

невозможностью ношения глазного протеза. Атрофия тканей орбиты является препятствием для использования синтетических имплантатов, поскольку они требуют надежного укрытия собственными тканями. Помимо создания объёмной культи необходима пластика конъюнктивальной полости с пересадкой аутослизистой, что также является малоперспективным, т.к. атрофированные ткани орбиты не способны адекватно питать пересаженные ткани.

Цель: разработка методики улучшения трофических свойств тканей орбиты для последующей пластики конъюнктивальной полости аутослизистой.

Материал и методы. В исследование вошли 17 пациентов (5 мужчин и 12 женщин) в возрасте от 5 до 58 лет, которые были пролечены в Институте за последние 5 лет. В анамнезе у всех пациентов состояние после комбинированного лечения ретинобластомы – энуклеация глаза с последующим облучением тканей орбиты. Клиническая картина проявлялась выраженным анофтальмическим синдромом с сокращением конъюнктивальной полости разной степени, нестабильным положением глазного протеза, выраженным лагофтальмом на протезе или невозможностью протезирования полости даже протезом малого размера.

Реабилитацию пациентов проводили в два этапа. Первым этапом выполняли имплантацию дермато-жирового лоскута в орбиту. Цель данного этапа заключается в создании слоя тканей для будущего питания пересаженной аутослизистой и восполнения объёма орбиты. Дермато-жировой лоскут брали с внутренней поверхности плеча или с живота, объем лоскута рассчитывали с учетом его уменьшения в процессе приживления. Обязательным этапом перед имплантацией лоскута в орбиту является удаление слоя эпителия, данный этап выполняли радиоволновым прибором Сургитрон.

Результаты. При выполнении первого этапа в первые сутки после операции отмечали выраженный отек век и периорбитальных тканей, за счет большого объема операции. В дальнейшем наблюдали разрешение отека и частичное уменьшение объема пересаженного лоскута. Через 6-8 месяцев после операции отмечали полное стихание послеоперационного воспаления и разрешение отеков. Полость орбиты была заполнена пересаженным лоскутом. В орбите определялась мягкотканная объемная культи, что позволило нам выполнять второй этап – пластику полости лоскутами аутослизистой с губы. Второй этап реконструкции выполняли через 1-1,5 года. Приживление слизистой проходило практически без сокращения, что мы

объясняем обновлением донорского ложа за счет предварительной пересадки аутодермато-жирового лоскута. Во всех случаях объём полости был удовлетворительный для протезирования, положение глазного протеза в полости было стабильным.

Заключение. Поскольку приживление пересаженной слизистой наблюдалось у всех пациентов без выраженного сокращения, можно сделать вывод об эффективности пластики орбиты дермато-жировым лоскутом для улучшения трофических свойств тканей орбиты. Также стоит отметить, что пересаженный лоскут позволяет в удовлетворительной степени восполнить дефицит объёма тканей орбиты.

**Филатова И.А.¹, Шеметов С.А.¹, Павленко Ю.А.¹,
Федосеева Е.В.¹, Боровкова Н.В.², Пономарев И.Н.²**

Применение богатой тромбоцитами плазмы как этап хирургического лечения травматического поражения век

¹ФГБУ «НМИЦ глазных болезней им. Гельмгольца» Минздрава РФ,
г. Москва;

²ГБУЗ «НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДМЗ», г. Москва

Актуальность. Рубцевание тканей после травмы – это процесс, который может в значительной мере влиять на функциональное и косметическое состояние век. Большинство хирургических манипуляций рекомендуется проводить в раннем периоде после травмы либо через 6-12 месяцев, что связано с особенностями формирования и созревания рубцовой ткани. Несоблюдение данных рекомендаций может привести к усилению локального рубцевания, что усугубит состояние тканей. Однако сформированный рубец затрудняет проведение хирургических операций из-за сложности анестезии, его ригидности и деформации окружающих тканей. Большинство методов воздействия на рубцы имеют недостаточную эффективность, вопрос о поиске новых методов лечения посттравматических рубцов остается актуальным.

Известно, что, богатая тромбоцитами плазма (БТПП) содержит факторы роста и цитокины, обладающие регенеративными и репаративными свойствами, способствующими восстановлению тканей.