

НАУЧНО-ОРГАНИЗАЦИОННАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

ОСНОВОПОЛАГАЮЩИЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ
ОФТАЛЬМОМИКРОХИРУРГИИ В АРМЕНИИ

Офтальмомикрохирургия как часть общей клинической офтальмологии начала развиваться в Армении с конца 60-х начала 70-х гг., когда на двух основных офтальмологических базах республики: кафедре офтальмологии медицинского института и кафедре офтальмологии Института усовершенствования врачей (в настоящее время Национальный институт здравоохранения РА) начали внедряться элементы микрохирургии при лечении некоторых глазных заболеваний. Это коснулось в основном хирургических методов лечения катаракты и глаукомы, а затем и других заболеваний органа зрения. С тех пор офтальмомикрохирургия прочно вошла в практическую деятельность офтальмологов не только на этих двух базах, но и в некоторых других городах и районах республики.

Особенно негативно отразилось на развитии микрохирургии нарушение связей с Россией — основным поставщиком дорогостоящего оборудования. Это явилось предпосылкой к поиску новых путей развития науки вообще и, в частности, офтальмомикрохирургии. Такой выход был найден в налаживании связей с офтальмологами зарубежных стран, в частности США.

Минздрав РА создало возможности для того, чтобы зарубежные армяне врачи смогли посетить нашу республику. В 1991 г. впервые нашу клинику посетил офтальмолог из Калифорнии Роджер Оганесян, предложивший помощь в восстановлении и развитии имеющегося в офтальмологии Армении потенциала. В связи с этим была разработана программа помощи Армении, которая и осуществляется до настоящего времени.

А теперь конкретно о тех направлениях, по которым велись эти разработки. Как известно, катаракта — наиболее распространенная патология, требующая хирургического вмешательства, при которой помутневший хрусталик резко снижает остроту зрения. Экстракция катаракты составляет около 60% хирургической деятельности всех стационаров. Отсюда понятно, насколько важна возможность проведения новейших методов лечения этого заболевания. Долгие годы, если не столетия, катаракта удалялась, и в дальнейшем преломляющую функцию удаленного хрусталика выполняли очки. Коррекция очками послеоперационной афакии (отсутствие хрусталика) является наиболее распространенной, и в то же время наименее эффективной. Наиболее совершенным в настоящее время методом коррекции афакии является имплантация искусственного хрусталика, когда корригирующая линза непосредственно вводится на место удаленного хрусталика и играет роль преломляющей среды. В настоящее время практически во всех развитых странах экстракция катаракты производится именно таким способом.

В Армении метод имплантации искусственного хрусталика был впервые применен в 1986 г. До 1990 г. мы пользовались искусственными хрусталиками, изготовленными в Московском научно-техническом комплексе. С помощью

наших американских коллег нам удалось начиная с 1991 г. наладить бесперывную поставку искусственных хрусталиков производства США, которые по своим характеристикам намного превосходят отечественные. Эти хрусталики имплантируются в нашей клинике.

Был подвергнут частичному пересмотру также и сам метод удаления хрусталика, благодаря внедрению в практику клиники метода факэмульсификации, т.е. дробления помутневшего хрусталика при помощи ультразвука. Эта операция в настоящем проводится у лиц молодого возраста и детей с большой эффективностью и хорошими послеоперационными результатами.

Необходимо отметить, что впервые в республике был внедрен метод отсроченной имплантации искусственного хрусталика, обеспечивающий возможность имплантации хрусталика в ранее оперированный глаз.

Таким образом, практически всем больным в результате операции удаления катаракты (в особенности в случаях, когда катаракта имела односторонний характер) удается вернуть высокую остроту зрения на оперированном глазу без помощи корригирующих очков. Это очень важно, в особенности для лиц молодого возраста, т.к. нарушение бинокулярного зрения и зрения двумя глазами резко отражается на профессиональных возможностях, вынуждая зачастую менять высококвалифицированные профессии на менее квалифицированные.

Особое внимание необходимо уделять катарактам у детей, в частности посттравматическим. В настоящее время отмечается и рост врожденной патологии, в частности глаза и хрусталика. В таких случаях дети вынуждены оперироваться в довольно раннем возрасте. Однако до сих пор экстракция катаракты у детей некоторыми авторами или вообще не допускалась или ставился высокий возрастной ценз, т.е. операции проводились лишь в 13-15-летнем возрасте. Наличие указанных выше возможностей в области экстракции катаракты позволили нам снизить этот возрастной ценз до 4-5 лет. В настоящее время имплантация искусственного хрусталика в нашей клинике производится с 4-5 летнего возраста с довольно хорошими функциональными и итоговыми результатами.

Глаукома является одним из распространенных и тяжелых заболеваний органа зрения и характеризуется повышением внутриглазного давления, сужением поля зрения и атрофией диска зрительного нерва, что является причиной безвозвратной потери остроты зрения. Большая работа по выявлению и лечению глаукомы проводилась в Республиканском глазном глаукомном диспансере (ныне Республиканская офтальмологическая клиническая больница). Врачи диспансера активно выявляли глаукому по всей республике, проводили всеобъемлющую диспансеризацию и наблюдение за больными. В настоящее время такая работа частично свернута, особенно та ее часть, которая распространялась на районы республики.

Очень часто заболевание глаукомой приводит к необходимости проведения хирургических вмешательств, направленных на снижение внутриглазного давления и сохранения функций глаза. Начиная с 70-х гг. данные вмешательства в республике производились на микрохирургическом уровне. Однако иногда традиционные методы хирургии глаукомы не приводят к желаемому эффекту. Причиной этого, в частности, является активация местных фибропластических процессов, поддерживающих высокий уровень внутриглазного давления. В последние 4 года в нашей клинике применяется широкий спектр

цитостатических препаратов непосредственно во время операции, что приводит к резкому цитостатическому эффекту, предотвращающему дальнейшую пролиферацию соединительной ткани в области произведенной операции и обеспечивающему стойкий послеоперационный эффект. Данные препараты применяются во время операций как у детей, так и у взрослых.

Большим достижением в проблеме хирургического лечения глаукомы явилось внедрение в хирургическую практику клиники протезирования. Протезы или клапаны, которые имплантируются в полость глаза, обеспечивают постоянный отток внутриглазной жидкости из полости в искусственно созданный дополнительный резервуар. Такая методика также обеспечивает высокий функциональный и терапевтический эффект данного вмешательства. Особенно высока эффективность данного метода при лечении врожденной и так называемой увеальной глаукомы у детей, которые рождаются уже с нарушением оттока внутриглазной жидкости из полости глаза, внутриглазными аномалиями развития и внутриутробными инфекциями. Применение данного метода лечения также явилось результатом нашей совместной работы с американскими офтальмологами. Несмотря на большую техническую сложность проведения данной операции, она с большим успехом внедрена в хирургическую практику нашей клиники. Кроме того, нами внедрен также метод хирургического лечения врожденной глаукомы — операция синустрабекулотомии, при которой рассечение дренажной системы глаза освобождает пути оттока и корригирует внутриглазное давление на довольно длительные сроки. Наблюдение за такими больными также показали высокую эффективность данного вмешательства.

Хирургия стекловидного тела и сетчатки это именно та область, которая долгие годы являлась камнем преткновения для многих офтальмологов республики. Сложность патологий стекловидного тела и сетчатки, их сочетанность и большая склонность к рецидивам приводила к тому, что производимые операции давали минимальный эффект. В результате совместной деятельности американские офтальмологи предоставили в распоряжение клиники весь необходимый арсенал инструментов и оборудования для проведения данной операции.

Сложность вмешательств при данной патологии заключается в том, что очень часто различные эндогенные и экзогенные факторы способствуют развитию деструктивных и пролиферативных процессов полости глаза, которые приводят к отслойке сетчатки и в последующем — к неизлечимой слепоте. Особенно часто такие осложнения развиваются после проникающих травм глаза, а также в результате различных заболеваний сосудистого характера, в частности сахарного диабета. Что касается травм глаза, то необходимо отметить, что большой процент больных составляют лица с множественными и единичными инородными телами амагнитного характера в полости глаза. Если в случае магнитного характера инородного тела операция по поводу его удаления не представляет большой хирургической сложности, то в случаях амагнитного характера инородного тела и в тех случаях, когда оно не видно вооруженным глазом, удаления в республике практически не производились.

Особое место занимают больные сахарным диабетом. В результате ангиопатии сосудов сетчатки, которые становятся проницаемыми при диабете, в особенности ее капиллярной и прекапиллярной сети, интенсифицируются процессы плазморрагии и эритродиapedеза. На разрешающем этапе патологического процесса в результате замещения очага поражения соединительной ткани (реституция) возникают деструктивные изменения сетчатки. В то

же время кровоизлияния в стекловидное тело приводят к его резко выраженной деструкции и сморщиванию, способствуя тем самым отслойке сетчатки. Практически в прошлые годы мы были бессильны в лечении этой стадии заболевания, т.к. остановить развивающийся пролиферативно-деструктивный процесс не представлялось возможным.

В настоящее время мы располагаем возможностью проведения таких операций, суть которых заключается в удалении измененного стекловидного тела, а также всех вновь образованных соединительно-тканых образований в глазу, в освобождении сетчатки, восстановлении ее нормального, правильного местоположения и способствующих частично или полно восстановлению ее функций. В процессе этой операции имеется возможность также укрепления сетчатки при помощи эндолазера, что дает более выраженный стойкий послеоперационный эффект. Данная операция является наиболее распространенной в настоящее время в эндохирургии и впервые в республике применена в нашей клинике.

Возвращаясь к проблеме наличия амагнитных инородных тел в глазу, также можно сказать, что с помощью данной методики эндовитреальной или эндоглазной хирургии в настоящее время представляется возможным удаление всех видов инородных тел независимо от их физико-химических характеристик и локализаций.

Необходимо сказать, что лазерная лаборатория РОКБ является единственным учреждением в республике, где проводятся все виды лазерных вмешательств на глазу. Наличие широкого спектра лазерных установок, которые также были приобретены с помощью наших американских коллег, дало возможность широкого внедрения этого метода в практику и в первую очередь у больных сахарным диабетом. До широкого внедрения лазерной микрохирургии в практику больные с диабетической ангиоретинопатией не имели возможности получить этот единственно эффективный метод лечения. Наличие аргонного лазера в Республиканском лазерном центре делает возможным лечение начальных и развитых стадий диабетической ангиоретинопатии. Суть этого лечения заключается в следующем. Как уже было сказано, изменение при ДРП начинаются с мелких сосудов, которые постепенно склерозируются. Развивается процесс диссоциации в сетчатой оболочке, который приводит к нарушению питания ее трофики. Именно здесь лазер является единственным методом лечения, который может предотвратить или остановить этот процесс. Проведение лазерных коагулятов восстанавливает нормальное соотношение между сетчатой и сосудистой оболочками, что приводит к стабилизации процесса и прекращению развития этой диссоциации.

В настоящее время в лазерном центре проводится скрининг — исследование больных сахарным диабетом, которые по мере возможности берутся под наблюдение специалистов лазерного центра, вплоть до проведения флюоресцентной ангиографии для выявления предклинической стадии развития, т.е. именно той стадии, в которой больному можно оказать реальную помощь посредством лазера. Кроме того, лазерные методы проявили высокую эффективность в лечении глаукомы, в том числе и на начальных этапах ее развития.

Главный офтальмолог МЗ РА,
заведующий кафедрой офтальмологии
Ереванского государственного медицинского
университета А.Р.Малаян