

Галимова Л.Ф., Багдасарян Е.А.

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИИ ВРОЖДЕННОГО МИКРОФТАЛЬМА

Предложена хирургическая тактика лечения пациентов с врожденным микрофтальмом, в зависимости от степени гипоплазии, путем заднего и переднего бандажа склеры биоматериалом «Аллоплант», а также индивидуального косметического протезирования, позволяющая получить высокие косметический и функциональный результаты в позднем послеоперационном периоде.

Одним из наименее освещенных в литературе вопросов является хирургическое лечение пациентов с врожденным микрофтальмом. Актуальность проблемы обусловлена тяжестью заболевания, осложнениями в процессе лечения и неудовлетворительными отдаленными косметическими и функциональными результатами, в частности, грубой рубцовой деформацией конъюнктивальной полости и век (Гундорова Р.А. и др., 1996; Кирюхина С.Л., 1991; Катаев М.Г. и др., 2000; Gossman et al, 1999). В детском возрасте реабилитация пациентов с врожденным микрофтальмом заключается в исправлении косметического дефекта и профилактике прогрессирующей асимметрии лицевого черепа.

Во Всероссийском центре глазной и пластической хирургии за последние 8 лет на лечении находились 35 детей с врожденным микрофтальмом различной степени гипоплазии. Двусторонний микрофтальм наблюдался в 14 случаях. Возраст детей варьировал от 4 до 12 лет. Методы обследования включали внешний осмотр с оценкой размеров глазной щели и орбиты, размеров и формы век, величины и формы конъюнктивальной полости, ультразвуковые методы исследования, компьютерная томография.

Хирургическая тактика ведения пациентов различалась в зависимости от степени гипоплазии и сводилась к следующему. При микрофтальме с незначительным недоразвитием глазного яблока (до 3 мм от здорового) увеличения его размеров до близких к норме мы добивались проведением операции заднего бандажа склеры биоматериалом Аллоплант (проведением под прямыми мышцами глаза полоски аллотрансплантата шириной 8 мм с фиксацией ее к эписклере) (Галимова Л.Ф., 2000). Толщина аллотрансплантата может варьировать от 3 до 5 мм. При уменьшенном на 4-5 мм от нормы глазе мы дополнительно производили операцию переднего бандажа склеры (Галимова Л.Ф., 1998). При необходимости через несколько лет производили реоперацию бандажа склеры.

Как известно, уменьшенный глаз является хорошей опорно – двигательной культей для протеза. Поэтому при более выраженной степени гипоплазии (свыше 5 мм от нормы), когда только хирургическим путем невозможно добиться результата, через месяц после бандажа склеры мы производили индивидуальное косметическое протезирование. Увеличение размеров глаза в результате операции позволяло применить тонкостенный протез, оптимальный для сохранения его подвижности. При непереносимости протеза из-за чувствительной роговицы мы производили операцию так называемого «объемного бандажа», когда на деэпителизованную роговицу укладывается аллотрансплантат округлой формы и достаточной толщины. Трансплантат фиксируется к прямым мышцам, поверх него ушивается конъюнктив (Булатов Р.Т., 2002). В последующем, так же с соблюдением месячного послеоперационного срока, производили индивидуальное протезирование тонкостенным протезом.

В тех случаях, когда имеющееся глазное яблоко не выполняет роль опорной культи из-за очень маленьких размеров (ПЗО менее 10 мм), мы формировали ее имплантационным методом. При этом дермо-жировой аллотрансплантат необходимых размеров помещается за глазное яблоко, тем самым не ограничивая подвижность протеза.

В отдаленные сроки во всех наблюдаемых нами случаях косметический и функциональный результаты вмешательств оставались хорошими, асимметрии лица не наблюдалось.

Иойлева Е.Э., Марченкова Т.Е.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ НЕЙРОТРОФИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА

Проведена оценка результативности комплексного диагностического обследования детей с заболеваниями зрительного нерва с использованием компьютеризированной системы и калориметрического анализа диска зрительного нерва. Определена роль предложенного метода в определении показаний к лечению частичной атрофии зрительного нерва у детей с обратимыми стадиями заболевания.

В контингенте слепых и слабовидящих насчитывается почти 10000 детей младше 18 лет. Уровень детской инвалидности по зрению – 5,2 на 10000 населения соответствующего воз-