



ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА
ПО ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ПАТЕНТУ

(52) СПК

A61F 9/007 (2023.05); A61F 2/14 (2023.05)

(21)(22) Заявка: 2023110509, 25.04.2023

(24) Дата начала отсчета срока действия патента:
25.04.2023

Дата регистрации:
06.02.2024

Приоритет(ы):

(22) Дата подачи заявки: 25.04.2023

(45) Опубликовано: 06.02.2024 Бюл. № 4

Адрес для переписки:

450008, г.Уфа, ул.Ленина, 3,
БАШГОСМЕДУНИВЕРСИТЕТ, патентный
отдел, Ахатов Искандер Шаукатович

(72) Автор(ы):

Кадыров Радик Завилович (RU),
Такаландзе Лия Мерабиевна (RU),
Гарипова Гузель Ильясовна (RU),
Карачурина Ирина Рависовна (RU)

(73) Патентообладатель(и):

федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего
образования "БАШКИРСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ"
Министерства здравоохранения Российской
Федерации (RU)

(56) Список документов, цитированных в отчете
о поиске: Оганесян О.Г.

Аутоконъюнктивальная пластика в urgentной
хирургии дефектов роговицы. Автореф. дис.
канд. мед. наук. - М., 2002. - 21 с. Гончаренко
А.О. Особенности хирургического лечения
перфораций роговиц различной этиологии
биоматериалом аллоплант. Раздел IV.
Офтальмохирургия. Актуальные проблемы
офтальмологии 2008, помещено на сайт в
Интернет (см. прод.)

(54) СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КРАЕВЫХ ЯЗВ РОГОВИЦЫ, В ТОМ ЧИСЛЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ДЕСЦЕМОЦЕЛЕ ИЛИ ПЕРФОРАЦИЕЙ РОГОВИЦЫ

(57) Реферат:

Изобретение относится к медицине, а именно к офтальмохирургии. Осуществляют хирургическое лечение краевой язвы роговицы, в том числе осложненной десцеметоцеле или перфорацией роговицы до 3-х мм. Проводят дезэпителизацию, некрэктомию язвенной поверхности и пластику роговицы аутоконъюнктивальным лоскутом «на ножке». При этом перед аутоконъюнктивальной пластикой на дефект укладывают биоматериал Аллоплант для послойной кератопластики толщиной 100, 150 или 200 мкм, диаметром от 6

до 10 мм, который моделируют по форме дефекта и воспринимающего ложа роговицы, и фиксируют узловыми швами 8/0 или 10/0 по периферии «край в край». После чего биоматериал Аллоплант для послойной кератопластики укрывают аутоконъюнктивальным лоскутом. Способ позволяет улучшить функциональные результаты лечения за счет усиления регенерации истонченного участка роговицы в зоне язвы, сократить срок купирования воспаления до 5-7 дней. 3 пр.

(56) (продолжение):

<<https://eyepress.ru/article.aspx?6126>> 26 февраля 2021 года; дата размещения подтверждена по адресу Интернет-архива <http://web.archive.org/web/20230000000000*/https://eyepress.ru/article.aspx?6126>. Кадырова Р.З., Экспериментально-морфологические и клинические аспекты создания гетеротопического аллогенного трансплантата для послойной кератопластики: диссертация доктора медицинских наук: Санкт-Петербург, 2014. - 267 с. д.м.н., проф. Аксенова С.В.; д.п.н., проф. Ахметов М.А. и др. Вестник научных конференций. Актуальные вопросы образования и науки: по материалам международной научно-практической конференции 31 октября 2019 г. N10-1(50). Часть 1. 128 с. RU 2368361 C1, 27.09.2009. RU 2644297 C1, 08.02.2018. RU 2692600 C1, 25.06.2019.

R U 2 8 1 3 0 7 0 C 1

R U 2 8 1 3 0 7 0 C 1



FEDERAL SERVICE
FOR INTELLECTUAL PROPERTY

(12) **ABSTRACT OF INVENTION**

(52) CPC

A61F 9/007 (2023.05); *A61F 2/14* (2023.05)(21)(22) Application: **2023110509, 25.04.2023**(24) Effective date for property rights:
25.04.2023Registration date:
06.02.2024

Priority:

(22) Date of filing: **25.04.2023**(45) Date of publication: **06.02.2024** Bull. № 4

Mail address:

**450008, g.Ufa, ul.Lenina, 3,
BASHGOSMEDUNIVERSITET, patentnyj otdel,
Akhatov Iskander Shaukatovich**

(72) Inventor(s):

**Kadyrov Radik Zavilovich (RU),
Takalandze Liia Merabievna (RU),
Garipova Guzel Iliasovna (RU),
Karachurina Irina Ravisovna (RU)**

(73) Proprietor(s):

**federalnoe gosudarstvennoe biudzhethnoe
obrazovatelnoe uchrezhdenie vysshego
obrazovaniia «BASHKIRSKII
GOSUDARSTVENNYI MEDITSINSKII
UNIVERSITET» Ministerstva
zdravookhraneniia Rossiiskoi Federatsii (RU)**

(54) **METHOD OF SURGICAL TREATMENT OF MARGINAL CORNEAL ULCERS, INCLUDING COMPLICATED DESCEMETOCELE OR CORNEAL PERFORATION**

(57) Abstract:

FIELD: medicine; ophthalmic surgery.

SUBSTANCE: surgical treatment of marginal corneal ulcers is performed, including those complicated by descemetocele or corneal perforation up to 3 mm. Deepithelialization, necrectomy of the ulcerative surface and corneal plastic surgery with an autoconjunctival flap "on a pedicle" are performed. Before autoconjunctival plasty, Alloplant biomaterial for layered keratoplasty with a thickness of 100, 150 or 200 microns, a diameter of 6 to 10 mm is placed on the defect, which is modelled according to the shape of the

defect and the receptive bed of the cornea, and fixed with interrupted sutures 8/0 or 10/0 according to periphery "edge to edge". After that, the Alloplant biomaterial for layer-by-layer keratoplasty is covered with an autoconjunctival flap.

EFFECT: improvement of the functional results of treatment by enhancing the regeneration of the thinned area of the cornea in the ulcer area, reducing the period of relief of inflammation to 5–7 days.

1 cl, 3 ex

Изобретение относится к области медицины, а именно к офтальмохирургии, и может быть использовано при лечении краевых язв роговицы, в том числе осложненных десцеметоцеле и перфорацией роговицы.

Язвы роговицы относятся к одним из самых сложных офтальмологических заболеваний. Они трудно поддаются медикаментозной терапии. Наличие роговичного синдрома, сопровождающего язву роговицы (инъецированность глазного яблока, светобоязнь, слезотечение), снижают остроту зрения и «качество жизни» пациента. Осложнения данной патологии в виде десцеметоцеле и перфорации роговицы могут привести к распространению инфекционного процесса внутрь глаза с развитием эндофтальмита или панофтальмита и полной гибели глаза.

Частота осложнений язв роговицы при бактериальных язвах варьирует от 9 до 37%, при иммунных язвах составляет 19-32%, при ожогах глаз язвы и перфорации роговицы наблюдаются в 21-76% случаев [Иванова И.В., Боброва Н.Ф., Кровошеин Ю.С. // Офтальмологический журнал. - 1999. - №3. - С. 163-170.; Иванова Н.В., Боброва Н.Ф., Кровошеин Ю.С. // Человек и лекарство: тез. докл. VII Рос.нац.конгресса. - 2000. - С. 287.], гнойная язва роговицы составляет 33,2% как первичная и 37,3%) как вторичная инфекция [Майчук Ю.Ф. Фармакотерапия воспалительных заболеваний глаза: вчера, сегодня, завтра. Актуальные вопросы воспалительных заболеваний глаза. М: 2001; 7-17.].

Известен способ монологической аутокератопластики оптической зоны роговой оболочки. Суть метода заключается в формировании лоскута аутосклеры на 1/2 толщины склеры основанием к лимбу, путем иссечения послойного кератотрансплантата толщиной, равной глубине язвенного дефекта на 12 часах под верхним веком с отступом 1 мм от лимба. При этом кератотрансплантат укладывается в ранее подготовленное ложе фиксируется швами [Цветков А.Л., Цветков А.А. Способ монологической аутокератопластики оптической зоны роговой оболочки. Заявка на изобретение №201812697, 13.06.2018.].

Известен способ хирургического лечения тяжелых ожогов и глубоких язв роговицы. Метод используется при лечении глубоких язв роговицы, не поддающихся консервативному лечению и угрожающих перфорацией. Производят иссечение некротизированной ткани роговицы. Дополнительно в роговице формируют тоннель к основанию ножки аутоконъюнктивального лоскута. При закрытии дефекта конъюнктивальный лоскут погружают в строму роговицы. Фиксацию осуществляют узловыми швами край в край в роговичном ложе и тоннеле. Способ позволяет сформировать полноценную рубцовую ткань за счет усиления микроциркуляции и стимуляции репаративных процессов [Макаров П.В., Гундорова Р.А., Борюгово Г.Г. Способ хирургического лечения тяжелых ожогов и глубоких язв роговицы. Патент РФ на изобретение №2134561, 20.08.1999.].

Известен способ пластики перфорации роговой оболочки лоскутом аутосклеры. Для пластики перфорации роговой оболочки лоскутом аутосклеры проводят формирование лоскута аутосклеры на Vi толщины склеры с наличием видимого сосуда, основанием к лимбу. При этом лоскут укладывается на дефект роговой оболочки и фиксируется 6 швами к роговой оболочке с умеренным натяжением. Дефект склеры закрывается ранее отсепарированной конъюнктивой и тенноновой капсулой с фиксацией их двумя узловыми швами [Цветков А.Л., Цветков А.А.: Способ пластики перфорации роговой оболочки лоскутом аутосклеры. Патент РФ на изобретение №2692600, 25.06.20019.].

Известен способ пластики язвенного дефекта роговицы при его парацентральной локализации. При хирургическом лечении язв роговицы инфекционной и неинфекционной

этиологии в области язвенного дефекта производят дезэпителизацию роговицы. Затем на язвенный дефект накладывают два узловых или один х-образный шов, в зависимости от размеров дефекта, при этом узлы не погружают в строму роговицы. Вдоль лимба в области язвенного дефекта отсепааровывают конъюнктиву и формируют из нее лоскут.

5 Лоскут формируют посредством сдвигания и подтягивания конъюнктивы к центру роговицы и накрывают им язвенный дефект и зону инфильтрации. После этого лоскут фиксируют п-образным швом в области вершины. Дополнительно на боковые стороны сформированного лоскута накладывают еще два шва, по одному на каждую сторону. Длина каждого шва не превышает 2 мм. Способ упрощает лечение язвенных дефектов

10 роговицы как неинфекционной, так и инфекционной этиологии, за счет исключения использования имплантатов, донорского материала особого хирургического инструментария и необходимости иссечения значительной части тканей роговицы [Бахарев А.В., Соловьев Я.А.: Способ пластики язвенного дефекта роговицы при его парацентральной локализации. Патент РФ на изобретение №2644297, 08.02.2018].

15 Известен способ хирургического лечения язвы роговицы с использованием аутооттрансплантата из теноновой оболочки. Способ предусматривает выкраивание трансплантата из теноновой капсулы путем отсепааровывания конъюнктивы и формирования основания трансплантата (питающей ножки) и закрытие язвенного дефекта ткани роговицы выкроенным теноновым трансплантатом путем перемещения

20 указанного трансплантата на поверхность язвы, иссечения отсепаарованного участка конъюнктивы и фиксации трансплантата к склере узловыми швами [Поромова И.Ю. Комплексный подход к лечению тяжелых язвенных кератитов: Автореферат. дис... канд. мед. наук: 14.00.08/Петрозаводский государственный университет-СПб., 2000. - С. 11-13.].

25 Наиболее близким аналогом изобретения является способ конъюнктивальной кератопластики, предусматривающий перемещение аутоконъюнктивального лоскута на двух или на одной ножке в зону повреждения. При этом раневая поверхность пересаженного конъюнктивального лоскута должна плотно соприкасаться с язвой роговицы, лишенной в области дефекта эпителия и боуменовой оболочки. Под местной

30 анестезией, инфильтрационной и регионарной, около лимба отсепааровывается лоскут конъюнктивы в виде полосы, лучше с височной стороны, так как здесь больше конъюнктивы. Длина и ширина лоскута зависят от места расположения дефекта на роговице и его величины. Эпителизация роговицы происходит в течение 7-10 дней [Оганесян О.Г. Аутоконъюнктивальная пластика в ургентной хирургии дефектов

35 роговицы. Автореферат. дис.... канд. мед. наук. - М., 2002. - 21 с.]

Недостаток прототипа заключается в отсутствии коллагенового субстрата, который является источником регенерации элементов роговицы и позволяет в дальнейшем истонченному участку роговицы в зоне язвы заместиться полноценным регенератом. Кроме этого, аутоконъюнктивальный лоскут неплотно прилегает к неравномерной

40 поверхности язвы роговицы, что в свою очередь может вызвать смещение данного лоскута.

Задачей изобретения является разработка способа хирургического лечения краевых язв роговицы, в том числе осложненных десцеметоцеле или перфорацией роговицы до 3-х мм.

45 Технический результат при использовании изобретения - улучшение функциональных результатов лечения за счет усиления регенерации истонченного участка роговицы в зоне язвы, сокращение срока купирования воспаления до 5-7 дней.

Предлагаемый способ хирургического лечения краевых язв роговицы, в том числе

осложненных десцеметоцеле или перфорацией роговицы, осуществляется следующим образом. По периферии язвы в пределах 2-3 мм здоровых тканей производят разметку и расслоение роговицы на глубину 1\2-1\3 с помощью лезвия, с удалением некротизированных тканей язвы, в пределах намеченного участка. В области десцеметоцеле и перфорации производят деэпителизацию роговицы осторожно, без опорожнения влаги передней камеры. На образовавшийся дефект укладывают биоматериал Аллоплант для послойной кератопластики (Регистрационное удостоверение на медицинское изделие от 29.12.2021 г. №ФСР 2011/12012) толщиной 100,150 или 200 мкм, диаметром от 6 до 10 мм, в зависимости от размера дефекта, который моделируют по форме воспринимающего ложа роговицы. Фиксацию трансплантата осуществляют узловыми швами 8\0 или 10\0 по периферии «край в край». Биоматериал Аллоплант не должен «парусить» и выступать над поверхностью роговицы. В верхнем или нижнем секторе, ближайшем к язвенной поверхности, выкраивают аутоконъюнктивальный лоскут на «ножке», с сохранением питающих кровеносных сосудов.

Аутоконъюнктивальным лоскутом укрывают биоматериал Аллоплант для послойной кератопластики относительно свободно, без натяжения. Фиксацию конъюнктивального лоскута производят узловыми швами 8\0. Дефект конъюнктивы, образовавшийся после дислокации конъюнктивального лоскута, закрывают аутоконъюнктивой со сводов.

Таким образом, использование биоматериала Аллоплант для послойной кератопластики и аутоконъюнктивального лоскута «на ножке» с максимальным сохранением здоровых участков роговицы обеспечивает полное купирование воспалительного процесса в течение 5-7 дней, с формированием рубца или полноценного роговичного регенерата в течение 3-6 месяцев. Аллоплант используется как коллагеновый каркас для стимуляции регенерации роговицы. В послеоперационном периоде, по мере истончения аутоконъюнктивального лоскута, появляется возможность контролировать визуально процесс замещения биоматериала Аллоплант и регенерацию роговицы. Кроме того, в случае сокращения или дислокации аутоконъюнктивального лоскута оголяется не язвенная поверхность, а аллотрансплантат для послойной кератопластики. Покрытие сверху аутоконъюнктивальным лоскутом позволяет защитить биоматериал от воздействия ферментов слезы, и способствует более длительному и оптимальному процессу замещения, что в свою очередь позволяет сформировать полноценную рубцовую ткань.

Сущность изобретения поясняется следующими клиническими примерами.

Пример 1.

Больная С, 77 лет, находилась на стационарном лечении во Всероссийском центре глазной и пластической хирургии.

Диагноз: OS Краевая язва роговицы, осложненная десцеметоцеле.

Анамнез: около 1 месяца назад появились жалобы на чувство инородного тела в левом глазу, боль, дискомфорт, слезотечение, покраснение левого глаза, снижение остроты зрения, косметический дефект.

При поступлении:

Visus OD 0,3 - 0,4 с корр. 0,7

Visus OS движение руки у лица не корр.

Tensio OD 13 мм рт. ст.

Tensio OS 17 мм рт. ст.

Status localis:

OD: спокоен, роговица прозрачная, передняя камера средней глубины, влача прозрачная, зрачок круглый, фотореакция в норме. Глазное дно: ДЗН бледно-розовый,

границы четкие, экскавация физиологическая, артерии сужены, вены широкие, полнокровные, в макулярной области рефлекс отсутствует, патологических очагов на всем протяжении сетчатки не обнаружено.

OS: умеренная инъектированность конъюнктивы в нижнем секторе. Роговица: в нижне-наружном секторе язва с десцеметоцеле, с нечеткими границами, помутнением слоев роговицы, начиная от центра зрачка прозрачная, передняя камера неравномерная, влага прозрачная, зрачок круглый, фотореакция вялая. Глазное дно: не офтальмоскопируется.

Операция OS Кератопластика конъюнктивальная по предлагаемому способу. По периферии язвы в пределах 2-3 мм здоровых тканей произвели разметку и расслоение роговицы на глубину 1/2 с помощью лезвия, с удалением некротизированных тканей язвы, в пределах намеченного участка. В области десцеметоцеле и периферии (область, где будет уложен аутоконъюнктивальный лоскут) произвели деэпителизацию роговицы. На образовавшийся дефект был уложен биоматериал Аллоплант для послойной кератопластики толщиной 150 мкм, диаметром 6 мм, который был смоделирован по форме воспринимающего ложа роговицы. Фиксацию трансплантата была осуществлена с помощью узловых швов 8/0 по периферии «край в край». В нижне-внутреннем секторе, ближайшем к язвенной поверхности, был выкроен аутоконъюнктивальный лоскут на «ножке», с сохранением питающих кровеносных сосудов. Аутоконъюнктивальным лоскутом был укрыт биоматериал Аллоплант для послойной кератопластики. Фиксацию конъюнктивального лоскута произвели узловыми швами 8/0. Дефект конъюнктивы, образовавшийся после дислокации конъюнктивального лоскута, закрыли аутоконъюнктивой со сводов. При выписке:

Visus OD 0,3 - 0,4 с корр. 0,7

Visus OS движение руки у лица не корр.

Tensio OD 13 мм рт. ст.

Tensio OS (полпатрона) TON

Status localis:

OD: без изменений.

OS: роговица в нижнем секторе покрыта лоскутом конъюнктивы, на остальном протяжении прозрачная, умеренная инъектированность аутоконъюнктивального лоскута, конъюнктивы в нижнем секторе, передняя камера в видимой части равномерная, влага прозрачная, зрачок круглый, фотореакция вялая. Глазное дно: не офтальмоскопируется. В послеоперационном периоде через 7 дней воспалительный процесс полностью купирован, конъюнктивальный лоскут закрывает часть роговицы, не смещен, под конъюнктивальным лоскутом аллотрансплантат для хирургии Аллоплант для послойной кератопластики полностью заместился.

Пациент выписан с улучшением на амбулаторное лечение по месту жительства.

Через 10 месяцев

Visus OD 0,3 - 0,4 с корр. 0,7

Visus OS движение руки у лица не корр.

Tensio OD 13 мм.рт.ст.

Tensio OS (полпатрона) TON

Status localis:

OD: без изменений.

OS: роговица в нижнем секторе покрыта лоскутом конъюнктивы, на остальном протяжении прозрачная, умеренная инъектированность аутоконъюнктивального лоскута, конъюнктивы в нижнем секторе, передняя камера в видимой части равномерная, влага

прозрачная, зрачок круглый, фотореакция вялая. Глазное дно: не офтальмоскопируется.

Пример 2.

Больной Г., 74 лет, находился на стационарном лечении во Всероссийском центре глазной и пластической хирургии.

5 Диагноз: OS Краевая язва роговицы.

Анамнез: 3 месяца назад появились жалобы на чувство инородного тела в левом глазу, покраснение, боль, дискомфорт, слезотечение, снижение остроты зрения, лечился амбулаторно без эффекта. При поступлении:

Visus OD 0,8 сф.+1,0 Д цили.-2,0 Д ось 90 гр=1,0

10 Visus OS счет пальцев у лица не корр.

Tensio OD 17 мм рт. ст. Tensio OS (полпатрона) TN

Электрофизиология:	OD	OS
15 Электрочувствительность	100мкА	100 мкА
Электрорабильность	38 Гц	39 Гц

Status localis:

OS: Инъецированность глазного яблоко. Роговица: во внутреннем секторе язва, 20 размером 6 на 4 мм овальной формы (около 6 мм), с захватом оптической зоны, передняя камера средней глубины, влага прозрачная, зрачок круглый. Глазное дно: не офтальмоскопируется. Операция OS-Конъюнктивальная кератопластика. Произвели пластику роговицы аутоконъюнктивальным лоскутом по предлагаемому способу. Провели некрэктомию поверхности язвы и удалили роговичный эпителий на участке, 25 где будет расположен аутоконъюнктивальный лоскут. Обработали поверхность язвы 5% раствором йода. На образовавшийся дефект роговицы был уложен Аллоплант для послойной кератопластики толщиной 100 мкм, диаметром 10 мм, который смоделировали по форме воспринимающего ложа. Фиксацию трансплантата осуществили узловыми швами 10/0. В нижне-внутреннем секторе выкроили 30 аутоконъюнктивальный лоскут с сосудистым пучком. Лоскут «на ножке» уложили поверх биоматериала Аллоплант для послойной кератопластики и зафиксировали узловыми швами 8/0 без натяжения.

При выписке:

Visus OD 0,8 сф.+1,0 Д цили.-2,0 Д ось 90 гр=1,0

35 Visus OS 0,06 н\к OD: без изменений.

OS: умеренно раздражен, конъюнктивальный лоскут фиксирован, биоматериал Аллоплант полностью укрыт аутоконъюнктивальным лоскутом, швы состоятельны, оптическая зона роговицы интактная, передняя камера средней глубины, влага прозрачная. Глазное дно: рефлекс розовый.

40 Через 6 месяцев. OS: глаз спокоен, конъюнктивальный лоскут почти прозрачный, под ним просматривается на 50% заместившийся биоматериал Аллоплант, передняя камера средней глубины, влага прозрачная.

Пример 3.

45 Больной Х., 17 лет, находился на стационарном лечении во Всероссийском центре глазной и пластической хирургии с диагнозом: OU Краевая язва роговицы, осложненная перфорацией, тампонирующей радужкой. Соп: ДЦП, задержка развития.

Анамнез: жалобы на покраснение, периодически проявляющуюся боль, дискомфорт, слезотечение, чувство инородного тела.

При поступлении:

Visus OD предметное зрение не корр.

Visus OS светоощущение не корр.

Tensio OD (пальпаторно) TN

5 Tensio OS (пальпаторно) TN

Status localis:

OS: Язва роговицы, овальной формы, 2,5 мм, в верхней части оптической зоны, осложненная перфорацией, тампонирующей радужкой. Передняя камера
10 неравномерная, влага прозрачная, зрачок подтянут кверху. Глазное дно: не офтальмоскопируется.

Операция под наркозом:

OS Конъюнктивальная кератопластика по предлагаемому способу. Произвели
иссечение поверхностных слоев роговицы вокруг язвы в виде полосы шириной 1,5-2
мм с захватом здоровых участков, на глубину до $1\frac{1}{3}$ - $1\frac{1}{2}$ толщины роговицы. Осторожно
15 удалили эпителий в зоне фистулы (без опорожнения влаги передней камеры). На образовавшийся дефект роговицы был уложен Аллоплант для послойной кератопластики толщиной 200 мкм, диаметром 10 мм, который смоделировали по
форме воспринимающего ложа уложили на дезэпителизированный участок и фиксировали
узловыми швами 8/0. В верхне-внутреннем секторе выкроили аутоконъюнктивальный
20 лоскут «на ножке» и укрыли им биоматериал Аллоплант для послойной кератопластики. Фиксировали узловыми швами 8/0. Дефект конъюнктивы глазного яблока закрыли аутоконъюнктивой со сводов.

При выписке: OS- Инъецированность глазного яблока, конъюнктивальный лоскут
полностью закрывает зону язвы и биоматериал Аллоплант, швы состоятельны, передняя
25 камера неравномерная, влага прозрачная. На следующем этапе (через 7 мес) провели оперативное лечение: I этап кератопротезирования на левый глаз, через год и 9 месяцев - II этап кератопротезирования (установка оптической части).

В связи с наличием общего заболевания (ДЦП, задержка развития) у пациента, определение остроты зрения вызывало сложности. Ориентировочная острота зрения
30 0,1-0,2. Status localis:

OS: Вся роговица мутная, равномерная по толщине, в центре оптическая часть кератопротеза. Глублежащие слои не просматриваются.

(57) Формула изобретения

35 Способ хирургического лечения краевой язвы роговицы, в том числе осложненной десцеметоцеле или перфорацией роговицы до 3-х мм, включающий дезэпителизацию, некрэктомию язвенной поверхности и пластику роговицы аутоконъюнктивальным лоскутом «на ножке», отличающийся тем, что перед аутоконъюнктивальной пластикой на дефект укладывают биоматериал Аллоплант для послойной кератопластики
40 толщиной 100, 150 или 200 мкм, диаметром от 6 до 10 мм, который моделируют по форме дефекта и воспринимающего ложа роговицы, и фиксируют узловыми швами 8/0 или 10/0 по периферии «край в край», после чего биоматериал Аллоплант для послойной кератопластики укрывают аутоконъюнктивальным лоскутом.