

кова. Для статистической обработки применили критерий χ^2 с поправкой Йетса. Для одной степени свободы $\chi^2 = 0,52$.

Результаты и их обсуждение

Деструктивными изменениями волокон цинновой связки, характерные для ПЭС влияют на вероятность интраоперационного отрыва хрусталиковой капсулы от цинновой связки. В основной группе интраоперационные осложнения получены у 8 человек, что составило 12,9 %. Из них у 6 пациентов (9,67 %) — произошел отрыв хрусталиковой капсулы от цинновой связки, в 2-х случаях (3,2 %) хирургия осложнилась разрывом задней капсулы хрусталика и люксацией хрусталика в витреальную полость, что потребовало перехода на эндовитреальную хирургию и удаление ядра хрусталика с сетчатки с помощью фрагмотома. В связи с интраоперационными особенностями 5 пациентам (8,06 %) была имплантирована переднекамерная ИОЛ. В контрольной группе отрыв капсулы хрусталика от цинновой связки получен у одного пациента, что составило 1,55 %. Полученные данные статистически достоверны $p = 0,0336$. Следует отметить, что оперативное вмешательство как в основной, так и в контрольной группах, проводилось квалифицированными офтальмохирургами. Послеоперационный период после факоэмульсификации катаракты протекал без осложнений. Средний койко-день составил 3 дня. В ближайшем послеоперационном периоде скорректированная острота зрения составила $0,33 \pm 0,1$. Низкие цифры послеоперационной остроты зрения были прогнозируемы до операции и обусловлены сопутствующей офтальмопатологией со стороны сетчатки и зрительного нерва имевшихся у 31 пациента (50 %).

Выводы

Наличие ПЭС у больных с катарактой, является фактором риска интраоперационных осложнений:

- отрыв хрусталиковой капсулы от цинновой связки получен в 9,67 % случаев;
- в 3,2 % произошла люксация хрусталика в витреальную полость.

2. У 45 % пациентов, имеющих катаракту в сочетании с ПЭС, по данным биометрии, выявлены увеличенные размеры хрусталика от 4,56 до 6,23 мм.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кроль, Д. С. Псевдоэкзофолиативный синдром и экзофолиативная глаукома: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Д. С. Кроль. — М., 1970. — 32 с.
2. Нестеров, А. П. // Глаукома. — М., 2008. — С. 142.
3. Тахчиди, Х. П. Ультразвуковая биомикроскопия в диагностике патологии переднего сегмента глаза / Х. П. Тахчиди, Э. В. Егорова, Д. Г. Узуян. — М.: Микрохирургия глаза, 2008. — 41–60 с.
4. Тахчиди, Х. П. Диагностика методом ультразвуковой биомикроскопии системы внутриглазных блоков при закрытоугольной глаукоме у лиц узбекской национальности на фоне псевдоэкзофолиативного синдрома / Х. П. Тахчиди, Э. В. Егорова, У. С. Файзиева // Глаукома. — 2008. — № 2. — С. 15–20.
5. Rich, R. Exfoliation syndrome: clinical findings and occurrence in patients with occludable angles / R. Rich // Am. J. Ophthalmology. — 1994. — Vol. 92. — P. 845–944.

УДК 617.7-001.23-089.844

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ СУБАТРОФИЕЙ ГЛАЗА С ЦЕЛЬЮ СОЦИАЛЬНОЙ И КОСМЕТИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Дравица Л. В., Бирюков Ф. И., Самохвалова Н. М., Альхадж Хусейн Анас

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

За последние годы отмечается рост удельного веса субатрофии глазного яблока в структуре тяжелых посттравматических осложнений: с 7–22 % до 29,6–36,9 %. Субатрофия глазного яблока служит наиболее частой причиной удаления глаза после травмы и в настоящее время достигает 32,9 %, при этом основное число пациентов с субатро-

фией глаза составляют лица молодого возраста: до 40 лет — 78–92,6 % пациентов (в т. ч. детей — 34,3 %), для которых большое значение имеет сохранение глаза, как в функциональном, так и в косметическом отношении [1]. Не следует забывать и о том, что энуклеация глаза для многих пациентов, особенно женщин и детей, является тяжелой психической травмой и сохранение глаза как органа даже для последующего косметического протезирования особенно актуально в плане улучшения качества жизни этой группы пациентов. Многофакторность патогенеза, полиморфизм клинических проявлений посттравматической субатрофии глаза привели к разработке различных хирургических методов лечения этой патологии. Особое место в профилактике прогрессирования субатрофии глазного яблока может занять создание каркаса для склеры с целью предупреждения сморщивания и деформации склеры, восстановления формы и объема глазного яблока.

Для хирургического лечения посттравматической субатрофии глазного яблока на базе Всероссийского Центра глазной и пластической хирургии предложен комплекс биоматериалов «Аллоплант»: реваскуляризация цилиарного тела и бандаж глазного яблока [3]. Реваскуляризация цилиарного тела направлена на восстановление атрофии цилиарного тела, нормализацию метаболизма и стимуляцию местного иммунитета. В ходе операции используется аллотрансплантат для реваскуляризации хориоидеи, процесс замещения которого сопровождается развитием в нем новообразованных сосудов [2]. Операция сопровождается активацией макрофагов. Бандаж глазного яблока с применением дермального аллотрансплантата, способен создать каркас для склеры с целью предупреждения сморщивания и деформации склеры, а также восстановить форму и объем глазного яблока [3]. Использование дермального аллотрансплантата для бандажа глазного яблока продуктивно следующими его достоинствами:

- выраженные каркасные свойства, такие как жесткость, упругость, прочность на разрыв [4];
- достаточная толщина;
- хорошее приживление и постепенное (не менее года) замещение собственной соединительной тканью с образованием плотного регенерата [2].

Цель исследования: анализ результатов 15 летнего опыта работы хирургических операций с применением биоматериалов «Аллоплант» в лечении субатрофии глазного яблока.

Материал и методы исследования

Оперативное лечение субатрофии глазного яблока с применением биоматериалов «Аллоплант» нами начато в 1995 г. Бандаж глазного яблока с применением дермального аллотрансплантата выполнен у 10 пациентов. В 8 случаях этиологически в основе субатрофии глазного яблока были последствия тяжелых проникающих ранений с наличием иридодиализа, отслойки цилиарного тела, грубой деструкции стекловидного тела, отслойки сетчатки. В 2-х случаях причиной субатрофии явилось последствие эндогенного увеита. Возраст пациентов колебался от 7 до 37 лет. С момента травмы в 3-х случаях прошло 3 месяца, в 7 — больше года. Дооперационная острота зрения в одном случае равна 0,03, в 7 — неуверенное светоощущение и в одном случае 0,0. Все глаза имели выраженную гипотонию. Цифры внутриглазного давления (ЦВД) колебались от 8 до 12 мм рт. ст. по Маклакову. Минимальные дооперационные показатели переднее-заднего размера (ПЗО) у оперированных больных составили 12 мм, максимальные — 19,2 мм. По данным ультрозвуковой биометрии (УЗИ) у всех пациентов были выражены органические изменения структур глазного яблока: фиброз стекловидного тела, рубцовые изменения и помутнения роговицы, нарушение анатомии радужки, повреждение хрусталика и сетчатки.

Дизайн офтальмологического обследования включал: визометрию, бмиомикроскопию, гониоскопию, тонометрию по Маклакову, ультрозвуковую биометрию, с 2010 г. оптическую когерентную томографию переднего отрезка глаза (OCT VISANTE CARL ZEISS).

Выраженность предоперационных органических и функциональных изменений ставила под сомнение возможность достичь улучшения зрительных функций. Основной целью оперативного вмешательства являлось сохранение глаза как органа. Все операции выполнены под комбинированной анестезией.

Техника операции. Обработка операционного поля. Блефаростат. Отступив 7 мм от лимба производится круговой разрез конъюнктивы и теноновой капсулы, после чего они тщательно отсепаровываются до лимба. Между прямыми глазными мышцами в нижнее-наружном секторе в 3–4 мм от лимба на 1/3–1/2 глубины склеры выкраивается содержащий сосуды эписклеральный лоскут, имеющий 6 мм в ширину и 8 мм в длину. Лоскут откидывается к лимбу и у его основания производится сквозной линейный разрез склеры, через который лоскут вводится в супрацилиарное пространство. Поверх лоскута эписклеры укладывается округлая часть аллотрансплантата и вводится в супрахориоидальное пространство. Из прямоугольной части трансплантата формируется дубликатура и фиксируется по углам 4-мя эписклеральными швами. Последним этапом проводится бандаж глазного яблока. Аллотрансплантат для бандажа глазного яблока имеет форму разорванного кольца с шириной полоски 6–8 мм с внутренним диаметром 12 мм и толщиной (в зависимости от стадии субатрофии) от 0,5 до 3 мм. Аллотрансплантат для бандажа укладывается вокруг роговицы и фиксируется у экватора и лимба эписклеральными швами так, чтобы он плотно прилегал к склере. Послойно ушивается теноновая оболочка и конъюнктура.

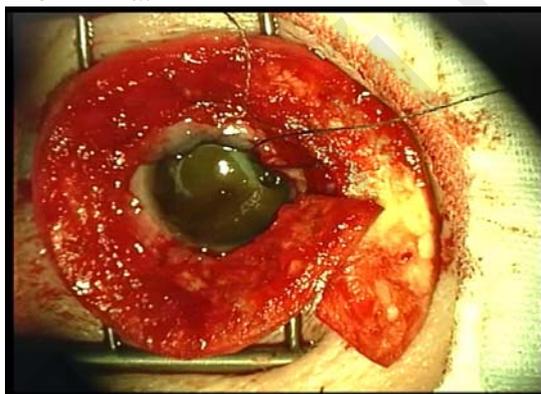


Рисунок 1 — Этап операции. Пациент Б. ист. болезни № 22689 — бандаж глазного яблока

Результаты их обсуждения

Послеоперационный период у всех пациентов протекал без осложнений. Пациенты выписывались из стационара на 5–6-е сутки. Характерной особенностью для всех глаз явилось углубление ПК уже в первые послеоперационные сутки. Отмечалась стойкая тенденция к повышению ВГД: к моменту выписки ВГД на оперированном глазу повысилось на 5–8 мм рт. ст. от исходного. Показатели ПЗО увеличились на 0,3–1,7 мм. Все пациенты находились под динамическим наблюдением. Через 6 месяцев после операции показатели ВГД у оперированных взрослых пациентов уменьшились на 1–2 мм. У детей (возраст 7–11 лет) ВГД продолжало увеличиваться и составило 16 мм.

Ниже представлены результаты компьютерной томографии переднего отрезка пациента, через 2 года после реваскуляризации цилиарного тела, аутолимфосорбции, стимуляции фагоцитоза, бандажа глазного субатрофического яблока, как следствие перенесенного эндогенного увеита.

Операция произведена 13.10.2009 года. До операции острота зрения ОД = 0,0, ВГД = 14 мм. рт. ст., ПЗО ОД = 19,9 мм. Через 2 года после операции (4 октября 2011 г.) острота зрения ОД = 0,0; ВГД 17 мм.рт. ст.; ПЗО = 20,6 мм.

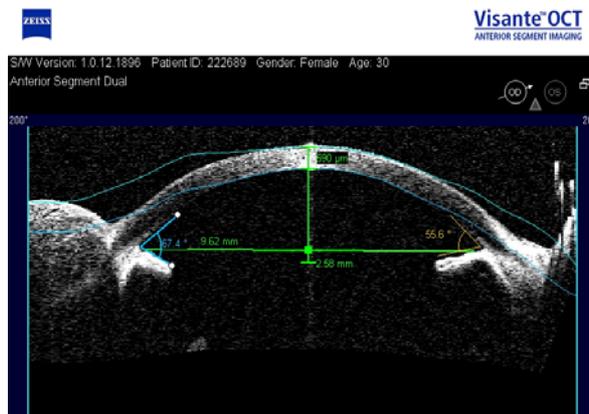


Рисунок 1 — Оптическая когерентная томография переднего отрезка больной Б. через 2 года после бандажа глазного яблока. Четко определяется регенерат склеры, доходящий до зоны лимба

Выводы

Применение биоматериала «Аллоплант» позволило во всех случаях сохранить глаз как орган и остановить процесс прогрессирования субатрофии глазного яблока.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алферов, Н. Н. Способ лечения посттравматической субатрофии глазного яблока / Н. Н. Алферов // Современные проблемы науки и образования. — 2009. — № 6. (приложение «Медицинские науки»). — С. 32.
2. Мулдашев, Э. Р. Теритические и прикладные аспекты создания аллотрансплантатов серии «Аллоплант» для пластической хирургии лица: дис.... док. мед. наук / Э. Р. Мулдашев. — СПб., 1994. — 50 с.
3. Галимова, Л. Ф. Хирургия посттравматической субатрофии глазного яблока с применением биоматериалов «Аллоплант»: автореф. дисс. к.м.н. / Л. Ф. Галимова. — Уфа, 2009.
4. Нигматуллин, Р. Т. Морфологические аспекты пересадки соединительнотканых аллотрансплантатов: Дис.... док. мед. наук / Р. Т. Нигматуллин. — Уфа, 1996. — 318 л.

УДК 617.7 – 007.681:617.753.2] – 073.55

АНАЛИЗ ИНДИКАТОРА СОСТОЯНИЯ НЕРВНЫХ ВОЛОКОН У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ НА ФОНЕ МИОПИЧЕСКОЙ РЕФРАКЦИИ И У ПАЦИЕНТОВ С МИОПИЕЙ

Дравица Л. В., Конопляник Е. В., Ребенок Н. А., Колошкина Н. А.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Государственное учреждение

**«Республиканский научно-практический центр
радиационной медицины и экологии человека»**

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В последние годы в офтальмологической практике все большее распространение получают методы объективного количественного анализа слоя нервных волокон сетчатки в перипапиллярной зоне [1]. К числу исследований, дающих легкую в интерпретации информацию и позволяющих на доклинической стадии определить структурные изменения перипапиллярной сетчатки, относят лазерную поляриметрию [1, 2]. NFI (nerve fiber index) — «индекс нервных волокон» — представляет собой сложный статистический математический показатель, оценивающий состояние перипапиллярной сетчатки по всей окружности ДЗН и свидетельствующий о вероятности наличия глаукомы. До сих пор цифровые границы показателя четко не определены [3]. Так, согласно А. В. Куроедову и соавт. (2007), нормальными следует считать значения NFI от 1 до 30, пограничными — от 30 до 50, при глаукоме значения NFI превышают 50 [3]. По Н. И. Курьшевой (2006, 2007), NFI выше 40 в норме не встречался ни в одном случае, погра-