

Международный научно-практический журнал

# ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

2016, том 6, № 4

Восточная  
Европа

Ophthalmology. Eastern Europe

International scientific journal

2016, volume 6, number 4

В поле зрения



Белгород-Днестровская крепость (до 1944 г. — Аккерманская крепость), Украина

Заложена в XIII в. золотоордынским ханом Берке. Многие башни крепости носят собственные имена. Например, "башня Пушкина" названа так потому, что во время своей южной ссылки крепость посетил (14–16 декабря 1821 г.) великий русский поэт А.С. Пушкин, где у него родились строки бессмертного послания "К Овидию".

Включает материалы X Республиканской конференции  
с международным участием

**«Актуальные вопросы офтальмологии»**

9–10 декабря 2016 г., Минск

ISSN 2226-0803 (print)  
ISSN 2414-3642 (online)



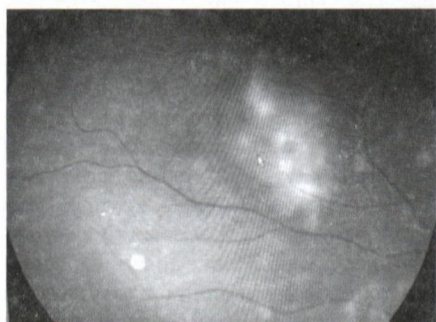
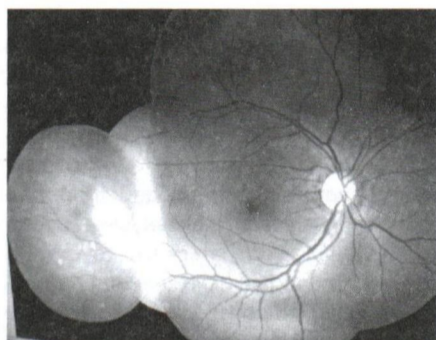


Рис. 5. Глазное дно пациентки Т.

Иванова В.Ф., Алджумаа М.  
Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Ivanova V., Aldzhumaa M.  
Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

### **Опыт пластических операций на придаточном аппарате глаза у детей**

Experience in plastic surgery to additional apparatus of the eye in children

#### **Abstract**

Presented certain types of congenital, traumatic and complicated pathology to additional apparatus of the eye, in which in the eye Department 4-th children's Hospital often performed plastic surgery. The work is based on the experience of the surgical treatment of more than 250 children from one month to 18 years. Pathology to additional apparatus of the eye in children requiring plastic surgery is very diverse. Choosing the right operation makes it possible to get a cosmetic and functional effect, satisfying both patient and doctor

**Актуальность.** Необходимость в пластической хирургии придаточного аппарата глаза и орбиты у детей высокая. В глазном отделении 4-ой ДКБ Минска дети с патологией придаточ-

ного аппарата глаза составляли 50,6% в 2014 году и 43,6% в 2015 году. Наиболее часто наблюдали патологию слезных органов-24,9% (2014г.) и 19,9% (2015г, патология век составила 14,7% (2014г.) и 12,2% (2015г.), патология глазодвигательного аппарата 9,4% (2014г.) и 10,3% (2015г.), патология конъюнктивы 0,9% (2014г.) и 0,8% (2015г.). Анофтальм/микрофтальм составил 0,14% в 2014г. и 0,2% в 2015г. В глазном стационаре 4 ДКБ с 2010 по 2013 годы с врожденным анофтальмом и выраженным микрофтальмом находились 12 детей. В 2014 г. на первичное протезирование из консультативного кабинета были направлены 11 детей – 8 детей с односторонним микрофтальмом, 1 ребенок с односторонним анофтальмом и две девочки близнецы с двусторонним анофтальмом.

**Цель:** представить отдельные виды врожденной, травматической и осложненной патологии придаточного аппарата глаза и орбиты, при которых мы чаще производим пластические операции.

**Материал и методы.** Работа основана на опыте хирургического лечения более 250 детей с патологией придаточного аппарата глаза в возрасте от одного месяца до 18 лет.

**Результаты и их обсуждение.** Самая многочисленная группа детей с врожденным и приобретенным блефароптозом. Дети с блефароптозом составляют около 3,5% больных, поступающих на плановые операции в стационар. При определении оптимального срока лечения и выбора метода операции учитывали степень птоза, амблиопии, возраст ребенка, функцию леватора. Если птоз не вызывал снижения функции органа зрения, к раннему устранению его не стремились, так как в раннем возрасте ткани легко ранимы, структуры верхнего века недостаточно дифференцированы. Блефароптоз исправляли преимущественно методом укорочения леватора в различных модификациях. Подвешивание к брови применяли редко, мы наблюдали адекватную коррекцию птоза даже у детей с отсутствием функции леватора, используя поперечную связку орбиты для внутреннего подвешивания. Подвешивание к лобной мышце выполняли аллосухожильными швами у детей с полным отсутствием функции леватора при офтальмоплегии, у очень маленьких детей при угрозе амблиопии как паллиативную операцию, а также у больных с неудовлетворительным эффектом после резекции леватора при замещении его фиброзно-жировой тканью. При птозе, если после подвешивания амплитуда движения века становилась больше, повторяли операцию на леваторе, используя сухожильные нити, подвешивающие веко, для укрепления волокон измененного леватора. При апоневротическом птозе с хорошей функцией леватора производили резекцию и/или фиксацию апоневроза леватора к хрящу. При удовлетворительной функции леватора резецировали максимальное количество апоневроза леватора и, при необходимости, участок мышцы леватора с прикреплением к хрящу. При плохой функции леватора производили максимальную резекцию мышцы леватора и мышцу леватора и связку Уитналла репрекрепляли к хрящу. При посттравматических птозах производили тщательную ревизию леватора и рефиксацию, или резекцию и фиксацию леватора, к хрящу. При синдроме Маркуса-Гунна при птозе 1 степени в покое жевательных мышц всдерживались от операции, при птозе 2 степени в покое жевательных мышц производили резекцию леватора. При птозе 3 степени в покое жевательных мышц выполняли максимальную резекцию леватора с наложением погружного аллосухожильного шва для подвешивания к лобной мышце.

При пальпебральном синдроме у 10 детей (3-4 лет) на обоих глазах производили подвешивание в/века аллосухожильными швами к лобной мышце. У 5 из этих детей также одновременно выполняли пластику эпикантуса и наружную кантопластику аллосухожильными швами. Непосредственный эффект операции был удовлетворительный, отдаленное наблюдение выявило нестойкость эффекта операции из-за провисания аллосухожильных швов. В настоящее время при исправлении блефароптоза при пальпебральном синдроме производим максимальную резекцию леватора.

В настоящее время для устранения эпикантуса и удлинения глазной щели мы применяем эпикантопластику по способу М.Г.Катаева, большое внимание уделяем формированию веко-носовой ямки, иссечению эпикантального сухожильного тяжа, идущего от медиальной части тарзальной пластинки нижнего века, а также фиксации кожи веко-носовой ямки к надкостнице.

Пластика век при колобомах зависит от клинической ситуации, колобомы до четверти длины века устраняли методом прямого сближения край в край. При пластике колобом до половины длины века и больше производили наружную кантотомию с кантолизом, смещали полукруглый лоскут с треугольником по Бурову.

Расщелины лица, сопровождающиеся деформацией внутреннего угла глаза, выворотом, колобомой нижнего века т предварительно оперировали челюстно-лицевые хирурги.

При симблефароне в зависимости от обширности производили пластику дефекта местными тканями, экстракорнеальную кератопластику, аллоплантом для пластики конъюнктивы, аутотрансплантатом слизистой губы, донорским керато-конъюнктивальным трансплантатом. Наиболее оптимальный материал для пластики симблефарона аутослизистая полости рта в сочетании с пластикой местными тканями. В конце операции в конъюнктивальную полость вводили фрагмент гемостатической губки для предотвращения зарращения и правильного формирования сводов. В результате у большинства больных удалось добиться достаточных сводов для увеличения объема движений глазного яблока.

Рубцовые деформации век устраняли иссечением или рассечением рубцов, пластикой местными тканями. При завороте век при наличии заднего ребра, отсутствии интермаргинального пространства, наличии трихиазы выполняли операцию Сапежко, причем в интермаргинальное пространство чаще укладывали не послойный лоскут аутослизистой губы, а послойный трансплантат свежей или высушенной аллороговицы. При выраженном трихиазе и врожденном дистихиазе его устраняли с помощью вертикального скользящего тарзokonъюнктивального лоскута, сдвигая лоскут, чтобы он выступал за край века на 1-2 мм. При укорочении задних пластинок век производили пластику слизистой губы. При смещении угла глазной щели угол глаза и, по возможности, связку фиксировали к надкостнице орбитального края.

Для пластики рубцового выворота век применяли метод бокового смещения кожи, орбиткулярной мышцы, резекцию века. Для устранения дефекта века использовали пластику свободным кожным лоскутом взятым с тыльной поверхности уха.

Ежегодно мы наблюдаем 6–7 детей с врожденным микрофтальмом/анофтальмом, который является результатом нарушения закладки в эмбрио- и органогенезе. Основные проблемы у пациентов с ВА и МФ заключаются в малом размере костной орбиты, конъюнктивальной полости и век, затрудняющие нормальное протезирование. Эффективным методом решения данных проблем является ступенчатое протезирование, при невозможности введения адекватного протеза производим коррекцию конъюнктивальной полости, удлинение глазной щели.

**Выводы.** 1. Патология придаточного аппарата глаза у детей, требующая пластической хирургии весьма разнообразна. 2. Правильный выбор операции дает возможность получить косметический и функциональный эффект, удовлетворяющий как больного, так и врача.