
Висновки. Спостереження цих двох невеликих груп пацієнтів дає можливість припустити, що виконання десцеметорексії від парацентеза та використання оригінального інструменту для «атравматичного» десцеметорексії пришвидшують реабілітацію (реендотелізацію) пацієнтів.

Atraumatic Method of Central Descemetorhexis (DSO or DWEK) for the Treatment of Central Form of Fuchs Endothelial Corneal Dystrophy.

Kovalov I.A., Shargorodska I.V., Averyanova O.S., Molchaniuk N.I., Kovalov A.I.

AILAS Medical Center, Kyiv, Ukraine

Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

SI «The Filatov Institute of Eye Diseases and Tissue Therapy of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine», Odesa, Ukraine

Retrospective analysis of two patient groups. Both groups were similar in age, sex, and severity of dystrophy. They were treated with DSO as part of the Triple Procedure. The first group included 12 eyes of 12 patients, with Descemetorhexis performed using the standard method by Reverse Sinski Hook. The second group included 8 eyes of 8 patients, with Descemetorhexis created by the "atraumatic" method, starting from the side port with the original instrument. Restoration of a continuous endothelial cell layer (Re-Endothelization): 10 out of 12 eyes in Group 1 Re-Endothelized, with a mean time of 6.2 ± 3.3 weeks. Two eyes did not, and DMEK procedures were performed more than 6 months after DSO. All 8 eyes in Group 2 successfully re-endothelialized, with a mean time of 4.3 ± 3.8 weeks. In these small patient groups, using an "atraumatic" DSO approach with the side port as the starting point and the original instrument appears to promote faster re-endothelization.

Кон'юнктивотенонпластика в лікуванні післяопікових виразок рогівки

Костенко П.О.

ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України » (Одеса, Україна)

Актуальність. Опіки очей є поширеною, невідкладною ситуацією, яка може загрожувати втратою зору та становить 6–22% усіх травм ока. Їх ефективне лікування вимагає негайної оцінки стану ока, інтенсивного медикаментозного та нерідко хірургічного лікування.

Мета. Визначити показання та дослідити механізм успіху кон'юнктивотенонпластики в лікуванні післяопікових виразок

рогівки, лікування яких за допомогою альтернативних методів виявилось неефективним.

Матеріал та методи. Проведений ретроспективний аналіз історій хвороб 49 хворих з виразками рогівки, що утворилися після опіків очей III-IV ступенів, які не піддавалися медикаментозному лікуванню, та яким проведено покриття виразок клаптем аутокон'юнктиви з підлеглою теновою капсулою (49 очей – 49 операцій). Етіологія опіку: лужний – 24, кислотний – 13, термічний – 12 хворих. Втручання проводили на 2-48 дібу після отримання опіку. Площа виразок рогівки коливалась від 4x4 мм до тотальних, глибина виразок – від 1/10 до 1/3 товщини строми. Гострота зору до операції дорівнювала світловідчуттю – 0,08н/к. Терміни спостережень склали від 14 до 36 міс.

Методика операції. При часткових виразках рогівки (14 хворих) відсепарування кон'юнктиви від лімба та її наступне перміщення та мобілізацію разом з теновою капсулою проводили в найближчій ділянці до виразки рогівки. Фіксацію утвореного клаптя проводили таким чином, щоб покрити рогівку тільки в ділянці виразки. При тотальних виразках рогівки (35 хворих) проводилась кон'юнктивонекректомія та/або видалення грануляцій кон'юнктива. Після цього проводили відсепарування кон'юнктиви та тенової капсули від лімба до верхнього та/або нижнього кон'юнктивального склепіння (або реберного краю) таким чином, щоб утворений клапоть міг бути мобілізований на рогівку. Проводилась його фіксація у лімба епісклеральними швами та край в край над нею. У випадку великої площі некрозу кон'юнктиви операцію завершували провізornoю або постійною тарзоррафією (7/35 хворих).

Результати. Досягти загоєння виразки рогівки вдалося в усіх випадках. Зникнення явищ рогівкового синдрому (світлобоязнь, слъозотеча, блефароспазм) відбувалося протягом 7-10 діб після операції. Гострота зору після операції дорівнювала світловідчуттю у всіх хворих, тому що рогівка була покрита кон'юнктивою. У віддалені терміни спостережень світловідчуття також зберігалось у всіх хворих. У 1/49 хворих відбулося самостійне відходження клапотю кон'юнктиви та тенової капсули з рогівки через 3 місяці після операції з підвищенням зору до 0,5. У 30/49 хворих,

у яких до операції була велика площа некрозу кон'юнктиви, утворився симблефарон. Через 6-8 міс. після кон'юнктивотенопластики цим хворим проводилось поетапне його усунення з пластиною аутослизовою губи, з метою підготовки до косметичного протезування або до подальших оптичних операцій. 12/18 хворим без симблефарона в ці ж терміни було проведено зрізання кон'юнктиви та тенової капсули з рогівки. Епітелізація рогівки відбулася протягом 7-14 діб після видалення кон'юнктиви з утворенням помутнінь різного ступеня щільності та васкуляризації. Гострота зору у цих хворих склала від 0,01 до 0,3.

Висновки. Механізм успіху кон'юнктивотенопластики полягає в забезпеченні судинної, метаболічної та структурної підтримки язви рогівки, лікування якої за допомогою альтернативних методів виявилось неефективним. При своєчасному застосуванні кон'юнктивотенопластика у хворих з виразками рогівки після опіків очей III-IV ступенів є ефективним та безпечним методом їх лікування, який дозволяє досягти загоєння виразок рогівки та у майбутньому відновити зір.

Conjunctiva-Tenon Plasty in Treatment of Post-Burn Corneal Ulcers

Kostenko P.O.

SI «The Filatov Institute of Eye Diseases and Tissue Therapy of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine» (Odesa, Ukraine)

Application of autologous tissues for corneal ulcer treatment is one of the options in case of human donor cornea and amniotic membrane shortage. 49 patients (49 eyes) with corneal ulcers developed after grades III-IV ocular burns underwent ulcer covering by flap of autoconjunctiva and underlying Tenon's capsule. Cornea in all patients healed in 7-10 days after the operation. Visual acuity of light perception was in all patients after the operation. Symblepharon developed in 30/49 patients who had area of scleral conjunctiva necrosis before the operation. It was repaired at 8-12 months after the operation. Conjunctiva was removed from cornea in 12/18 patients without symblepharon at these terms, visual acuity improved to 0,01-0,3 in these patients. Conjunctival-Tenon plasty of corneal ulcers is a effective and safe method of treatment, which leads to fast healing of cornea if applied in time.
