Прошко А.В., Манцова В.Р.

ОПТИКО-РЕКОНСТРУКТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА С ХИМИЧЕСКИМ ОЖОГОМ РОГОВИЦЫ

Научный руководитель: канд. мед. наук Головин А.В.

ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н. Федорова» Минздрава России

Актуальность. Химический ожог роговицы является одним из наиболее тяжелых поражений глаз, в результате которого формируется тотальное бельмо роговицы, что приводит к потере предметного зрения. Лечение пациентов с ожоговыми бельмами до сих пор остается сложной проблемой офтальмохирургии ввиду неэффективности кератопластики. Единственным эффективным способом лечения данной группы больных является кератопротезирование.

Цель: на примере клинического случая представить оптико-реконструктивное лечение пациента с ожоговым бельмом роговицы после многократных хирургических вмешательств.

Материалы и методы. Пациентка Л., 65 лет, обратилась с жалобами на отсутствие предметного зрения. Из анамнеза известно, что в 1983 г. пациентка получила химический ожог соляной кислотой, в результате чего сформировалось тотальное бельмо роговицы обоих глаз. В 2010 г. по м/ж было выполнено кератопротезирование левого глаза, однако в 2020 г. произошла полная потеря зрительных функций в связи с субтотальной отслойкой сетчатки. На правый глаз по м/ж была трижды проведена сквозная кератопластика: в 1991 г., 2004 г. – одномоментно с факоэмульсификацией с имплантацией интраокулярной линзы, 2009 г. без долгосрочного положительного эффекта в связи с помутнением и васкуляризацией трансплантата с образованием тотального бельма в послеоперационном периоде. Пациентка направлена в МНТК «Микрохирургия глаза» для решения вопроса о хирургическом лечении правого глаза. По данным дооперационной диагностики острота зрения правого глаза составила светоощущение с правильной светопроекцией, а также определили незначительные изменения по результатам электрофизиологических исследований. По данным оптической когерентной томографии: в центральной зоне толщина бельма – 1121 мкм, по периферии – истончение до 497 мкм. Было принято решение о проведении комплексного оптико-реконструктивного лечения правого глаза. Первым этапом была проведена пересадка роговично-протезного комплекса с удалением интраокулярной линзы с одномоментным укреплением аутоконъюнктивой. Через 2 месяца послеоперационного периода в связи с выраженным истончением тканей было выполнено укрепление аутотрансплантатом височной фасции. Спустя 6 месяцев наблюдения послеоперационных осложнений отмечено не было, толщина покрытия оставалась стабильной, в связи с чем был проведен второй этап кератопротезирования с имплантацией оптического цилиндра.

Результаты и их обсуждение. Острота зрения правого глаза в послеоперационном периоде составила 0,5 н/к. Несмотря на сложный офтальмологический статус пациентки, множественные малоэффективные хирургические вмешательства в анамнезе, удалось добиться восстановления предметного зрения. Учитывая отсутствие зрения левого глаза, проведенное оптико-реконструктивное лечение позволило значительно улучшить уровень жизни пациентки.

Выводы. 1. Кератопротезирование является эффективным способом хирургического лечения послеожоговых бельм, в том числе у пациентов с неэффективными кератопластическими операциями в анамнезе. 2. Комплексное оптико-реконструктивное лечение позволяет добиться максимальных функциональных результатов после операции, а также минимизирует вероятность осложнений в послеоперационном периоде. 3. Аутотрансплантация височной фасции является высокоэффективным способом защиты кератопротеза от протрузии, особенно в случаях прогрессивного некроза тканей роговицы.