

ными швами с одновременным погружением края трансплантата в слои роговицы реципиента по всей окружности, обеспечивающий гарантированный исход операции, что позволяет уменьшить сроки послеоперационного наблюдения в условиях стационара, что в свою очередь позволяет выполнять высокотехнологичные операции в условиях, созданных нами, мобильных операционно-диагностических центров «Микрохирургия глаза».

Так как аллоплант роговицы представляет собой плоский диск, а поверхность реципиента сферична, для конгруэнтного прилегания по всей площади замещаемой ткани не достаточно классически применяемого непрерывного шва [3] по окружности трансплантата, что ведет к более длительному послеоперационному периоду, скоплению экссудативной и воспалительной жидкости между аллоплантом и тканями реципиента и т.д.

Поэтому нами предлагается следующая техника послойной кератопластики, посредством которой достигается не только конгруэнтное прилегание тканей «донор-реципиент», но и сохраняется оптическая зона роговицы, не тронутая фиксационными швами.

Выполнение этой техники операции производится следующим образом: трепаном диаметром минус 3 мм от предполагаемого диаметра аллопланта делается надрез на роговице реципиента, после отсепаровки поверхностных измененных слоев роговицы в этом же слое делается туннель в периферической части роговицы по всей окружности на 1,5-2 мм. Аллоплант укладывается в сформированное ложе роговицы и свободный край его аккуратно шпателем заправляется в интрароговичный туннель реципиента, чем уже достигается полная адаптация краев раны. Фиксационные швы выполняются нитью 8.0 или 10.0 и накладываются взаимно перпендикулярно по периферической части роговицы, так называемые перекидные П-образные швы, прокалывающие только верхнюю стенку туннеля роговицы реципиента (10-2, 1-5, 4-8, 7-11 по меридианам). Эта фиксация надежно удерживает аллоплант, обеспечивая конгруэнтность поверхностей «донор-реципиент», в то же время оптическая часть остается совершенно свободной от шовного материала. По этой методике нами выполнено 18 оперативных вмешательств. Послеоперационный период велся по общепринятой методике с использованием проти-

вовоспалительных и кератопластических препаратов. Швы снимались через месяц.

Заключение

Проведенное нами комплексное исследование позволило адаптировать хирургические технологии тектонической кератопластики к альтернативным видам донорского пластического материала с целью оптимизации послеоперационного течения и повышения конечного результата проведенного лечения.

Библиография:

1. Краснов М.Л., Беляев В.С. Руководство по глазной хирургии // М.: Медицина, 1988.
2. Краснов М.Л. Руководство по глазной хирургии // М.: Медицина, 1976.
3. Золотарева М.М. Глазные болезни // Минск: изд. Беларусь, 1964.
4. Данилов В.Ф. Современная офтальмохирургия // С.-Петербург, 2000.
5. Каллахан А. Хирургия глазных болезней // М.: Мир, 1963.
6. Копеева В.Г. Глазные болезни // М.: Медицина, 2002.
7. Пучковская Н.А. Проблемы пересадки роговой оболочки // Киев: Здоровье, 1966.

Мулдашев Э.Р., Галимова В.У., Нураева А.Б.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНО-ЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСТРОФИИ РОГОВИЦЫ

Предложен способ хирургического лечения – эпителиокератопластика с целью снятия болевого и роговичного синдрома. Рассмотрено одномоментное комбинирование этого метода с внутриглазными вмешательствами.

Любое хирургическое вмешательство со вскрытием передней камеры может сопровождаться повреждением эндотелия роговицы, что в последствии является причиной тяжелого осложнения – эндотелиально-эпителиальной дистрофии (ЭЭД) роговицы. Прогрессирующее течение заболевания и безуспешность консервативной терапии вынуждает хирургов искать наиболее эффективные способы хирургического лечения данной патологии. Предложено много различных модификаций операций кератопластики, применяемых для лечения буллезной кератопатии. Наиболее часто применяется сквозная кератопластика. Несмотря на высокий процент, по данным разных авторов, приживления донорской роговицы, некоторым пациентам с буллезной кератопатией сквозная кератопластика не показана. В то же

время задачей офтальмолога является снятие воспалительных явлений в роговице, а также болевого синдрома.

Нами предложен способ хирургического лечения буллезной кератопатии, представляющий собой эпителиокератопластику с использованием биоматериала «Аллоплант», целью которого является снятие болевого и роговичного синдромов.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находилось 35 больных в возрасте от 60 до 85 лет со вторичной ЭЭД роговицы. Острота зрения у всех пациентов была низкая и колебалась от pr.l. incertae до 0,2. У всех пациентов был выраженный болевой синдром, слезотечение, светобоязнь, отек роговицы с буллезными изменениями эпителия. Всех больных, находившихся под наблюдением, по характеру хирургического вмешательства мы разделили на три группы:

I группа – 23 пациента с ЭЭД роговицы, афакией или артифакцией – в этой группе всем 23 пациентам была проведена операция эпителиокератопластика;

II группа – 5 пациентов с ЭЭД роговицы и вторичной болящей глаукомой – пациентам этой группы проводилось комбинированное вмешательство – антиглаукоматозная операция с одномоментной эпителиокератопластикой;

III группа – 7 пациентов, которым была проведена операция эпителиоконъюнктиволастика по типу Кунта.

Хирургическая техника операции эпителиокератопластики заключалась в том, что на деэпителизованную роговицу пересаживали эпителий в виде небольших островков с конъюнктивы глазного яблока, либо с периферии роговицы здорового глаза, а в качестве защитной пленки и биологического покрытия использовали биоматериал для пластики конъюнктивы глазного яблока из серии «Аллоплант» (авторское свидетельство №940770). Биоматериал «Аллоплант» фиксировали плотно к эписклере и удаляли через 3-4 дня. За это время роговица покрывалась слоем прозрачного эпителия.

Хирургическая техника операции эпителиоконъюнктиволастики по типу Кунта заключалась в следующем: а) тотальная деэпителизация роговицы; б) мобилизация конъюнктивы со сводов; в) фиксация аутоконъюнктивы к лимбу и роговице.

Результаты и обсуждение

Целью настоящего исследования явилось прежде всего снятие болевого и роговичного синдромов у указанных пациентов. Анализ результатов операций показал, что у всех больных I группы, которым была произведена эпителиокератопластика с использованием в качестве биологического покрытия биоматериал «Аллоплант» для пластики конъюнктивы, с первых дней в послеоперационном периоде постепенно уменьшились боли, светобоязнь, слезотечение. В отдаленные сроки наблюдения болевой синдром отсутствовал у 79% пациентов, буллезные изменения эпителия – у 85% пациентов, отек роговицы – у 78% пациентов. Достигнутый эффект сохранялся в отдаленные сроки от 0,5 до 3-4 лет. Для анализа результатов был использован непараметрический дисперсионный анализ по методу Фридмана для последующих значений.

В группе больных, которым проведено комбинированное вмешательство (антиглаукоматозная операция + эпителиокератопластика), все больные отмечали в ближайшем послеоперационном периоде уменьшение боли, светобоязни, слезотечения, нормализовалось ВГД. В отдаленные сроки сохранялись стабильные показатели ВГД и отсутствие роговичного синдрома.

У больных III группы с эпителиоконъюнктивопластикой по типу Кунта и в ближайшие, и в отдаленные сроки отмечалась также положительная динамика, полностью отсутствовал болевой синдром, светобоязнь, слезотечение. Показанием для такого типа операций мы считали те случаи ЭЭД, когда для пациента главным являлось снятие болевого и роговичного синдромов, а зрение и без того, как правило, очень низкое не имело значение для больного.

Надо отметить, что в анамнезе у всех наблюдаемых больных были неоднократные курсы медикаментозного лечения, которые не улучшали состояние роговицы, а если и было некоторое улучшение, то оно носило временный характер.

Предложенный нами метод эпителиокератопластики с использованием биоматериала «Аллоплант» для хирургического лечения ЭЭД роговицы эффективен и может быть альтернативой длительной медикаментозной терапии и технически сложным операциям по пересадке роговицы. Кроме того, он может быть использован в сочетании с внутриглазными операци-

ями, например с антиглаукоматозной. Данный метод безопасен, технически прост и позволяет быстро улучшить состояние роговицы и снять болевой синдром.

Библиография:

1. Гундорова Р.А., Ченцова Е.В., Полякова Л.Я. Реконструктивная кератопластика при эндотелиально-эпителиальной дистрофии роговицы // Вестник офтальмологии. – 1990. – №6. – С.11-14.
2. Слонимский А.Ю. Возможности сквозной пересадки роговицы при различной патологии переднего отрезка глаза // Клиническая офтальмология. – 2001. – Т.2. – №3.
3. Слонимский С.Ю. Сквозная кератопластика с имплантацией переднекамерной интраокулярной линзы в лечении эпителиально-эндотелиальной дистрофии роговицы // Автореф. дисс.... канд. мед. наук. – М., 2003. – 24с.

Мухамадиев Р.О.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КСЕНОТРАНСПЛАНТАТА ПРИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ БЛИЗОРУКОСТИ

Проанализировано использование ксенотрансплантата из перикарда овцы, как трансплантата для склеропластических операций при прогрессирующей близорукости. Рассмотрено послеоперационное состояние зрительных функций, как фактор эффективности применения этого вида трансплантата при склеропластике.

Прогрессирующая осложненная близорукость продолжает оставаться одной из актуальных проблем современной офтальмологии. Интерес к данной проблеме, ее актуальность и социальная значимость определены тем обстоятельством, что миопия, являясь самой распространенной аномалией рефракции, часто приводит к ограничению профессионального выбора, утрате трудоспособности, инвалидности и слепоте (1).

Истончение и последовательное растяжение заднего отдела склеры при высокой степени миопии являются реальными факторами увеличения передне-задней оси глаза. Проводимое систематически консервативное лечение в большой степени основано на предположительном влиянии используемых лекарственных средств на соединительную ткань склеры. В целом медикаментозные методы лечения при близорукости носят преимущественно симптоматический характер и в настоящее время не получили достаточного патогенетического и экспериментального обоснования. По этому вполне объясним интерес офтальмологов к хи-

рургическому лечению прогрессирующей близорукости (3).

Для склероукрепляющих операций используются лоскуты гомосклеры, широкой фасции бедра, твердой мозговой оболочки, амниона и других тканей, отличающихся различной формой, расположением и фиксацией (2,4,5).

Эффективность склероукрепляющих операций, по данным разных авторов, колеблется от 32 до 100%. Такая вариабельность результатов может быть обусловлена не только особенностями используемых методик, но также различиями трансплантатов для склеропластики (5).

Целью настоящего исследования является проведение склероукрепляющих операций ксенотрансплантатом собственного производства при прогрессирующей близорукости.

Ксенотрансплантат изготовлен из перикарда овцы путем физико-химической обработки в течение 10 дней (авторская заявка на патент – IAP 2002675, Республика Узбекистан). Ксенотрансплантат в отличие от аллопланта является дешевым и может быть использован в мусульманских странах, где законом запрещены трансплантации трупной ткани. Трансплантат состоит из плотной соединительной ткани, пучок коллагеновых волокон состоит из 3 слоев: наружный, средний и внутренние слои. Средний слой в 2 раза толще чем толщины внутреннего и наружного слоев вместе взятые. В наружных и внутренних слоях пучки коллагеновых волокон имеют продольные ориентации, а в среднем слое пучки коллагеновых волокон расположены перпендикулярно к двум другим слоям. Между слоями имеются щели неодинакового размера. Имеются также эпителиальные клетки в наружных и внутренних поверхностях, которые очищаются при физико-химической и механической обработках биоматериала.

Материал и методы

Под наблюдением находились 37 пациентов с хориоретинальной формой осложненной миопии средней и высокой степени в возрасте от 16 до 55 лет. У всех больных выявили прогрессирование миопии от 1,0 до 2,0 Д в год.

Всем пациентам проведены компьютерная визометрия, тонометрия, офтальмометрия, рефрактометрия, критерием отбора больных для операции служили показатели роста миопии от 1,0 Д и выше за 1 год осложненности