
– 20. Площади опухоли колебалась от 10 до 22 мм (медиана 14,7), а выстояние – от 0,6 до 2,5 мм (медиана 1,9).

Для диагностики и контроля лечения, кроме офтальмобиомикроскопии и гониоскопии, использовались УЗ сканирование («Cine Scan»), ИК диафаноскопия, передняя ОКТ («Optopol technology»).

Лазеркоагуляция осуществлялась лазерами в желтом (22 больных – I группа) и зеленом (7 больных – II группа) диапазонах спектра излучения, соответственно на приборах «Supra» ($\lambda=0,57$ мкм) и «Ophthalmas» ($\lambda=0,53$ мкм). Параметры лазерного излучения подбирались индивидуально для каждого пациента с учетом локализации опухоли, степени ее пигментации и площади. Мощность излучения для обоих лазеров – от 80 мВт до 450 мВт, диаметр пятна – от 50 до 200 мкм, длительность импульса – от 0,1 до 0,15 с. Лечение проводилось поэтапно и состояло из 1-3 сеансов, проводившихся через 1-2 дня. Повторные курсы осуществлялись через 3 месяца. Количество курсов – от 2 до 6.

Результаты исследования. В I группе пациентов для полной резорбции опухоли потребовалось от 2 до 6 курсов лечения. Во II группе – для полной резорбции опухоли у 5 пациентов потребовалось от 2 до 4 курсов лечения, а у 2 больных – опухоль резорбировалась частично. У 3 больных с опухолями проминенцией 2,5 мм и площадью 22 мм отмечалась незначительная транзиторная гипертензия, которая купировалась медикаментозно и после рассасывания отека в зоне лазерного воздействия – полностью проходила. Осложнений в процессе лечения не наблюдалось. Сроки наблюдения в обеих группах составили от 2 до 6 лет. Рецидивов опухоли не наблюдалось.

Выводы. 1. Лазеркоагуляция новообразований корня радужки и УПК с использованием $\lambda=0,57$ мкм и $\lambda=0,53$ мкм должна проводиться поэтапно с использованием мощности от 80 до 450 мВт, диаметре пятна от 50 до 200 мкм и экспозиции от 0,1 до 1,15 с в зависимости от степени пигментации, площади и выстояния опухоли. 2. Лазеркоагуляция опухолей корня радужки и УПК с использованием $\lambda=0,57$ мкм эффективнее у больных с васкуляризированными опухолями.

Laser treatment of pigment and nonpigment iris tumors

Chechin P. P., Safronenkova I. A., Zadorozhny O. S., Nevskay A. A.

*SI «The Filatov Institute of Eye Diseases and Tissue Therapy of NAMS of Ukraine»
(Odessa, Ukraine)*

The treatment was carried out in 29 patients with tumors of the iris root and anterior chamber angle who were treated at the Ophthalmooncology Center of the State Institution “The Filatov Institute of Eye Diseases and Tissue Therapy of NAMS of Ukraine» in 2011-2018. Among them were 10 men and 19 women aged from 26 to 75 years. With pigment tumors, there were 9 patients, and with nonpigment tumors - 20.

Основні принципи офтальмологічної пластичної хірургії

Якименко С. А., Костенко П. О.

*ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН
України» (Одеса, Україна)*

Актуальність. Офтальмологічна пластична і реконструктивна хірургія поєднують у собі точність офтальмологічної мікрохірургії з пластичними та реконструктивними хірургічними принципами. Більшість офтальмологів володіють технікою виконання ряду простих пластичних процедур на повіках та кон'юнктиві, але не мають досвіду виконання більш складних операцій.

Мета. Виділити основні принципи, що дозволять офтальмопластичному хірургу безпечно та успішно досягти високих показників функціональної реабілітації пацієнтів та гарних естетичних результатів пластики.

Матеріали і методи. Були проаналізовані результати реконструктивно-пластичних операцій у 89 хворих, прооперованих у відділі післяопікової патології ока в період з 2012 по 2017 рік. Усунення анкіло- та симблефарону з пластикою слизової губи проведене у 62 хворих (69,7%), вільна шкірна пластика та пластика місцевими тканинами повік у 27 хворих (30,3%). Терміни спостереження склали до п'яти років. Основними критеріями оцінки результатів операції служили: протікання післяопераційного періоду, розвиток ускладнень та рецидивів, функціональні та естетичні результати.

Результати досліджень. Проаналізований архівний матеріал дозволив виділити наступні основні принципи офтальмологічної пластичної хірургії. Прогнозовані хірургічні результати залежать від оптимальної передопераційної підготовки пацієнта, офтальмологічний, психологічний та загальний фізичний стан повинні бути ретельно оцінені та задокументовані. З кожним пацієнтом слід обговорити мету лікування, провести оцінку очікуваних результатів та потенційних ризиків, виникнення яких може перешкодити досягненню бажаних результатів. Зважаючи на те, що виникнення інфекційних ускладнень дуже мало ймовірно після офтальмопластичних операцій, використання передопераційної антибіотикопрофілактики вважається нами недоцільним, хоча не викликає сумніву її доцільність у випадках свіжої травми та у випадках передопераційної інфекції. Є потреба у використанні спеціальних інструментів, що дозволяють хірургу тримати тканини, не пошкоджуючи їх (інструменти для окулопластичної хірургії більші і міцніші, ніж інструменти для мікрохірургії ока, але, як правило, повинні бути більш делікатними, ніж інструменти для загальної пластичної хірургії). Розрізи повік та тканин ока вимагають високої точності, розрізи шкіри по можливості повинні бути проведені паралельно шкірним складкам і лініям напруги шкіри. Повіки та кон'юнктива мають дуже багате кровопостачання, що знижує ризик некрозу, виникнення інфекційних ускладнень, але робить гемостаз під час операції більш важким. Надмірна кровотеча закриває хірургічне поле, сповільнює хід операції. Кінцевий хірургічний результат може бути відстрочений за рахунок гематоми, або не досягнутий взагалі. Адаптація країв післяопераційної рани зазвичай вимагає швів – скоби та клей, як правило, є поганим вибором для повік і прилягаючих ділянок завдяки великій рухливості шкіри і навколишніх структур. Необхідно подбати про розміщення і натяг швів. Жорсткий шовний матеріал, затягнутий через тонку шкіру повік, може викликати некроз, особливо у зв'язку з їх набряком. Необхідно звернути увагу на тип голки і її розмір, тип і товщину шовного матеріалу. Вибір голки є критичним у хірургії повік. Розмір і форма голки впливають на травму, що індукована проходженням шва. Найбільш часто в офтальмологічній пластичній хірургії ми використовуємо голки ріжущої конфігурації. Конфігурація голки у вигляді лопатки використовується для проходження через склеру та хрящ. Круглі або конічні голки мають обмежену роль в офтальмологічній пластичній хірургії, але можуть бути використані для зменшення гематом у певних процедурах. Розміри швів для офтальмопластичних операцій зазвичай становлять від 4-0 до 8-0. В останні роки нами віддається перевага використанню швів із синтетичних матеріалів таких, як нейлон, що є майже інертним для тканин ока та легкий у використанні.

Висновки. Таким чином, виконання основних принципів офтальмологічної пластичної хірургії має значний вплив на результат хірургічного лікування, дозволяє офтальмопластичному хірургу безпечно та успішно досягти високих показників функціональної реабілітації пацієнтів та гарних естетичних результатів пластики.

Basic principles of ophthalmic plastic surgery

Yakymenko S. A, .Kostenko P. O.,

SI “The Filatov Institute of Eye Diseases and Tissue Therapy of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine” (Odesa, Ukraine)

The analyzed results of reconstructive-plastic operations in 89 patients allowed to highlight the main principles that allow the ophthalmoplastic surgeon to safely and successfully achieve high rates of functional rehabilitation of patients and good aesthetic results of plastic. The predicted surgical results depend on: optimal preoperative preparation of the patient, balanced preventive antibiotics, use of special tools, thorough hemostasis, high precision of the cuts, dense adaptation of the edges of the postoperative wound, needle type and its size, type and thickness of suture material.
