

К 35-ЛЕТИЮ СКЛЕРОУКРЕПЛЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ МИОПИИ В ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ

В.Н. Голычев

ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет Минздрава России

В статье обобщен опыт автора в проведении склероукрепляющих операций при прогрессирующей миопии в тверской клинике глазных болезней в течение 35 лет, дан анализ современных и более радикальных подходов к их выполнению.

Ключевые слова: прогрессирующая миопия, склероукрепляющие операции, показания, результаты.

Частота миопии (близорукости) в последние десятилетия возросла и достигла в странах Европы и России 30-40%, а в Юго-восточной Азии – до 60-70% [1]. У части больных (16-18%) с высокой прогрессирующей миопией заболевание приобретает новое качество: возникает, так называемая, патологическая миопия или миопическая болезнь, которая является одной из основных причин инвалидности по зрению [2].

Учитывая, что консервативные методики профилактики прогрессирования миопии оказались малоэффективными, возрос интерес офтальмологов к хирургическим вмешательствам при этом заболевании, принцип которых заключается в наложении своеобразного бандажа для предупреждения дальнейшего растяжения склеры в передне-заднем направлении миопического глаза [3].

В нашей стране первую склероукрепляющую операцию при прогрессирующей близорукости произвели в 1967 г. А.П. Нестеров и М.Б. Либензон. В дальнейшем операции подобного типа стали выполняться в глазных клиниках Куйбышева, Владивостока, Новокузнецка, Ашхабада и др. городов.

В калининской клинике глазных болезней первая склеропластическая операция произведена автором статьи в октябре 1982 года. В масштабах страны мы были явно не первыми, но и далеко не последними: находились в первой трети клиник, внедривших в свою работу данные операции. Для начала была выбрана сравнительно несложная методика Пивоварова-Приставко [4]. Причем почти все работы по изготовлению материала для трансплантации (кадаверной склеры): получению и обработке его выполнялись лично. Бокал склеры трупного глаза высушивался в стерильном бюксе с помощью силикагеля. Перед операцией силиковысушенная склера регидратировалась на

первых порах лишь в растворе антибиотика, а в дальнейшем с добавлением туда кальцитонина [5].

В первые годы показания к применению склеропластических операций при прогрессирующей миопии в калининской клинике были стандартными:

- высокая степень близорукости – 6,0 диоптрий и более при прогрессировании с годовым градиентом (ГГП) 1,0Д и выше;
- прогрессирующее снижение остроты зрения;
- появление дистрофических изменений в центральных отделах глазного дна.

Методика по Пивоварову-Приставко предполагает заведение трансплантатов шириной 5-6 мм и длиной 20-25 мм в теноново пространство до заднего полюса в 4 квадрантах миопического глаза с фиксацией их к склере швами в 10-12 мм от лимба. Однако вскоре данная методика была нами изменена [6]. Во-первых, оперируемый глаз укреплялся более длинными (до 27-32 мм) полосами аллосклеры, чтобы они захватывали не только задний, но и передний отделы, поскольку последний также может растягиваться, способствуя прогрессированию миопии. Во-вторых, верхне-наружный, более растяжимый, квадрант глаза укреплялся более широким склеральным трансплантатом, сформированным в виде «сапога» [3]. В-третьих, передний отдел трансплантата не подшивался, чтобы не задерживать ход операции. Для удержания трансплантата на поверхности склеры на боках под углом 45° наносились надрезы в виде елочки, «иголочки» которой удерживали введенный трансплантат на месте.

Обязательным условием успешных склероукрепляющих операций, в том числе и по Пивоварову-Приставко, является введение трансплантата под тенонову капсулу, т.е. в теноново пространство. Дело в том, что тенонова капсула представляет собой очень тонкую, почти прозрачную, оболочку, которая на фоне белой склеры малозаметна. Ошибкой неопытного или невнимательного хирурга может быть введение трансплантата не под тенонову капсулу, а над нею, т.е. под конъюнктиву. В этом случае при смещении конъюнктивы трансплантат смещается вместе с ней. Эффект от такой операции нулевой и, к сожалению, таких больных мне приходилось видеть неоднократно. О подобных технических ошибках сообщает и Е.П. Тарутта [7].

Стабилизирующий эффект склеропластики по описанной выше методике составлял 66-72% при сроках наблюдения до 15 лет, причем наилучшие результаты отмечены в случаях незначительных изменений на глазном дне (1-2 стадии по Аветисову-Флик).

С 1984 года при грубых дистрофических изменениях на глазном дне (4-5 стадии) склеропластику по Пивоварову-Приставко мы стали сочетать с интрасклеральной васкуляризацией [8]. Для реваскуляризации склеры использовали лоскут теноновой капсулы с элементами подслизистой. Показанием для данной модификации явилось прогрессирующее ухудшение остроты зрения. Отдаленные наблюдения (до 12 лет) продемонстрировали

достижение стабилизации дистрофического процесса с сохранением зрительных функций у 70% оперированных.

С 1989 года нами стала широко использоваться склеропластика, предложенная Н.Н. Нурмамедовым и Г.К. Атамередовой [9]. Суть этой простой и малотравматичной операции в том, что широким трансплантатом (10 мм) укреплялся лишь один наиболее уязвимый для прогрессирования миопии верхне-наружный квадрант глаза больного. В срок от 5 до 11 лет после операции стабилизация отмечена на 45% оперированных глаз. Однолоскутная склеропластика оказалась наименее эффективной при прогрессирующей миопии высокой степени и у детей с миопической наследственностью со стороны обоих родителей.

В этих случаях целесообразно проведение склеропластики по Снайдер-Томпсону. В Калининской (Тверской) клинике глазных болезней данная методика в нашей модификации стала использоваться с 1986 года. Ее отличие в том, что трансплантат шириной 10-12 мм проводился под мышцами глазного яблока и укладывался между местом прикрепления косой мышцы и зрительным нервом. Являясь довольно надежным способом укрепления склеры миопического глаза, данная методика имеет технические сложности при нахождении и выделении нижней косой мышцы, а также заведении ее к заднему полюсу трансплантата. Для устранения этого недостатка форма трансплантата была нами изменена [10]. По данной методике выполнено 97 операций. Их отдаленные результаты изучены в сроки от 2 до 12 лет. Стабилизация процесса наблюдалась в 71% случаев.

Донорская (кадаверная) склера в качестве пластического материала для вышеназванных операций использовалась нами в первые 10 лет применения операции склеропластики. Это наиболее надежный плотный материал, из которого можно выкроить трансплантат любой конфигурации. Сложность здесь заключается в практически полной невозможности получения донорского материала.

Поэтому в дальнейшем мы использовали аллотрансплантаты из твердой мозговой оболочки человека, изготовлявшиеся в Московском МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова. В настоящее время используем трансплантаты из перикарда крупного рогатого скота.

Трансплантаты укрепляют склеру миопического глаза за счет их сращения со склерой реципиента, а также ее васкуляризации [3]. Мы смогли в этом убедиться при отсечении небольшой части трансплантата у пациентки 16 лет для коррекции косметического дискомфорта. После выполнения склеропластики прошло лишь 4 месяца. Кончик трансплантата длиной 7 мм был отсечен от основной его части, но отделить его пинцетом от склеры оказалось невозможно. Удалось сделать это лишь после рассечения спаек образовавшихся между трансплантатом и склерой.

За 35 лет в клинике глазных болезней КГМИ/ТГМУ получили лечение свыше двух тысяч больных с прогрессирующей близорукостью. У 1250 человек выполнены склеропластические операции по различным методикам,

преимущественно по Пивоварову-Приставко, т.к. она технически несложная и обеспечивает вполне удовлетворительные результаты по остановке или торможению прогрессирования близорукости.

Показания для склеропластических операций, приведенные выше, следует, на наш взгляд, радикализировать. Зачем же ждать, чтобы прогрессирующая миопия достигла высокой степени – 6,0 и более диоптрий? И «тревожный» годовой градиент прогрессирования (ГГП) 0,7-0,8 диоптрий не мал. На все случаи жизни невозможно предусмотреть показания к тому или другому методу лечения. Наш 35-летний опыт лечения прогрессирующей близорукости свидетельствует, что в каждом случае нужно подходить индивидуально.

Например, если у детей 11 и 15 лет прогрессирующая миопия 4,5-5,0 Д при ГГП 0,75Д, то первому из них в силу более юного возраста и большей вероятности прогрессирования процесса, операция показана в первую очередь. Второму же со склеропластикой можно и повременить, назначив консервативное лечение с обязательным контрольным осмотром через полгода.

В 2011 году совместно с председателем областной глазной МСЭК мы опубликовали статью о состоянии и динамике инвалидности вследствие нарушения зрения у жителей Тверской области [11]. Оказалось, что за последние годы выход на инвалидность вследствие глаукомы и патологии сетчатки остался на прежнем уровне, но сократился вследствие катаракты в 2,5-3 раза и дегенеративной близорукости (миопической болезни) – в 2 раза. В первом случае на положительную динамику выхода на инвалидность, по нашему мнению, оказал влияние переход хирургии катаракты на использование ультразвуковых и лазерных аппаратов, во втором – широкое применение мер, направленных на профилактику прогрессирования близорукости, в первую очередь, склероукрепляющих операций.

Литература

1. Тарутта, Е.П. Дальнейшее развитие патогенетически обоснованной системы диагностики и склерореконструктивного лечения патологической миопии / Е.П. Тарутта // Рефракционные и двигательные нарушения. – М., 2007. – С. 163-166.
2. Tano, J. Pathologic myopia: where are we now? / J. Tano // Am. J. Ophth. – 2002. – Vol. 34, № 5. – P. 645-660.
3. Аветисов, Э.С. Близорукость / Э.С. Аветисов. – М.: Медицина, 1999. – 286 с.
4. Приставко, Э.С. Упрощенный метод хирургической профилактики прогрессирования близорукости: методические рекомендации / Э.С. Приставко, Н.Н. Пивоваров. – М., 1980. – С. 12.
5. Голычев, В.Н. Использование кальцитонина в регидратации силиковысушенной склеры / В.Н. Голычев // Научно-практические аспекты совершенствования лечебно-диагностической помощи. – Калинин, 1989. – С. 163-164.

6. Голычев, В.Н. Эффективность склеропластики при высокой прогрессирующей близорукости у детей и подростков / В.Н. Голычев // Материалы 5-го Всероссийского съезда офтальмологов, 1987. – С. 221-222.
7. Тарутта, Е.П. Выбор метода склеропластики при прогрессирующей близорукости / Е.П. Тарутта // Вестник офтальмологии. – 1992. – № 2. – С. 10-13.
8. Голычев, В.Н. О сочетании склеропластики с интрасклеральной реваскуляризацией склеры при миопической болезни / В.Н. Голычев, И.В. Морозова // Офтальмологический журнал. – 1989. – № 3. – С. 160-163.
9. Медвецкая, Г.А. Отдаленные результаты модифицированной склеропластики по Нурмамедову-Атамередовой / Г.А. Медвецкая, В.Н. Голычев // Вестник офтальмологии. – 1993. – № 5. – С. 15-16.
10. Голычев, В.Н. Эффективность модификации склеропластики по Снайдер-Томпсону при высокой прогрессирующей близорукости / В.Н. Голычев // Материалы 1-ой Евро-Азиатской конференции по офтальмохирургии. – Екатеринбург, 1998. – С. 133-134.
11. Голычев, В.Н. Состояние и динамика инвалидности вследствие нарушений зрения в Тверской области / В.Н. Голычев, С.В. Яковлева // Верхневолжский медицинский журнал. – 2011. – № 2. – С. 27-28.