

КОМБИНИРОВАННАЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ ХОРИОИДЕИ И ЦИЛИАРНОГО ТЕЛА БЕЗЛОСКУТНЫМ СПОСОБОМ

Разработан метод оперативного лечения дистрофических изменений зрительного анализатора и последствий воспалительных изменений тканей глазного яблока. Существенным отличием от других методов реваскуляризации является технологическое усовершенствование фиксации трансплантационного материала как щадящего хирургического метода с достижением наибольшей клинической эффективности данного метода.

Ключевые слова: реваскуляризация, трансплантационный материал, безлоскутный способ

Актуальность

За последнее десятилетие среди лиц трудоспособного возраста заболевания глазного яблока занимают значительное место в структуре первичной инвалидизации. Одной из важнейших проблем офтальмологов является сохранение, улучшение и восстановление зрительных функций, утраченных в результате перенесенных заболеваний глазного яблока. В настоящее время отмечается значительный рост количества пациентов, страдающих гипертонической болезнью, атеросклерозом, ИБС и сахарным диабетом. Эти заболевания часто сопровождаются нарушениями кровообращения в сосудах сетчатки и сосудах, питающих зрительный нерв, возрастными дистрофическими изменениями и т. д. Существенно возросло количество пациентов с врожденными заболеваниями сетчатки, зрительного нерва и сосудистой оболочки, требующими лечения с раннего возраста. Эффективность квалифицированной офтальмологической помощи при разнообразии дистрофических и воспалительных процессов в глазу во многом зависит от того, какой метод лечения выбран. Риск развития ишемических состояний глаза обусловлен анатомическими особенностями микроциркуляторного русла и в определенной мере зависит от степени развития коллатерального кровообращения. Консервативные методы лечения в полной мере применяются у всех групп пациентов с дистрофическими заболеваниями, но они не всегда являются эффективными. Все чаще в практике офтальмологов применяются оперативные методы лечения, направленные на улучшение кровообращения патологически измененных тканей, что влияет на морфологическое восстановление и, как результат, способствует повышению зрительных функций.

Все методы хирургического лечения, улучшающие кровоток в тканях глаза, делятся на 4 группы:

1. Вазореконструктивные операции – операции по перераспределению кровотока в области глазного яблока за счет усиления магистрального кровотока в глазничной артерии, для чего перевязывают наружную сонную артерию, пересекают ее ветви – ангулярную, затылочную и теменную, а также лицевые ветви глазничной артерии – фронтальную и супраорбитальную.

2. Экстрасклеральные операции – операции по созданию асептического воспаления в тенноновом пространстве.

3. Декомпрессионные операции – разделяют на два вида: рассечение склерального или костного канала зрительного нерва, направленное для уменьшения венозного стаза в сосудах сетчатки и зрительного нерва.

4. Реваскуляризирующие операции хориоидеи – операции по имплантации в супрахориоидальное пространство биологически активной ткани для улучшения гемодинамики периферического отдела зрительного анализатора и тканей глазного яблока.

Цель исследования

Разработка метода оперативного вмешательства, который улучшает кровообращение и создает дополнительную микроциркуляцию в патологически измененных тканях глазного яблока воспалительного и дегенеративного характера.

Материал и методы

Показания для этого вида оперативного вмешательства – это сочетанная патология переднего и заднего отрезка глаза в силу тех или иных причин, возрастные дистрофические из-

менения сетчатки и зрительного нерва, вялотекущие увеиты различного генеза, последствия открытых и закрытых ранений глазного яблока с дистрофическими изменениями сетчатки и сосудистой оболочки, частичная атрофия зрительного нерва, врожденные дегенеративные изменения, абиотрофии и др.

Также немаловажной задачей в разработке метода комбинированной ревазуляризации стало сокращение времени оперативного вмешательства с сохранением максимального эффекта.

Для выполнения оперативного вмешательства использовался биологический материал производства «Аллоплант» (г. Уфа), особенностью которого является селективная экстракция гликозаминогликанов при обработке донорского материала, что обеспечивает снижение реакции тканевой несовместимости при трансплантации полученных материалов. Кроме того, пересадка специально подобранных материалов стимулирует замещение этих материалов тканью пациента сходной с окружающими тканями структуры, то есть локальной регенерации ткани.

Изготовленная по нашему заказу специальная форма аллопланта наиболее удобна для этого метода оперативного вмешательства. Размеры аллопланта: 22x7 мм, толщина 0,1 мм.

Техника операции. Хирургическое вмешательство детям проводилось под общим наркозом, остальным пациентам под местной анестезией. После обработки операционного поля под местной анестезией ретробульбарно Sol. Ultracaini 2,0 ml. и инстилляций Sol. Inokaini 0,4% веки фиксировались векорасширителем, в 4-х мм параллельно лимбу производился разрез конъюнктивы размером 6 мм в одном из четырех квадрантов (между прямыми экстраокулярными мышцами). Операционное склеральное поле расширялось с помощью специальных субмускулярных и конъюнктивальных крючков. Параллельно лимбу (в 7-8 мм) производился разрез склеры размером 5 мм до сосудистой оболочки. Шпателем отсепаровывались супрацилиарное и супрахориоидальное пространства. Операционное поле орошалось слабым раствором антибиотика (использовался 0,5% раствор гентамицина). Аллоплант вводился в супрацилиарное и супрахориоидальное пространства и расправлялся шпателем. На склере накладывался П-образный шов 7-0 викрил, на конъюнктиву

накладывались 3 узловатых шва 8-0 викрил. В послеоперационном периоде назначались антибиотики и глюкокортикоиды в инстилляциях. Пациент выписывался на 2-3-е сутки на амбулаторное долечивание.

Результаты и обсуждение

По данной методике в течение 1 года прооперировано 127 больных (189 глаз), из них 35 детей (48 глаз). В 32 случаях производилось хирургическое вмешательство с двух полей, в 14 случаях с трех полей, в 4 случаях с четырех полей глазного яблока, соответственно в нижне-внутреннем, ниже-наружном, выше-внутреннем и выше-наружных меридианах. Интервал между этапами составлял 3,5 месяца, при этом после каждого дополнительного поля ревазуляризации объективно отмечался положительный результат, проявляющийся в улучшении зрительных функций и расширении полей зрения. В течение 6 месяцев послеоперационного периода при объективных исследованиях отмечалось расширение полей зрения от 10° до 30° при атрофиях зрительного нерва и пигментных дегенерациях сетчатки в 40% случаев, уменьшение макулярного отека (по данным OCT от 100 до 350 микрон) в 90% случаев, увеличение зрительных функций от 0,1 до 0,4 в 80% случаев. При сочетанной глазной патологии с воспалительными процессами, после проникающих ранений глаза, вялотекущих увеитов в раннем послеоперационном периоде (до 1 месяца) наблюдалось купирование воспалительного процесса, стабилизация размеров глазного яблока и внутриглазного давления и повышения функций органа зрения. В 5 случаях у пациентов отмечались начальные признаки симпатического воспаления на другом глазу, при этих состояниях проводилось параллельно консервативное противовоспалительное лечение обоих глаз, и по мере купирования воспалительных явлений на симпатизирующем глазу пациенты выписывались.

Заключение

Таким образом, предлагаемая методика комбинированной ревазуляризации хорио-идеи и цилиарного тела безлоскутным способом с использованием биологического материала аллоплант позволяет добиться стабилизации или улучшения обменных процессов в структурах и тка-

нях глазного яблока, а также купирует последствия воспалительных явлений.

Данное хирургическое вмешательство, направленное на улучшение кровоснабжения микроциркуляторного русла в тканях глазного яблока и периферическом отделе зрительного анализатора, может быть рекомендовано для вне-

дрения в практику офтальмологов как оперативное вмешательство, позволяющие сократить время лечения пациентов, своевременно приостановить процессы воспаления, а также предотвратить прогрессирование дистрофических изменений в патологически измененных тканях глазного яблока.

Список использованной литературы:

1. Беляев В.Я., Госсен Ж.Х. Реваскуляризация в профилактике и лечении дистрофий сетчатой оболочки и зрительного нерва // Акт. вопросы офтальмологии. – Харьков, 1985. – С. 30-32.
2. Водовозов А.М., Кондаурова Л.С. Операция реваскуляризации хориоидеи с мобилизацией двух русел кровоснабжения глаза // Офтальмохирургия. – 1993. – №3. – С. 50-56.
3. Водовозов А.М., Кондаурова Л.С., Фишер О.А. Особенности оперативной техники и возможные осложнения при операции локальной реваскуляризации хориоидеи двумя лоскутами // Офтальмол. журнал. – 1997. – №5. – С. 320-324.
4. Галимова В.У. Реваскуляризация хориоидеи при пигментном ретините // Новые технологии микрохирургии глаза: мат. научно-практической конференции. – Оренбург, 1995. – С. 104-105.
5. Густов А.В., Сигрианский К.И., Столярова Ж.П. Практическая нейроофтальмология. – Нижний Новгород: Изд-во НГМА. – 2003, Т. 1. – 262 с.
6. Карушин О.И. Современные методы лечения атрофии зрительного нерва: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Уфа, 2005. – С. 17.
7. Мулдашев Э.Р., Галимова В.У., Юсупов Р.Г. Хирургическое лечение пигментного ретинита с применением материала серии «Аллоплант» для реваскуляризации хориоидеи // Офтальмохирургия. – 1994. – №1. – С. 32-38.
8. Попова Л.А. Значение вазореconstructивных операций в лечении глаукомы // Ерошевские чтения: тез. Всерос. науч.-практ. конф., посвящ. 95-летию со дня рождения проф. Т.И. Ерошевского. – Самара, 1997. – С. 265-266.
9. Свирин А.В., Хоу Сяньжу, Елисеева Т. О. Эффективность субтеноновой имплантации коллагеновой губки при лечении глаукоматозной атрофии зрительного нерва // Вестн. офтальмологии. – 2003. – №3. – С. 6-8.
10. Шмырева В.Ф., Шмелева О.А. Реваскулярная декомпрессия зрительного нерва – новая операция на зрительном нерве при прогрессирующей глаукоматозной оптической нейропатии // Вестн. офтальмологии. – 2002. – №3. – С. 3-4.