

ЛЕЧЕБНАЯ КЕРАТОПЛАСТИКА С ПОМОЩЬЮ ОБЕЗВОЖЕННОЙ РОГОВИЦЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ РОГОВИЦЫ

З. Г. Камалов

Кафедра глазных болезней (зав.— проф. Н. Х. Хасанова) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Р е ф е р а т. Представлены результаты лечебной кератопластики обезвоженной роговицы при тяжелых вирусных кератитах, дистрофических процессах, гнойных язвах, рецидивирующих птеригиумах и дермоидных кистах роговицы. Анализ исходов свидетельствует об эффективности послойной кератопластики при указанных заболеваниях, не поддающихся лечению консервативными методами. Операцию следует проводить до появления необратимых изменений со стороны самой роговицы и переднего отдела сосудистого тракта. Наилучшие результаты были достигнуты при рецидивирующих птеригиумах.

В последние годы при тяжелых поражениях роговицы широко применяются различные виды лечебной кератопластики.

Нашей задачей являлось изучение эффективности лечебной пересадки обезвоженной роговицы при тяжелых вирусных, дистрофических кератитах, гнойных язвах роговицы, ожогах, рецидивирующих и первичных обширных птеригиумах. Под наблюдением находилось 60 больных (61 глаз) — 36 мужчин и 24 женщины в возрасте от 10 до 60 лет. У 9 из них был вирусный кератит, у 13 — дистрофический процесс, у 12 — гнойные язвы, у 24 — птеригиумы (у 21 рецидивирующие и у 3 первичные обширные) и у 2 — дермоидные кисты.

Мы использовали высушенную на силикагеле роговицу, трансплантаты которой фиксировали клеем, предложенным Н. Г. Гольдфельд (1970). Лишь у 3 детей дополнительно было наложено по 3—4 биошва.

Техника операции обычная. При рецидивирующих и обширных первичных птеригиумах трансплантатам придавали треугольную, трапециевидную или полукруглую форму. Во всех остальных случаях применялись трансплантаты округлой формы диаметром от 4 до 8 мм в зависимости от распространения патологического процесса на роговице. Во время операции у 10 пациентов (у 3 с язвами роговицы и у 7 с грыжами десцеметовой оболочки при вирусных кератитах) произошла перфорация роговицы. Однако она не повлияла на приживление трансплантатов, не было смывания фиксирующего клея. У 6 больных с тяжелым гнойным расплавлением роговицы в послеоперационном периоде произошло отхождение трансплантата. Четверем из них была сделана повторная операция, и трансплантаты прижили полупрозрачно; 2 больных отказались от повторной операции. У 2 пациентов с вирусным кератитом выявилась вторичная глаукома вследствие круговых задних синехий, по этому поводу была произведена антиглаукоматозная иридэктомия.

Во время первой перевязки, проводившейся через 2 суток, обнаружилось значительное уменьшение инъекции глаза, у больных с гнойными язвами уменьшался гипопион. При вирусных и дистрофических кератитах исчезала светобоязнь. Боли в глазу стихали на следующий же день после пересадки. При язвах роговицы уменьшались воспалительные явления со стороны радужки.

Особенно хороший эффект операции давали при рецидивирующих и обширных первичных птеригиумах: ни у одного из больных на отдаленных сроках (от 1 года до 2,5 лет) не выявлено рецидивов. Результаты, полученные при других заболеваниях, мы также оцениваем положительно, так как лечебный эффект был достигнут у всех оперированных, кроме двух, которые отказались от повторной операции после отторжения трансплантата. У 27 пациентов наступило прозрачное приживление

трансплантата, у 28 — полупрозрачное, у 3 — мутное. У 2 больных трансплантат отторгся. Острота зрения повысилась на 53 глазах, из них значительно — на 32; не было улучшения на 8 глазах. Ухудшения зрения не наблюдалось. Полученный эффект оказался стойким, а у 20 пациентов через 1—2,5 года острота зрения даже улучшилась по сравнению с результатами при выписке из стационара.

Наши наблюдения дают право считать послойную кератопластику эффективной при тяжелых вирусных, дистрофических кератитах, гнойных язвах роговицы, не поддающихся лечению консервативными методами. Послойная пересадка роговицы, сделанная до появления необратимых изменений со стороны самой роговицы и переднего отдела сосудистого тракта, дает наилучшие оптические и визуальные результаты, поэтому нет смысла длительно подвергать пациентов лишь консервативному лечению.

ЛИТЕРАТУРА

Гольдфельд Н. Г. Послойная пересадка обезвоженной роговицы с укреплением трансплантата клеем. М., 1970.

Поступила 19 июля 1977 г.

УДК 617.735—072.1—079.1

ФЛЮОРЕСЦЕНТНАЯ АНГИОГРАФИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛАЗНОГО ДНА

Ф. С. Еникеева

Кафедра глазных болезней (зав.— проф. Н. Х. Хасанова) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Реферат. Флюоресцентная ангиография облегчает дифференциальную диагностику дистрофических, воспалительных и опухолевых процессов в области глазного дна.

Флюоресцентная ангиография, предложенная в 1961 г. Novotny, Alvis и разработанная в отечественной офтальмологической практике И. П. Батраченко (1967), является наиболее объективным и достоверным из всех существующих методов исследования состояния кровотока в сетчатке и сосудистой оболочке глаза на уровне микроциркуляции. Движение контрастного вещества по сосудам, объективно регистрируемое серией фотографий, дает возможность наблюдать динамику кровотока в тканях глазного дна.

Общезвестны трудности дифференциальной диагностики, которые нередко испытывают офтальмологи при обследовании больных с заболеваниями глазного дна. Применения всего комплекса исследований (обратная, прямая офтальмоскопия, биомикроофтальмоскопия, офтальмохромоскопия) в ряде случаев недостаточно для уверенной оценки характера обнаруживаемого процесса на глазном дне. А между тем это очень важно для выбора наиболее рационального лечения. Нередко дистрофические процессы принимают за воспалительные, и проводимое в этих случаях лечение, особенно специфическое (в основном противотуберкулезное), приносит вред больным.

Учитывая все изложенное, мы использовали метод флюоресцентной ангиографии у 50 пациентов (лиц мужского пола — 23, женского — 27; возраст — от 9 до 58 лет), у которых по результатам традиционных и новейших методов офтальмологических исследований не удалось с достоверностью определить характер процесса на глазном дне, а следовательно — и назначить правильное лечение.