

ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАРАЛИТИЧЕСКОГО КОСОГЛАЗИЯ. ПЛАСТИКА С ОСЛАБЛЕНИЕМ ЭКСТРАОКУЛЯРНЫХ МЫШЦ

Паралитическое косоглазие характеризуется состоянием глазодвигательной системы, при котором одна или несколько экстраокулярных мышц полностью или частично утратили свою функцию. Лечение данной патологии является многоэтапным и не всегда эффективным. Разработана методика пластики экстраокулярных мышц с удлинением сильной мышцы, как 1 этапа оперативного лечения при паралитическом косоглазии, которая является эффективной и позволяет достичь удовлетворительных функциональных и косметических результатов лечения при данной патологии.

Ключевые слова: паралитическое косоглазие, этапное оперативное лечение, ослабление с удлинением экстраокулярной мышцы.

Актуальность

Паралитическое косоглазие проявляется в ограничении или отсутствии подвижности глаза в сторону действия парализованной мышцы, чаще всего с отклонением от общей точки фиксации, обусловленное параличом или парезом одной или нескольких глазодвигательных мышц [4], [5].

Сложности хирургической коррекции определены патогенезом паралитического косоглазия, основными механизмами которого являются поражение ядер или стволов глазодвигательного, блокового и отводящего нервов, поражение нервов или самих мышц, приводящих к параличу или парезу глазодвигательных мышц.

Для определения тактики лечения на этапе диагностического обследования одним из главных моментов является дифференциация паралитического косоглазия от таких форм косоглазия, при которых отсутствует паралич экстраокулярных мышц [6]: при аномалиях прикрепления глазодвигательных мышц, при фиброзных или объемных процессах в орбите, приводящих к ограничению подвижности глазного яблока, а также при переломах орбиты с ущемлением глазодвигательных мышц, врождённых синдромах Брауна (синдром сухожильного влагалища), Мёбиуса-Уэйна (ретракционный синдром). В таких ситуациях показаны консультации других специалистов, в обязательном порядке невропатолога, а так же для исключения объёмных процессов, повреждения стенок орбит, отрыва и ущемления мышц необходимо проведение когерентной томографии [6].

Коррекция данной патологии в обязательном порядке предполагает оперативные методики, включающие в себя пластику экстраокулярных мышц с ослаблением сильной и усилением слабой глазодвигательной мышцы по О'Коннору, либо по Э.С. Аветисову с пересадкой волокон действующих мышц (например, вертикальных к парализованной горизонтальной мышце) [2], [3].

По данным литературы, на практике не всегда удаётся достичь желаемого результата, нередко оперативное вмешательство выполняется неоднократно на одной и той же мышце, что само по себе снижает эффективность лечения.

Цель

Обосновать эффективность метода пластики экстраокулярных мышц с удлинением сильной мышцы, как 1 этапа оперативного лечения при паралитическом косоглазии.

Материал и методы

Оценка эффективности данной методики проведена по результатам хирургического лечения 12 пациентов (14 глаз) с диагнозом «паралитическое косоглазие», из них: у 8 пациентов (в 1 случае – двусторонний процесс) – парез наружной прямой мышцы и паралич отводящего нерва, как правило, это врождённое состояние; у 2 пациентов (в 1 случае – двусторонний процесс) – парез наружной и нижней прямых мышц при нарушении проводимости в глазодвигательном нерве после закрытой черепно-мозговой травмы, у 2 пациентов – парез верхней прямой мышцы, сочетающейся с врождённым птозом.

Возраст пациентов на момент проведения оперативного вмешательства составил от 2 до 63 лет.

Всем пациентам хирургическое вмешательство проведено по сочетанной методике: ослабление сильной мышцы за счет её удлинения и усиление слабой мышцы за счет действия других экстраокулярных мышц.¹

Интервал между этапами оперативного вмешательства в 4 случаях составил 2 недели, в 10 случаях – 3 месяца.

В зависимости от угла косоглазия, объем удлинения слабой мышцы варьировал от 4 до 8 мм.

Под местной анестезией ретробульбарно раствором Ультракаина 2,0 (детям в соответствующих возрастных дозировках), производился разрез конъюнктивы в проекции прикрепления поражённой мышцы, края раны конъюнктивы разводились с помощью ранорасширяющих крючков, мышца выделялась. Под сухожилие подводилась лигатура, при помощи которой натягивалась мышца. На 1/3 мышцы с латеральных сторон у прикрепления сухожилия накладывались 2 обвивных шва (викрил 6-00), эти части сухожилия отсекались от места прикрепления к склере и вдоль мышцы выделялась средняя порция, которая отсепаровывалась на необходимую величину удлинения мышцы (от 4 до 8 мм), где отсекалась и соединялась с латеральными порциями данной мышцы. На конъюнктиву накладывался непрерывный шов (викрил 8-00). Под конъюнктиву вводился антибиотик с глюкокортикоидом.

В послеоперационном периоде пациент продолжал получать антибиотики и глюкокортикоиды в течение 3 недель по убывающей схеме в виде инстилляций.

Результаты и обсуждения

Результаты 1 этапа хирургического лечения косоглазия – ослабления сильной мышцы оценивались по величине уменьшения угла девиации глаза в раннем послеоперационном периоде (от 1 суток до 2-х недель).

При уменьшении угла косоглазия до 10° (при исследовании по Гиршбергу), этап усиления слабой мышцы планировался через 2–3 месяца. При остаточном угле девиации более 10° 2 этап оперативного лечения по усилению слабой мышцы про-

водился в раннем послеоперационном периоде (до 2 недель). Выбор тактики зависел также от давности возникновения паралитического косоглазия. Соответственно чем позже от момента поражения мышцы проводилось оперативное лечение, тем был менее прогнозируемый эффект коррекции, обусловленный длительным спазмом сильной мышцы. Этап пластики с удлинением спазмированной (сильной) мышцы преследовал своей целью изменить анатомофизиологическое соотношение мышц, в результате которого создавалось адекватное синергичное действие этой мышцы по отношению к слабой.

Таким образом, анализ этапности и результатов хирургического лечения паралитического косоглазия по предложенной методике свидетельствовал о том, что у 2 пациентов с двусторонним сходящим паралитическим косоглазием (одно – врождённое у ребёнка 2,5 лет и одно – приобретённое после закрытой черепно-мозговой травмы в возрасте 56 лет, после травмы 6 месяцев) этап ослабления с удлинением сильной мышцы проводился сразу на 2-х глазах и в послеоперационном периоде у пациентов угол девиации составил от 5 до 10°, в этих случаях 2 этап по усилению слабых мышц был проведен через 3 месяца. У 6 пациентов в раннем послеоперационном периоде компонент косоглазия при прямом взгляде полностью купировался и этап усиления сильной мышцы за счет верхней и нижних прямых мышц был выполнен через 3 месяца после этапа ослабления. У 4 пациентов угол девиации после 1 этапа составлял более 15°, что может быть объяснимо длительным процессом и сильная мышца была в состоянии близким уже к контрактуре, этап усиления слабой мышцы в данных случаях производился в ближайший период (до 2-х недель) от первого этапа оперативного лечения. Во всех случаях было достигнуто купирование компонента косоглазия при сохранении ослабления движения глазного яблока в сторону парализованной мышцы.

Как в ходе проведения операции, так и в послеоперационном периоде осложнений отмечено не было.

Заключение

Предложенная методика пластики с ослаблением экстраокулярных мышц при пара-

¹Канюков В.Н. Способ пластики экстраокулярных мышц с усилением методом компрессии. Патент на изобретение №2525624 от 23.06.2014.

литическом косоглазии в виде её удлинения является эффективной и позволяет достичь удовлетворительных функциональных и косметических результатов лечения паралитического косоглазия.

Данная методика технически проста в исполнении и малотравматична для тканей глаза и окулоглазничной области и может быть использована как на интактных мышцах, так и на ранее уже оперируемых.

3.10.2014

Список литературы:

1. Белоусова, К.А. Особенности ортоптического лечения паралитического косоглазия (методические рекомендации) / К.А. Белоусова, И.Л. Плисов, Д.Р. Бикбулатова // Актуальные проблемы лечения косоглазия: материалы круглого стола. – Новосибирск, 2010. – С. 9–11.
2. Каноков, В.Н. Способ устранения косоглазия / В.Н. Каноков, Р.Ш. Тайгузин. – Патент на изобретение №2212212 от 20.09.2003г.
3. Каноков, В.Н. Способ пластики экстраокулярных мышц с усилением методом компрессии / В.Н. Каноков. – Патент на изобретение №2525624 от 23.06.2014.
4. Плисов, И.Л. Клиническое обоснование создания индуцированного пареза экстраокулярных мышц-синергистов и антагонистов при лечении паралитического косоглазия: Автореф. ... канд. мед.наук / И.Л. Плисов. – М., 2006. – 24 с.
5. Рабичев, И.Э. Лечение косоглазия и диплопии, возникших в результате черепно-мозговой травмы / И.Э. Рабичев, Т.П. Кащенко, И.А. Кузнецова // Офтальмология на рубеже веков. Материалы Юбилейной научной конференции, посвященной 80-летию профессора В.В. Волкова. – Санкт-Петербург, 2001. – С. 74.
6. Чернышева, С.Г. Клиническая классификация несодружественного косоглазия / С.Г. Чернышева // Труды международной конференции «Рефракционные и глазодвигательные нарушения». – М.: 2007. – С. 45–46.

Сведения об авторах:

Каноков Владимир Николаевич, директор Оренбургского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н.Федорова Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор

Чеснокова Евгения Федоровна, врач-офтальмолог Оренбургского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н.Федорова Минздрава России

460047, г. Оренбург, ул. Салмышская 17, e-mail: nauka@ofmntk.ru