

УДК 617.713-007.17-089.843

СКВОЗНАЯ КЕРАТОПЛАСТИКА ПРИ БУЛЛЕЗНОЙ КЕРАТОПАТИИ ПОСЛЕ РАНЕЕ ПРОВЕДЕННОГО КРОССЛИНКИНГА РОГОВИЧНОГО КОЛЛАГЕНА

Н.А. Тургунбаев, М.А. Медведев, Б.Х. Бебезов, А.С. Поляк

Приводятся результаты лечения эндотелиально-эпителиальной дистрофии роговицы путем комбинирования сквозной кератопластики и роговичного кросслинкинга.

Ключевые слова: буллезная кератопатия; эндотелиально-эпителиальная дистрофия; кросслинкинг роговичного коллагена; сквозная кератопластика.

Изучению такой распространенной патологии роговицы глаза, как буллезная кератопатия или эндотелиально-эпителиальная дистрофия (ЭЭД), посвящено большое количество публикаций [1–3]. Роговичный “отек”, возникающий как осложнение в результате оперативных манипуляций в передней камере глаза и длящийся от нескольких дней до нескольких месяцев, не всегда проходит бесследно и может привести к необратимым изменениям в роговичной ткани, что соответствует буллезной кератопатии III–IV стадий. На данных стадиях консервативное лечение, как правило, является бесперспективным и офтальмологам остается лишь предложить больному оперативное лечение, т. е. пересадку роговицы. Однако даже кератопластика в различных ее технических вариантах не гарантирует полноценную реабилитацию вследствие различных послеоперационных осложнений [4]. Появившиеся последние годы сообщения об использовании метода кросслинкинга (фотомодификации) роговичного коллагена для улучшения свойств роговицы при буллезной кератопатии вселяют определенный оптимизм [5]. Метод кросслинкинга коллагена роговицы был предложен Wollensak G., Seiler T. в 2003 г. для лечения начального кератоконуса. В дальнейшем процедуры роговичного кросслинкинга проводились при различных стадиях буллезной кератопатии, но явный положительный результат был получен при ранних стадиях ЭЭД (I–II) [6].

Цель – определить эффективность сквозной кератопластики при буллезной кератопатии III–IV стадий после ранее проведенной фотомодификации роговицы.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 5 больных с буллезной кератопатией III–

IV стадий в возрасте от 42 до 64 лет, 2 женщины, 3 мужчин. У всех пациентов заболевание развилось после экстракапсулярной экстракции катаракты. У 4 больных – артифакция, у одного – афакция (без витреопотери). Кросслинкинг проводили в сроки не ранее, чем через 3–6 месяцев после безуспешного консервативного лечения, проводимого в полном объеме. Процедуру проводили по стандартному Дрезденскому протоколу (Wollensak G., 2003). Оперативное лечение (сквозная кератопластика) проводилось через 6–12 месяцев после фотомодификации роговицы. Размеры пересаженных трансплантатов 8,0–8,5 мм в диаметре. Все операции прошли без осложнений. Всем пациентам в до- и послеоперационных периодах проводились: визометрия, бесконтактная тонометрия, биомикроскопия, пахиметрия, оптическая когерентная томография. Острота зрения до операции варьировала от правильной светопроекции до 0,03–0,04 не корригируемой. Толщина роговиц до операции 753 ± 32 мкн. Внутриглазное давление в пределах нормы.

Результаты и обсуждение. Послеоперационный период протекал без особенностей. Эпителизация происходила в сроки от 1 до 3 суток. Сроки наблюдения за больными – от 6 месяцев до 2 лет. Узловые швы (шелк 8-0) снимали через 2 недели после операции. Непрерывный шов (нейлон 10-0) снимали не ранее, чем через 12 недель. Острота зрения без коррекции – $0,24 \pm 0,07$. По данным когерентной томографии роговиц и пахиметрии определялась полная адаптация трансплантата к роговице реципиента и почти полное их соответствие по толщине, что говорит об уменьшении и уплотнении роговичной ткани реципиента.

На основании небольшого материала можно сделать предварительное заключение, что кросс-

линкинг роговичного коллагена при буллезной кератопатии перед сквозной кератопластикой является достаточно эффективной процедурой. Данная методика позволяет уменьшить толщину и уплотнить роговицу реципиента и существенно “облегчить” как сам ход кератопластики вследствие лучшей адаптации краев трансплантата и “ложа” хозяина, так и снизить риск возникновения послеоперационных осложнений.

Литература

1. *Краснов М.М.* Первый опыт полной стромопластики – пересадки роговой оболочки / М.М. Краснов, А.А. Каспаров, В.Р. Мамиконян и др. // Вестн. офтальмол. 1989. № 3. С. 19–24.
2. *Фаттахов Б.Т.* Способ лечения буллезной кератопатии / Б.Т. Фаттахов, Н.А. Никитин // Фундаментальные исследования. 2008. № 2. С. 92.
3. *Kasparova E.A., Kasparov A.A., Pavluk A. et al.* Cell technology (CT) with the use of autologous leukocytes in treatment of early postoperative bullouse keratopathy // XXVI congress of ESCRS: Abstracts. Berlin, 2008. P. 77.
4. *Galvis V., Tello A., Gomez A.J. et al.* Corneal Transplantation at an Ophthalmological Referral Center in Colombia: Indications and Techniques (2004–2011) // Open Ophthalmol J. 2013. Jul 17. № 7. P. 30–33.
5. *Бикбов М.М.* Применение кросслинкинга роговичного коллагена в лечении буллезной кератопатии / М.М. Бикбов., Г.М. Бикбова, А.Ф. Хабибуллин // Офтальмохирургия. 2011. № 1. С. 33–34.
6. *Wollensak G., Aurich H., Wirbelauer C., Pham D.T.* Potential use of Riboflavin/UVA crosslinking in bullouse keratopathy // Ophthalmic Reserch. 2008. № 41. P. 114–117.