

DOI: <https://doi.org/10.25276/2410-1257-2020-4-57-59>
УДК 617.713-089.843

Наш опыт сквозной кератопластики при помутнениях роговицы различного генеза

Ш.К. Махмадов, М.Б. Каримов, З.Б. Хайдаров, Н.А. Кадырова

Кафедра офтальмологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», ГУ «Национальный медицинский центр», Душанбе, Республика Таджикистан

Our experience of penetrating keratoplasty for corneal opacities of various origins

Sh.K. Makhmadov, M.B. Karimov, Z.B. Haidarov, N.A. Kadyrova

Department of Ophthalmology of the Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino, State Institution «National Medical Center of the Republic of Tajikistan»

РЕФЕРАТ

Цель. Провести анализ результатов сквозной кератопластики, выполненной 38 больным (38 глаз) с помутнением роговой оболочки различной этиологии в условиях глазного отделения ГУ НМЦ РТ за 2017-2019 годы.

Материал и методы. Из общего числа больных у 24 (63,2%) пациентов были отмечены буллезная кератопатия, у 8 (21,1%) – помутнение роговицы вследствие травмы, у 3 (7,9%) – постгерпетического генеза и у 3 (7,9%) больных причиной проведения пересадки роговицы явилась врожденная дистрофия роговицы.

Результаты. К моменту выписки улучшение остроты зрения (ОЗ) варьировало от 0,04 до 0,2 с максимальной коррекцией. Через 2 года наблюдения помутнение трансплантата зафиксировано у 3 больных

(7,9%), у остальных 35 пациентов (92,1%) трансплантат оставался прозрачным, болевой синдром после пересадки роговицы был купирован. У 22 (57,9%) больных, оперированных по поводу буллезной кератопатии, ОЗ была в пределах 0,2-0,6, у 1 (2,6%) пациента с дистрофией роговицы ОЗ повысилась до 0,9-1,0. У 12 (31,6%) больных ОЗ не превышала 0,4 с максимальной коррекцией.

Заключение. Сквозная кератопластика при помутнениях роговицы различного генеза является эффективным методом лечения, который сопровождается небольшим процентом осложнений и способствует повышению остроты зрения и качества жизни пациентов.

Ключевые слова: сквозная кератопластика, помутнение роговицы различной этиологии, прозрачный трансплантат, повышение остроты зрения. ■

Точка зрения. Восток – Запад. 2020;4:57-59.

ABSTRACT

Purpose. To analyze the results of penetrating keratoplasty performed in 38 patients (38 eyes) with corneal opacities of various etiologies in the Ophthalmology Department of the State Medical Center of the Republic of Tajikistan for 2017-2019.

Material and methods. Among the total number of patients 24 (63.2%) had bullous keratopathy, 8 (21.1%) – corneal opacity due to trauma, 3 (7.9%) – postherpetic corneal opacity, and 3 (7.9%) patients had congenital corneal dystrophy as the cause of corneal transplantation.

Results. At the time of discharge the visual acuity improved from 0.04 to 0.2 with maximum correction. After 2 years of observation

Point of View. East – West. 2020;4:57-59.

transplant opacity was recorded in 3 patients (7.9%), in the remaining 35 patients (92.1%), the transplant remained transparent, and the pain syndrome after corneal transplantation was stopped. In 22 (57.9%) patients operated on for bullous keratopathy the VA was 0.2-0.6, in 1 (2.6%) patient with corneal dystrophy the VA increased to 0.9-1.0. In 12 (31.6%) patients VA did not exceed 0.4 with maximum correction.

Conclusion. Penetrating keratoplasty for corneal opacities of various origins is an effective method of treatment which is accompanied by a small percentage of complications and contributes to improving the visual acuity and quality of life of patients.

Key words: penetrating keratoplasty, corneal opacity of various etiologies, transparent transplant, improvement of visual acuity. ■

Заболевания роговицы занимают одно из ведущих мест среди причин слепоты и слабовидения. По данным ВОЗ, роговичная слепота входит в число первых трех причин слепоты после катаракты. Кератопластика как метод лечения заболеваний роговицы остается в цен-

тре внимания исследователей на протяжении многих лет. Несмотря на уже достигнутые значительные успехи в области пересадки роговицы, она является одной из самых актуальных в современной офтальмологии.

К помутнению роговой оболочки и необходимости проведения пере-

садки роговицы могут приводить различные ее заболевания (кератиты, язвы, дистрофии, кератоктазии и пр.) и травмы (например, ожоги и т.д.). Существуют различные способы и виды кератопластики, которые применяются в зависимости от глубины патологического очага в ро-



Рис. Состояние трансплантата в динамике наблюдения: а) при выписке, б) через 3 месяца после операции и в) через год после операции

говой оболочке глаза. Однако «золотым стандартом» пересадки роговицы была и остается сквозная кератопластика [1-5].

ЦЕЛЬ

Изучение результатов сквозной кератопластики при помутнениях роговой оболочки различного генеза.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

С января 2017-го по январь 2019 года в условиях глазного отделения ГУ «НМЦ РТ» «Шифобахш» нами была произведена сквозная пересадка роговой оболочки 38 больным (38 глаз). Из них было 27 (71,1%) мужчин и 11 (28,9%) женщин, возраст пациентов колебался от 20 до 76 лет (средний возраст 60,5 лет). При этом у 24 (63,2%) пациентов были отмечены буллезная кератопатия, у 8 (21,1%) – помутнение роговицы вследствие травмы, у 3 (7,9%) – постгерпетического генеза и у 3 (7,9%) больных причиной проведения пересадки роговицы явилась врожденная дистрофия роговицы. Все пациенты с кератопатией (24) были ранее прооперированы по поводу катаракты (артифакция).

Кроме общеклинических методов исследования, все пациенты были обследованы с применением стандартных офтальмологических методов, включая определение остроты зрения, биомикроскопию, пневмотонометрию, пахиметрию и КЧСМ.

До операции острота зрения была низкой и не превышала 0,01-0,02. Достаточно сказать, что острота зре-

ния, равная светоощущению с правильной проекцией и болевой синдром отмечались у 52,6% больных.

Возраст доноров, у которых брали роговицу для пересадки, варьировал от 57 до 70 лет, материал был взят в сроки от 6 до 22 часов после смерти. Давность материала на момент пересадки составляла от 6 до 10 дней. Операцию по пересадке роговицы, как правило, проводили под местной анестезией. Для защиты хрусталика перед операцией закапывали 1%-й пилокарпин для создания миоза, а также в ходе операции вводили в переднюю камеру вискоэластик, который в конце хирургического вмешательства замещался физиологическим раствором. Трепанация донорской роговицы производилась из предварительно подготовленного корнеосклерального лоскута, помещенного эндотелием кверху в вогнутый тefлоновый блок. Диаметр трансплантата обычно был 7,5-8,0 мм. Размер трансплантата был больше на 0,25 мм зоны трепанации на глазу пациента, чтобы обеспечить герметичность и минимизировать послеоперационное уплощение роговицы.

Разрез роговицы реципиента производился ручным трепаном путем неполной трепанации с последующим вскрытием передней камеры лезвием и завершением разреза ножницами. Донорская роговица фиксировалась вначале 4 узловыми швами, затем непрерывным швом монофиламентным нейлоном 10/0. В ряде случаев накладывались и дополнительные узловые швы. В послеоперационном периоде пациентам назначались стероиды и антибиотики в виде глазных капель.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В раннем послеоперационном периоде эпителизация донорской роговицы к моменту выписки (в среднем через 10 дней от операции) на фоне медикаментозного лечения наступила у всех больных. У 3 пациентов (7,9%) в послеоперационном периоде отмечалась незначительная гифема, которая рассосалась самостоятельно в течение 2-4 дней. Одной (2,6%) пациентке потребовалось восстановление передней камеры с помощью введения в нее воздуха, а у другой (2,6%) через месяц после операции отмечался рецидив герпетического кератита, который был купирован путем назначения местной и системной противовирусной терапии.

К моменту выписки острота зрения у пациента с дистрофией роговицы улучшилась до 0,1. Среди 24 пациентов с буллезной кератопатией улучшение остроты зрения варьировало от 0,04 до 0,2 с максимальной коррекцией. У 3 (16,7%) больных с оперированными постгерпетическими и посттравматическими помутнениями роговой оболочки улучшение остроты зрения, как правило, не превышало 0,1 (нередко вследствие патологических изменений передней камеры и хрусталика, вызванных травмой).

Через 6 месяцев в динамике наблюдения была отмечена несостоятельность трансплантата в виде его помутнения у 2 (5,3%) больных: один пациент страдал до операции буллезной кератопатией, а вторая пациентка была прооперирована по поводу обострения герпетического кератита. У остальных 36 больных

трансплантат в указанные сроки был прозрачным, а наибольшие цифры остроты зрения с максимальной коррекцией, как правило, не превышали 0,3-0,4 (рис.). Только у 1 больного, прооперированного по поводу дистрофии роговицы, отмечалось повышение остроты зрения до 0,8. У всех пациентов с имевшейся до операции буллезной кератопатией, болевой синдром после пересадки роговицы был купирован.

Через 2 года наблюдения помутнение трансплантата (отмеченное через 6 месяцев – 1 год после пересадки, включая вышеуказанного пациента) зафиксировано у 3 больных (7,9%). У остальных 35 пациентов (92,1%) трансплантат оставался прозрачным, осложнений у данных больных не наблюдалось. Динамика остроты зрения с максималь-

ной коррекцией была следующей: у 22 (57,9%) больных, оперированных по поводу буллезной кератопатии она была в пределах 0,2-0,6, у 1 (2,6%) пациента с дистрофией роговицы визус повысился до 0,9-1,0. У 12 (31,6%) больных острота зрения не превышала 0,4 с максимальной коррекцией.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сквозная пересадка роговицы при помутнениях роговицы различного генеза является достаточно эффективным и радикальным методом лечения, который сопровождается небольшим процентом осложнений и способствует повышению остроты зрения и качества жизни пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балаян Т.Г. Дифференциальная тактика иммуносупрессивного лечения при кератопластике высокого риска: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2008.
2. Борзенко С.А. Медико-технологические и методологические основы эффективной деятельности глазных банков России в обеспечении операций по сквозной трансплантации роговицы: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. М., 2008.
3. Дронов М.М. Руководство по кератопластике. СПб.: ВЛАЗИпресс, 1997. 130 с.
4. Кобцева, В.Ю. Анализ осложнений хирургического лечения ЭЭД роговицы. Материалы междунауч.-практ. конф. «Современные технологии лечения заболеваний переднего и заднего сегментов глаза». Уфа; 2008:188-191.
5. Слонимский А.Ю. Возможности реконструктивной сквозной пересадки роговицы при различной патологии переднего отрезка глаза и подход к решению основных посткератопластических проблем: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. М., 2004.