

*Иванова В. Ф., Шуляк А. С.*

**СОСТОЯНИЕ РОГОВИЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА И ОСТРОТЫ ЗРЕНИЯ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ НЕПРЕРЫВНОГО ШВА И В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОВ С КЕРАТОКОНУСОМ**

*Научный руководитель доц. Иванова В. Ф.*

*Кафедра глазных болезней*

*Белорусский государственный медицинский университет, УЗ «4-я городская детская клиническая больница», г. Минск*

**Актуальность.** Кератоконус тяжелое двустороннее заболевание глаз, проявляющееся дистрофическими изменениями роговицы, ее прогрессирующей конусовидной деформацией и необратимыми помутнениями. Заболевание хроническое, но иногда протекает остро. Встречается преимущественно у лиц молодого возраста (10-18 лет). Частота встречаемости варьирует в пределах 1:250–1:10000 населения. В последнее десятилетие отмечается рост заболеваемости кератоконусом, что связывают с ухудшением экологии. До настоящего времени наиболее эффективный метод лечения кератоконуса - сквозная кератопластика. В последнее время в литературе появились сообщения о несостоятельности трансплантата в отдаленном периоде.

**Цель:** проанализировать показатели остроты зрения и состояние роговичного трансплантата непосредственно после снятия непрерывного шва и в отдаленном периоде до 10 лет.

**Материалы и методы.** С 2008 года по 2018 год в глазном отделении 4 ГДКБ г.Минска находилось 37 детей (74 глаза – 100%) с кератоконусом, которым было выполнено 40 сквозных кератопластик. Из них–6 девочек (9 глаз – 13,8%) и 31 мальчик (65 глаз – 86,2%). Больных с первичным хроническим кератоконусом было 29, односторонний кератоконус у 7 пациентов, у остальных двусторонний, но заболевание было более выраженным на одном глазу. Больных с острым кератоконусом было 8. Больному с субтотальным кератоконусом произведена гемопломбировка по А.И.Горбаню, больному с тотальным острым кератоконусом и болезнью Элерса-Данлоса поверхностная лечебная кератопластика, 6 больным после купирования явлений острого кератоконуса выполняли сквозную кератопластику.

Через некоторое время пациенты повторно госпитализировались в глазное отделение для удаления непрерывного шва, фиксирующего роговичный трансплантат. На 4-х глазах непрерывный шов был удален в промежутке от 2 до 3 месяцев после операции, через 3-4 месяца после операции непрерывный шов удалили на 8 глазах, от 4 до 5 месяцев после кератопластики шов был удален на 12 глазах. На 10 глазах непрерывный шов удален через 5-6 месяцев после операции и на 6 глазах шов был удален в промежутке от 6 до 7 месяцев.

**Результаты и их обсуждение.** Непосредственно после снятия непрерывного шва на 39 глазах трансплантат был прозрачным и хорошо фиксированным. На одном глазу через неделю после снятия шва проведена рефиксация трансплантата, из-за травмы оперированного глаза. По данным литературы, у взрослых пациентов непрерывный шов, фиксирующий роговичный трансплантат, удаляется через 6-12 месяцев после операции. Мы удаляли непрерывный шов в более ранние сроки, что связано с более быстрой регенерацией роговицы у детей.

У всех больных в срок наблюдения до 10 лет трансплантаты оставались прозрачными и хорошо фиксированными. Корректированная острота зрения непосредственно после снятия непрерывного шва составила  $0,47 \pm 0,02$ ; что несколько выше, чем до удаления шва ( $0,3 \pm 0,02$ ), а в отдаленном периоде -  $0,7 \pm 0,1$ .

**Выводы.** Ретроспективный анализ результатов позволяет сделать вывод, что за 10-летний период наблюдения трансплантат остается прозрачным в 97.5 % случаев (у нас помутнел 1 трансплантат у больного с нерадикально удаленной глиомой мозга и нейродермитом тяжелой степени), средняя корректированная острота зрения составляет 0,7.