

# Обзор международного Симпозиума по офтальмологии

29 ноября 2008 г., Москва

А.Б. НУРАЕВА

«Всероссийский центр глазной и пластической хирургии Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации»

Уфа, Россия

---

29 ноября 2008 года Москве был проведен международный Симпозиум по офтальмологии, посвященный актуальным вопросам лечения патологии роговицы. В качестве лекторов были приглашены известные ученые-офтальмологи из Италии, Дании и Германии.

*КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:* роговица, кератоконус.

---

29 ноября 2008 года в Москве впервые был проведен международный Симпозиум по офтальмологии, посвященный актуальным вопросам лечения патологии роговицы. В качестве лекторов были приглашены всемирно известные ученые-офтальмологи из Италии, Дании и Германии.

Тематика форума была выбрана не случайно – заболевания роговицы составляют 25% от общего числа заболеваний глаз, занимая одно из ведущих мест среди причин слепоты.

Основное внимание на Симпозиуме было уделено новой автоматизированной методике эндокератопластики и современным технологиям лечения кератоконуса.

В докладе профессора Massimo Busin из Италии был представлен совершенно новый способ задней кератопластики – DSAEK (Descemet stripping automated endothelial keratoplasty), а также история возникновения метода.

В 1996 году на Американской Академии доктор Busin представил экспериментальную операцию, в которой осуществил пересадку тканевой линзы с эндотелием к задней поверхности роговицы. Он же выдвинул основную концепцию эндокератопластики: пилинг эндотелия роговицы, туннельный разрез роговицы, препаровка заднего лоскута донорской роговицы (эндотелий + десцеметова мембрана + глубокие слои стромы), прикрепление донорского

лоскута к «оголенной» задней поверхности роговицы. В первое время Busin фиксировал донорский лоскут с помощью швов, что приводило к значительной потере эндотелиальных клеток. В 1998 году он познакомился с работами Melles, который делал заднюю ламеллярную кератопластику бесшовно и для удержания донорского трансплантата использовался воздушный пузырь. Busin тоже начал использовать воздушный пузырь, а также применил микрокератом для создания донорского лоскута. Busin усовершенствовал и автоматизировал свой метод и назвал его DSAEK. Этапы операции были следующими: в начале проводился парацентез передней камеры с выпуском жидкости, а затем вводился воздух, декомпенсированный эндотелий удалялся. Для приготовления заднего лоскута донорской роговицы ее помещали в специальную систему искусственной передней камеры фирмы Morgia с постоянной подачей воды. Роговица должна была обязательно иметь склеральную кайму и диаметр минимум 16мм, максимум 19мм. Микрокератомом с головкой 300мкн, которая подсоединялась к турбине (турбина - к консоли), выкраивался сам лоскут диаметром 8,5-9мм. Пинцетом, который использовался в комбинации с глайдом, роговичный лоскут перемещался на платформу глайда и переносился в переднюю камеру.

По данной методике было прооперировано 100 пациентов, 76 из которых имели зрение 0,5 и выше. Показаниями для данной операции являлись дистрофия Фукса, буллезная кератопатия, послеоперационные помутнения роговицы. Автор метода считает, что DSAEK имеет преимущества перед сквозной кератопластикой. Он объясняет это тем, что при сквозной кератопластике трепанация роговицы нарушает ее иннервацию, при DSAEK – иннервация сохраняется.

Профессор Jesper Hjortdal из Дании выступил со сравнительным анализом результатов 20 операций DSAEK и 20 сквозных кератопластик у пациентов с дистрофией Фукса. Он продемонстрировал более быстрое восстановление зрительных функций после операции DSAEK в отличие от таковых после сквозной кератопластики.

Выступления профессора Dementev из Италии и профессора Reiter из Германии были посвящены современному комплексному лечению кератоконуса. Было отмечено, что основными задачами являются стабилизация кератоконуса и коррекция зрительных функций. Dementev считает, что жесткие кон-

тактные линзы не останавливают в достаточной степени процесс прогрессирования кератоконуса, и это через 10 лет приводит к необходимости проведения сквозной кератопластики. Реабилитационный период после сквозной пересадки роговицы занимает 6-12 месяцев. Кроме того, существует проблема послеоперационного астигматизма (в норме - 4,5-5дптр). Современные методы - кросслинкинг коллагена роговицы, имплантация стромальных колец, имплантация факичных линз позволяют остановить прогрессирование кератоконуса и скорректировать рефракционные дефекты без необходимости пересадки роговицы. В основе кросслинкинга – фотополимеризация коллагена, при взаимодействии нетоксичного фотосенсибилизатора рибофлавина и низких доз ультрафиолетового излучения, что повышает ригидность роговицы на 70% и предотвращает возможность ее эктазии. Простая и безболезненная процедура занимает 45 минут. За 15 минут до операции инстиллируется 0,1% раствор рибофлавина, который предотвращает проникновение УФО в сетчатку и хрусталик. Противопоказаниями являются роговица меньше 400 мкн, помутнения стромы и воспаление. Результаты: рефракция уменьшается на 2 дптр, на 2 строчки повышается острота зрения. Повторная процедура требуется через 36 месяцев.

Интрастромальные кольца – ИНТЕКС были предложены в 90-е годы в США для лечения миопии невысокой степени, но нашли применение при прогрессирующем кератоконусе. Они изготовлены из полиметилметакрилата (ПММА). Кольца вызывают уплощение роговицы, снижают астигматизм и перерастягивание роговицы. Они показаны даже при тонкой роговице. Обязательными условиями являются прозрачность роговицы и возраст пациента от 21 года. Существует 2 техники имплантации ИНТЕКС – интерлейз (интерлазер) и механическая (через туннельный разрез). По данной методике было прооперировано 51 глаз с кератоконусом, 81% из которых имел низкую остроту зрения. После процедуры таковых осталось 13%. Докоррекция осуществлялась линзами или очками. Можно комбинировать кросслинкинг и ИНТЕКС. Однако не решен вопрос очередности этих процедур. Возможные осложнения – перфорация колец снаружки или в переднюю камеру, поломка кольца, эктрузия, неоваскуляризация разреза, инфильтраты в туннеле.

Имплантация заднекамерной факичной линзы рекомендовано проводить после кроссликинга и ИНТЕКС. Выполнение подобной операции возможно без повреждения хрусталика. Результатом является повышение остроты зрения до 5-6 строчек.

## ВЫВОДЫ

Зарубежные ученые, безусловно, затронули две серьезные проблемы в офтальмологии - лечение эндотелиально-эпителиальной дистрофии роговицы (ЭЭД) и прогрессирующего кератоконуса. Для этих патологий роговицы характерна очень низкая острота зрения, и это со временем приводит к необходимости пересадки донорской роговицы.

Предложенные новые методы лечения эффективны, однако могут быть использованы скорее при I-II стадии ЭЭД и при I- III стадии кератоконуса, когда еще сохранена прозрачность роговицы.

Все манипуляции в передней камере при эндокератопластике должны осуществляться под контролем зрения, что требует хотя бы небольшой прозрачности роговицы. В III стадии ЭЭД отек стромы настолько выражен, что эндотелий и детали перед-

ней камеры практически не визуализируются. При IV стадии ЭЭД возникают фиброзные изменения в строме, и пересадка эндотелия становится бессмысленной.

В IV стадии кератоконуса роговица теряет свою прозрачность. И это обстоятельство ограничивает применение кроссликинга и ИНТЕКС.

Опыт европейских коллег, несомненно, поможет российским офтальмологам выбрать самые современные и эффективные методы лечения на различных стадиях ЭЭД роговицы и прогрессирующего кератоконуса.