

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 склерально-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