ЕАКО

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ОБЩЕСТВО ОФТАЛЬМОЛОГОВ РОССИИ

ЕКАТЕРИНБУРГСКИЙ ФИЛИАЛ ФГБУ «МНТК "МИКРОХИРУРГИЯ ГЛАЗА" им. акад. С. Н. ФЕДОРОВА» МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ

VI ЕВРО-АЗИАТСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ПО ОФТАЛЬМОХИРУРГИИ

В ГОД 85-ЛЕТИЯ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ С. Н. ФЕДОРОВА

МАТЕРИАЛЫ

25–27 АПРЕЛЯ, 2012
ЕКАТЕРИНБУРГ

СЛУЧАЙ БАКТЕРИАЛЬНОГО КЕРАТИТА ПОСЛЕ КРОССЛИНКИНГА РОГОВИЧНОГО КОЛЛАГЕНА

В. В. Зотов, Н. П. Паштаев
Чебоксарский филиал ФГБУ «МНТК "Микрохирургия глаза" им. акад. С. Н. Федорова» Минздравсоцразвития России, Чебоксары

Актуальность. Кератоконус – это дегенеративная, невоспалительная эктазия роговицы, характеризующаяся прогрессирующим истончением и неправильным астигматизмом. До недавнего времени основным методом лечения кератоконуса являлась сквозная пересадка роговицы, а методом реабилитации – ношение жестких газопроницаемых контактных линз. В современной офтальмологии широкое распространение получил метод имплантации интрастромальных колец. Как многообещающую и перспективную в настоящее время следует рассматривать методику кросслинкинга роговичного коллагена. Этот метод представляет собой фотополимеризацию стромальных волокон роговицы, возникающую в результате комбинированного воздействия фотосенсибилизирующего вещества (рибофлавин) и ультрафиолетового света. В результате лечения повышаются биомеханические свойства роговицы, а проведенные клинические исследования показали улучшение кератотопографических показателей и стабилизацию кератэктазии.

В этом сообщении представлен случай бактериального кератита, развившегося после процедуры кросслинкинга роговичного коллагена.

Пациент Я. 19 лет. Диагноз: прогрессирующий кератоконус 2-й степени обоих глаз. Острота зрения правого глаза 0,3 н/к. Кератометрия OD 44,75 на 58,16 дптр ах 132° (сильная ось), рефрактометрия в условиях циклоплегии Sph –5,0 Cyl –6,5 ах 165°, длина глаза 23,5 мм, пахиметрия в зоне эктазии 430 мкм. Пациенту была проведена стандартная процедура кросслинкинга в условиях операционной под местной анестезией. С помощью шпателя удалялся роговичный эпителий диаметром 6–7 мм. Перед УФ облучением инстиллировали 0,1 % раствора рибофлавина в течение 15 мин. Затем проводили облучение ультрафиолетовым светом (длина волны 375–376 нм) и плотностью мощности 3 мВт/см^2 в течение 30 мин. По завершении процедуры в конъюнктивальную полость закапывали раствор антибиотика ципрофлоксацин, а эрозированная поверхность роговицы покрывалась контактной линзой. В послеоперационном периоде местно 6 раз в день инстиллировали капли офтаквикс, оквис, индоколлир. На следующий день при осмотре глаз был умеренно раздражен, эрозированная поверхность была чистой и покрыта контактной линзой. Жалоб пациент не предъявлял. Значения корригированной остроты зрения оставались такими же, что и до операции. На 4-й день пациент пожаловался на боли в оперированном глазу, светобоязнь и снижение зрения. При биомикроскопии: инъекция конъюнктивы глазного яблока, стромальный отек роговицы и инфильтрат, расположенный в центральной оптической зоне, эпителизация была полной. Острота зрения с коррекцией снизилась до 0,1. По данным оптической когерентной томографии (ОКТ), инфильтрат определялся субэпителиально, горизонтальный размер составлял 1,09±0,1 мм, вертикальный 202±10 мкм. Бандажная контактная линза была удалена. По результатам микробиологического исследования конъюнктивальной полости были обнаружены пневмококки. К назначенному ранее лечению были добавлены дополнительно инстилляции окомистина, под конъюнктиву и внутримышечно раствор цефтриаксона. После 14 дней лечения горизонтальный размер инфильтрата, по данным ОКТ, составил 1,05±0,09 мм, а вертикальный 73±5 мкм. При биомикроскопии глаз был спокоен, отек роговицы не определялся. Пахиметрия роговицы в зоне эктазии составила 465 мкм. Кератометрия OD 46,25 на 54,75 дптр ах 100°. Значение корригированной остроты зрения составило 0,3. Через

1 месяц после процедуры при биомикроскопии роговицы инфильтрат полностью резорбировался, а на его месте определялось аваскулярное стромальное помутнение. Острота зрения составила 0,3 с коррекцией.

Роговичный эпителий является важным защитным барьером, через который могут проникать лишь некоторые бактерии (*Neisseria gonorhoeae, Corynebacterium diphtheria, Listeria monocytogenes*). Кросслинкинг роговичного коллагена является минимально инвазивным методом лечения кератоконуса, но стандартная методика требует удаления роговичного эпителия. Эпителизация эрозированной поверхности роговицы происходит в течение 2–5 дней, что является предпосылкой для развития кератита. В нашем случае кератит развился на фоне бандажной контактной линзы, которая также может быть фактором риска инфицирования, являясь своеобразным резервуаром для микроорганизмов. Поэтому перспективным направлением является разработка малотравматичных методов кросслинкинга. Одним из них является методика кросслиникинга роговичного коллагена с фемтолазерным формированием интрастромальных карманов для введения раствора рибофлавина с последующим ультрафиолетовым облучением, которая применяется в нашем центре наравне со стандартным методом.