

DOI: <https://doi.org/10.25276/2410-1257-2020-3-104-106>
УДК 617.77

Осложнения хирургического лечения блефароптоза (клинический случай)

Е.Э. Лукьянова, В.К. Суркова, Р.Ш. Ишбулатов
ГБУ «Уфимский НИИ ГБ АН РБ», Уфа

РЕФЕРАТ

В статье представлен клинический случай послеоперационного свища верхнего века и кожи надбровной области слева у пациента после устранения блефароптоза, описан способ хирургического лечения данного состояния.

Точка зрения. Восток – Запад. 2020;3:104–106.

ABSTRACT

The consequence of the surgical treatment of blepharoptosis (clinical case)

E.E. Lukyanova, V.K. Surkova, R. Sh. Ishbulatov
Ufa Eye Research Institute, Ufa

The article presents a clinical case of a patient with postoperative fistula of the eyebrow and upper eyelid, developed as a result of injury one year after surgery to correct blepharoptosis, describes a method of surgical treatment of this condition.

Point of View. East – West. 2020;3:104–106.

Ключевые слова: блефароптоз, хирургическое лечение, послеоперационный свищ, клинический случай. ■

Key words: blepharoptosis, surgical treatment, postoperative fistula, clinical case. ■

Птоз верхнего века (ПВВ) – это аномально низкое положение верхнего века [1]. Блефароптоз может быть врожденным или приобретенным. Причинами данной патологии у новорожденных обычно является врожденная аномалия развития мышцы, поднимающей верхнее веко (леватора), или его сухожилия, реже – врожденная миастения или аномалия иннервации этой мышцы. Птоз у детей может быть также обусловлен родовой травмой, нейрофибромой или опухолью века [2, 3]. Врожденный блефароптоз является не только косметическим дефектом, но и приводит к развитию амблиопии различной степени тяжести, расстройству бинокулярного зрения и ограничению поля зрения, в результате чего у ребенка формируются вынужденное положение головы и нарушение осанки.

Выбор метода хирургического лечения ПВВ зависит от формы птоза и функции мышцы, поднимающей верхнее веко. Для его устранения выполняют различные виды хирургических вмешательств. При сниженной функции леватора производят его резекцию, при ее отсутствии – операции подвешивающего типа.

Все виды подвешивающих операций отличаются количеством швов и материалом, который используется в качестве подвески. При этом способы предполагают использование специальной шпательной иглы большого диаметра, которая оказывает травмирующее действие на ткани века, так как формируется достаточно широкий тоннель. Операции с использованием мерсисеновой сетки в качестве фиксирующего материала носят инвазивный характер, более сложны в техническом плане,

трудоемки. Кроме того, частым осложнением этих операций является гипокоррекция, неправильные контуры век, шовная гранулема, раневая инфекция и др. [4-7].

Представляем клинический случай пациента с послеоперационным свищем верхнего века и кожи надбровной области после устранения блефароптоза.

Пациент К., 10 лет, обследован в детском консультативно-поликлиническом отделении Уфимского НИИ глазных болезней и при поступлении предъявлял жалобы на покраснение, гнойное отделяемое из послеоперационной раны в области верхнего века левого глаза и кожи надбровной области слева.

Из анамнеза известно, что данный пациент 5 лет назад был оперирован по поводу врожденного блефароптоза обоих глаз в Санкт-Петербурге. Из выписки истории бо-

лезни: проведено устранение птоза по Ушакову с применением силиконовой лигатуры. Послеоперационный период проходил без осложнений. При выписке: птоз устранен, положение век обоих глаз удовлетворительное, симметричное, остаточный отек век, формирующий послеоперационный рубец.

Со слов мамы пациента, через год после операции ребенок упал во время игры, ударился о дверь, что через некоторое время обусловило появление жалоб на болезненность, покраснение, гнойное отделяемое в области послеоперационного рубца кожи надбровной области слева. Ребенок был осмотрен офтальмологом по месту жительства и направлен на хирургическое лечение. Больному проведена ревизия инфицированной раны лба и верхнего века слева, ее обработка и дренирование. Через некоторое время у ребенка вновь появились те же жалобы, в связи с чем родители пациента были вынуждены обратиться в Уфимский НИИ глазных болезней.

После осмотра ребенка в детском консультативно-поликлиническом отделении Уфимского НИИ глазных болезней, он был госпитализирован в детское микрохирургическое отделение института. При осмотре выявлено: OS – глазница сформирована правильно, движения глазных яблок в полном объеме, глазная щель сле-

ва неправильной формы, верхнее веко опущено до середины зрачка, несколько подтянуто в средней трети из-за рубца. Имеются лагофтальм, локальная инфильтрация, гиперемия и свищ в средней трети верхнего века и области послеоперационного рубца, а также кожи надбровной области слева (рис.). Конъюнктив глаза бледно-розовая, передняя камера средней глубины, роговица, хрусталик и стекловидное тело прозрачные. Глазное дно: диск зрительного нерва бледно-розовый, границы четкие, сосуды среднего калибра, сетчатка прилежит. Острота зрения OD – 0,4 с коррекцией сул. +1,0 ах 90=0,6; OS – 0,6, не корригирует.

Диагноз: врожденный оперированный птоз верхнего века обоих глаз, рецидив птоза верхнего века и лагофтальм левого глаза, послеоперационный свищ верхнего века и кожи надбровной области слева.

Проведено оперативное лечение – ревизия свища верхнего века левого глаза и кожи надбровной области слева с удалением силиконовой лигатуры верхнего века под общей анестезией. Операционное поле обработано 10%-м раствором бетадина дважды. В области свища кожи левой надбровной области проведен разрез кожи, края раны освежены. Мягкие ткани разведены тупым путем. Выделен и удален узел

нити (леска 1:0), фиксирующий силиконовую лигатуру. Выделена силиконовая лигатура диаметром 1 мм, взята на зажим и фиксирована. В области свища верхнего века также выполнен кожный разрез, края раны освежены. Мягкие ткани разведены тупым путем, выделена силиконовая лигатура. Силиконовая лигатура длиной 56 мм и узел нити (леска 1:0) удалены. На раны наложены 3 узловых шва, шелк 5:0. Местно введен раствор гентамицина (20 мг), в OS закапан 0,3%-й раствор ципрофлоксацина, наложена асептическая повязка.

Операция прошла без осложнений. В раннем послеоперационном периоде пациент получал антибактериальное и противовоспалительное лечение – местно инстилляцией левофлоксацина 0,5%, обработка послеоперационных швов 1%-м раствором бриллиантового зеленого, внутримышечно инъекции цефтриаксона (1,0).

Послеоперационный период протекал без особенностей. Пациент выписан из стационара через неделю, еще через 10 дней ребенку были сняты швы с кожи надбровной области и верхнего века. При осмотре: глазница сформирована правильно, движения глазных яблок в полном объеме, глазная щель слева неправильной формы, сохраняется лагофтальм, веко подтянуто в средней трети, послеоперационные рубцы на коже надбровной области и верхнего века слева чистые, отделяемого нет. Конъюнктив бледно-розовый, роговица прозрачная, передняя камера средней глубины, хрусталик и стекловидное тело без особенностей. Глазное дно: без патологии.

Пациент выписан под наблюдение офтальмолога по месту жительства. Местно ребенку рекомендованы инстилляцией слезозамещающих капель и через 3 месяца явка на хирургическую коррекцию птоза и лагофтальма левого глаза.

Таким образом, представленный клинический случай указывает на необходимость тщательного подхода к выбору подвешивающего верхнее веко материала, который в некоторых случаях может обусловить развитие кожного свища, а также в связи с этим продолжительного ди-

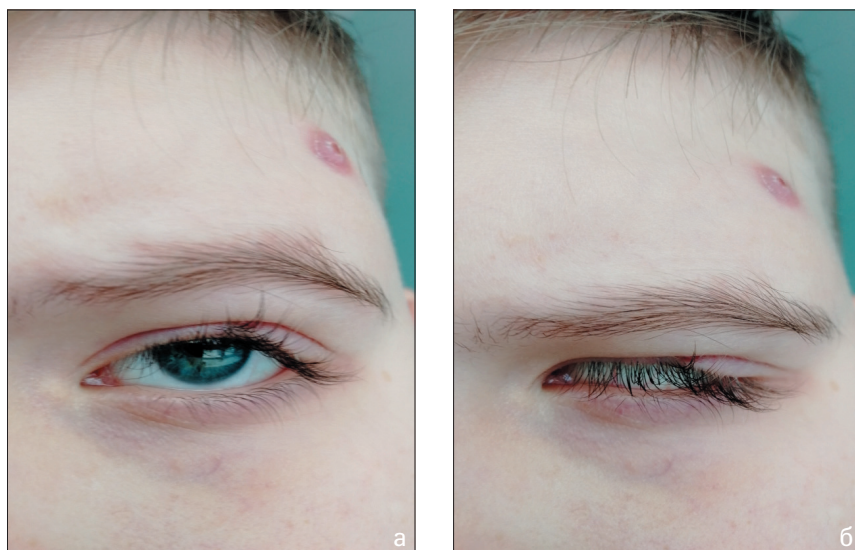


Рис. Пациент К., 10 лет, с врожденным оперированным птозом верхнего века левого глаза: а) рецидив заболевания, послеоперационный свищ верхнего века и кожи надбровной области слева; б) отмечается лагофтальм при попытке закрыть глаза

намического послеоперационного наблюдения за оперированными пациентами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Груша Я.О., Фисенко И.В., Блинова И.В. Блефароптоз: диагностические тесты. Вестник офтальмологии. 2016; 132(3):61-65.
2. Bajaj MS, Angmo D et al. Modified technique of levator plication for the correction of Marcus Gunn jaw-winking ptosis: a case series. Int. Ophthalmol. 2015; 35: 587-591.
3. Акманова А.А., Жуманиязов А.Ж., Гайсина А.А. Хирургическое лечение блефароптозов (обзор литературы). Научно-практический журнал «Точка зрения. Восток-Запад». 2011; 1:456.
4. Блинова И.В. Новые возможности использования верхней тарзальной мышцы в коррекцииптоза верхнего века (клинико-морфологическое исследование): Автореф. Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2005.
5. Андреев Е.А. Развитие резекции леватора верхнего века при хирургическом лечении блефароптоза: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Екатеринбург, 2012.
6. Коротких С.А., Андреев Е.А., Андреев А.А. Способ модифицированной резекции леватора в хирургии блефароптоза. Офтальмохирургия. 2009; 3: 35-38.
7. Лукьянова Е.Э., Ишбулатов Р.Ш. Хирургическое лечение блефароптоза. Научно-практический журнал «Точка зрения. Восток-Запад». 2019; 3:48-49.