

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК: 617.758.1-089.15

НОВЫЙ МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СМЕШАННОЙ ФОРМЫ КОСОГЛАЗИЯ

В. М. Горбенко, В. П. Фокин

Волгоградский филиал ФГУ МНТК "Микрохирургия глаза" им. академика С.Н. Федорова Росздрава

По данным различных авторов, вертикальные отклонения глаз при горизонтальном косоглазии встречаются в 30–72 % случаев [2, 6, 7]. Смешанная форма косоглазия, т. е. сочетание сходящегося или расходящегося косоглазия с вертикальным компонентом, плохо поддается ортоптическим методам лечения. В большинстве случаев больные нуждаются в хирургическом лечении. Определение тактики лечения, выбор вида хирургического вмешательства и его дозирование представляет значительные трудности для офтальмологов.

Известные способы лечения смешанной формы косоглазия заключаются в поэтапном или одновременном устранении горизонтального и вертикального компонентов косоглазия методом рецессии сильных и резекции слабых мышц глаза [1, 3, 5, 9]. Недостатком этих методов является большой объем хирургического вмешательства – на двух и более мышцах одновременно или поэтапно, что увеличивает вероятность возникновения осложнений во время операции и в послеоперационном периоде. Полное одновременное пересечение нескольких глазодвигательных мышц может вызывать ишемию переднего отрезка глаза. Частота склеральных перфораций при выполнении рецессии или резекции составляет от 0,16 до 2,8 % даже при современной микрохирургической технике [8]. Для одновременного исправления горизонтального и вертикального компонентов при смешанной форме косоглазия нами предложен новый метод оригинальной миоластики [4].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Провести анализ результатов хирургической коррекции смешанной формы косоглазия предложенным нами новым методом миоластики.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Хирургическое исправление косоглазия проводилось с использованием собственной методики миоластики на одной сильной мышце горизонтального действия. Операция выполнялась следующим образом: после выделения мышцы ее растягивали на двух мышечных крючках и шпательом расслаивали на три части, причем толщина верхней и нижней части составляла 3 мм, а протяженность расслоения мышцы 5–12 мм в зависимости от исходного угла косоглазия. Затем выделенную верхнюю или нижнюю третью часть мышцы прошивали у места прикрепления в зависимости от вида вертикального косоглазия: при суправергирующем косоглазии – нижнюю часть, а при инфравергирующем – верхнюю. Эту часть мышцы отсекали от места прикрепления. После этого производили срединную теномиэктомию на протяжении расслоения мышцы и отсекали оставшуюся часть мышцы на границе расслоения. Прошитую и отсеченную крайние части мышцы сшивали между собой.

При использовании данного метода исправление горизонтального компонента происходило за счет двух факторов: относительной пролонгации мышцы и ослабления ее действия за счет срединной теномиэктомии, а коррекция вертикального компонента – за счет смещения места ее прикрепления по вертикали. Причем для устранения суправергирующего компонента место прикрепления мышцы перемещается вверх, а при инфравергирующем косоглазии – вниз. Предлагаемый метод не предусматривает подшивания мышцы к склере, что исключает вероятность перфорации склеры, которая возможна при использовании ранее известных методов.

Проведен анализ результатов хирургического лечения смешанной формы косоглазия ориги-

нальным методом миопластики 92 пациентов в возрасте от 3 до 16 лет. Содружественное сходящееся косоглазие наблюдалось у 71 (77 %) ребенка, расходящееся – у 21 (23 %). Горизонтальный угол косоглазия определялся от 10° до 30°, причем в 49 % случаев угол был до 15°. Вертикальный угол косоглазия был в пределах от 5° до 30°, в том числе угол до 15° наблюдался у 94 % пациентов. Преобладала гиперметропическая рефракция и гиперметропический астигматизм (82 %).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты хирургического лечения смешанной формы косоглазия оригинальным методом миопластики представлены в таблице.

Анализ данных показывает, что исправление горизонтального компонента получено в 87 %; причем при сходящемся косоглазии в 93 % случаев, а при расходящемся – в 67 %. Устранить вертикальный компонент удалось в 89 % случаев. Остаточный угол вертикального отклонения обусловлен изначально большой величиной девиации. Осложнений во время и в послеоперационном периоде не отмечалось.

Девиация глазного яблока при различных видах косоглазия до и после хирургического лечения

Виды косоглазия	Угол косоглазия						
	до операции				после операции		
	До 5°	До 10°	До 15°	До 30°	Ортогипотропия	До 10°	Более 10°
Сходящееся	–	12	23	36	66	5	–
Расходящееся	–	3	7	11	14	6	1
Горизонтальное	–	15	30	47	80	11	1
Вертикальное	29	45	13	5	82	5	5

Анализ результатов хирургического лечения смешанной формы косоглазия методом оригинальной миопластики показывает большую эффективность ослабляющих операций при сходящемся косоглазии, чем при расходящемся. Это подтверждает данные литературы о большей целесообразности применения при расходящемся косоглазии усиливающих операций [3, 5, 9]. При

наличии у пациентов горизонтального угла косоглазия 30° и более можно совмещать данную методику с выполнением усиливающей операции на мышце антагонисте одновременно. А при выявлении вертикального угла косоглазия более 15° желательно ее совмещать с операцией на мышцах вертикального действия.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Хирургическое лечение косоглазия с использованием предложенного нами метода позволяет получить хороший результат одновременного исправления горизонтального и вертикального компонента косоглазия.

2. Данная операция более целесообразна при сходящемся косоглазии и вертикальном угле до 15°.

3. Учитывая безопасность, простоту выполнения и эффективность оригинальной миопластики в одновременном устранении горизонтального и вертикального компонента косоглазия, предложенный нами метод можно рекомендовать для хирургического лечения смешанной формы косоглазия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аветисов Э. С. Содружественное косоглазие. – М.: Медицина, 1977. – 312 с.
2. Аветисов Э. С. Операции на глазных мышцах: Руководство по глазной хирургии / Под ред. М. Л. Краснова и др. – М.: Медицина, 1988. – 624 с.
3. Аветисов Э. С., Кашенко Т. П., Смольянинова И. Л. и др. // Офтальмол. журн. – 1990. – № 4. – С. 193–197.
4. Горбенко В. М. Способ хирургического лечения сложного вида косоглазия. Патент на изобретение РФ № 2288678 от 10.12.06.
5. Калачёв И. И. Диагностика и хирургическая коррекция вертикальных компонентов при содружественной эзотропии: автореф. дис. ... д-ра мед. наук – М., 1992. – 39 с.
6. Польш В. Д. Клинико-статистическая характеристика различных форм косоглазия и хирургическое лечение вертикальных отклонений глаз: автореф. дис. ... канд. мед. наук – Красноярск, 1970. – 21 с.
7. Сенякина А. С. Глазодвигательные и сенсорные нарушения при врожденном косоглазии, их диагностика и лечение: автореф. дис. ... д-ра мед. наук – Одесса, 1980. – 38 с.
8. Noel L. P., Bloom J. N., Clarke W. N., et al. // J. Pediatr. Ophthalmol. Strabismus. – 1997. – Vol. 34, № 2. – P. 115–117.
9. Pediatric Ophthalmology and strabismus / American Academy of Ophthalmology. – USA: LEO, 1998–1999. – Section 6. – P. 1–160.