

Сквозная кератопластика при вторичных дистрофиях роговой оболочки

А.С. Малаян, Л.А. Галстян, А.С. Вартанян, А.В. Амбарцумян

ЕрГМУ им. М. Гераци, НИЦ

375025 Ереван, ул. Корюна, 2

Ключевые слова: роговица, эпителиально-эндотелиальная дистрофия, сквозная кератопластика

Наиболее частой причиной инвалидизации вследствие патологии органа зрения является эпителиально-эндотелиальная дистрофия (ЭЭД) роговицы [2–4, 6]. Это полиэтиологическое заболевание, связанное с прогрессирующей потерей эндотелиальных клеток, что во многом связано с травмами глаза, возросшим числом вирусных заболеваний и интенсификацией глазной хирургии иногда даже при безупречно проведенной операции: экстракции катаракты (с использованием интраокулярных линз, факосмульсификации, витрэктомии и т.д.). Предложенные способы лечения этого заболевания – интраламеллярная имплантация роговицы, послойная кератопластика, интраламеллярная кератокапсулопластика, колагенопластика [1, 5, 7, 10], к сожалению, приводят лишь к улучшению субъективного состояния, не улучшая зрения. Современные методы прижизненного изучения эндотелия показали, что одной из основных причин развития ЭЭД роговицы является уменьшение количества и структуры эндотелиальных клеток, и только замена роговицы может привести к улучшению зрительных функций. Поэтому основным методом ликвидации этого осложнения среди трансплантационных операций, по данным литературы [3, 8, 9, 11], является сквозная кератопластика (СКП).

Цель настоящего исследования – изучение в клинике особенностей приживления свежесконсервированного роговичного трансплантата при СКП по поводу вторичной ЭЭД роговицы.

Материал и методы

В ретроспективном исследовании проанализированы результаты 32 СКП, выполненных по поводу вторичной ЭЭД роговицы у пациентов офтальмологического центра им. С.В. Малаяна с 1997 по 2001г. (6

больных с афакией, 7 – с артифакцией и 19 больных с дистрофией роговицы) после травмы, ожогов и других заболеваний глаз. Возросшие возможности получения качественного донорского материала (свежесконсервированного) с учетом состояния эндотелия роговицы позволили расширить объем реконструктивных операций, т.е. проводить одномоментные хирургические вмешательства: СКП, экстракцию катаракты и имплантацию интраокулярных линз и т.д. Так, 4 больным произведена экстракапсулярная экстракция катаракты, 2 – экстракция катаракты с трансплантацией ИОЛ, 2 – иридопластика и 1 больному антиглаукоматозная операция – синустрабекулэктомия. Возраст больных варьировал от 5 до 75 лет, мужчин – 26, женщин – 6.

Дооперационное обследование включало определение остроты зрения, осмотр конъюнктивы и содержимого конъюнктивального мешка, биомикроскопию и бактериоскопию мазка с конъюнктивы.

В качестве донорского материала использовались свежесконсервированные (не более 24 ч) в растворе оптизола или дексола трупные роговицы взрослых, которые трансплантировались в день взятия трансплантата или на следующий день. Для СКП использовали трансплантаты роговицы донора диаметром 6.0–9.0 мм, но чаще 7.0–8.0 мм, как правило, на 0.1–0.5 мм больше, чем диаметр зоны трансплантации реципиента. Операции в основном выполнялись в условиях эндотрахеального и внутривенного наркоза.

Трепаном выкраивали роговицу, аккуратно отделяя ее от прилежащих тканей с помощью шпателя и ножниц, в ложе реципиента помещали свежесконсервированную донорскую роговицу и фиксировали узловыми погружными швами нейлоном 10.0 (18 глаз) или непрерывным швом (14 глаз) после наложения 4 узловых направляющих швов. Большинство офтальмологов предпочитают узловые швы, которые обеспе-

живают хорошую герметизацию в отличие от непрерывного шва, несмотря на то, что они замедляют процесс заживления и приводят к васкуляризации.

Послеоперационное ведение больных не отличается от традиционного при СКП, т.е. постельный режим назначается обычно не более суток, сразу по окончании операции под конъюнктиву вводят один из кортикостероидов (дексон, дексазон, дексаметазон) с раствором антибиотиков (чаще с гентамицином) и далее инъекции повторяются 1 раз в день в течение 3 дней. Кортикостероиды добавляются также в виде частых инстилляций в конъюнктивальный мешок до 6 раз в день на протяжении 1–1.5 месяцев, и в последующем каждый месяц частоту инстилляций кортикостероидов снижают на одно закапывание.

Результаты и обсуждение

Анализ наблюдений 32 больных с ЭЭД роговицы показал, что заболевание затрагивает в основном (75%) трудоспособный возраст (24 больных – 35 – 65

лет).

В раннем послеоперационном периоде трансплантат был прозрачным на 28 глазах (87%) и полупрозрачным на 4 глазах (13%).

Анализ функциональных результатов после СКП, проведенных у 32 больных, показал, что у 73% больных отмечено повышение остроты зрения в пределах 0.03–0.5.

Как показали наши исследования, трансплантация ИОЛ после кератопластики не является противопоказанной, а наоборот, препятствуя контакту радужки и стекловидного тела с пересаженным трансплантатом, обеспечивает наиболее благоприятные условия для прозрачного приживления.

Таким образом, сквозная пересадка роговицы с использованием свежесконсервированного донорского материала является наиболее радикальным методом лечения вторичных дистрофий роговой оболочки, а полученные визуальные данные позволяют рекомендовать ее для широкого применения в офтальмохирургической практике.

Поступила 29.07.02

Թափանցող կերատոպլաստիկան եղջերաթաղանթի երկրորդային դիստրոֆիաների ժամանակ

Ա.Ս. Մալայան, Լ.Ն. Գալստյան, Ա.Ս. Վարդանյան, Ա.Վ. Համբարձումյան

Ցածր տեսողության և նրա հետևանքով առաջացած հաշմանդամության հաճախակի պատճառներից է հանդիսանում եղջերաթաղանթի երկրորդային դիստրոֆիան, որը կապված է երկրորդային բջիջների հարածուն կորստի հետ:

Եղջերաթաղանթի երկրորդային դիստրոֆիայով տառապող 32 հիվանդների մոտ կատարվել է թափանցող կերատոպլաստիկա: Վաղ հետվիրահատական շրջանում եղջերաթաղանթային տրանսպլանտատը եղել է թափանցիկ 28 (87%) և կիսաթափանցիկ՝ 4

աչքում (13%): Տեսողական ֆունկցիաների բնորոշումը ցույց է տվել, որ 73% հիվանդների մոտ առկա է տեսողության սրության բարձրացում 0.03–0.5 սահմաններում:

Ստացված տվյալները ցույց են տալիս, որ թափանցող կերատոպլաստիկան հանդիսանում է եղջերաթաղանթի երկրորդային դիստրոֆիայի բուժման արմատական եղանակներից մեկը և թույլ է տալիս երաշխավորել նրա լայն կիրառությունը ակնավիրաբուժական պրակտիկայում:

Penetrating keratoplasty in secondary corneal dystrophy

A.S. Malayan, L.A. Galstyan, A.S. Vardanyan, A.V. Hambartsumyan

Secondary epithelial-endothelial corneal dystrophy (EECD) caused by progressive loss of endothelial cells

is one of the common causes of low vision and invalidization.

Thirty-two patients with BECD underwent penetrating keratoplasty (PK). In early postoperation period the graft was transparent on 28 (87%) and semitransparent on 4 eyes (13%). The analysis of functional results after PK revealed increase in visual acuity (0.03-0.05) in 73% of

patients.

Our results demonstrate that PK is one of the radical treatment methods recommended for wide use in ophthalmosurgical practice.

Литература

1. Горгиладзе Т.У., Ивановская Е.В., Горгиладзе Л.Т. Офтальмол. журн., 1992, 3, с. 129.
2. Каспаров А.А. Офтальмогерпес. М., 1994.
3. Каспаров А.А. VI съезд офтальмологов России. Тез. докл. М., 1994, с. 301.
4. Каспаров А.А., Магден Ю., Федоров А.А. Вестн. офтальмол., 2000, 2, с. 5.
5. Каспаров А.А., Горгиладзе Л.Г. Офтальмол. журн., 1987, 2, с. 93.
6. Каспаров А.А., Суббота И.Н. Вестн. офтальмол., 6, 2000, с. 3.
7. Краснов М.М., Каспаров А.А., Пивоваров Н.Н., Мусаев П.И. Вестн. офтальмол., 1981, 2, с. 32.
8. Логай И.М., Мороз О.А. Офтальмол. журн., 1996, 5-6, с. 320.
9. Слонимский Ю.Б., Батманов Ю.Е., Слонимский А.Ю. и др. В кн.: Актуальные вопросы офтальмологии, т. 1. М., 1996, с. 120.
10. Якименко С.А., Мороз О.А. Офтальмол. журн., 1995, 5-6, с. 257.
11. Wong T.H., Chan C., Lim T.H., Tan D.T. Aust. N.Z.J. Ophthalmol., 1997, 25, 2, p. 145.