

Савич В. В.
**ВОЗМОЖНОСТИ КЕРАТОПЛАСТИКИ ПРИ ОСОБО ТЯЖЕЛОЙ
ПАТОЛОГИИ РОГОВИЦЫ У ДЕТЕЙ**

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Иванова В. Ф.

Кафедра глазных болезней

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. У детей при различных заболеваниях глаз довольно часто встречаются поражения роговицы, актуальность проблемы которых заключается в тяжести процесса, сложности лечения, многообразии клинических исходов, трудности реабилитации в детском возрасте. Восстановление зрения, а иногда и сохранение глазного яблока, в большинстве таких случаев требует кератопластики (КП).

Цель: оценить результаты лечебной послойной КП и сквозной реконструктивной КП при особо тяжелой патологии роговицы у детей.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 31 медицинской карты стационарного больного (ф № 003) детей с особо тяжелой патологией роговицы Республиканского детского офтальмологического центра 4-й ГДКБ г. Минска. Изучались этиология, характер и тяжесть поражения роговицы, методы выполненных КП и их результаты, острота зрения до и после выполненной КП.

Результаты и их обсуждение. Проанализированы результаты кератопластики у 31 ребенка с особо тяжелыми поражениями роговицы (нейротрофические язвы роговицы, рецидивирующие торпидные кератиты с деструкцией роговицы, гнойные язвы с расплавлением и перфорацией роговицы; адгезивные бельма, стафиломы роговицы; бельма с истончением роговицы; эпителиально-эндотелиальные дистрофии роговицы). Все операции выполнялись под интубационным наркозом. Донорский материал - роговица трупного глаза взрослого человека, в трех случаях из-за отсутствия донорского материала использовались аллопланты для КП. Возраст детей, которым производилась КП, – от 8 месяцев до 18 лет. Острота зрения оперированного глаза до операции - 0-движения руки у лица.

Лечебная послойная КП выполнена 13 детям. В 6 случаях - при стерильных язвах, 5 - при инфекционных язвах без перфорации роговицы, 1 - после удаления тотального дермоида роговицы левого глаза. Во всех случаях удалось блокировать течение деструктивного процесса. Девочке с торпидным герпетическим кератитом, осложненным перфорацией роговицы, послойная КП произведена 2-мя аллоплантами - перфорация роговицы закрыта, глаз сохранен, впоследствии выполнена сквозная КП.

Сквозная КП произведена у 18 детей. 11 реконструктивных сквозных КП, в том числе 2 – аллоплантами, выполнены детям с поствоспалительными бельмами и стафиломами роговицы и 4 - с эпителиально-эндотелиальной дистрофией роговицы. Трансплантант прижился прозрачно и острота зрения восстановилась от 0,01 до 0,8 у 11 (73,3%) детей (срок наблюдения – от 3-х лет до 3-х месяцев). У 3 детей при гнойных язвах с расплавлением роговицы сквозная КП производилась как альтернатива энуклеации - органосохранный эффект получен у всех 3-х.

Выводы. 1. Лечебная поверхностная послойная КП при стерильных язвах роговицы и при язвах с инфильтрацией роговицы без ее перфорации позволяет блокировать течение деструктивного процесса.

2. Сквозная реконструктивная КП позволяет не только восстановить анатомию и топографию глаза, но и повысить остроту зрения (в группе самых тяжелых больных прозрачное приживание трансплантанта достигнуто в 73,3% случаев).

3. Органосохранный эффект КП возможен даже при особо тяжелой патологии роговицы.