

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	4
Анатомия века	6
Классификация нарушений положения нижнего века	10
Этиопатогенез нарушений положения нижнего века	12
Алгоритм предоперационной оценки опорных структур нижнего века	14
Оценка состояния тканей глазной поверхности	19
Псевдоэксфолиативный синдром, тонус нижнего века и ткани глазной поверхности	24
Хирургическая коррекция нарушений положения нижнего века	25
Заключение	32
Список литературы	33

КЛАССИФИКАЦИЯ НАРУШЕНИЙ ПОЛОЖЕНИЯ НИЖНЕГО ВЕКА

Эктропион (выворот) — нарушение положения верхнего или нижнего века, при котором его край отстоит от глазного яблока. Состояние век при этом может быть различным: дряблость век вследствие утраты тонуса тканями века или дефицит тканей в наружных слоях века, обусловленный рубцовыми изменениями [31].

Общепринято разделять эктропион на врожденный и приобретенный. Последний в зависимости от этиологии разделяют на инволюционный (рис. 5, а), механический (рис. 5, б, в), рубцовый (рис. 5, г) и паралитический вывороты [19, 29, 31].

G.L. Paris et al. предлагают несколько иную классификацию, представленную в табл. 1 [31].

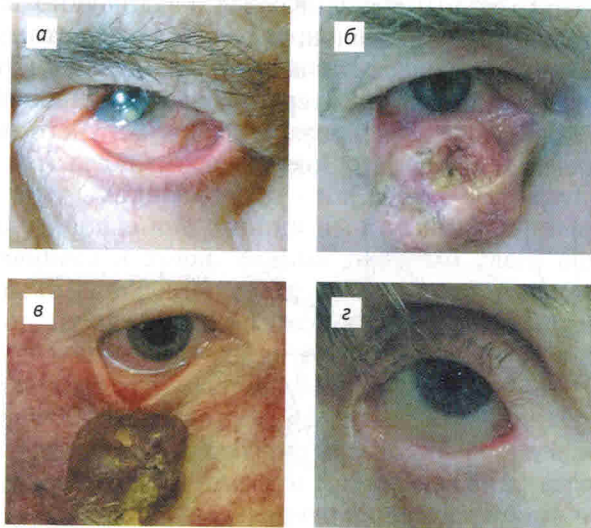


Рис. 5. Виды приобретенного выворота нижнего века: а — инволюционный; б и в — механический, вызванный базальноклеточным раком (б), гемангиомой (в); г — рубцовый после удаления опухоли в области щеки

Классификация выворотов нижнего века

Выворот нижнего века	
I. Атонический выворот	
1. Инволюционный	
2. Паралитический (паралич VII пары черепно-мозговых нервов)	
3. Анофтальмический	
II. Выворот вследствие рубцов и контрактур	
1. Травматический	
2. Врожденный дефицит кожи	
3. Спастический (острый)	
III. Механический выворот	
1. Опухоль века	
2. Отек	

Энтропион (заворот) — нарушение положения века, при котором его край заворачивается в сторону глазного яблока. Заворот верхнего века наблюдается гораздо реже, так как верхнее веко имеет более широкую хрящевую пластинку, что и придает ей устойчивость. Различают врожденный и приобретенный завороты века. Приобретенный заворот может быть инволюционным (рис. 6, а, б), рубцовым (рис. 6, в) и спастическим (рис. 6, г) [18, 20, 25].

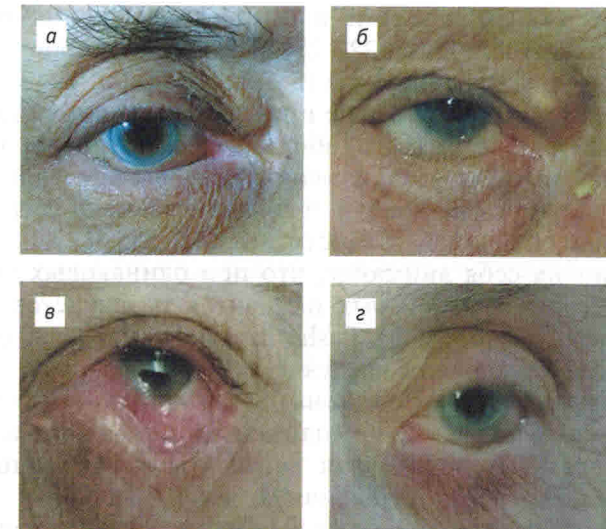


Рис. 6. Заворот нижнего века: а, б — инволюционный; в — при глазном рубцующемся пемфигоиде; г — спастический

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ПОЛОЖЕНИЯ НИЖНЕГО ВЕКА

Основными возрастными изменениями, требующими коррекции как при завороте, так и при вывороте, являются: диссоциация пластинок век между собой, слабость или отрыв сухожилий ретракторов нижнего века и горизонтальная слабость век [2, 12, 21, 23, 25, 35, 40]. В зависимости от превалирующего компонента хирургическая тактика будет различаться.

Офтальмохирургу, далекому от окулопластической хирургии, проблематично быстро освоить большое количество тестов и операций. Вместе с тем многие опытные специалисты в области функциональной блефаропластики как в России, так и за рубежом используют в своей клинической работе скромный набор хирургических методик. Наша практика подсказывает, что в большинстве случаев инволюционных мальпозиций оправдано горизонтальное укорочение нижнего века в варианте латерального подвешивания тарзальной пластинки изолированно или в сочетании с другими приемами. На наш взгляд, данное вмешательство позволяет с успехом компенсировать слабость латеральной связки век и тарзальной пластинки и должно рассматриваться как «базовое» при данной патологии. Основным фактором при дозировании степени натяжения нижнего века должна служить не только правильность положения века, но и степень смещения нижней слезной точки от слезного озера. При нарушении прикрепления ретракторов нижнего века оправданы методики, связанные с их рефиксацией к тарзальной пластинке. Наличие спастического компонента энтропиона диктует необходимость ослабления претарзальной порции круговой мышцы в виде ее иссечения или рассечения. Следует еще раз подчеркнуть, что чрезмерная резекция кожно-мышечного лоскута в претарзальной зоне нижнего века на фоне ослабления

его тонуса может легко привести к послеоперационному вывороту всего века вместе со слезной точкой или к ретракции века с формированием эффекта «круглых глаз». При наличии атонии в медиальной трети нижнего века с выворотом нижней слезной точки привлекательной благодаря своей простоте и эффективности является операция «медиальное веретено».

Описание базовых методик приведено ниже.

I. Латеральное подвешивание тарзальной пластинки при инволюционном энтропионе и эктропионе нижнего века [25, 39].

Как упомянуто выше, латеральное подвешивание тарзальной пластинки представляет собой базовую процедуру для коррекции как заворота, так и выворота нижнего века инволюционного характера. Методика позволяет компенсировать слабость латеральной связки век, хрящевой пластики и, в некоторой степени, круговой мышцы.

Описанный выше тест для оценки слабости медиальной связки век дает возможность ориентировочно определить положение нижнего века и степень смещения нижней слезной точки после операции (см. рис. 9).

Производят латеральную кантотомию и кантолиз, то есть пересекают нижнюю ножку латеральной связки век. Веко после этой манипуляции должно стать мобильным и легко смещаться в любом направлении. Отсутствие данного эффекта говорит о неполном кантолизе. Далее обнажают полоску хрящевой пластинки в височной трети нижнего века на протяжении 5–8 мм. Для этого кожу спереди от хрящевой пластинки отсепаровывают, резецируют ткань в зоне кожно-слизистого соединения, а поверхность конъюнктивы коагулируют электрокаутером. Неоснованный отказ хирурга от выполнения данных манипуляций чреват формированием эпидермальных кист в зоне вмешательства. При необходимости выраженного укорочения нижнего века хрящевую пластинку можно резецировать на 1–3 мм, но, как правило, этого не требуется. Напомним, что чрезмерное укорочение нижнего века может привести к латеральному смещению нижней слезной точки. Сформированный лоскут хрящевой пластинки фиксируют к латеральному краю орбиты по средней линии или чуть выше бугорка Уитналла П-образным швом викрил или пролен 4/00. Авторы предпочитают использовать викрил, так как длительность рассасывания данного ма-

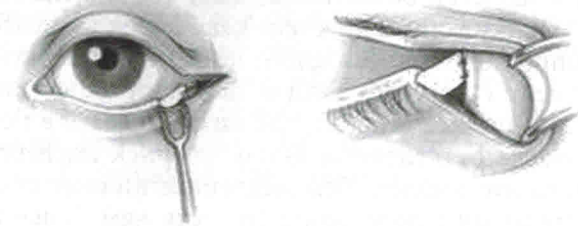


Рис. 19. Латеральное подвешивание тарзальной пластинки (Basic and Clinical Sciences Course. Orbit, Eyelids, and Lacrimal System, 2007, с изменениями)

териала вполне достаточна для формирования прочного рубца. Далее восстанавливают латеральную спайку век, при этом вкол на нижнем веке и выкол на верхнем веке должны располагаться по серой линии, и ушивают рану кожи. Для этого можно пользоваться тем же или более тонким шовным материалом. Избыток кожи при необходимости может быть резецирован (рис. 19).

II. Операция Hotz при наличии спастического компонента энтропиона нижнего века

Смысл этой столь распространенной в России и странах бывшего СССР процедуры заключается в иссечении полулунного кожно-мышечного лоскута непосредственно под ресничным краем, что приводит к дозированному вывороту нижнего века. Кроме того, после операции формируется рубец в субцилиарной области, препятствующий смещению круговой мышцы вверх относительно тарзальной пластинки, то есть устраняется один из патогенетических механизмов энтропиона нижнего века. Кожу ушивают узловыми швами викрил 6/00.

Мы используем данную методику только при наличии значимого спастического компонента, который определяем при тесте с зажмуриванием. Для устранения спастического компонента следует резецировать претарзальную порцию круговой мышцы, то есть те мышечные волокна, которые лежат непосредственно на хрящевой пластинке.

Метод получил широкое распространение благодаря своей простоте. Вместе с тем наибольшее число осложнений в виде послеоперационного выворота и/или ретракции нижнего века или нижней слезной точки, а также рецидивов заворота мы также наблюдали после этой операции, но неадекватно дозированной.