

вмешательства при выкраивании двух- или трехлокутных 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 (Мошетова 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 полоски 6 – 8 мм, внутренним диаметром 12 мм и толщиной (в зависимости от стадии субатро-

фии) от 0,5 до 3 мм укладывается вокруг роговицы на склере и в натянутом положении фиксируется эписклеральными швами. В последующем через 4 – 6 недель после операции подбирают глазной протез. Недостатками данного способа лечения субатрофии глазного яблока являются: эффективность только при I степени субатрофии и недостаточное увеличение объема глазного яблока при субатрофии II – III степени, из-за чего необходимо в последующем использование «толстого» глазного протеза, в результате нижнее веко отвисает под тяжестью глазного протеза, что приводит к снижению косметического результата.

Предлагаемая нами операция позволяет увеличить размеры и объем глазного яблока при субатрофии II – III степени для последующего успешного косметического протезирования.

Сущность операции поясняется рисунками (на цветной вкладке), где на рисунке 1 изображен вид глазного яблока во фронтальной плоскости, а на рисунке 2 – поперечный сагитальный разрез глазного яблока.

Способ лечения субатрофии глазного яблока осуществляется следующим образом. Производят разрез конъюнктивы и теноновой капсулы параллельно лимбу (1) на уровне прикрепления прямых глазных мышц (2) во всех четырех секторах глазного яблока, сохраняя сосуды, идущие в области конъюнктивально – тенонового «мостика» у лимба над прямыми глазными мышцами, питающие передний отрезок глазного яблока. Прямые глазные мышцы (2) закрепляют швами – держалками, с помощью которых глазное яблоко поворачивают и фиксируют в удобном для визуализации поверхности склеры (3) положении, отсепаровывают конъюнктиву и теноновую оболочку к лимбу (1) и в сторону заднего полюса (4) глазного яблока. Между прямыми глазными мышцами проводят четыре полоски дермо-жировых трансплантатов (5) в форме трапеции, основанием к месту прикрепления прямых глазных мышц к склере, размеры дермо – жировых трансплантатов зависят от недостающего объема и размеров глазного яблока. Укладывают вокруг лимба пятый дермо-жировой трансплантат (6) в виде разорванного кольца внутренним диаметром, определяемым размерами роговицы и наружным диаметром, превышающим на 3 – 5 мм уровень места прикрепления прямых глазных мышц, с вырезами-углублениями полукруглой формы для всех прямых глазных

мышц, с радиусом, превышающим ширину места их прикрепления к склере, с фиксацией узловыми нерассасывающими швами (7) 6/0 его к склере и четырьмя дермо-жировым трансплантатам, введенным предварительно к заднему полюсу глазного яблока. Теноновая оболочка и конъюнктива ушиваются над дермо – жировыми трансплантатами.

При выполнении вышеописанного способа необходимо добиться или нормо – или незначительного гиперэффекта, т.е. величина реконструированного глазного яблока должна быть приближена к нормальным анатомическим размерам. Глазное протезирование производится в общепринятые сроки.

Предложенный способ лечения субатрофии глазного яблока имеет преимущества – бандаж глазного яблока осуществляется через секторальные разрезы конъюнктивы и теноновой оболочки между прямыми глазными мышцами параллельно лимбу во всех четырех секторах глазного яблока, сохраняя при этом сосуды, идущие в области конъюнктивально – тенонового «мостика» у лимба над прямыми глазными мышцами, питающие передний отрезок глазного яблока; дермо-жировые трансплантаты, вводимые к заднему полюсу глазного яблока могут быть различными по ширине и толщине в зависимости от объема и размера субатрофического глазного яблока, восполняя недостающий объем глазного яблока. Дермо – жировые трансплантаты, фиксированные к склере, в процессе рассасывания-замещения, укрепляют передний и задний отделы глазного яблока механически прочным регенератом. Благодаря высоким прочностным и упруго-деформационным свойствам трансплантата и формируемого на его месте регенерата происходит укрепление экваториальной зоны глазного яблока, что способствует более равномерному распределению тракционных сил прямых мышц глаза, сочетая данный эффект с иммобилизацией зоны цилиарного тела. Применяемый дермо – жировой трансплантат и формирующийся на его месте регенерат устраняет деформацию глазного яблока в сагитальной плоскости из-за тракции прямых мышц, создает опорную площадку для глазного косметического протеза, предотвращает механическое давление протеза на глазное яблоко. Предложенная реконструкция субатрофического глазного яблока позволяет увеличить его объем и производить косметичес-