

изведена одномоментная пластика конъюнктивальной полости свободным лоскутом слизистой щеки, глазное протезирование осуществлялось на 4-5 день.

Поднадкостничная экзентерация орбиты с сохранением век произведена у 2 больных с внутриглазной меланомой, продолженный рост которой наблюдался в области решетчатой пластинки, лимба и под глазными мышцами. У одного больного проведена экзентерация после энуклеации в связи с ростом опухоли в культе. Пластика орбитальной полости осуществлялась височной мышцей на питающей ножке.

Поднадкостничная экзентерация орбиты без сохранения век была выполнена при внутриглазной меланоме распространяющейся на параорбитальную область (при плоскоклеточном раке кожи век (2), аденокарциноме слезной железы (2), базально-клеточном раке кожи век (1), аденокистозном раке слезной железы (1)). Разрушающая форма базально-клеточного рака кожи век с вовлечением костных структур послужила основанием для выполнения поднадкостничной экзентерации орбиты с резекцией скуловой кости.

Реконструктивно – восстановительный этап включал пластику дефекта орбиты височной мышцей на питающей ножке и кожную пластику лоскутами со лба и щеки (5). В единичных случаях пластика осуществлялась TRAM лоскутом.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Отдаленные наблюдения составили от 6 месяцев до 3 лет, все пациенты живы. При последующем мониторинге метастазы в печень были выявлены у 1 больного с внутриглазной меланомой (спустя 6 месяцев после экзентерации орбиты без сохранения век).

Таким образом, расширенная энуклеация и экзентерация орбиты с одномоментным реконструктивно – восстановительным этапом в лечении распространенных форм опухолей органа зрения обеспечивают радикальный объем вмешательства и позволяют осуществить социальную адаптацию пациентов.

Пузыревский К.Г., Плисов И.Л.

ОСОБЕННОСТИ СПОСОБОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КОСОГЛАЗИЯ МЕТОДОМ ТЕНОСКЛЕРОПЛАСТИКИ

Рассмотрены особенности различных способов хирургического лечения косоглазия, предложен новый вариант теносклеропластики (ТСП-V), как вариант выбора при хирургическом лечении косоглазия.

Для устранения косоглазия применяют операции двух типов: усиливающие и ослабляющие действие мышц. Из ослабляющих операций наиболее распространены рецессия и теносклеропластика.

Ослабляющие операции методом теносклеропластики (ТСП) очень разнообразны. Они отличаются по месту формирования лоскута (дистально или проксимально к месту прикрепления мышцы), по способу формирования склерального лоскута (по ширине сухожилия, двухлоскутные, трехлоскутные) и на первично или вторично оперируемых мышцах.

Самым распространенным способом является вариант ТСП-III, предложенный В.И. Пospelовым в 1978 году. Он применяется на первично оперируемых мышцах и включает: стандартный доступ к мышце; выкраивание и отворачивание кзади П-образного склерально-мышечного лоскута шириной, равной ширине сухожилия мышцы; наложение шва на конъюнктиву.

Другим распространенным вариантом, также предложенным В.И. Пospelовым, является ТСП-IV. Он применяется на вторично оперируемых мышцах. Суть его состоит в следующем: стандартный доступ к мышце; прошивание мышцы у основания и отсечение от прежнего места прикрепления мышцы; выкраивание и отворачивание кзади П-образного склерального лоскута шириной, равной ширине сухожилия мышцы; подшивание мышцы к свободному краю выкроенного лоскута подшивание мышцы; наложение швов на конъюнктиву.

К недостаткам существующих способов можно отнести:

– выкраивание одного или двух лоскутов шириной, равной ширине сухожилия мышцы, что способствует значительному ослаблению опорной и защитной функций склеры и является крайне опасным в детском возрасте;

– длительность и сложность оперативного

вмешательства при выкраивании двух- или трехлоскутных вариантов, а также возможность их прорезания и разрыва во время операции и в послеоперационном периоде;

– в послеоперационном периоде наблюдается просвечивание сосудистой оболочки в месте образовавшегося дефекта после выкраивания П-образного лоскута, что является существенным косметическим недостатком;

– смещение нового места прикрепления мышцы от лимба к экватору, что приводит к уменьшению объема ослабления оперируемой мышцы, а иногда, к ограничению подвижности глазного яблока.

В 1994 г. нами предложен метод теносклеропластики вариант ТСП-V (Патент РФ №2171660, кл. А 61 F 9/ 00).

Технической задачей данного метода является повышение эффективности способа и снижение послеоперационных осложнений.

Способ выполнения варианта ТСП-V: стандартный доступ к мышце; выкраивание и отворачивание кзади П-образного склерально-мышечного лоскута шириной, равной $\frac{1}{2}$ ширины сухожилия мышцы и длиной, определяемой углом девиации; вершина лоскута становится продолжением мышцы, а основание отсекают от глазного яблока; дистальный край полученного П-образного склерально-мышечного лоскута подшивают на прежнее место прикрепления мышцы; под склеральный лоскут подводят внутренний листок фасциального влагалища мышцы; на конъюнктиву накладываются швы.

Определяющими существенными отличиями предлагаемого способа по сравнению с ранее существующими являются:

– уменьшение ширины выкраиваемого лоскута с 8-10 мм до 4-5 мм и, тем самым, исключение ослабления опорной и защитной функции склеры;

– выкроенный П-образный склеральный лоскут отсекают от основания, а дистальный край П-образного склерально-мышечного лоскута подшивают на прежнее место прикрепления мышцы, что позволяет повысить эффективность способа за счет увеличения объема ослабления оперированной мышцы и сохранить анатомическое или прежнее место прикрепления мышцы;

– под выкроенный склеральный лоскут подводят внутренний листок фасциального влагалища мышцы, что позволяет исключить просвечивание сосудистой оболочки склеры в месте

выкраивания П-образного лоскута и повысить косметический эффект операции;

– данный вариант теносклеропластики может быть использован, как на первично, так и на вторично оперированных мышцах.

Вариант ТСП-V используется в нашей клинике с 1994 года. За этот период он выполнен 179 пациентам с различными видами косоглазия и в комбинации с другими операциями усиливающего и ослабляющего действия. Таким образом, мы предлагаем нашу операцию как вариант выбора при хирургическом лечении косоглазия.

**Родионов О.В., Булатов Р.Т.,
Грандчиков В.А., Мусин У.К.,
Галиахметов Р.Ф.**

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ СУБАТРОФИИ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА

Предложен способ хирургического лечения субатрофии глазного яблока II-III степени, позволяющий в перспективе проведению успешного косметического протезирования.

Субатрофия является частой причиной гибели (в функциональном и косметическом плане) глазного яблока (Гундорова Р.А. с соавт., 1984), требующей косметической и психологической реабилитации (Шиф Л.В., 1981). В последние годы наблюдается тенденция к росту числа субатрофии глазного яблока (Гундорова Р.А. с соавт., 1994) вследствие травм, сосудистых заболеваний и т.п., ведущих к утрате общей трудоспособности и инвалидизации населения (Мошетьева Л.К., Кочергин С.А., 2000).

Существуют операции бандажа глазного яблока с применением дермального аллотрансплантата с реваскуляризацией хориоидеи, активацией цилиарного тела и дренированием супрахориоидального пространства (Гареев Е.М. с соавт., 1997), подготавливающих субатрофичное глазное яблоко к протезированию. Эффективность глазного протезирования при субатрофии зависит от объема глазного яблока и толщины протеза, лучший косметический эффект достигается при малой толщине глазного протеза (Галимова Л.Ф. с соавт., 2000). Аллотрансплантат для бандажа глазного яблока в виде разорванного кольца с шириной полосы 6 – 8 мм, внутренним диаметром 12 мм и толщиной (в зависимости от стадии субатро-