

ПАРАЛИТИЧЕСКОЕ КОСОГЛАЗИЕ: ОПЫТ ХИРУРГИИ

Проанализированы результаты оперативного лечения паралитического косоглазия при нарушении отведения глазного яблока в наружную сторону по разработанной щадящей методике хирургии прямых мышц глазного яблока. Данный метод позволяет сократить послеоперационный период реабилитации и получить наибольший функциональный эффект.

Ключевые слова: паралитическое косоглазие, глазное яблоко, щадящая хирургия.

Актуальность

Правильный выбор оперативного лечения паралитического косоглазия с целью достижения максимального эффекта остается актуальной проблемой в современной офтальмохирургии (Джеймс Ф. Вэндер, Дженис А. Голт, 2005).

Паралитическое косоглазие обусловлено параличом или парезом одной или нескольких глазодвигательных мышц, вызванным различными причинами: травмой, воспалительными процессами, новообразованиями орбитальной области и др (В.Г. Копаева, 2002). Оно характеризуется, прежде всего, ограничением или отсутствием подвижности косящего глаза в сторону действия парализованной мышцы и возникновением диплопии (И.И. Каган, В.Н. Канюков, 1999; Вильгельм Хаппе, 2004). Все это вызывает значительный косметический дефект и ряд психоэмоциональных комплексов.

Правильное диагностическое обследование и выявление этиологического фактора возникновения данного вида паралитического косоглазия позволяет выбрать наиболее оптимальный алгоритм лечения.

Лечение косоглазия при кажущейся простоте диагноза является весьма трудоемким, многоступенчатым и длительным процессом, включающим множество видов аппаратного, консервативного и оперативного лечения. Сложность в лечении паралитического косоглазия состоит в необходимости проведения квалифицированного и эффективного оперативного лечения, направленного на восстановление функции неподвижных мышц.

Цель настоящего исследования – проведение сравнительного анализа эффективности оперативного лечения паралитического косоглазия при нарушении отведения глазного яблока в наружную сторону по разработанной

щадящей методике на прямых мышцах глазного яблока с известными методикам оперативного лечения с пересечением прямых глазодвигательных мышц.

Материалы и методы

Проанализировано 18 хирургических вмешательств по поводу паралитического косоглазия, выполненных по щадящей методике. В зависимости от этиологии нарушения отведения глазного яблока в наружную сторону пациенты распределились следующим образом: с врожденным паралитическим косоглазием – 40%; с врожденным паралитическим косоглазием со сходящимся компонентом – 35% (из них в 10% наблюдалось двустороннее поражение отводящего нерва); посттравматическое поражение отведения глазного яблока – 20%; вторичное косоглазие, возникшее вследствие новообразования орбиты и головного мозга – 5%.

При диагностическом обследовании первым этапом определялись пораженные глазодвигательные мышцы. У детей дошкольного возраста об этом судили по степени подвижности глаз в разные стороны (определение поля зрения), у детей более старшего возраста использовались методы координетрии и спровоцированной диплопии. В дооперационном периоде в качестве метода лечения паралитического косоглазия использовалась призматическая коррекция. Данный метод был эффективен при лечении недавно возникших парезов и параличей глазодвигательных мышц после черепно-мозговых травм. В ряде случаев сочетались медикаментозные и физиотерапевтические методы лечения.

При этом радикальным методом лечения паралитического косоглазия явилось хирургическое лечение.

Нами разработан принципиально новый метод лечения паралитического косоглазия,

Таблица 1. Результаты эффективности подвижности глаза в наружную сторону по щадящей методике в различные периоды после операции

Результаты эффективности подвижности глаза в наружную сторону по щадящей методике в различные периоды после операции	1 сутки	1 месяц	6 месяцев
Хорошая (15-20°)	56%	56%	56%
Достаточная (10-15°)	23%	16%	16%
Удовлетворительная (5-10°)	16%	23%	23%
Неудовлетворительная (0°)	5%	5%	5%

Таблица 2. Эффективность подвижности глаза в наружную сторону в послеоперационном периоде в зависимости от применяемых методов оперативного лечения

Эффективность подвижности глаза в наружную сторону в послеоперационном периоде	Пациенты, прооперированные по щадящей методике	Пациенты, прооперированные по классической методике
Общая	95%	66%
Хорошая	56%	0%
Достаточная	23%	22%
Удовлетворительная	16%	44%
Неудовлетворительная	5%	34%

этиологическим фактором которого является паралич или парез отводящего нерва.

Прототипом предлагаемого способа оперативного лечения может служить метод О-Коннора, заключающийся в переносе 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. Однако эффективность такого метода оперативного лечения не совсем достаточная, что может быть объяснено нарушением питания и иннервации тех частей мышечных волокон, которые переносятся на действие наружной мышцы.

В предлагаемом способе восстановление действия наружной прямой мышцы осуществляется за счет верхней и нижней прямых мышц без их пересечения с сохранением их иннервации и кровоснабжения.

Техника операции. Операция выполнялась под общим обезболиванием.

После обработки операционного поля и выполнения ретробульбарной анестезии раствором ультракаина 2,0 мл производился разрез конъюнктивы на окружности в 6 мм от лимба с 12 до 6 часов. Выделялись верхняя, наружная и нижняя прямые мышцы от мышечного фасциального влагалища и тупо разделялись на равные части продольно как можно дальше по ходу мышцы. С помощью пинцетов и крючков волокна верхней и наружной, нижней и наружной мышц, соответственно, сшивались шовным материалом «шелк» 6.00 на расстоянии

6–7мм от начала сухожилия. На конъюнктиву накладывался непрерывный шов «викрил» 8.00. Под конъюнктиву в конце оперативного вмешательства выполнялась инъекция раствора антибиотика и глюкокортикоида. В послеоперационном периоде пациентам проводилась антибактериальная и глюкокортикостероидная терапия в течение 2–3 недель. Выписка пациентов из стационара проводилась на 2–3 сутки после операции.

В послеоперационном периоде эффективность данного метода определялась с помощью периметра по углу отклонения оперированного глаза в наружную сторону на 1 сутки, через 1 месяц и через 6 месяцев после операции.

В случае присутствия сходящего компонента косоглазия проводилось ослабление внутренней прямой мышцы (патент №2113200 «Способ хирургического лечения косоглазия». Канюков В.Н., 1998).

Результаты и обсуждение.

За период 2007-август 2010 г. данным способом прооперировано 18 пациентов с паралитическим косоглазием. В 17 случаях получен положительный эффект. В 1 случае в позднем послеоперационном периоде отмечены выраженные рубцовые посттравматические изменения с практически полной офтальмоплегией. Оценка результатов хирургического вмешательства проводилась по следующей шкале: хорошая эффективность отведения глазного яблока в наружную сторону – 15–20° по периметру, достаточная эффективность – 10–15°, удов-

летворительная эффективность – 5–10°, неудовлетворительная эффективность – 0–5° (Табл.1).

В первые сутки после операции угол отклонения оперированного глаза на 15–20° отмечен в 10 случаях (что составляет 56% от общего числа оперированных больных), на 10–15° в 4 случаях (составляет 23%), на 5–10° в 3 случаях (составляет 16%).

Через 1 месяц угол отклонения оперированного глаза составил 15–20° в 10 случаях (56% от общего числа оперированных больных), 10–15° в 3 случаях (16%), 5–10° в 4 случаях (23%).

Через 6 месяцев после операции угол отклонения оперированного глаза сохранялся на 15–20° в 10 случаях (56% от общего числа оперированных больных), на 10–15° в 3 случаях (16%), на 5–10° в 4 случаях (23%).

Результаты проведенной сравнительной оценки эффективности хирургического лечения паралитического косоглазия проведены с операциями, выполненными по общепринятым методикам, заключающимся также в переносе действия верхней и нижней прямых мышц на действие наружной прямой мышцы глаза, но при этом предполагается пересечение наружных

частей этих мышц у места прикрепления к главному яблоку у сухожилия.

Контрольную группу составили пациенты, прооперированные по классической методике в период с 2000 по 2004 гг. (18 пациентов). В послеоперационном периоде движения оперированного глаза определялись в 12 случаях (66% от общего числа прооперированных), из них только в 4 случаях (22%) движения глазного яблока оценивались как достаточные, в остальных 8 случаях – удовлетворительные (44%) (табл. 2).

Заключение

Таким образом, результаты проведенного анализа эффективности оперативного лечения паралитического косоглазия при нарушении функции отведения глазного яблока по разработанной щадящей методике на глазодвигательных мышцах обеспечивает стойкий функциональный эффект и быстрые сроки реабилитации пациентов, что может быть обусловлено сохранением естественного направления мышечной плоскости, а главное, иннервации и кровоснабжения всей группы оперируемых мышц.

Список использованной литературы:

1. Копеева В.Г. Глазные болезни // Москва, 2002. – 560с.
2. Офтальмология стран Причерноморья // Сборник научных трудов / Краснодар, 2006. – 528с.
3. Джеймс Ф. Вэндер, Дженис А. Голт. Секреты офтальмологии // Москва, 2005. – 954с.
4. Вильгельм Хаппе. Офтальмология // Москва, «МедПресс-информ», 2004. – 352с.
5. Каган И.И., Канюков В.Н. Клиническая анатомия органа зрения // СПб: Эскулап, 1999. – 192с.
6. Федоровские чтения – 2007 // Москва, 2007. – 344с.