

DOI: <https://doi.org/10.25276/2410-1257-2020-4-90-91>
617.713-007.64

Новейшие сведения о клиническом лечении кератоконуса

Бурджа Нурозлер Табакчи

Университет Бируни, Стамбул, Турция

Updates on Clinical Management of Keratoconus

Burcu Nurözler Tabakci

Biruni University, Ophthalmology Department, Istanbul-TURKEY

РЕФЕРАТ

Кератоконус – распространенное эктатическое заболевание роговицы, характеризующееся прогрессирующим истончением роговицы и нерегулярным астигматизмом с различной степенью нарушения зрения у пациентов. Кератоконус обычно диагностируется в первой декаде жизни и начинает быстро прогрессировать в подростковом возрасте. В зависимости от стадии заболевания существуют разные варианты лечения, такие как ношение контактных линз, кросслинкинг роговицы (CXL), имплантация интрастромального сегмента или кольца (ICRS), а также ламеллярная или проникающая кератопластика (ПК). Жесткие газопроницаемые контактные линзы, гибридные или склеральные линзы помогают улучшить остроту зрения пациентов с нерегулярным астигматизмом. CXL рекомендуется для молодых пациентов с высоким риском прогрессирования заболевания и минимальной толщиной роговицы

Точка зрения. Восток – Запад. 2020;4:90-91.

ABSTRACT

Keratoconus is a common ectatic corneal disorder characterized by a progressive corneal thinning and irregular astigmatism with different degrees of visual impairment on the patients. Keratoconus is usually diagnosed during the first decade of life and presents a faster progressive pattern in adolescence. Depending on the grading systems, there are several therapeutic options, such as contact lens wearing, corneal collagen cross-linking (CXL), intracorneal ring segment implantation (ICRS), and lamellar or penetrating keratoplasty (PK). Rigid gas permeable contact lenses, hybrid lenses or scleral lenses can provide better vision for the patients with irregular astigmatism. CXL is recommended for younger patients with

Point of View. East – West. 2020;4:90-91.

400 мкм. CXL может предотвратить прогрессирование заболевания за счет образования химических связей между коллагеновыми фибриллами роговицы. ICRS имплантируется в строму роговицы для изменения ее формы и преломляющей силы. Трансплантация роговицы предпочтительна в тех случаях, когда нет возможности достичь достаточной зрительной коррекции с помощью контактных линз, очков или ICRS у пациентов с развитыми стадиями заболевания. Проникающая кератопластика (ПК) традиционно применяется у пациентов с глубоким центральным рубцеванием роговицы. Несмотря на превосходные результаты при ПК, глубокая передняя ламеллярная кератопластика становится золотым стандартом хирургического вмешательства без риска отторжения эндотелия и снижения риска развития стероид-индуцированной глаукомы. В этой презентации будут обсуждаться современные подходы к лечению различных стадий кератоконуса, чтобы выбрать наиболее подходящий метод для каждого пациента. ■

a high risk of progression with a minimum corneal thickness of 400 microns. CXL can prevent the disease progression through the formation of chemical bonds among collagen fibrils. ICRS is implanted within the corneal stroma in order to change the shape and the refractive power of the cornea. Corneal transplantation is preferred when patients cannot achieve sufficient visual correction with contact lenses, glasses or ICRS in advanced disease. PK has traditionally been used for patients with deep central corneal scarring. Despite the superior results with PK, deep anterior lamellar keratoplasty is becoming a gold standard surgical method with no risk of endothelial rejection and reduced risk of steroid-induced glaucoma. In this presentation, current treatment approaches for different stages of keratoconus will be discussed, for choosing the most appropriate method for each patient. ■