

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

#### **Результаты и их обсуждение**

Деструктивные изменения 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»: ревазуляризация цилиарного тела и бандаж глазного яблока [3]. Ревазуляризация цилиарного тела направлена на восстановление атрофии цилиарного тела, нормализацию метаболизма и стимуляцию местного иммунитета. В ходе операции используется аллотрансплантат для ревазуляризации 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.

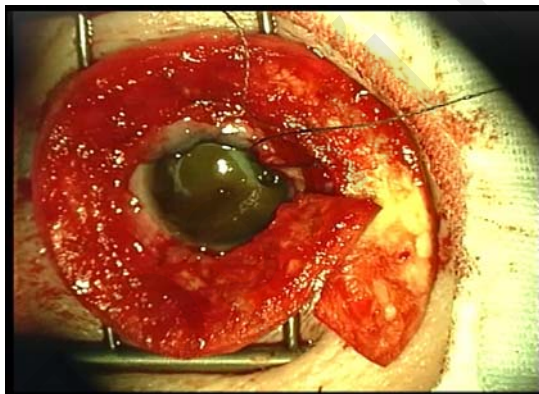


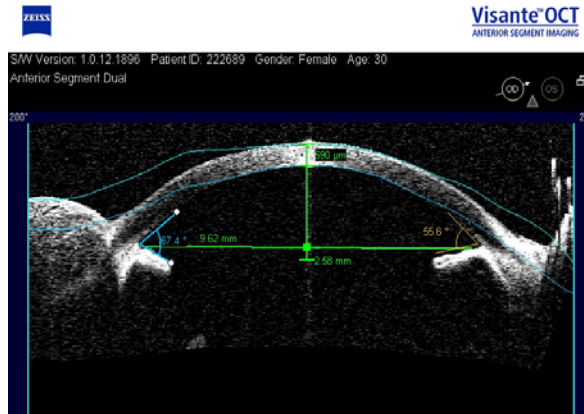
Рисунок 1 — Этап операции. Пациент Б. ист. болезни № 22689 — бандаж глазного яблока

### ***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-