

УДК 617.7(477.74-25)(092)

Теврат Усупович Горгіладзе — блискучий хірург, що спадкоємно розвивав проблему наскрізної пересадки рогівки за методом академіка В. П. Філатова

Боброва Н. Ф., д-р мед. наук, професор; Дрожжина Г. І., д-р мед. наук, професор;
Горгіладзе Л. Т., канд. мед. наук

ДУ «Інститут очних хвороб та
тканинної терапії ім. В.П. Філатова
НАМН України»

Одеса (Україна)

У статті представлена інформація про життя, лікувальну та наукову діяльність професора Теврата Усуповича Горгіладзе та його внесок у розвиток часткової наскрізної кератопластики за методом академіка В. П. Філатова. Т. У. Горгіладзе — учень академіка В. П. Філатова, блискучий хірург, який протягом 20 років керував у інституті відділом пересадки рогівки. За цей період було висвітлено багато проблем патології переднього відрізка ока та запропоновано багато методик діагностики і лікування, які досі є актуальними. Відділ пересадки рогівки — це перший відділ, що був заснований В. П. Філатовим, з нього почався Одеський науково-дослідний інститут очних хвороб і тканинної терапії, що носить ім'я академіка.

Народився Теврат Усупович Горгіладзе (фото 1) у 1926 році у багатодітній родині на південному сході Грузії у селищі Горгадзнебі. Він був старшим з восьми дітей. Прихильність до навчання юнак виявив із ранніх років. З великим старанням вчився у місцевій школі, ходити до якої доводилося далеко. У роки Другої світової війни у п'ятнадцятирічному віці Т. У. Горгіладзе вже працював у цій школі вчителем, тому що був чи не єдиною грамотною людиною на всю округу. Зараз ця школа у районному центрі Чакві носить його ім'я.

Дві спроби Теврата Усуповича вступити до Тбіліського медичного інституту були невдалими, тому втретє він складав іспити в медичний інститут в Одесі. Ця спроба стала успішною. В інституті він познайомився зі своєю майбутньою дружиною — вони навчалися в одній групі. Незважаючи на труднощі з мовою, Теврат Усупович навчався добре, був старостою групи. Офтальмологією захоплювався ще під час навчання, був головою гуртка очних хвороб. У 1954 році з відзнакою закінчив Одеський медичний інститут ім. М. І. Пирогова і був зарахований спочатку як клінічний ординатор, а потім науковий співробітник в Український науково-дослідний експериментальний інститут очних хвороб та тканинної терапії імені академіка В. П. Філатова.

У відділі пересадки рогівки Теврат Усупович одразу під керівництвом професора Д. Г. Бушмича займався питаннями удосконалення техніки операції часткової наскрізної пересадки рогівки (ЧНПР) за методом академіка В. П. Філатова. І вчителя, і учня хвилювали питання мутного приживання донорського трансплантату. Причин, що викликають несприятливий результат операції, досить багато. Одним з важливих моментів,

на думку багатьох хірургів, які освоїли ЧНПР, є бездоганність техніки операції, яка досягає ідеальних умов конгруентності раньових поверхонь трансплантату та більма.



Фото 1. Професор Теврат Усупович Горгіладзе

© Боброва Н. Ф., Дрожжина Г. І., Горгіладзе Л. Т., 2024

Молодим хірургом було проведено численні експериментальні дослідження на 480 ізольованих трупних очах людини та паралельно здійснено експеримент на 245 очах кролів, яким було зроблено часткову наскрізну пересадку рогівки (ЧНПР). Рогівкові диски, висічені тим чи іншим способом (з боку епітелію трепанамі ФМ-III та ФМ-IV, з боку ендотелію — спеціальним сконструйованим електротрепаном та ін.), та краї трепанаційного отвору досліджувалися гістологічно. Основна увага приділялася формуванню профілю країв рогівкового диска та трепанаційного отвору з упором на стан десцеметової оболонки та ендотелію [1].

Вражає колосальний обсяг експериментальних досліджень кандидатської дисертації. Не варто дивуватися з того факту, що після цієї роботи Т. У. Горгіладзе став блискучим хірургом-практиком, вражаючи своєю технікою всіх вітчизняних та зарубіжних офтальмологів, які приїжджали до інституту.

Поряд із оволодінням технікою ЧНПР, робота, зроблена молодим вченим, виявила багато суттєвих чинників, що сприяють успіху такої, здавалося б, не дуже складної операції, яку в ті роки опанували і робили багато офтальмохірургів. Вивчаючи характер профілю розрізу власної тканини рогівки і трансплантату та їх сумісність, автор дійшов висновку, що для прозорості приживлення донорського трансплантату велике значення має ступінь травмування трансплантату та рогівки реципієнта:

— найкращим та найменш небезпечним методом, що дає рівний профіль зрізу країв трансплантаційного отвору, є трепанація рогівки реципієнта трепаном ФМ-III ручним способом, а використання електротрепану дає скошений профіль розрізу;

— усунення скошеності країв розрізу пропонувалося шляхом встановлення ока в максимально вертикальне положення завдяки застосуванню оригінального пристрою типу «ватерпас» [2];

— висічення та дорізання трансплантату рогівковими ножицями категорично не рекомендувалося, такі трансплантати навіть заборонялися до використання у зв'язку з великою травматизацією задніх шарів донорської рогівки;

— було встановлено, що висота внутрішньоочного тиску (ВОТ) впливає на характер профілю країв трансплантату та трепанаційного отвору: при низькому ВОТ краї скошені у бік ендотелію, а при високому — краї дисків травмовані та різко скошені в різні боки, оптимальний ВОТ має бути на рівні 50-60 мм рт. ст., тоді рогівкові диски мають рівний профіль зрізу;

— часткове зміщення трансплантату, набряк, пізні відновлення глибини передньої камери та інші післяопераційні ускладнення, що спостерігалися в експериментах на кролях, в основному зумовлені похибками техніки операції [3, 4].

Дисертацію [5] було успішно захищено при оцінці серйозних офіційних опонентів з очної клініки Одеського медичного інституту — професора С. Ф. Кальфа

та кандидата медичних наук С. Б. Розовської. Робота мала велике практичне та наукове значення, яке не втратило актуальності і в наші дні, послуживши певною мірою сходинкою для подальшого вдосконалення операції ЧНПР.

Відомо, що в даний час застосування при трепанації більша фемтосекундного лазера забезпечує найкращу сумісність країв отвору трепанації і трансплантата. Крім того, трепанація більша за допомогою лазера здійснюється в момент «причалювання» вакуумного кільця, що встановлює око в максимально вертикальне положення і при підвищенні ВОТ до 60 мм рт. ст. Про такі пристрої в 60-х — 70-х роках ХХ століття молодий хірург міг тільки мріяти, але його висновки, зроблені в ті далекі роки, виявилися абсолютно правомочними у наше технічне ХХІ століття.

Другою важливою проблемою, над якою почав працювати Теврат Усупович, стала вторинна глаукома (ВГ), яка розвивається на очах з більшами, а також після ЧНПР. Вторинна глаукома і сьогодні є однією з основних причин розвитку незворотної сліпоти та інвалідності. Причини ВГ численні, серед них зрощені з райдужкою рубці та більша рогівки. Також ВГ може розвинути у післяопераційному періоді ЧНПР, нівелюючи досягнутий оптичний ефект. Для визначення частоти, причин розвитку, методів дослідження, а головне, лікування та профілактики вторинної глаукоми Т. У. Горгіладзе провів надзвичайно численні дослідження — понад 3,5 тисячі очей хворих з більшами та парних здорових були детально обстежені, проаналізовані та проліковані як медикаментозно, так і оперативно. Додатково були проведені експериментальні дослідження на 350 кроликах, очі яких піддавалися клінічному та гістологічному дослідженню. Також гістологічне дослідження було проведено на енуклеюваних очах з більшами у пацієнтів, хворих на абсолютну глаукому.

Першим завданням, серед тих, що потребували рішення, було знайти спосіб визначення ВОТ на очах з більшами, оскільки через зміну конфігурації рогівки, контакт тонометрів Маклакова і Шіотса був неповним, а склеротометр виявився малочутливим. Для усунення цього недоліку автор видозмінив майданчик тонометра Шіотса, надавши йому форму півмісяця, що дозволило встановлювати його на периферичні незмінені ділянки рогівки.

Аналіз клініки вторинної глаукоми, яка була виявлена на очах зі зрощеними більшами, показав, що в більшості випадків вона розвивається приховано й рідко проявляється гострим нападом. Тому автор дійшов важливого висновку, що при плануванні кератопластики необхідно попередньо врегулювати офтальмотонус шляхом фістулізуючої операції навіть у випадках повної медикаментозної компенсації ВОТ.

Такий висновок підкріплювався й даними гістологічних досліджень експериментальних та енуклеюваних очей з абсолютною глаукомою. У всіх випадках були виявлені різкі зміни переднього відділу ока, а

головне, шляхів відтоку внутрішньоочної рідини, що і ставало патогенетичною основою розвитку глаукоми на таких очах. Цей висновок залишається правомірним і нині у випадках білм рогівки з ВГ.

Паралельно автор вивчав морфологічні та гістохімічні зміни в експерименті при впливі низьких температур на офтальмотонус, а також дію низьких температур при деяких фістулізуючих операціях. Застосування наднизьких температур мало гіпотензивний ефект при впливі на циліарне тіло, а при впливі на райдужку призводило до її атрофії з формуванням колобом [6]. При цьому рогівка та кришталик не втрачали своєї прозорості. Проведені дослідження дозволили автору рекомендувати кріохірургію при рубеозі райдужної оболонки, геморагічній глаукомі, що не втрачає своєї актуальності і в даний час, міцно увійшовши в щоденну офтальмологічну практику.

Надзвичайно важливий інтерес становлять дані Т. У. Горгіладзе про частоту розвитку ВГ після проведення ЧНПР. Дані базувалися на результатах 1446 операцій, причому ВГ в ранньому післяопераційному періоді розвинулася в 11,4% випадків. Основними причинами розвитку ВГ стали операційні та післяопераційні ускладнення (поранення капсули кришталика, погана фіксація трансплантату, пізні відновлення передньої камери, розвиток синехій, переднього увеїту та ін.).

Враховуючи отримані дані, автор розробив оригінальний спосіб фіксації трансплантату перекидними біошвами та фібринною плівкою, які самостійно розсмоктувалися через тиждень. Даний спосіб дозволяв міцно фіксувати трансплантат, оскільки кон'юнктивальна стрічка за методом академіка В. П. Філатова не завжди була надійною. У ті часи ще не було чудового шовного матеріалу — атрауматичного нейлону 10/0.

Автором були визначені і рекомендовані оптимальні терміни проведення фільтраційних операцій при прозорому приживленні трансплантата, а саме кінець другого місяця після часткової наскрізної кератопластики.

Не обійшов своєю увагою автор і необхідність проведення лікувальної кератопластики при запальних захворюваннях рогівки — кератитах, що довготривало протікають, виразках рогівки, перфораціях та ін. [7]. Таким чином, це був вагомий прорив у лікуванні торпідних запальних захворювань рогівки, які погано піддавалися медикаментозному лікуванню, закінчувалися розвитком ВГ та втратою зорових функцій. В даний час лікувальна кератопластика активно застосовується в усіх світових клініках, дозволяючи швидко усунути запальний процес у рогівці, видалити уражені тканини, і зберегти око та оптичні функції.

Аналіз віддалених спостережень (від 1 до 20 років) за наслідками ЧНПР показав, що підвищення офтальмотонусу може розвинутиися і через багато років після операції, що було зареєстровано в 28,4% випадків, у

зв'язку з чим автор рекомендував диспансеризацію таких пацієнтів з постійним контролем ВОТ для своєчасної діагностики ВГ та лікування.

Консультантами докторської роботи Т. У. Горгіладзе були академік Н. О. Пучковська, професори Д. Г. Бушмич та В. В. Войно-Ясенецький. Захист пройшов успішно в 1974 році, зробивши значний внесок як у науковому, так і в практичному плані [8]. Таким чином, основні положення роботи продовжили розвиток проблеми пересадки рогівки за методом академіка В. П. Філатова і залишаються актуальними нині.

Захист наукової роботи дозволив Т. У. Горгіладзе стати доктором медичних наук, професором. З 1976 року він керував в інституті відділом пересадки рогівки, який пізніше був перейменований у відділ патології та мікрохірургії рогівки (фото 2). Це був перший відділ, створений академіком В. П. Філатовим, з якого і починався Інститут очних хвороб та тканинної терапії, що нині носить ім'я академіка.

Паралельно з вирішенням проблем пересадки рогівки Т. У. Горгіладзе цікавлять інші хірургічні аспекти: з'являється стаття про техніку усунення лагофтальму [9], розробляється нова методика енуклеації очного яблука шляхом евісцерації з невротомією та імплантацією індиферентної тканини у склеральне кільце для створення опорно-рухової кукси [10]. Розроблена техніка широко використовується зараз.

З'являються перші учні професора.

З. Ф. Веселовська вивчає роль ендотелію в процесі приживлення нативних і кріоконсервованих рогівкових трансплантатів [11]. В. Л. Осташевський досліджує дію інгібіторів протеаз в лікуванні гнійних виразкових кератитів [12]. Спільно з О. В. Івановською вивчається клініка, діагностика та класифікація інтраокулярних кіст переднього відділу ока та спосіб їх лікування за допомогою впливу наднизьких температур [13]. О. І. Кочкарьова присвячує своє дослідження залежності результатів наскрізної кератопластики від трансплантаційних властивостей донорської рогівки [14]. Н. А. Адамова вивчає дію фібронектину в лікуванні виразок рогівки та вірусних кератитів [15, 16]. Т. Б. Гайдамака пропонує спосіб лікування ураження переднього відрізка ока грипозної етіології за допомогою специфічних сироваток та титрованих гаммаглобулінів [17]. О. Д. Рудковська під керівництвом професора Т. У. Горгіладзе досліджує біокулярний та глибинний зір у хворих з артіфакією та астигматизмом і можливість збільшення псевдоакомодації артіфакічного ока шляхом формування його фокусної області [18]. Г. І. Дрожжина вивчає ефективність пошарової кератопластики у хворих із спадковими стромальними дистрофіями рогівки та розробляє диференційний підхід до вибору виду кератопластики з урахуванням запального компоненту в перебігу дистрофії [19]. Б. М. Коган розробляє новий спосіб лікування сухого кератокон'юнктивіту при синдромі Сьогрена [20].



Фото 2. Т. У. Горгіладзе (у першому ряду четвертий зліва) та співробітники відділу кератопластики.

В своїх численних закордонних відрядженнях (Кувейт, Ірак, Югославія, Західна Європа) Т. У. Горгіладзе завжди пропагував метод наскрізної кератопластики за методом академіка В. П. Філатова (фото 3, 4) та навіть був нагороджений орденом Туніської Республіки за першу ЧНПР в цій країні та дворічну багатоплідну працю по запровадженню цієї операції в Тунісі (фото 5).

Основною темою роботи професора Т. У. Горгіладзе залишається улюблена кератопластика. Він переглядає та пропонує доповнити класифікацію більм В.П.Філатова та Д.Г.Бушміча низкою показань до кератопластики з урахуванням мінливих етіологічних факторів, що призводять до розвитку більм (вірусні кератити, виразки та ін.), а також характеру ураження рогової оболонки, що вимагають поряд із наскрізною кератопластикою виконання пошарової та лікувальної пересадки рогівки [21]. Розглядає питання поєднаних втручань — кератопластики з екстракцією катаракти,

імплантацією ІОЛ, травматичних ушкоджень переднього відділу ока, та ін.

Поява нових імунологічних досліджень дозволяє здійснювати підбір донорського матеріалу для кератопластики за антигенами HLA-системи — спільна робота з професором Н. С. Шульгіною та болгарським аспірантом Т. В. Мітовим [22].

Розвиток бульозної кератопатії на артефакційному оці вимагав розробки нової операції для її усунення — задньої наскрізної кератопластики зі збереженням передніх шарів рогівки пацієнта. Вона стала прообразом сучасної операції Descemet's membrane endothelial keratoplasty (DMEK) — заміни десцеметової мембрани та ендотелію рогівки [23, 24].

Професор Т. У. Горгіладзе пішов із життя, закінчивши трудовий день 7 березня 1996 року. Раптова смерть від тромбоемболії обірвала блискучий шлях послідов-



Фото 3. Т. У. Горгіладзе (другий зліва) серед єгипетських лікарів, квітень 1966 р.



Фото 4. В гостях у професора Маріо Джінджиріана (Генуя, Італія). Професор Т. У. Горгіладзе (третій зліва) на міжнародній конференції офтальмологів міст-побратимів «Одеса — Генуя» у складі делегації фахівців інституту ім. В. П. Філатова.



Фото 5. Орден Туніської Республіки, яким був нагороджений Т. У. Горгіладзе

ника академіка В. П. Філатова, закоханого у його дітище — наскрізну пересадку рогівки.

Теврат Усупович був інтелігентною, м'якою, добросердечною людиною. Член вченої ради інституту, спеціалізованої ради, редакції «Офтальмологічного журналу», він був незмінним рецензентом статей, наукових праць, опонентом кандидатських та докторських дисертацій. При рецензуванні чужих робіт завжди намагався виділити позитивні досягнення і применшити недоліки, а у ряді випадків і попрацювати з претендентом, щоб знайти ту «родзинку», яка робила б роботу оригінальною.

Теврат Усупович був автором 290 друкованих праць, з них двох монографій [25, 26] та атласу, 12 авторських свідоцтв. Він був удостоєний звання заслуженого лікаря Аджарської АРСР, заслуженого діяча науки і техніки України.

Він не мав іншого захоплення, крім роботи, тому мало залишалося часу на сім'ю, яку він любив.

Теврат Усупович навчав молодих лікарів відповідальності перед пацієнтом, якій завжди слідував сам – «не робіть своєму хворому тієї операції, яку б ви не зробили своїм матері, дружині, дитині». Таким щирим, з доброю посмішкою він і залишився у нашій пам'яті (фото 6).

Попрощатися з професором Т. У. Горгіладзе прийшло дуже багато людей: співробітники інституту, пацієнти, друзі — всі навіть не умістилися до великої актовій зали інституту, розрахованої на 500 місць. Похований Теврат Усупович на одній з головних алей Другого Християнського цвинтаря, неподалік від академіка В. П. Філатова. Співробітники інституту та відділу, де він працював, пам'ятають і вшановують свого Вчителя, відвідуючи його могилу у пам'ятні дні.



Фото 6. Професор Т. У. Горгіладзе в оглядовій відділення, 1990 р.

Автори дякують начальнику відділу кадрів інституту Т. В. Гончар та співробітникам наукової бібліотеки інституту, яку очолює Д. В. Горшков, за надані матеріали та бібліографію.

Література

1. **Горгіладзе ТУ.** До техніці висічення рогівкового трансплантату з ока донора. Офтальмол.журн.1959; 6:362-365.
2. **Горгіладзе ТУ.** Пристосування до ручки трепана для правильної вертикальної установки його. Офтальмол. журн.1959; 8:498-499.
3. **Горгіладзе ТУ.** Порівняльна оцінка деяких способів трепанації рогівки (перше повідомлення). Офтальмол. журн. 1960; 1:27-33.
4. **Горгіладзе ТУ.** Порівняльна оцінка деяких способів трепанації рогівки (друге повідомлення). Офтальмол. журн. 1960; 3:160-165.
5. **Горгіладзе ТУ.** Порівняльна оцінка деяких способів трепанації рогівки при кератопластиці. Автореф. дис.канд. мед.наук.Одеса.1961; 23.
6. **Горгіладзе ТУ, Плевінскіс ВП.** Вплив кріоаплікації на білки та вуглеводмісні сполуки тканин ока. Офтальмол. журн. 1974; 7: 529-534.
7. **Горгіладзе ТУ.** Кератопластика при запальних захворюваннях рогівки. Офтальмол. журн. 1983; 2: 71-75.
8. **Горгіладзе ТУ.** Вторинна глаукома на очах з більмами та після кератопластики: автореферат дис. докт.мед.наук. Одеса.1974; 27.
9. **Горгіладзе ТУ.** До техніки усунення лагофтальму. Офтальмол. журн. 1974; 2:145-146.
10. **Горгіладзе ТУ.** До техніки енуклеації очного яблука. Офтальмол. журн. 1974; 6:453-454
11. **Веселовська ЗФ.** Роль заднього епітелію в процесі приживлення нативної та кріоконсервованої рогової оболонки при кератопластиці. Автореф.дис.канд.мед.наук. Одеса.1979;22.
12. **Осташевський ВЛ.** Лікувальна дія інгібіторів протеаз при гнійному виразковому кератиті. Автореф. дис. канд. 1982; 23 .
13. **Горгіладзе ТУ, Івановська ОВ.** Клініка, діагностика та класифікація інтраокулярних кіст переднього відділу ока. Офтальмол. журн. 1983; 8: 488-491.
14. **Кочкарьова ОІ.** Залежність результату наскрізної кератопластики від трансплантаційних властивостей донорської рогівки. Автореф.канд. мед. наук.Одеса; 1986:16
15. **Горгіладзе ТУ, Адамова НА.** Порівняльна оцінка ефективності лікування вірусних кератитів фібрoneктином. Офтальмол. журн. 1990; 3: 187-188.
16. **Адамова НА, Горгіладзе ТУ, Артемов ОВ.** Ефективність лікування виразкових уражень рогівки фібрoneктином. Офтальмол. журн. 1990; 4:245-248.
17. **Горгіладзе ТУ, Білогубко ОІ, Савчук ЛМ, Ангерт ЛЄ, Гайдамака ТБ.** Лікування специфічними сироватками та титрованими гаммаглобулінами захворювань переднього відділу ока грипової етіології. Офтальмол. журн. 1991; 4: 219-222.
18. **Горгіладзе ТУ, Рудковська ОД.** Дослідження можливості підвищення акомодативної функції артіфакічного ока шляхом формування його фокусної області. Офтальмол. журн. 1994; 5: 285-290.
19. **Дрожжина ГІ, Горгіладзе ТУ, Івановська ОВ, Гайдамака ТБ, Віт ВВ, Стойловська ОГ.** Ефективність пошарової кератопластики у хворих із спадковими стромальними дистрофіями рогівки. Офтальмол. журн. 1995; 5-6: 262-267.
20. **Горгіладзе ТУ, Коган БМ.** Новий спосіб лікування сухого кератокон'юнктивіту при синдромі Сьогрена. Офтальмол. журн. 1996; 1:38-40.
21. **Горгіладзе ТУ.** Класифікація більм та показання до кератопластики. Офтальмол. журн. 1985; 1: 23-27
22. **Горгіладзе ТУ, Шульгіна НС, Мітов ТВ.** Значення підбору донорського матеріалу за антигенами НІА-системи для кератопластики. Офтальмол. журн. 1983; 6:357-360.
23. **Горгіладзе ТУ, Івановська ОВ, Горгіладзе ЛТ.** Причини, механізм розвитку та клініко-анатомічна класифікація бульозної кератопатії. Офтальмол. журн. 1992; 3:129-133.
24. **Горгіладзе ТУ, Івановська ОВ.** Задня наскрізна кератопластика в лікуванні бульозної кератопатії. Офтальмол. журн. 1992; 3:138-140.
25. **Горгіладзе ТУ.** Вторинна глаукома на очах з більмами і після кератопластики: монографія. Тбілісі: Сабчота Сакартвело. 1979; 165.
26. **Горгіладзе ТУ.** Пересаджування рогівки: монографія. Тбілісі: Сабчота Аджара.1983; 118с.

Надійшла 10.08.2024