

Животных в каждой группе выводили из эксперимента на 4, 7, 15, 30, 60, 180 сутки передозировкой барбитуратов. Глаза энуклеировали и фиксировали в 10% нейтральном забуференном растворе формалина по Лилли. После заливки в целлоидин–парафин изготавливали серийные срезы толщиной 6–7 мкм с последующей окраской гематоксилином–эозином и пикрофуксином. Микроскопия и фотографирование препаратов осуществляли на световом микроскопе Amplival (фирмы Karl Zeiss, Jena).

Результаты гистологического исследования при введении ДБА

На 4 сутки от момента введения структурных изменений в частицах крупнодисперсного ДБА мы не наблюдали. Между частицами ДБА отмечали скудную диффузную макрофагально–фибробластическую инфильтрацию (рис. 1 на цветной вкладке). На 7 сутки эксперимента отмечалось образование элементов грануляционной ткани на границе с тканевым ложем, увеличение относительного количества макрофагов в клеточном инфильтрате (рис. 2). Однако краевая деградация частиц крупнодисперсного биоматериала в данный срок была выражена слабее, чем в мелкодисперсных частицах (рис. 3). На 15 сутки кардинальным отличием являлось появление участков незрелой соединительной ткани среди частиц ДБА на фоне умеренной макрофагально–фибробластической инфильтрации (рис. 4) с интенсивной краевой деградацией биоматериала (рис. 5). К 30–м суткам незрелая соединительная ткань распространялась на все пространство между незначительным количеством структурно измененных частиц ДБА (рис. 6). Незрелая соединительная ткань характеризовалась наличием большого количества фибробластов, находящихся на разных стадиях дифференцировки, среди которых диффузно распределены единичные мононуклеары. На 60 сутки отмечалось формирование грубоволокнистого хорошо васкуляризированного регенерата (рис. 7). Снижалось относительное количество недифференцированных клеток соединительной ткани. Происходила мультипликация коллагеновых волокон. Имелись единичные частицы ДБА. На 180 сутки наблюдался соединительно–тканый регенерат, представленный грубой оформленной соединительной тканью с разнообразной пространственной ориентацией волокон (рис. 8, 9). В эти сроки определяли дифференцированные звенья

микроциркуляторного русла: артериолы, капилляры, вены. Структуры трансплантата, новообразованные волокна образуют интимное сращение с эписклерой реципиента.

На основании приведенных данных можно сделать вывод, что деградация частиц крупнодисперсного ДБА происходит медленно. Это, в свою очередь, ведет к изменению межклеточных коопераций инфильтрата в зоне контакта с биоматериалом, вследствие чего происходит развитие грануляционной ткани с последующим формированием на ее основе соединительно–тканного регенерата.

Таким образом, структурная организация гомогенизированного биоматериала и в значительной степени его уровень дисперсности определяют динамику репаративных процессов в эписклере. Активное формирование микроциркуляторного русла в зоне трансплантации крупнодисперсного ДБА является неотъемлемой частью всего механизма замещения гомогената, обеспечивая метаболические потребности регенерата. По мере резорбции структур ДБА параллельно происходит дифференцировка фибробластов, появление их зрелых форм. Процесс замещения крупнодисперсного ДБА диффузный, имеет стадийный характер резорбции. В результате процесса «резорбции–замещения» на его месте образуется регенерат из плотной оформленной соединительной ткани. Характерна разнонаправленная пространственная организация регенерата при его плотной адгезии с эписклерой реципиента.

Галимова В.У., Кадыров Р.З., Рашид М.Ж.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ УЗКОГО СИМБЛЕФАРОНА С ПРИМЕНЕНИЕМ БИОМАТЕРИАЛА «АЛЛОПЛАНТ»

Исследовано применение биоматериала «Аллоплант» в хирургии узкого симблефарона после ожоговых процессов в конъюнктиве века и глазного яблока. Получен положительный функциональный результат при пластике конъюнктивы аллотрансплантатом, что позволяет рекомендовать его в клинической практике.

Ожоги глаз занимают значительную часть среди травм органа зрения 6,9 – 30,5% (Пучковская Н.А., 2001) и являются серьезной медицинской и социальной проблемой. Большинство пострадавших пациенты трудоспособного возраста. Узкий симблефарон, фор-

мирующийся в результате ожоговых процессов в конъюнктиве века и глазного яблока, является психологическим и косметическим дефектом для больного. Он ограничивает движения глаза, препятствует косметическому протезированию и проведению хирургических вмешательств на роговице. Известны многие способы хирургического лечения симблефарона с использованием аутослизистой губы (Захаров А. П., 1951), аллотрансплантатом из слизистой оболочки пищевода (Джалишвили О.А, Касуха Ф.М., 1972). Недостатками данных методик являются образование заворота губы, сложности забора слизистой пищевода и замещение пересаженной слизистой пищевода в отдаленные сроки ярко красной конъюнктивой, отличающейся от соседних участков.

Для решения данной задачи во Всероссийском центре глазной и пластической хирургии разработан трансплантат для пластики конъюнктивы (Мулдашев Э.Р., Галимова В.У., 1979), который успешно применяется в хирургическом лечении узкого симблефарона.

Методы и материалы

Прооперирован 31 пациент (37 глаз) с узким симблефароном. Среди пациентов было 11 женщин и 20 мужчин в возрасте от 10 до 72 лет. По причинам, вызвавшим образование симблефарона, пациенты были распределены следующим образом: послеожоговый симблефарон – 16 случаев (кислотный – 7, термический – 5, щелочной – 4 случая); поствоспалительный симблефарон – 2 случая; послеоперационный симблефарон – 10 случаев; посттравматический симблефарон – 3 случая.

Основные этапы операции

1. Рассечение симблефарона и отделение патологически измененной конъюнктивы от склеры и роговицы.

2. Использование мобилизованной ткани рассеченного симблефарона для пластики конъюнктивы века и сводов.

3. Применение аллосухожилных нитей для погружения тканей симблефарона в своды.

4. Пластика образовавшегося дефекта конъюнктивы глазного яблока аллотрансплантатом для пластики конъюнктивы серии «Аллоплант», который фиксируется в расправленном состоянии к эписклере узловыми швами 8:0.

Результаты и их обсуждение

У всех наблюдаемых больных в раннем послеоперационном периоде и в отдаленные сроки осложнения не наблюдались. Эпителизация трансплантата наступала на 3-5-й день после операции. В первые дни после пересадки аллоплант выглядел более бледным по сравнению с окружающей гиперемированной конъюнктивой и постепенно, в течение 6-12 месяцев, замещался нормальной конъюнктивой, не отличающейся от соседних участков по цвету. В отдаленные сроки наблюдения (до 3-х лет) во всех случаях отмечается положительный функциональный и косметический эффект.

Полученные результаты позволяют рекомендовать аллотрансплантат для пластики конъюнктивы как хороший пересадочный материал, который замещается тканью, не отличающейся от собственной конъюнктивы реципиента, что важно в косметическом отношении. Положительный функциональный результат заключается в углублении конъюнктивальных сводов, увеличении объема движения глазного яблока. При необходимости в дальнейшем возможно проведение косметического протезирования или оптических операций на роговице.

**Гранадчиков В.А., Родионов О.В.,
Булатов Р.Т., Мусин У.К., Ларин А.И.**

СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНУТРЕННИХ ОБОЛОЧЕК ГЛАЗА

Предложен способ лечения пациентов с сосудистыми заболеваниями внутренних оболочек глаза, сопровождающихся нарушением венозного оттока и гипоксией, с применением аллотрансплантата из висцеральных фасций человека. Определены преимущества данного хирургического вмешательства.

Данный способ лечения предназначается для лечения больных с сосудистыми заболеваниями внутренних оболочек глаза, сопровождающихся нарушением венозного оттока и гипоксией.

Известны способы лечения заболеваний внутренних оболочек глаза, направленные на улучшение кровообращения в сосудистой системе глазного яблока с целью активизации обменных процессов в ней путем введения в супрахориоидальное пространство васкуляризованных лоскутов экстраокулярных тканей, например, лоскута прямой глазной мышцы