

нялась эктазия отдельных сосудов, с пролиферацией эндотелия их стенок.

Через 28 дней наблюдалось завершение репаративных процессов, с качественными отличиями морфологической структуры в основной и контрольной группах.

Без использования пластин выявилась рыхлая соединительная ткань, выполнявшая зону дефекта, с наличием лимфо-плазмочитарной инфильтрации, единичными эозинофилами и выраженным отеком стромы. На поверхности сохраняются остатки резко истонченного некротизированного трансплантата, который был приподнят над эпителием. Эпителиальный слой распространялся с прилежащих участков под трансплантат (рис. 3).

Там же, где были использованы компрессионные пластины, на 28 сутки наблюдалась полная эпителизация поверхности трансплантата, с равномерной, однородной, многослойной структурой. Раневой канал просматривается с трудом, он выполнен плотно упакованными, однонаправленными, тонкими волокнами соединительной ткани. В зоне наложения швов просматривалось углубление эпителия, которое позволяло обозначить границу трансплантата. В этой же зоне сохранялась ориентация клеток фибробластов вдоль формирующегося рубца. На границе с подлежащими участками имелись единичные расширенные сосуды. Трансплантат практически отличался от окружающих тканей лишь отсутствием складчатости базальной мембраны и отсутствием волосяных фолликулов (рис. 4).

Обсуждение

Отсутствие должной адаптации трансплантата к подлежащему ложу способствует появлению фиброзного выпота, геморрагий, что способствует отеку трансплантата, нарушению его трофики, осложненному течению репаративных процессов.

Использование перфорированных пластин способствует надежной фиксации трансплантата к раневой поверхности, обеспечивает дренирование послеоперационного пространства, осуществляя, тем самым, профилактику отека, геморрагических осложнений и ишемии ткани трансплантата.

Указанные свойства компрессионных пластин способствуют заживлению первичным натяжением с формированием тонкого нежного рубца.

Библиография:

1. Азнабаев М.Т., Суркова В.К., Жуманиязов А.Ж. Первичная блефаропластика при опухолях век у детей // Офтальмохирургия. – 2002. – №3. – С. 33-36.
2. Белоусов А.Е. Пластическая, реконструктивная и эстетическая хирургия // Санкт-Петербург: Гиппократ, 1998.
3. Волкова О.В., Елецкий Ю.К. Основы гистологии с гистологической техникой // М.: Медицина, 1982.
4. Журавлев А.И., Южно М.В. Оптические индикаторы для кожной офтальмопластики // Окулист. – 2003. – №12 (52). – С. 6-8.
5. Зайкова М.В. Пластическая офтальмохирургия // М.: Медицина, 1980.
6. Золтан Я. Операционная техника и условия оптимального заживления раны: перевод с венгерского // Будапешт: Медицина, 1983.
7. Краснов М.Л., Беляев В.С. Руководство по глазной хирургии // М.: Медицина, 1988.
8. Милодин Е.С. Пластическая хирургия век // Кандидатская диссертация. – Самара, 1994.
9. Неробеев А.И., Плотников Н.А. Восстановительная хирургия мягких тканей челюстно-лицевой области // М.: Медицина, 1997.
10. Полежаева Н.С. Совершенствование тактики и способов органосохранного лечения новообразований век: Автореф. дисс. ... к. м.н. – Красноярск, 2001.

**Канюков В.Н., Трубина О.М.,
Канюков И.В., Чеснокова Е.Ф.**

НОВОЕ В ТЕХНОЛОГИИ ИМПЛАНТАЦИИ «АЛЛОПЛАНТА» ДЛЯ СОСУДИСТОГО ТРАКТА

Оптимизировано техническое и технологическое обеспечение операций имплантации Аллопланта для сосудистого тракта в офтальмохирургии. Разработаны новые инструменты, позволяющие комбинировать доступы имплантации Аллопланта к различным отделам сосудистого тракта.

Разработанный в клинике проф. Э.Р. Мулдашева донорский материал типа «Аллоплант» находит, в настоящее время, широкое распространение во многих направлениях пластической и глазной хирургии (1,2,3). В основе имплантации «Аллопланта» лежат разработанные во Всероссийском центре пластической и глазной хирургии технологии (4,5), однако, по закону больших чисел, увеличение объема производимых операций другими авторами может открыть иные, новые горизонты применения уникального донорского материала, тем более, если хирурги хорошо технически оснащены и имеют большой опыт этих операций.

Целью настоящего исследования послужила задача оптимизации технического и технологического обеспечения операций имплантации «Аллопланта» для реваскуляризации и лимфосорбции цилиарного тела, хориоидеи и зрительного нерва.

При проведении уникальных операций для фиксации глазного яблока и большего раскрытия операционного поля нами предложено использовать оригинальные тупоконечные субмушкульные одиночные крючки. После рассечения конъюнктивы под наружную и нижнюю прямые глазодвигательные мышцы подводились крючки для косоглазия, затем между мышцей и склерой вводили крючок, крючки для косоглазия выводили.

Лигатуру фиксировали к простыне кровостанавливающим зажимом. Меняя натяжение лигатур, можно установить глазное яблоко в нужном положении.

Для более полного обнажения глазного яблока дистальный край конъюнктивального разреза фиксировали двумя двойными остроконечными крючками. Натяжением лигатур можно регулировать величину раскрытия раны и обнажения склеры.

Выкраивание поверхностного лоскута склеры проводилось нами по общепринятой методике, однако, нами апробирована технология применения круглого фианитового ножа, что, на наш взгляд, позволяет избежать перехода в другой слой склеры. При дорезании поперечного разреза склеры до обнажения сосудистой оболочки нами также использовался круглый фианитовый нож, ибо легкие движения позволяют обнажить сосудистую оболочку самостоятельно, без введения под склеру и рассечения ее по зонду. Для отсепаровки сосудистой оболочки от склеры нами предложен специальный зонд из политетрафторэтилена (тефлон, фторопласт-4) (6,7), имеющий определенные преимущества перед металлическим зондом: широкий диапазон устойчивости к температурам от -260°C до $+300^{\circ}\text{C}$, химически агрессивным средам, горячему водяному пару; обладающий высокой антифракционной и антисклеивающей способностью; не гигроскопичен.

Зонд (или тонкий шпатель) из тефлона, благодаря своей гладкой поверхности, не склеивается ни с местными тканями в субсклеральном пространстве, ни с «Аллоплантом», что облегчает процесс его расправления и адаптации.

Для введения и расправления «Аллопланта» при реваскуляризации цилиарного тела, нами предложен оригинальный инструмент, представляющий собой серийный микрошпатель, у которого рабочий конец загнут в обратную сторону с нижней стороны. Длина загнутой части 3-4 мм. Подобный инструмент облег-

чает манипуляции по введению и расправлению «Аллопланта», т.к. в этом случае ручка инструмента не упирается в надбровные дуги, как при использовании серийного инструмента.

Нами теоретически обоснована, смоделирована и апробирована в клинике комбинированная операция одномоментной имплантации «Аллопланта» для реваскуляризации цилиарного тела и хориоидеи: разрез конъюнктивы в виде буквы Н.

Фиксация глазного яблока тупоконечными субсклеральными микрокрючками, фиксация конъюнктивальных лоскутов остроконечными двузубыми крючками. Выкраиваются два лоскута из поверхностных слоев склеры: один вершиной к лимбу, другой вершиной к заднему полюсу глаза. Между основаниями лоскутов склеры сохраняется промежуток шириной 2мм. Имплантация единого «Аллопланта» проводится по стандартной технологии. Герметизация раны склеры осуществляется с захватом участка склеры между разрезами. Во время операции использовался шпатель с обратным загибом, что облегчало процесс имплантации.

В процессе динамического наблюдения за имплантированным «Аллоплантом» нами проводились офтальмоскопические и акустические исследования с помощью соответствующей аппаратуры, что позволило определить сроки естественных трансформаций и критерии оценки качественного состояния в процессе приживания.

Заключение

Проведенные нами исследования позволили разработать инструменты и варианты новых этапов в технологии имплантации «Аллоплантов», что оказало положительное влияние на течение операции и послеоперационного эффекта у данного контингента пациентов.

Библиография:

1. Мулдашев Э.Р., Габбасов А.Г., Нигматулин Р.Т. и др. Некоторые пути подбора новых аллотрансплантатов для офтальмохирургии / Актуальные вопросы пересадки органов и тканей // Тр. 2-го МОЛГМИ им. Н.И. Пирогова. – Москва, 1978. – Т. 113. – Вып. 23. – С. 21–22.
2. Мулдашев Э.Р., Галимова В.У. Новый способ реваскуляризации хориоидеи // Офтальмохирургический журнал. – 1981. – №5. – С. 308–309.
3. Muldashev E.R., Bulatov R.T., Nigmatullin R.T. et al. «Alloplant» – new generation of transplant for eye and plastic surgery // Biomateriales – 90. – Wana, 1990. – P. 128.
4. Мулдашев Э.Р. Теоретические и прикладные аспекты создания аллотрансплантатов серии «Аллоплант» для пластической хирургии лица: Афтореф. дис. ... д-ра мед. наук. – СПб., 1994. – 40 с.