

Зеленцов С.Н., Семенов В.С., Дугинов А.Г.

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА И СЕТЧАТКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ НОВЫХ КОНСТРУКЦИЙ ОРБИТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ

Предложены новые конструкции орбитальных имплантатов для проведения физиотерапевтического воздействия на патологически измененные ткани глаза. Лечение по новой методике позволяет получать более высокие функциональные результаты у пациентов с патологией зрительного нерва и сетчатки.

Недостаточная эффективность лечения пациентов с патологией зрительного нерва и сетчатки ставит вопрос о создании новых методик для реабилитации этой категории больных. Наилучшие результаты могут быть достигнуты при использовании хирургических или комбинированных методов лечения (Л.Ф. Линник с соавт., 1994-2002). Для этого нами предложены новые конструкции орбитальных имплантатов. Разработанные нами устройства предназначены для проведения физиотерапевтического воздействия на патологически измененные ткани глаза.

Орбитальные имплантаты использовались для введения в ретробульбарное пространство с целью комплексного лечения пациентов с заболеваниями сетчатки и зрительного нерва и орбиты, позволили устранить осложнения во время операции катетеризации ретробульбарного пространства и в послеоперационном периоде при проведении инфузий через катетер, проведении электростимуляции и лазер-стимуляции.

Устройства использовались следующим образом. После введения анестетика в месте пункции (в верхне-наружном или нижне-наружном квадранте) вводили предлагаемое устройство в ретробульбарное пространство. Устройство фиксировали к коже. Катетер закрывали пробкой для герметизации.

Затем в течение 10-14 дней проводили курсы лечения путем инфузий лекарственных средств, лазер-стимуляции и (или) электростимуляции по предлагаемому устройству с целью лечения острых или хронических заболеваний сетчатки и зрительного нерва. После окончания курса лечения (7-15 дней) имплантат удаляли.

По новой методике проведено 44 операции

и курса лечения у пациентов с частичной атрофией зрительного нерва различной этиологии, в том числе глаукоматозной, дистрофиями сетчатки, хориоретинитами, невритами зрительного нерва.

Получены высокие функциональные результаты. Повышение остроты зрения и показателей ЭФИ у всех пациентов. Расширение поля зрения на 10°-20° и уменьшение количества абсолютных скотом – у 43 пациентов. У 1 пациента – повышение фовеальной светочувствительности без расширения полей зрения.

Улучшение зрительных функций получено, в том числе, у 16 пациентов, которым ранее проводились другие виды лечения.

Таким образом, применение новых конструкций орбитальных имплантатов, использование специально разработанного инструментария расширило показания для лечения пациентов с заболеваниями зрительного нерва и сетчатки, уменьшило травматичность вмешательства, позволило использовать комбинированные воздействия с целью получения наилучшего функционального результата.

Мулдашева И.Э.,

Султанов Р.З., Салихов А.Ю.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БИОМАТЕРИАЛА «АЛЛОПЛАНТ» В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ГИПОФТАЛЬМА И ЭНОФТАЛЬМА

Изучено использование аллогенного биоматериала «Аллоплант» двух видов: неармированного хряща и армированного хряща. Установлено, что применение этих биоматериалов позволяет повысить эффективность хирургического лечения посттравматического гипо- и энофтальма.

Травматическое поражение нижней стенки орбиты, как правило, приводит к развитию энофтальма и гипoftальма (В.П. Ипполитов с соавт., 1984; Р.А. Гундорова с соавт., 1986). Дислокации глазного яблока приводят к нарушению бификсации и развитию стойкой диплопии. В раннем посттравматическом периоде диагностика деформации нижней стенки орбиты крайне затруднена вследствие отека и гематомы средней зоны лица, а так же вследствие частой комбинации с черепно-мозговой травмой и тяжелым общим состоянием пациента. Поэтому лечение

аллосухожильным швом. В сформировавшееся поднадкостничное пространство укладывают смоделированный аллотрансплантат. Аллотрансплантат фиксируют к надкостнице узловыми аллосухожильными швами. Надкостницу над аллотрансплантатом, натягивая, ушивают непрерывным обвивным швом или узловыми аллосухожильными швами. Накладывают послойные швы на кожу (положительное решение от 22.06.04 по заявке №2004105371/14).

Морфологические изменения при замещении биоматериалов, внедренных в орбиту при опорно-контурной пластике оценивали на биопсийном материале. Биопсийный материал забирали при выполнении корригирующих операций у пациентов с ранее проведенной опорно-контурной пластикой орбиты. Забор биопсийного материала был проведен у 12 пациентов не ранее 1 месяца после первичной операции.

Морфологическое исследование биоптатов, взятых от больных в сроки 1 месяца (30 суток), показало, что в окружающих трансплантат тканях выявляется относительно слабо выраженная воспалительная реакция. Морфологические признаки процессов выраженного иммунного воспаления в виде очагов инфильтраций вокруг трансплантата, состоящих из лимфоцитов или плазматических клеток, не выявлялись. В биоптатах, полученных от больных через 2 месяца после операции, определялось врастание в трансплантат длинных тяжей пролиферирующих клеток фибробластического и макрофагального рядов. В более поздние сроки (0,5-1 год) происходила постепенная резорбция трансплантата макрофагами. Резорбированные же участки, в свою очередь, замещались новообразованной соединительной тканью, которая врастала в аллотрансплантат, разделяя его на фрагменты. В некоторых биоптатах и через 1,5-2 года, еще определялись отдельные незамещенные участки. Спустя 2-3 года, на месте аллотрансплантата выявлялся относительно плотный соединительно-тканый регенерат, архитектура которой повторяла примерно таковую трансплантата. Регенераты хорошо васкуляризовались.

Таким образом, во всех случаях аллотрансплантаты приживали адекватно, в их ложе отсутствовала сосудистая реакция. Замещение трансплантата происходило очень медленно, даже в сроки до 3-5 лет нами были обнаружены неизменные участки аллотрансплантатов. На

месте биоматериала формировался плотный регенерат, который по своим свойствам, структуре и размерам мало отличался от имплантированного биоматериала, а также не наблюдали сморщивания тканей и образования рубцов в проекции аллотрансплантатов.

По данной методике нами прооперировано 65 пациентов с посттравматической деформацией нижней стенки орбиты, гипо- и энфталмозом. Средний уровень гипотальма в дооперационном периоде составил 4мм, энфталма – 3мм со стандартным отклонением 0,15 и 0,12 соответственно. В отдаленные сроки наблюдения (более 6-ти месяцев) средний уровень гипотальма составил $0,5 \pm 0,1$ мм, средний уровень энфталма – $0,6 \pm 0,1$ мм. В эти сроки наблюдения гипотальм полностью устранен у 44 (67,7%) человек, энфталм у – 40 (61,5%).

По нашему мнению, аллотрансплантат серии «Аллоплант» является универсальным материалом для пластики дефектов орбиты и устранимости посттравматических дислокаций глазного яблока. Применение этих биоматериалов позволяет повысить эффективность хирургического лечения посттравматического гипо- и энфталма.

Панова И.Е., Казанцева Е.Е., Шерстнева Ю.В.,
Павленко Е.С., Семенова Л.Е.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ УЗЛОВОЙ ФОРМЫ БАЗАЛЬНО- КЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ

Разработан алгоритм одномоментных реконструктивно-восстановительных операций в хирургическом лечении узловой формы базально-клеточного рака кожи век, позволяющий оптимизировать функциональные результаты в лечении данного заболевания.

По данным ВОЗ (1989), базально-клеточный рак (БКР) кожи представляет собой опухоль, возникающую из эпидермиса или волосяных фолликулов, характеризующуюся местноразрушающим ростом и редким метастазированием. БКР является одной из наиболее часто встречающихся опухолей кожи (Preston D.S., Stern R.S., 1992), и его локализация на веках составляет до 11% (Усова Р.А., 2002).

Актуальность проблемы базально-клеточного рака кожи век определяется его значительной долей (до 84%) среди всех злокачественных