

– с целью эффективного выявления и своевременной реабилитации детей с РН необходимо строго придерживаться установленного алгоритма действий неонатологов и офтальмологов. Направление детей с активными стадиями РН в специализированный центр не позднее 5-6 недель жизни позволяет надеяться на успешные результаты лечения данной патологии;

– Хабаровский филиал МНТК «Микрохирургия глаза» имеет все технические возможности для диагностики и оказания своевременной соответствующей квалифицированной помощи при любой стадии РН.

Список использованной литературы:

1. Крио- и лазеркоагуляция в лечении активной ретинопатии недоношенных: Метод. рекомендации / Е.И. Сидоренко, И.И. Аксенова, И.Б. Асташева и др. – М., 2004. – 28 с.
2. Ретинопатия недоношенных: Метод. рекомендации Российской Ассоциации специалистов перинатальной медицины / Под ред. Н.Н. Володина. – М., 2003. – 27 с.
3. Сайдашева Э.И., Сомов Е.Е., Фомина Н.В. Избранные лекции по неонатальной офтальмологии. – СПб., 2006. – С. 127-187.
4. Терещенко А.В., Белый Ю.А., Трифаненкова И.Г. и др. Роль межрегиональной офтальмологической службы по ретинопатии недоношенных в центральном регионе России // Новые технологии в диагностике и лечении заболеваний органа зрения: Сб. науч. ст. юбил. науч.-практ. конф. – Хабаровск, 2008. – С. 180-183.
5. Фоменко Н.В. Анализ заболеваемости и исходов активной фазы ретинопатии недоношенных у детей с экстремально низкой массой тела при рождении (менее 750 г.) // Российская педиатрическая офтальмология. – 2007. – №4. – С.10 – 12.
6. Хватова А.В., Катаргина Л.А., Коголева Л.В. Активные и рубцовые стадии ретинопатии недоношенных. Диагностика и контроль лечения: Метод. руководство. – М., 1998.

Жукова О.В.

Самарская клиническая офтальмологическая больница им. Т.И. Ерошевского

НОВЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ДОСТУП ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ГЛАЗОДВИГАТЕЛЬНЫХ МЫШЦАХ

Форникальный хирургический доступ к глазодвигательным мышцам использовался при операциях по поводу косоглазия и нистагма у 1269 детей в возрасте от 3,5 до 16 лет. По сравнению с прямым и лимбальным доступами форникальный доступ менее травматичен, не требует наложения и последующего снятия швов. В послеоперационном периоде отсутствует дискомфорт, значительно меньше выражены раздражение конъюнктивы и субконъюнктивальные кровоизлияния. В отдаленном периоде конъюнктивальные рубцы не видны. Средний койко-день сократился с 7,6 до 3,4.

Актуальность

Операции на глазных мышцах – хорошо изученная и детально описанная область офтальмохирургии. Из всего многообразия хирургических вмешательств на самих мышцах (теноррафия, удлинение, создание дубликатуры сухожилия и т. п.) чаще всего применяются рецессия мышц и резекция сухожилий мышц – как наиболее эффективные и легко дозируемые. Что же касается хирургического доступа к глазодвигательным мышцам, то в отечественной практике традиционно используются прямой и лимбальный хирургические доступы (1). Эти подходы обеспечивают хорошую доступность мышц при операции и удобство работы с ними. Недостаток данных хирургических доступов заключается в том, что они нуждаются в обязательном наложении швов, что создает дискомфорт для пациента, требует неприятной процедуры снятия швов и удлиняет период реабилитации после операции. Отрицательным аспектом также является то, что после операций, произведенных этими доступами, остаются видимые рубцы на конъюнктиве склеры. В зарубежной литературе описан форникальный хирургический доступ к глазодвигательным мышцам (3). В отечественной литературе нам не встретилось упоминаний об использовании этого хирургического доступа в практике российских офтальмохирургов.

Целью данной работы явилось изучение преимуществ и недостатков форникального хирургического доступа к глазодвигательным мышцам по сравнению с традиционно используемыми.

Материал и методы

Форникальный хирургический доступ использован при операциях на глазодвигательных мышцах по поводу косоглазия и горизонтального нистагма у 1269 пациентов обоего пола в возрасте от 3,5 до 16 лет с различными видами косоглазия, находившимися на лечении в детском отделении СКОБ им. Т.И. Ерошевского в 2000 – 2006 гг. Операции производились на прямых мышцах как горизонтального, так и вертикального действия, и на нижней косой мышце.

Техника операции с форникальным хирургическим доступом заключается в следующем:

1. Горизонтальный разрез конъюнктивы и теноновой капсулы производится в области свода в 10 – 12 мм от лимба между прямыми мышцами в так называемой «белой» (бессосудистой) зоне. Для доступа к внутренней и наружной прямым и нижней косой мышцам разрезы производятся в нижне-внутреннем и нижне-наружном сегментах, для верхней и нижней прямых мышц – в верхне-наружном и нижне-наружном сегментах соответственно. Длина разреза невелика – не более 5 мм.

2. Прямая мышца через выполненный разрез берется на крючок для косоглазия. Ткань конъюнктивы, покрывающая мышцу, тупо отсекается и отодвигается вверх.

3. Мышца ножницами освобождается от теноновой капсулы. Дальнейшие манипуляции с мышцей (рецессия или резекция) производятся по общепринятой методике.

4. По окончании операции на мышце ткани теноновой капсулы и конъюнктивы расправляются и укладываются в конъюнктивальном своде. Наложения швов на разрез конъюнктивы не требуется.

В качестве контрольной группы были проанализированы 1000 историй болезни пациентов, прооперированных по поводу различных видов косоглазия в детском отделении СКОБ им. Ерошевского с 1995 по 1999 гг. Всем им операции проводились с использованием прямого трансконъюнктивального доступа к мышцам и наложением непрерыв-

ного шва 5/0, который снимали на 6-й день после операции.

Сравнение проводилось по следующим критериям:

1. Удобство работы с мышцей во время операции – по оценке оперирующего хирурга;

2. Степень дискомфорта в послеоперационном периоде оценивали по 5-балльной шкале со слов пациента или ухаживающего за ним родственника.

3. Выраженность раздражения конъюнктивы оценивали по 3 степеням: слабая, средняя, выраженная.

4. Учитывалось наличие или отсутствие субконъюнктивальных кровоизлияний.

Полученные результаты

Использование форникального хирургического доступа при операциях на глазодвигательных мышцах по мнению оперировавших хирургов технически несколько сложнее, чем традиционно используемых, однако освоение новой техники операции не представило значительной трудности для врачей. Главное неудобство создает конъюнктивально-теноновая складка, которую необходимо отодвигать и удерживать во время манипуляции на мышце. Для повышения удобства при работе на мышцах нами предложен инструмент для отсепаровки и удерживания конъюнктивы и теноновой капсулы (2).

Что же касается течения послеоперационного периода, то использование форникального хирургического доступа обнаружило неоспоримые преимущества перед другими техниками операций.

С первых же дней после операции дети почти не испытывали неприятных ощущений в глазах. Степень дискомфорта в послеоперационном периоде, оцененная по 5-балльной шкале, у больных исследуемой группы составила в среднем $2,6 \pm 0,5$, у больных контрольной группы она составляла $4,3 \pm 0,4$. Различие статистически достоверно.

Раздражение конъюнктивы выраженной степени отмечалось у 18% пациентов, прооперированных с форникальным доступом, в этой же группе субконъюнктивальные кровоизлияния имели место у 12% больных. В контрольной группе выраженное раздражение конъюнктивы было у 63%, а субконъюнктивальные кровоизлияния – у 92% пациентов.

Отсутствие шва на послеоперационном разрезе исключает манипуляцию по его снятию, кроме того, рубец конъюнктивы при отсутствии швов формируется значительно более тонким. Расположение послеоперационного рубца в конъюнктивальном своде делает его практически невидимым, что обеспечивает отличный косметический эффект операции. Через 7 дней после операции ни у одного больного не отмечалось зияния послеоперационной раны. Отсутствие швов на конъюнктиве позволило выписывать детей значительно раньше, так как никакого другого лечения, кроме закапывания капель, не требовалось. Средний койко-день при операциях по поводу косоглазия у детей, прооперированных форникальным доступом, составил 3,4. При операциях, произведенных с использованием прямого доступа к мышцам, он составлял 7,6.

Вывод

Использование форникального хирургического доступа при операциях на глазодвигательных мышцах безопасно, технически несложно, значительно облегчает течение послеоперационного периода, ускоряет реабилитацию и позволяет получить отличный косметический эффект.

См. рис., на цветной вкладке.

Список использованной литературы:

1. Э.С. Аветисов. Содружественное косоглазие. М., «Медицина», 1977, С. 279 – 280
2. О.В. Жукова, Т.А. Маркова. Устройство для отсепаровки конъюнктивы. Патент на полезную модель №64901, 27.07.2007г.
3. Kennet W. Wright, Color atlas of strabismus surgery, 2000, P. 93-105.

**Золотарев А.В., Павлов Д.В.,
Николаева Г.А.**

**Самарская клиническая офтальмологическая
больница имени Т.И. Ерошевского**

МОРФОЛОГИЯ ПУТЕЙ ОТТОКА ВОДЯНИСТОЙ ВЛАГИ В ЗАДНЕМ ОТДЕЛЕ ГЛАЗА

Мы осуществили перфузию на кадаверных глазах человека суспензией туши через супрахориоидальное пространство и между нервных волокон зрительного нерва с целью определения механизма оттока внутриглазной жидкости по увеосклеральному пути. Гистологические исследования выявили структуры заднего отрезка глаза, что имеет немаловажное значение в оттоке внутриглазной жидкости.

Актуальность

Несмотря на значительные достижения в офтальмологии, и в частности в лечении глаукомы, на сегодняшний день все же остается много вопросов в механизме оттока внутриглазной жидкости по увеосклеральному пути, и в частности в заднем отделе глаза.

Известно, что весь отток водянистой влаги из передней камеры осуществляется двумя путями:

1) трабекулярный (основной) путь оттока осуществляется через трабекулы и шлеммов канал;

2) увеосклеральный (дополнительный) путь оттока осуществляется из передней камеры «сквозь» ресничную мышцу в супрацилиарное и далее в супрахориоидальное пространство по межволоконным (интрааминарным) пространствам.

Трабекулярный путь оттока водянистой влаги из передней камеры достаточно хорошо изучен.

Открытый А.Вилл в 1966 г. увеосклеральный путь в норме обеспечивает отток жидкости лишь в 20-25%. Однако при глаукоме и облитерации шлеммова канала указанный путь становится основным. Не случайно поэтому такое большое количество операций, предложенных различными авторами, направлено на активизацию увеосклерального оттока (1, 2, 3, 4).

Полученные в последние годы данные свидетельствуют о том, что увеосклеральный отток представляет не диффузию, а направлен-