

поетапним, включати медикаментозну терапію та психологічну реабілітацію.

## **БАЗОВІ ПРИНЦИПИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧНОЇ ОФТАЛЬМОХІРУРГІЇ**

**Костенко П. О.**

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

**Актуальність.** Велика кількість офтальмологів, володіють технікою виконання ряду простих пластичних процедур на повіках та кон'юнктиві, але не мають досвіду виконання більш складних операції, для виконання яких треба поєднати - точність та мікрохірургію офтальмології з естетичними та реконструктивними концепціями пластичної хірургії.

**Мета.** Виділити базові принципи пластики, що дозволять більшій кількості офтальмологів безпечно та успішного досягти високих показників функціональної реабілітації пацієнтів, гарних естетичних результатів.

**Матеріали і методи.** Були проаналізовані результати реконструктивно-пластичних операцій у 415 хворих, прооперованих у відділі післяопікової патології ока в період з 2012 по 2023 рік. Усунення анкіло- та симблефарону з пластикою слизової губи проведене у 263 хворих (63,4 %), пацієнти з рубцевою деформацією повік, виворотом і заворотом повік (вікові, паралітичні, спастичні, рубцеві, після опіків і травм), відсутністю вій або трихіазом, блефарохалазисом, лагофтальмом, анофтальмом у поєднанні з деформацією, відсутністю, укороченням кон'юнктивальної порожнини, що не

дозволяє носити косметичний очний протез, птозом склали 152 хворих (36,6 %). Терміни спостереження склали до 10-ти років. Основними критеріями оцінки результатів операції служили - протікання післяопераційного періоду, розвиток ускладнень та рецидивів, функціональні та естетичні результати.

**Результати досліджень.** Проаналізований архівний матеріал та літературні дані дозволили виділити наступний ряд базових принципів реконструктивно-пластичної офтальмохірургії, що дозволяють зробити хірургічні втручання більш прогнозованими. По-перше це оптимальна передопераційна підготовка 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. Слід розглянути всі варіанти можливих оперативних втручань для конкретного пацієнта. Зазвичай все має бути максимально простим. Це приносить користь, як хірургу, так і пацієнту, найпростіший план часто найбезпечніший. Однак лікарі не повинні недооцінювати себе. Не слід погоджуватися на найпростішу процедуру лише задля простоти. Складніші проблеми можуть вимагати складніших рішень, і найпростіший підхід може бути відверто неадекватним. Завжди майте зразок та запасний план. Зважаючи на те, що виникнення інфекційних ускладнень дуже мало ймовірно після офтальмопластичних операцій, використання передопераційної антибіотикопрофілактики вважається нами недоцільне. 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. Хірург має добре знати та розуміти анатомію, кровопостачання та якість доступних тканин. 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 важчим. 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 швів 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 які не розсмоктуються - нейлон, що також є майже інертним для тканин ока, легким у використанні та здатного до

розсмоктування в тканинах – вікрил. Наступний важливий принцип - замініть подібне на подібне Ціль полягає в тому, щоб максимально замаскувати реконструкцію. Приклад цього можна знайти в лікуванні будь-якої травми повік. Найкращий спосіб дій за наявності повношарового дефекту - використання шкіри повік контралатерального ока. Якщо це неможливо, наступною найкращою заміною є шкірний трансплантат задньої вушної раковини на всю товщину. Це забезпечує найбільш подібну тканину - заміник із задовільною колірною відповідністю та мінімальною тенденцією до контрактури. Думайте про реконструкцію з погляду відновлення цілісності. Застосуйте відомий принцип - «вкрасти у Петра, щоб заплатити Павлу, але тільки тоді, коли Петро може собі це дозволити» - широко використовувати тканини, що має тіло довшою дефекту, для відновлення дефіциту, за умови, що це можливо. Ніколи не забувайте про донорську зону. Хірурги колись вважали, що потрібно лікувати первинний дефект, не переймаючись вторинним дефектом. З того часу пластична хірургія прогресувала. Пластичні та реконструктивні хірурги тепер усвідомлюють важливість однакового розгляду обох дефектів. Реальність така, що неможливо отримати щось за дарма; ціна зазвичай має бути сплачена після відновлення основного дефекту. Важливість забезпечення закриття дефекту з мінімальною деформацією та інвалідністю є одним із основних принципів, на яких засновано спеціальність реконструктивної хірургії. Якщо відновлення первинного дефекту занадто дороге з точки зору деформації або інвалідності, що виникла в результаті, переоцініть і використовуйте інший варіант реконструкції.

**Висновки.** Таким чином, використання базових принципів офтальмологічної пластичної хірургії, мають значний вплив на прогнозованість результатів хірургічного

лікування, безпечність та успішність досягнення високих показників функціональної реабілітації пацієнтів, гарних естетичних результатів.

## ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ ЗВ'ЯЗКОВОГО АПАРАТУ ПРИ УСКЛАДНЕНІЙ КАТАРАКТІ

**Красножан О. В.**

*НМУ ім. О. О. Богомольця, м.Київ, Україна*

**Актуальність.** За останні 10 років в Україні простежується тенденція до збільшення пацієнтів із катарактою з 14,7 до 15,9 %. Відомо, що з віком розвивається слабкість зв'язкового апарату, що сприяє розвитку ускладнень при хірургічному лікуванні катаракти [2,3]. Дефект зв'язкового апарату кришталіка у хворих із глаукомою зустрічається в 34 % випадків [4,5]. Товщина кришталіка у хворих на глаукому більша за товщину кришталіка в нормальних очах, також невеликий зсув кришталіка наперед відбувається з віком [6-11]. Глибина передньої камери також не є постійною величиною, з віком вона зменшується, розрізняється в різні дні і схильна до добових коливань [12,13]. Низка вчених робили спроби дослідження стану зв'язкового апарату [1,2]. Запропоновані методи дослідження недостатньо репрезентують інформацію щодо порушень анатомо-топографічних співвідношень структур іридоциліарної зони при зміні глибини передньої камери та товщини кришталіка. Тому, важливим є питання вивчення стану зв'язкового апарату перед проведенням хірургічного лікування.