 1971, 159, 602.
8. Laqua H. Klin. Monatsblatt f. Augenheilkunde, 1971, 159, 609.
9. Mutch I., Richards M. Brit. J. Ophthalm., 1939, 23, 381.
10. Sabiston D. Transac. Ophthal. Soc. New Zeal., 1966, 18, 66.