СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ БУЛЛЕЗНОЙ КЕРАТОПАТИИ

Фаттахов Б.Т., Никитин Н.А.

Уфимский НИИ глазных болезней

Уфа, Россия

Буллезная кератопатия (БК), эндотелиально-эпителиальная дистрофия роговицы – патологическое состояние роговицы, вызванное нарушением или повреждением её эндотелиального слоя вследствие перенесенного заболевания (задний герпес роговицы, кератоглобус и др.), либо хирургического вмешательства (экстра-, интракапсулярная экстракция катаракты, факоэмульсификация и др.). При этом значительно повышается проницаемость влаги передней камеры в передние слои стромы и эпителия с образованием буллей, что сопровождается слезотечением и выраженным болевым синдромом.

Известны консервативные и хирургические способы лечения БК. Среди последних наибольшее распространение получила сквозная кератопластика. Однако в ряде случаев имеются противопоказания к выполнению данной операции, связанные с возрастом или тяжелым соматическим состоянием больного. В этих случаях прибегают к непроникающим оперативным вмешательствам, среди которых можно выделить введение собственной крови пациента с суспензией гидрокортизона в глубокие слои стромы роговицы с целью создания барьера для влаги передней камеры. Однако одним из недостатков данного способа является сложность визуального контроля глубины расслаивания роговицы, следствием чего в ряде случаев является низкая эффективность проведенной операции.

Мы представляем способ хирургического лечения БК, основным отличием которого является возможность визуального контроля глубины расслаивания роговицы путём введения воздуха в переднюю камеру глаза.

Ход операции. Операция проводится под местной анестезией. После обработки операционного поля 70% раствором спирта этилового дважды проводят ретробульбарную анестезию 0,5 мл и акинезию круговой мышцы глаза 2 мл 0,5% раствора новокаина. Верхнюю прямую мышцу фиксируют на шов-держалку. Для улучшения визуального контроля деэпителизируют поверхность отечной роговицы. Далее на 12 часах в 1,5 мм от лимба проводят разрез лезвием на ½ глубины склеры длиной 2,5 мм. Ножом с закругленным острым краем через проведенный надрез расслаивают роговицу доходя до 1 мм от лимба. После этого на 3 часах лезвием делают парацентез с последующим выпусканием влаги передней камеры и введением в неё воздуха. После этого через первый тоннель в строму роговицы вводят шпатель и слегка изменив его ход по направлению к десцеметовой оболочке расслаивают роговицу. При этом за счет возникшего светового рефлекса между эндотелием и шпателем визуально контролируют глубину погружения последнего. По

достижении задней пограничной мембраны изменяют направление шпателя, устанавливая его параллельно передней поверхности роговицы, и осторожно, стараясь не перфорировать десцеметову оболочку, расслаивают роговицу по всей площади. По завершении расслаивания через парацентез на 3 часах отсасывают воздух из передней камеры и вводят физиологический раствор, оставляя умеренную гипотонию глаза. Завершающим этапом через канюлю в полость, сформированную в глубоких слоях роговицы, вводят смесь свежей венозной крови пациента, смешанную в одном шприце с равным количеством суспензии гидрокортизона. При этом целесообразно тампонировать место введения канюли с целью предотвращения обратного тока крови из роговицы. По завершении операции субконъюнктивально вводят 0,5 мл 0,4% раствора дексазона и инстиллируют несколько капель 0,3% раствора гентамицина.

Операция глубокая аутогемокератоинфузия проведена у 10 пациентов, находившихся на стационарном лечении в Уфимском НИИ глазных болезней. При проведении операции у одного пациента произошла микроперфорация в переднюю камеру. Операция была завершена после проведения дополнительного вкола на 5 часах с последующим расслаиванием оставшейся площади по аналогичной методике.

Таким образом, данный способ позволяет достичь лечебный эффект (купирование болей, слезотечения, уменьшение отека стромы и эпителия роговицы). У наших пациентов лечебный эффект был достигнут во всех случаях.