

УДК 617.77-007.274-031.5-089.844

Сучасні методи хірургічної реабілітації пацієнтів з тотальними симблефаронами обох повік

С. А. Якименко, д-р мед. наук, професор; П. О. Костенко, канд. мед. наук

ДУ "Інститут очних хвороб та
тканинної терапії ім. В.П. Філатова
НАМН України";
Одеса (Україна)

E-mail: piter1812@rambler.ru

Ключові слова:

симблефарон, анкілосимблефарон,
аутослизова оболонка губи

Мета. Проаналізувати ефективність трьохетапного методу хірургічної реабілітації пацієнтів з тотальним симблефаронами обох повік, що був розроблений, вдосконалений та використовується у відділі післяопікової патології ока в теперішній час.

Матеріал і методи. Проаналізовано результати застосування розроблених у відділі післяопікової патології ока методик трансплантації аутослизової оболонки порожнини рота для усунення тотального симблефарону обох повік. В період з 2005 по 2018 роки було прооперовано 86 пацієнтів, 34 (39,5%) пацієнта прооперовані по двохетапному методу, 52 (60,5%) пацієнта по трьохетапному методу.

Результати. Стан сформованих склепінь оцінювали за об'єктивними даними – глибина і симетричність склепінь, наявність завороту повік. Запропонована нами трьохетапна методика дозволяла пересадити за перші два етапи значно більше слизової губи, що дозволило досягнути успіху майже у всіх хворих – 46 (88,5%), на противагу 26 (76,5%) хворих при двох етапній методиці. Застосування трьох етапного методу хірургічної реабілітації дозволив також знизити ризик виникнення транзитної внутрішньоочної гіпертензії – 9 хворих (17,3%), на противагу 8 (23,5%) хворих при двох етапній методиці.

Висновки. Розроблений і апробований у відділі післяопікової патології ока трьохетапний метод хірургічної реабілітації пацієнтів з тотальними симблефаронами обох повік виявився ефективним та безпечним, що дозволяє рекомендувати його для широкого застосування в офтальмологічній практиці.

Актуальність. Функціональна і косметична реабілітація пацієнтів з тотальними симблефаронами обох повік, які утворились після тяжких опіків, синдрому Stevens–Johnson, очного пемфігоїду, трахоми, атопічного кератокон'юнктивіту та інш., є складною проблемою і являє собою один з найбільш проблематичних розділів офтальмопластики, серйозну медичну та гостру соціально-психологічну проблему для пацієнта. Оперативне лікування трудомістке, багаторічне, включає різні хірургічні втручання, пов'язані як з пересадкою аутослизової оболонки губи (АОГ), так і пластикою місцевими тканинами, а одержувані результати не завжди передбачувані. Складність вирішення цієї проблеми визначається особливостями анатомо-топографічної та фізіологічної структури даної області, поліморфізмом етіології і клініки захворювання, розвитком системної аутосенсibiлізації до колагену у пацієнтів, які перенесли серію реконструктивних втручань, а також бажанням пацієнтів мати максимально сприятливий косметичний результат.

Для усунення симблефарону були запропоновані різноманітні способи пластики, але в теперішній час найбільш поширеними методами відновлення склепінь є способи, що включають трансплантацію АОГ

[7, 9, 12]. Відомі також методики використання вирощених аутологічних клітин кон'юнктиви, шкіри у поєднанні з трансплантацією АОГ [11, 13]. Загальними недоліками цих методів є додаткова травма пацієнта, пов'язана зі створенням додаткового операційного поля і ускладненням і збільшенням тривалості операції. Щоб уникнути додаткового травмування пацієнтів, застосовувалася трансплантація слизової губи трупа, кон'юнктиви або очеревини від мертводонароджених плодів [1,3]. Однак недоліком даних методів є вкрай низька ефективність відновлення кон'юнктивальних склепінь через низьку життєздатність цих тканин. Крім того, використання матеріалу мертводонароджених плодів викликає появу ряду проблем етичного характеру, а також пов'язаних з ризиком передачі трансмісивних захворювань. Ці причини зумовили вкрай рідке використання перелічених підходів.

Також є спроби одночасного використання декількох методик. Застосовується одночасне інтраопераційне використання мітоміцину С, трансплантації слизової оболонки порожнини рота, а також трансплантації

амніотичної мембрани, що спрямовано як на зменшення ризику рецидиву симблефарону, так і на його усунення [10]. У свою чергу, зважаючи на можливість ряду тяжких ускладнень після застосування мітоміцину С паралельно розробляються нові технології трансплантації амніотичної мембрани, що уникають його використання. Проводились спроби усунення симблефарону шляхом кон'юнктивальної рецесії з послідуною герметизацією розриву між кон'юнктивною і теновою капсулою за допомогою нейлонового шва 9-0 та покриванням голої склери амніотичної оболонкою. Цей спосіб, за даними авторів, не тільки дозволяє уникнути застосування мітоміцину С, але і створює міцний бар'єр для запобігання рецидиву, відновлення цілісності очної поверхні, реформування глибокого склепіння і відновлення повної рухливості ока [14]. Але навіть найновітніші технології при тотальних симблефаронах потребують використання АОГ.

У відділі післяопікової патології ока була запропонована Н.О. Пучківською (1951) та детально розроблена і вивчена Г.В. Легезою (1956) так звана двоетапна методика усунення тотального чи обширного симблефарона, анкілосимблефарона, що багато років застосовується та добре себе зарекомендувала але з часом виявились і деякі її недоліки. Так, на очах з вторинною глаукомою після такої операції нерідко підвищується внутрішньоочний тиск (ВОТ), з яким дуже складно вести боротьбу.

Мета. Проаналізувати ефективність трьохетапного методу хірургічної реабілітації пацієнтів з тотальними симблефаронами обох повік, що був розроблений, вдосконалений та використовується у відділі післяопікової патології ока в теперішній час.

Матеріал і методи

Проаналізовано результати застосування розроблених у відділі післяопікової патології ока методик трансплантації аутослизової оболонки порожнини рота для усунення тотального симблефарону обох повік. В період з 2005 по 2018 роки було прооперовано 86 пацієнтів, 34 (39,5%) пацієнта прооперовані по двохетапному методу, 52 (60,5%) пацієнта по трьохетапному методу. Запропонована нами методика операції включає наступні три основні етапи. Під час першого та другого етапу, які проводяться з інтервалами між ними 2-3 місяці, здійснюється усунення зрощень очного яблука з нижньою, а потім верхньою повікою. При розтині зрощень очного яблука з повіками необхідно дотримуватися обережності, щоб не пошкодити хрящ та не перфорувати повіку. Фіксація лоскута слизової під час цих операцій проводиться на половині очного яблука в проекції лімба та у склепінні епісклерально, край в край до прилеглої кон'юнктиви (якщо вона частково збережена), у реберного краю та погрузними П-подібними швами до повік (рис. 1, 2, 3). При двохетапній методиці під час першого етапу проводиться повне покриття очного яблука та частково повік сли-

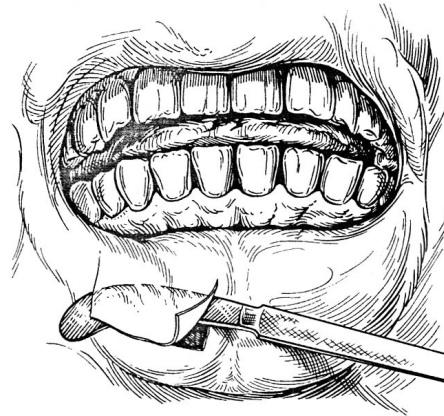


Рис. 1. Викроювання клаптя слизової оболонки губи.

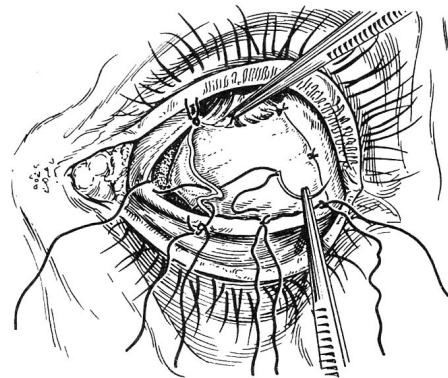


Рис. 2. Фіксація клаптя слизової оболонки губи на очному яблуці.

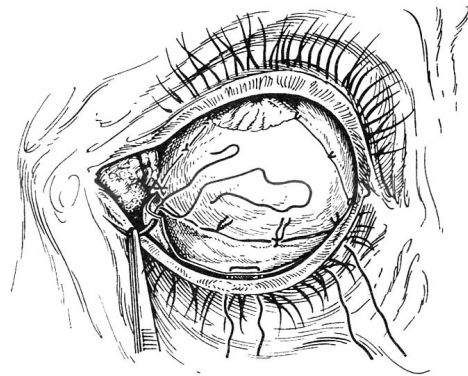


Рис. 3. Фіксація клаптя слизової оболонки на задній поверхні повіки.

зовою оболонкою губи. Завдяки тому, що на першому та другому етапах слизова покриває тільки половину очного яблука, підвищення ВОТ може бути незначним і з ним легше боротись. Через 2-3 місяці проводиться третій етап, спрямований на усунення лагофтальму та завороту повік і пов'язаний з тим, що під час приживлення слизової губи, розташованої на задній поверхні повік, відбувається її скорочення (рис. 4). Суть опера-

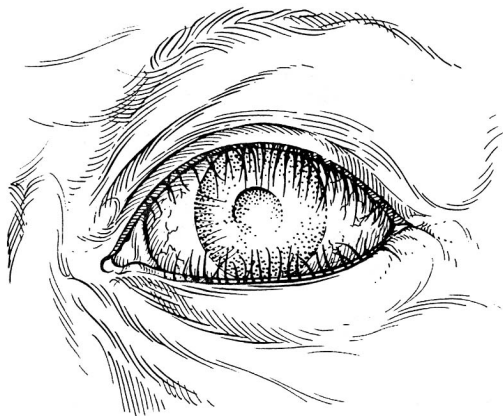


Рис. 4. Рубцеві укорочення і заворот повік, лагофтальм

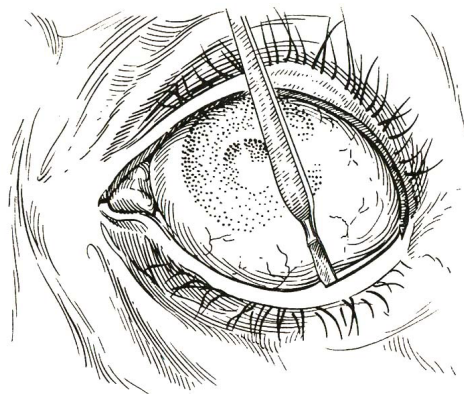


Рис. 5. Розщеплення повік на дві пластини

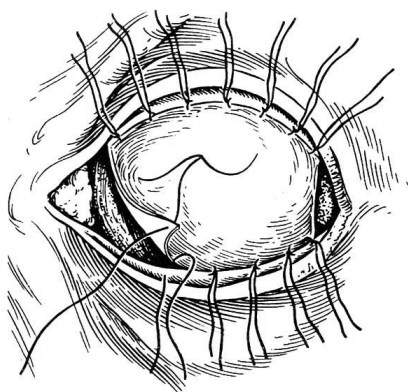


Рис. 6. Зшивання клаптя слизової з задніми пластинами повік.

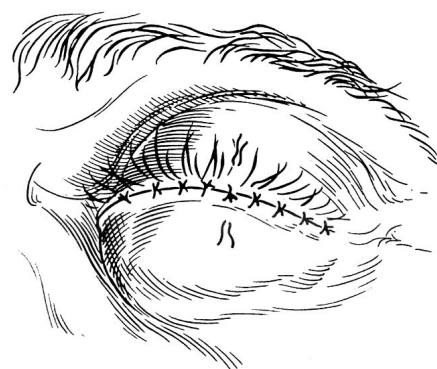


Рис. 7. Зшивання передніх пластин повік.

ції полягає в подовженні задніх платівок повік клаптем слизової оболонки губи та проведенні постійної блефароррафії (рис. 5-8). Розкриття очної щілини проводять через 6-8 місяців (після завершення процесів рубцювання). Слід також звернути особливу увагу на ряд нюансів безпосередньо під час проведення цього етапу, недотримання яких може призвести до невдачі. Так, при розшаровуванні верхньої повіки потрібно звертати увагу на те, щоб не була порушена цілісність м'язів, які її піднімають. Перед зшиванням повік важливо правильно «освіжити» їх краї. «Освіження» має проводитися так, щоб зрізати тільки епітелій міжреберного простору, не травмуючи при цьому країв повік і не пошкоджуючи вій.

У післяопераційному періоді також слід виділити ряд особливостей ведення хворих. Перше, це туга бинтова пов'язка протягом 2-3 діб. Друге, це ретельна гігієна порожнини і швів. Після зняття пов'язки починають проводити щоденні (як правило трьох-чотирьох разові) перев'язки, протягом яких здійснюється промивання порожнини розчинами антибіотиків (або антисептиків) через отвори між повіками у внутрішнього або зовнішнього кута. Для профілактики інфекційних ускладнень, які пов'язані з проведенням реконструктивно-пластичних операцій, в післяопераційному періоді нами широко проводиться активна системна протизапальна (селективні та неселективні нестероїдні препарати) та антибактеріальна терапія (антибіотики широкого спектру дії).

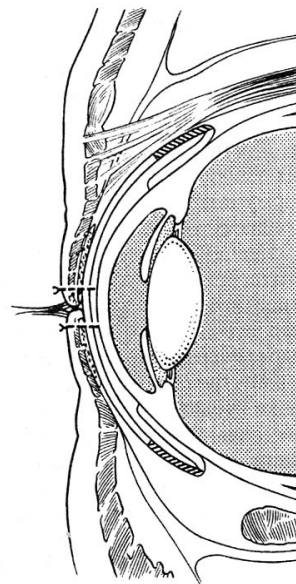


Рис. 8. Сагітальний розріз повік і очного яблука після розщеплення і зшивання повік (схематичне зображення).

Результати досліджень

Стан сформованих склепінь оцінювали за об'єктивними даними – глибина і симетричність склепінь, наявність завороту повік. Результат операції вважався успішним, якщо досягалося повне відновлення кон'юнктивальних склепінь.

Запропонована нами трьохетапна методика дозволяла пересадити за перші два етапи значно більше слизової губи, що дозволило досягнути успішного результату майже у всіх хворих – 46 (88,5%), на противагу одержаним у 26 (76,5%) хворих при двохетапній методиці. Так, у частини хворих після розкриття очної щілини формувалася заворот повік, що вимагало проведення операції за методом Міллінген-Сапежко (у випадках незначного завороту) або подовження задніх пластин повік. Операція за Міллінген-Сапежко проводиться нами в модифікації К. К. Тагібекова [9]. Так як у хворих в ряді випадків спостерігається нерівність краю повік, слабка вираженість міжреберного простору або повна його відсутність, то смужка слизової оболонки губи для пересадки в інтермаргінальний простір викроюється не у вигляді плоскої стрічки без підслизової тканини, а у вигляді «клину», захоплюючи частково підслизову. Розріз в міжреберному просторі робиться по всій довжині повіки, смужка слизової оболонки губи укладається в розріз і фіксується вузловими швами.

Як показали наші клінічні спостереження, застосування трьохетапного методу хірургічної реабілітації дозволив також знизити ризик виникнення транзиторної внутрішньоочної гіпертензії – 9 хворих (17,3%), на відміну від 8 (23,5%) хворих при двохетапній методиці. Оскільки одними з основних причин гіпертензії у післяопераційному періоді є гіперпродукція внутрішньоочної рідини (ВОР) та розвиток ускладнень її відтоку, необхідно в комплекс лікувальних заходів включати активну протизапальну терапію та препарати, що знижують швидкість її утворення. Нами було встановлено, що вираженою гіпотензивною дією при транзиторній внутрішньоочній гіпертензії володіє ацетазоламід. Зазвичай достатньо загальноприйнятих терапевтичних дозувань ацетазоламіду (по 0,125-0,25г 2-3 рази на день), всередину протягом 2-5 днів з двоєденними інтервалами після 5 днів прийому препарату. При цьому необхідний постійний контроль за сечею хворого, кожні 5-7 днів. Недоліком ацетазоламіду є необхідність робити перерви в його застосуванні, ацетазоламід протипоказаний при захворюванні нирок, викликає ацидоз. Також ми широко застосовуємо місцево інстиляції дорзоламіда гідрохлориду у вигляді 2% водного офтальмологічного розчину, який є інгібітором карбоангідрази. Інгібування карбоангідрази циліарного тіла ока призводить до зниження секреції внутрішньоочної рідини (переважно за рахунок зменшення утворення іонів бікарбонату з наступним зниженням транспорту іонів натрію і рідини). При місцевому застосуванні дорзоламіда гідрохлорид знижує

підвищений ВОР, який є фактором ризику в патогенезі пошкодження зорового нерва. У наших пацієнтів при монотерапії дорзоламіда гідрохлорид призначався по 2 краплі 2-3 рази на добу. З побічних ефектів при застосуванні інстиляцій дорзоламіда гідрохлориду дуже рідко спостерігалися місцеві реакції (печіння, поколювання в очах), які мали короточасний характер і не були протипоказанням для продовження застосування препарату. Системні реакції нами не спостерігалися.

Висновки

Розроблений і апробований у відділі післяопікової патології ока трьохетапний метод хірургічної реабілітації пацієнтів з тотальними симблефаронами обох повік виявився ефективним та безпечним, що дозволяє рекомендувати його для широкого застосування в офтальмологічній практиці.

Література

1. Алексеев С. А. Опыт пересадки слизистой губы трупа при операции Миллинген-Сапежко / С.А Алексеев // Вестник офтальмол. – 1963. – №6. – С.76–79.
2. Гундорова Р. А. Реконструктивные операции на глазном яблоке / Р. А. Гундорова, Г. Г. Бордюгова, А. Г. Травкин. – М.: Медицина, 1983. – 223 с.
3. Зайкова М. В. Пластическая офтальмохирургия. – М.: Медицина, 1980. – 207 с.
4. Легеза Г. В. Оперативное лечение обширных и полных симблефаронов при наличии глазного яблока / Г. В. Легеза // Автореф. ... дисс. канд. мед. наук. – Одесса, 1956. – 22 с.
5. Легеза Г. В. К вопросу о применении трансплантатов слизистой оболочки губы / Г. В. Легеза // В кн.: Травматизм органа зрения в промышленности и сельском хозяйстве. Киев, 1967. – С.77–79.
6. Пучковская Н. А. Оперативное лечение обширных и полных симблефаронов / Н. А. Пучковская // Вестн. офтальмол. – 1951. – №4. – С.6–13.
7. Пучковская Н. А. Ожоги глаз / Н. А. Пучковская, С. А. Якименко, В. М. Непомышная. – М.: Медицина, 2001. – 272 с.
8. Тагибеков К. К. Оперативное лечение недостаточности конъюнктивальной полости при анофтальме и некоторые вопросы косметического протезирования / К. К. Тагибеков // Автореф. ... дисс. канд. мед. наук, Одесса, 1971. – 22 с.
9. Якименко С. А. Кератопротезирование: монография / С. А. Якименко // – Одесса: «СИМЕКС-ПРИНТ», 2018. – 164 с.
10. Kheirikhah A. A combined approach of amniotic membrane and oral mucosa transplantation for fornix reconstruction in severe symblepharon / A. Kheirikhah, R. Ghaffari, R. Kaghazkanani, H. Hashemi, M.J. Behrouz, V.K. Raju // Cornea. –2013. – Feb; 32(2). – P.155–60. doi: 10.1097/ICO.0b013e318247983d
11. Li T. Reversed skin graft combining with lip mucosa transplantation in treating recurrent severe symblepharon: A case report. / T. Li, Y. Shao, Q. Lin, D. Zhang // Medicine (Baltimore). – 2018. – Aug; 97(35). – e12168. doi: 10.1097/MD.00000000000012168

12. **Mai C.** Oral mucosal grafts: old technique in new light. / C. Mai, E. Bertelmann // Ophthalmic Res. – 2013. – V. 50(2). – P.91–8. doi: 10.1159/000351631. Epub 2013 Jul 3.
13. **Scuder G.L.** Clinical transplantation of cultured conjunctival ocular plastic surgery /G.L. Scuder, R. Mancino, C. Nucci, C. Alfano, N. Scuderi // XXVIII International Congress of Ophthalmology, Book of Abstracts, Amsterdam, 1998, P. 171
14. **Zhao D.** Sealing of the gap between the conjunctiva and tenon capsule to improve symblepharon surgery/ D. Zhao,

H.Y. Yin, A. Cheng, R. Chen, H. Sheha, S.C. Tseng // Am J Ophthalmol. 2015 Sep;160(3):438–446.e1. doi: 10.1016/j.ajo.2015.06.003. Epub 2015 Jun 17.

Автори засвідчують про відсутність конфлікту інтересів, які б могли вплинути на їх думку стосовно предмету чи матеріалів, описаних та обговорених в даному рукопису.

Поступила 27.06.2019

Современные методы хирургической реабилитации пациентов с тотальными симблефаронами обоих век

Якименко С. А., Костенко П. А.

ГУ "Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В. П. Филатова НАМН Украины"; Одесса (Украина)

Цель. Проанализировать эффективность трехэтапного метода хирургической реабилитации пациентов с тотальными симблефаронами обоих век, который был разработан, усовершенствован и используется в отделе послеожоговой патологии глаза в настоящее время.

Материал и методы. Проанализированы результаты применения разработанных в отделе послеожоговой патологии глаза методик трансплантации аутослизистой оболочки полости рта для устранения тотального симблефарона обоих век. В период с 2005 по 2018 годы, было прооперировано 86 пациентов, 34 (39,5%) пациента прооперированы по двух этапному методу, 52 (60,5%) пациента по трехэтапному методу.

Результаты. Состояние сформированных сводов оценивали по объективным данным – глубина и сим-

метричность сводов, наличие заворота век. Предложенная нами трехэтапная методика позволяла пересадить за первые два этапа значительно больше слизистой губы, что позволило достичь успеха почти у всех больных - 46 (88,5%), в противовес 26 (76,5%) больным при двухэтапной методике. Применение трехэтапного метода хирургической реабилитации позволило также снизить риск возникновения транзитной внутриглазной гипертензии – 9 больных (17,3%), в противовес 8 (23,5%) больным при двухэтапной методике.

Выводы. Разработанный и апробированный в отделе послеожоговой патологии глаза трехэтапный метод хирургической реабилитации пациентов с тотальными симблефаронами обоих век оказался эффективным и безопасным, что позволяет рекомендовать его для широкого применения в офтальмологической практике.

Ключевые слова: симблефарон, анкилосимблефарон, аутослизистая оболочка губы