

АУТОЛИМБАЛЬНАЯ ТРАНСПЛАНТАЦИЯ У БОЛЬНЫХ С ОТКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ГЛАЗА С ВОВЛЕЧЕНИЕМ ЗОНЫ ЛИМБА

Павлюченко К. П., Бондарь Н. И., Сухина И. В.
Кафедра офтальмологии ФИПО ДонНМУ им. М. Горького

Предложена методика первичной хирургической обработки с аутолимбальной трансплантацией открытой раны глаза с вовлечением зоны лимба. Эффективность лечения оценивалась по состоянию раны, васкуляризации рубца, степени воспалительной реакции. Сравнительный анализ с больными контрольной группы (24 больных) показал эффективность предложенного лечения.

Ключевые слова: открытая травма глаза, аутолимбальная трансплантация.

Открытая травма глаза с вовлечением зоны лимба приводит к лимбальной недостаточности, значительному снижению регенерации клеток роговицы, которая происходит за счёт бульбарной конъюнктивы и сопровождается врастанием в роговицу поверхностных и глубоких сосудов, формированию персистирующих эрозий, васкуляризацией рубца, кератопатиями и так далее, даже при самой тщательной первичной хирургической обработке раны.

Предложенные методы хирургического лечения проникающих ранений, и особенно корнеосклеральной локализации, направлены на воссоздание максимальной анатомической целостности глаза, но при этом не устраняют вышеперечисленных осложнений [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7].

Открытие регионарных стволовых клеток роговичного фенотипа, расположенных в зоне лимба, способствует пересмотру целого ряда патологических состояний в офтальмологии, в том числе в офтальмохирургии.

Исходя из вышеизложенного, приоритетной задачей для улучшения результатов хирургического лечения больных с проникающими корнеосклеральными ранениями является усовершенствование первичной хирургической обработки.

Цель работы: оценить использование аутолимбальной трансплантации во время первичной хирургической обработки открытой травмы глаза с вовлечением зоны лимба.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находились 19 больных (19 глаз) с открытой травмой глаза с вовлечением зоны лимба, которым во время первичной хирургической обработки после тщательной шовной фиксации производилось покрытие аутолимбальным трансплантатом (основная группа).

С целью объективной оценки эффективности

предлагаемого метода были изучены объективные данные о 24 больных (24 глаза) с аналогичной патологией, которым производилась первичная хирургическая обработка по общепринятой традиционной методике (контрольная группа).

Критерии эффективности лечения были следующие: состояние краёв раны, сроки регенерации, регрессирование воспалительной реакции, васкуляризация рубца.

Размер раны в обеих группах был не более 8 мм. По локализации в основной группе больных почти у половины раны были роговично-лимбальные, чисто лимбальные наблюдались у 25% больных, у остальных раны были роговично-склеральные. Чаще раны были с неровными краями. У 16 больных (84,21%) ранения носили осложнённый характер и сопровождалась повреждением глубже лежащих тканей. Среди больных контрольной группы более чем у половины наблюдались роговично-лимбальные и лимбальные ранения, у остальных больных, что составило 15%, были корнеосклеральные, либо лимбально-склеральные ранения. Техника операции заключалась в выкраивании трансплантата, ширина конъюнктивальной части которого составляла 2–3 мм, роговичной – менее 1 мм, толщина – 0,2 мм. Длина трансплантата несколько превышала размер раны лимба. Трансплантат выкраивался ножом-расслаивателем с нижней кромкой, перемещался на лимбальную часть обработанной раны и фиксировался поверхностным швом 10/0. По окончании операции субконъюнктивально вводился антибиотик с дексаметазоном, накладывалась асептическая бинокулярная повязка. Всем больным операция была произведена в ургентном порядке. Консервативное лечение производилось в соответствии со стандартной схемой.

Методы исследования: визометрия, гониоскопия, биомикроскопия. Сроки наблюдения до 3-х

месяцев.

Результаты исследований и их обсуждение

При поступлении у большинства больных – 16 (84,21%) имели место отёк, инфильтрация краёв роговично-лимбального отрезка раны, выраженные в большей или меньшей степени, гнойной инфильтрации раны не отмечалось ни в одном случае. Отёчность краёв раны прямо пропорционально зависела от тяжести травмы, наличия инородного тела, выпавших внутренних оболочек, а также сроков поступления. Так, из 9 больных основной группы, поступивших через 1 сутки после травмы, у 8 края раны были отёчные, причём у 3 из них отёк был значительный.

Исходная характеристика ран у больных контрольной группы была идентична больным основной группы.

Через 1 сутки после ПХО предложенным методом умеренная инфильтрация раны осталась лишь у 2 больных из 16, в то же время выраженная инфильтрация раны не регрессировала ни у одного больного. Через 5 суток инфильтрация краёв раны регрессировала у всех больных. У больных контрольной группы инфильтрация раны держалась у 20 больных (83,33%) и лишь к концу 2 недели края раны стали полупрозрачными.

В основной группе через 3 суток после оперативного лечения явления слабо выраженного иридоциклита отмечались у всех больных. Наиболее многочисленную группу составили больные с умеренно выраженными явлениями посттравматического иридоциклита, их количество составило 16 человек. Сильно выраженный передний увеит наблюдался у 3 больных. В контрольной группе так же преобладали больные (16 человек) с умеренными явлениями иридоциклита, у 18 держались явления сильно выраженного воспаления.

На 5 сутки наблюдения в основной группе динамика проявления иридоциклита существенно уменьшилась у всех больных с сильно выраженными проявлениями, количество больных с умеренным характером иридоциклита, практически, осталось без изменения.

К 10 дню наблюдения у всех больных основной группы явления иридоциклита либо проявлялись слабыми признаками, либо отсутствовали. К 14 суткам явления слабовыраженного воспалительного процесса сохранились только у

2 больных, в то время как в контрольной – менее чем у половины – 13 человек (43,33%).

Сроки заживления проникающей раны оценивались по виду и срокам формирования видимой части рубца.

У больных основной группы к трёхнедельному сроку наблюдения рубец имел вид тонкого непроминирующего линейного помутнения, трансплантат визуально не определялся, васкуляризация рубца не наблюдалась ни в одном случае. Через 3 месяца рубец тонкий, роговичная ткань вокруг прозрачная, васкуляризация отсутствует, угол передней камеры открытый, у 3-х больных отмечались единичные нежные синехии, у 5 – гиперпигментация.

У больных контрольной группы через 3 недели произошло формирование рубца почти у всех больных. Рубец был проминирующим, наблюдался стромальный роговичный отёк во всех случаях, васкуляризация рубца различной степени, ткань роговицы вокруг отёчная. Через 3 месяца почти у всех больных сращённый рубец с васкуляризацией, угол передней камеры закрытый, широкие синехии.

Выводы

1. Предложенный метод первичной хирургической обработки в сочетании с аутолимбальной трансплантацией открытой раны с вовлечением зоны лимба способствует максимальной коррекции адаптации краёв раны, стимулирует репаративные процессы, уменьшает явления васкуляризации и воспалительной реакции, и, как показал сравнительный анализ, более эффективен, чем традиционная первичная хирургическая обработка.

2. Сокращает сроки регенерации проникающих ранений с вовлечением зоны лимба.

3. Метод прост технически, не требует дорогостоящих исследований, дополнительной аппаратуры и может быть применён в любом офтальмохирургическом отделении.

глаз) в возрасте от 39 до 65 лет, мужчин было 24, женщин – 27.

Все пациенты разделены на две равнозначные группы, сопоставимые по возрасту и полу. Основную группу составили 25 пациентов (47 глаз), которые дополнительно к традиционной терапии получали физиотерапевтическое лечение (эндонозальный электрофорез с апилаком

Литература

1. Волков В. В. О современных тенденциях в определении задач хирургической обработки травм глаза / В.В. Волков // Офтальмол. журнал. – 1989. – № 7. – С. 286–287.
2. Гундорова Р. А. Принципы первичной хирургической обработки проникающих ранений глаза / Р. А. Гундорова // Офтальмол. журнал. – 1989. Павлюченко К. П., Бондарь Н. И., Сухина И. В. № 7. – С. 389–393.
3. Гундорова Р. А. Реконструктивные операции при свежих проникающих ранениях глаз / Р.А. Гундорова // Вестник офтальмологии. – 1976. – № 5. – С.

- 21–24.
4. Buck R.C. Cell migration in repair of mouse corneal epithelium / R.C. Buck // *Invest. Ophthalmol. Vis. Sci.* – 1997. – Vol. 18. – P. 767–784.
 5. Davanger M. Role of the pericorneal papillary structure in renewal of corneal epithelium / M. Davanger, A. Evensen // *Nature.* – 1971. – Vol. 229. – P. 560–561.
 6. Eagling E. Perforating injuries of the eye / E. Eagling // *Br. J. Ophthalmoljgy.* – 1976. – Vol. 60. – P. 732–736.
 7. Feist R.M. Ocular trauma epidemiology / R. M. Feist, M. D. Farber // *Arch. Ophthalmol.* – 1989. – Vol. 107, № 4. – P. 503–504.

АУТОЛІМБАЛЬНА ТРАНСПЛАНТАЦІЯ У ХВОРИХ З ВІДКРИТОЮ ТРАВМОЮ ОКА З ЗАЛУЧЕННЯМ ЗОНИ ЛІМБА

Запропоновано методику первинної хірургічної обробки з аутолімбальною трансплантацією відкритої рани очі з залученням зони лімба. Ефективність лікування оцінювалася за станом рани, васкуляризації рубця, ступеня запальної реакції. Порівняльний аналіз з хворими контрольної групи (24 хворих) показав ефективність запропонованого лікування.

Ключеві слова: відкрита травма ока, аутолімбальна трансплантація.

THE AUTOLIMBAL TRANSPLANTATION AT PATIENTS WITH THE OPEN WOUND OF EYE WITH THE INVOLVEMENT OF LIMBAL ZONE

The method of initial surgical treatment with autolimbal transplantation of open eye wound with the involvement of limbal zone is proposed. The efficiency of treatment was determined by the condition of wound, vascularization of scar, the degree of inflammatory process. The comparative analysis with the patients of control group (24 patients) showed the efficiency of proposed treatment.

Keywords: the open wound of eye, autolimbal transplantation.