

Диагностика редких заболеваний роговицы в условиях оптического салона: кератоторус

Кератоторус (пеллюцидная краевая дегенерация роговицы) - довольно редко встречающаяся кератоэктазия, развивающаяся вследствие дегенеративных изменений роговицы и сопровождающаяся истончением узкой полосы роговицы вдоль её нижнего края (Knobel H.H., Demeter U., 1981). Кератоторус наряду с кератоконусом и кератоглобусом по международной классификации болезней относится к конституционально-наследственным эктазиям роговицы. Поводом для такого объединения послужили сходные черты этих состояний:

характерная деформация корневальной поверхности и истончение роговицы, располагающееся при кератоконусе в нижней части роговицы (чаще всего от нуля до 20 градусов от центра), при кератоглобусе зона деформации занимает большую площадь (почти всю роговицу), а при кератоторусе эта зона располагается вблизи лимба, иногда кольцевидно;

- наличие первичных и вторичных форм: первичные формы чаще всего поражают оба глаза и в небольшом проценте случаев осложняются острым состоянием, из которых наиболее известен острый кератоконус;

- как в литературе, так и в нашей практике встречается сочетание описанных эктазий, например кератоконуса и кератоторуса, что подтверждает обоснованность классификации.

Что же такое кератоторус? С одной стороны, по данным исследований С. Eggers (1978), кератоторус является наследственным заболеванием и передается по аутосомно-рецессивному типу. С другой стороны кератоторус - не

остоятельное заболевание, а скорее всего характерная эктазия, вызванная большой группой различных по своей природе и течению периферических дистрофий роговицы (W. Hammerstein, 1975). Прогрессирующий характер заболевания и неправильный астиг-

матизм, трудно поддающийся обычной очковой или контактной коррекции приводит к тому, что этим пациентам нередко ставится диагноз кератоконус. Между тем, им требуется проведение своевременной дифференциальной диагностики, от эффек-

тивности которой напрямую зависит дальнейшая тактика ведения данных пациентов. В связи с тем, что периферическим дистрофиям, в отличие от кератоконуса, свойственна опасность перехода в более тяжелые отечные формы, пациентам с кератоторусом требуется гораздо большая осторожность при назначении контактных линз, обязательное назначение поддерживающей медикаментозной терапии и более частого диспансерного наблюдения.

Подбор контактных линз у пациентов с кератоторусом вызывает определенные трудности из-за наличия очень низко расположенной зоны деформации роговицы. Назначение не оптимальной (стандартной) конструкции контактной линзы может вызвать резкое ухудшение в течении этого вида дистрофии. Трудности вызывает и хирургическое лечение: сквозная кератопластика трудна из-за периферической локализации процесса и, нередко не показана, так как центральная зона роговицы обычно прозрачна.

Как же офтальмологу или оптометристу кабинета коррекции зрения оптического салона поставить диагноз периферической дистрофии и деформации роговицы по типу кератоторуса? Для этого необходимо тщательный



рис. 1

анализ всех полученных данных, в том числе и анамнеза.

Жалобы и данные анамнеза сходны с жалобами при кератоконусе, но заболевание может начаться в любом возрасте, чаще одновременно на двух глазах, сопровождается неправильным астигматизмом. В отличие от кератоконуса обращает на себя внимание эффективность коррекции зрения с помощью цилиндров большой силы (8-10-12 диоптрий) с вертикальной осью, чаще всего 90 градусов. Длительное время у таких больных может сохраняться высокая острота зрения.

Очень характерную картину можно наблюдать уже при авторефкератометрии. Диагностические кольцевидные марки имеют характерный вытянутый книзу (каплевидный) вид (рис.1). При биомикроскопии роговицы выявляется кольцевидное истончение и помутне-



рис. 2

ние роговицы на расстоянии 1-1,5 мм от лимба, которое не всегда выглядит как полное кольцо, а может быть в виде отдельных дуг обычно в верхнем и нижнем сегментах. Центральная область роговицы как правило прозрачна (рис. 2,3).



рис. 3

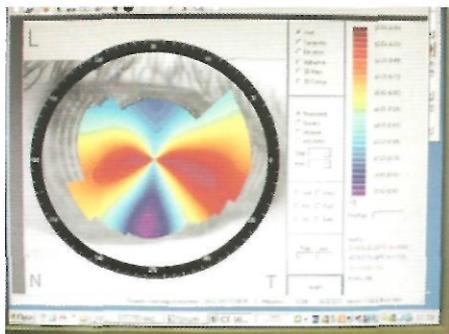


рис. 4

Кератотопограмма при выраженных формах типична (рис. 4), но в ряде случаев начальных стадий болезни большие трудности представляет дифференциальный диагноз с низковершинным кератоконусом. В сложных случаях для дифференциальной диагностики рекомендуется использовать такие перспективные и современные методы диагностики как конфокальная микроскопия роговицы.

Примечательно, что поводом для написания данной статьи послужил случай из практики - пациент с кератоторусом был направлен на консультацию в медицинский центр учебного центра оптометристом из Московской области с небольшим опытом работы и прошедшим специализацию в НОЧУ «Колледж медицинской оптики и оптометрии». Данный случай еще раз подтверждает целесообразность включения в программу подготовки оптометристов курса лекций по диагностике кератоконуса и других дегенеративных изменений. В нашем учебной цен-

тре такой курс ведет преподаватель к.м.н. Тамара Давыдовна Абугова.

Представленные фотографии выполнены авторами.

www.optometryschool.ru

личная страница Абуговой Т.Д.
<http://abugova-t-d.livejournal.com/>

Литература:

Eggers С. Keratotorus. Aetiology with regard to heredity. Klin Monbl Augenheilkd, 1978;173(4):551-7.

Hammerstein W. Clinical aspects of keratotorus. Bericht uber die Zusammenkunft Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft, 1975; 73: 274-276

Knobel Н.Н., Demeler U. Contribution to clinic and pathohistology of keratotorus. Ophthalmologica, 1981;183(3):117-21.

Parunovic A., Ilic B. Floppy eyelid syndrome asociated with keratotorus. Br J Ophthalmol., 1988; 72(8): 634-635.

Мягков А.В., Абугова Т.Д.
НОЧУ ДПО УЦ ПК «Медицинской оптики и оптометрии», группа компаний «ОПТИК СИТИ», г. Москва