

Канюков В.Н., Чеснокова Е.Ф.
Оренбургский филиал ФГУ «МНТК
«Микрохирургия глаза» им. акад.
С.Н.Федорова Росмедтехнологии»

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАРАЛИТИЧЕСКОГО КОСОГЛАЗИЯ

В статье описан метод хирургического лечения паралитического косоглазия с нарушением функции отведения глазного яблока в наружную сторону. Данная методика позволяет при щадящем вмешательстве на наружных мышцах глазного яблока, сохраняя их иннервацию и кровоснабжение, достичь наиболее положительного результата отведения глаза в наружную сторону.

Актуальность

Паралитическое косоглазие обусловлено параличом или парезом одной или нескольких глазодвигательных мышц, вызванным различными причинами: травмой, инфекциями, новообразованиями и др. Оно характеризуется прежде всего ограничением или отсутствием подвижности косящего глаза в сторону действия парализованной мышцы. При взгляде в эту сторону возникает двоение, или диплопия. Если при содружественном косоглазии от двоения избавляет функциональная скотома, то при паралитическом косоглазии возникает другой адаптационный механизм: больной поворачивает голову в сторону действия пораженной мышцы, что компенсирует ее функциональную недостаточность. Таким образом, возникает характерный для паралитического косоглазия симптом — вынужденный поворот головы. Так, при параличе отводящего нерва (нарушение функции наружной прямой мышцы), например, правого глаза, голова будет повернута вправо. Вынужденный поворот головы и наклон к правому или левому плечу при циклотропии (смещении глаза вправо или влево от вертикального меридиана) называют тортиколлисом. Глазной тортиколлис следует дифференцировать от нейрогенного, ортопедического (кривошея), лабиринтного (при отогенной патологии). Вынужденный поворот головы позволяет пассивно переводить изображение объекта фиксации на центральную ямку сетчатки, что избавляет от двоения и обеспечивает бинокулярное зрение, хотя и не вполне совершенное.

При раннем возникновении и длительном существовании паралитического косоглазия

может быть подавлено изображение в косящем глазу и исчезнуть диплопия. Признаком паралитического косоглазия является также неравенство первичного угла косоглазия (косящего глаза) вторичному углу отклонения (здорового глаза). Если попросить больного фиксировать точку (например, смотреть в центр офтальмоскопа) косящим глазом, то здоровый глаз отклонится на значительно больший угол.

Цель

Разработка хирургического лечения паралитического косоглазия с нарушением функции отведения глазного яблока в наружную сторону.

Материал и методы

При паралитическом косоглазии необходимо определить пораженные глазодвигательные мышцы. У детей дошкольного возраста об этом судят по степени подвижности глаз в разные стороны (определение поля зрения). В более старшем возрасте используют специальные методы — координетрию и спровоцированную диплопию. Одним из методов лечения паралитического косоглазия является призматическая коррекция. Чаще она помогает при лечении недавно возникших парезов и параличей глазодвигательных мышц у взрослых, например, после черепно-мозговых травм. Призматические очки совмещают двойные изображения, предотвращая развитие у больного диплопии и вынужденного поворота головы. Возможно также медикаментозное и физиотерапевтическое лечение.

Хирургическое лечение — основной вид лечения паралитического косоглазия.

Мы разработали принципиально новый метод лечения паралитического косоглазия, этиологическим фактором которого является паралич или парез отводящего нерва.

Прототипом стало оперативное лечение по методу О-Коннора, в принципе которого лежит перенос 1/3 части волокон верхней и нижней прямых мышц на наружную прямую мышцу путем пересечения этой части мышц у сухожилия, прикрепления и подшивания к сухожилию наружной прямой мышцы, тем самым, усиливая ее действие. По нашим данным эффективность такого метода оперативного лечения не совсем достаточная, что соответствует данным публикаций по офтальмологии. Отчасти это может объяснить нарушение питания и иннер-

вазии тех частей мышечных волокон, которые мы переносим на действие наружной мышцы.

Мы предлагаем восстановление действия наружной прямой мышцы за счет действия верхней и нижней прямых мышц без их пересечения.

Техника операции.

Под общим обезболиванием.

После обработки операционного поля и выполнения ретробульбарной анестезии р-ром ультракаина 2ml, веки разводятся с помощью векорасширителя, производится разрез конъюнктивы на $\frac{1}{2}$ окружности в 6 мм от лимба с 12 до 6 часов. Выделяются верхняя, наружная и нижняя прямые мышцы от мышечного влагалища и тупо разделяются на равные части продольно как можно дальше по ходу мышцы. С помощью пинцетов и крючков волокна верхней и наружной, нижней и наружной соответственно сшиваются шовным материалом «шелк» 5:00 на расстоянии 6-7 мм от начала сухожилия. На конъюнктиву накладывается непрерывный шов «викриллом» 8:00. Под конъюнктиву делается инъекция р-ра антибиотика и глюкокортикоида. Послеоперационное ведение пациента обычное, с использованием тех же групп препаратов в инстилляциях по общепринятым схемам.

Результаты исследования

Эффективность метода мы определяли с помощью периметра и получили угол отклонения глазного яблока в наружную сторону в первые сутки после операции 15-20°.

В случае присутствия сходящего компонента косоглазия мы ослабляли внутреннюю прямую мышцу по запатентованной нашей методике (патент №2113200 «Способ хирургического лечения косоглазия», 1998).

Заключение

Всего нами прооперировано по этому методу 12 пациентов. Во всех случаях мы получили положительный результат, что дает нам основания предлагать эту методику оперативного лечения в широкую практику офтальмохирургов.

При выполнении операции на глазодвигательных мышцах необходимо обращаться с ними осторожно, не нарушая естественного направления мышечной плоскости, особенно если это клинически не оправдано. Специальные

операции, осуществляемые при сложных видах косоглазия, могут изменять не только силу, но и направление действия мышц, однако перед их выполнением необходимо провести тщательное диагностическое исследование.

Список использованной литературы:

1. Вильгельм Хаппе. Офтальмология. Москва, «МедПресс-информ». – 2004.
2. Офтальмология стран Причерноморья. Сборник научных трудов. – Краснодар. – 2006.
3. Федоровские чтения – 2007. Москва. – 2007.
4. Секреты офтальмологии. Джеймс Ф. Вэндер, Дженис А. Голт. Москва. – 2005.
5. И.И.Каган, В.Н.Канюков. Клиническая анатомия органа зрения. СПб: Эскулап. – 1999.

**Карушин О.И., Волгарева Е.А.,
Муслимов С.А., Корнилаева М.П.
Всероссийский центр глазной и пластической
хирургии, Уфа**

**ПРИМЕНЕНИЕ
ДИСПЕРГИРОВАННОГО
АЛЛОГЕННОГО БИОМАТЕРИАЛА
ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ
ГЛАУКОМЕ**

Показана эффективность использования аллогенного биоматериала для коррекции дегенеративно-дистрофических изменений в тканях глаза при экспериментальной глаукоме.

Актуальность

Глаукома является основной причиной слепоты (Малов В.М., 1997; Либман Е.С., 2006), она встречается у 105 млн. человек в мире, из них 9,1 млн. слепы на оба глаза (Goldberg I., 2000; Resnikoff S., 2003). В связи с этим лечение данной патологии становится проблемой не только медицинской, но и во многом социальной. Это связано, с одной стороны, с непрекращающимся ростом вновь выявляемых случаев заболевания (Либман Е.С., 2006) и тем фактом, что нормализация внутриглазного давления (ВГД) не всегда приводит к стабилизации глаукомного процесса (Басинский С.Н.; Михальский Э.Л.; Штилерман А.Л., 1999); с другой – совершенствованием технологических подходов к изучению патогенеза и вытекающих новых возможностей для разработки патогенетически ориентированного лечения (Нестеров А.П.,