

DOI: <https://doi.org/10.25276/2410-1257-2021-4-65-67>**Хирургическое лечение блефароптоза (обзор литературы)**

Р.Ш. Ишбулатов, Е.Э. Лукьянова

ГБУ «Уфимский НИИ ГБ АН РБ», Уфа

Surgical treatment of blepharoptosis (literature review)

R.Sh. Ishbulatov, E.E. Lukyanova

Ufa Eye Research Institute, Ufa

РЕФЕРАТ

Блефароптоз в настоящее время представляет собой серьезную патологию, лечение которой не всегда приносит удовлетворительный результат. В статье представлен обзор литературы, описаны применяемые способы хирургического лечения данной офтальмопатологии. Каждый метод отличается показаниями, исходами, эффективностью. Метод оперативного вмешательства зависит от причины возникновения птоза,

функции мышцы-леватора, возраста пациента, остроты зрения и ряда других показателей, но главными критериями являются степень сохранности функции леватора и опущения верхнего века. Классический алгоритм лечения пациентов с блефароптозом включает укорочение леватора или подвешивание мышцы, поднимающей верхнее веко.

Ключевые слова: птоз верхнего века, резекция леватора, функция леватора, операции подвешивающего типа.

Точка зрения. Восток – Запад. 2021;4:65-67.

ABSTRACT

Blepharoptosis is currently a serious pathology, the treatment of which does not always bring a satisfactory result. The article provides a review of the literature, describes the methods of surgical treatment of this ophthalmopathy. Each method is distinguished by indications, outcomes, efficiency. The method of surgical intervention depends on the cause of ptosis, the function of the levator muscle, the patient's age,

visual acuity and a number of other indicators, but the main criteria are the degree of preservation of the levator function and lowering of the upper eyelid. The classic algorithm for treating patients with blepharoptosis involves shortening the levator or suspending the muscle that raises the upper eyelid to the eyebrow.

Key words: ptosis of the upper eyelid, resection of the levator, function of the levator, operations of suspending type.

Точка зрения. Восток – Запад. 2021;4:65-67.

Птоз верхнего века (ПВВ) – редкое заболевание придаточного аппарата глаза, характеризующееся врожденным или приобретенным аномально низким положением верхнего века. Оно приводит к ограничению поля зрения сверху, вызывает затруднение при чтении, может также сопровождаться такими осложнениями, как функциональная слепота, контрактуры мышц шеи и пр. [1, 2]. Наряду с существенным косметическим недостатком, ПВВ является причиной снижения зрения и развития амблиопии. Из-за вынужденного положения головы часто возникает искривление позвоночника. В связи с этим, актуальной является разработка эффективных методов лечения блефароптоза [3-5].

Известны различные варианты лечения блефароптоза, отличающиеся по показаниям, эффективности, а также возможным осложнениям. При этом актуальными вопросами являются изучение причин возникновения птоза, выбор метода устранения данной офтальмопатологии, профилактика осложнений и ряд др. [6].

До настоящего времени остается трудноразрешимым вопрос выбора методики хирургического лечения блефароптоза, несмотря на имеющееся их многообразие [4, 7-9]. По существу, выбор способа хирургической коррекции зависит от причины возникновения птоза, функции мышцы-леватора, возраста пациента, остроты зрения и ряда других критериев. Однако главными из них являются степень сохранно-

сти функции леватора и опущения верхнего века. К сожалению, на сегодняшний день отсутствуют четкие критерии, которые предполагают тот или иной метод оперативного вмешательства. Между тем, способы устранения блефароптоза подразделяются на 3 типа [10]: I тип – усиление мышцы, поднимающей верхнее веко; II тип – подвешивание верхнего века к верхней прямой мышце; III тип – подвешивание верхнего века к лобной мышце.

Большинство офтальмохирургов сходятся во мнении, что при слабой функции леватора (4 мм и менее) необходимо выполнять операции подвешивающего типа, тогда как при средней (5-7 мм) и хорошей (8-10 мм) функции – его резекцию [2, 5, 8, 11-13].

При операциях подвешивающего типа функция поднятия верхнего века переносится на лобную или верхнюю прямую мышцу. Еще Н. Рагенstecher в 1881 году предложил выполнять шовную фиксацию верхнего века к лобной мышце при помощи двух временных матрацных швов, формирующих в последующем подкожные рубцовые тяжи. Данный способ неоднократно модифицировали [13, 14].

F. Fergus в 1901 году впервые использовал полоску лобной мышцы в качестве материала для подвешивания верхнего века. Предложенные позднее операции Б.И. Фукса, А.А. Колена (1930), J. Kang (1993) были основаны на этом же принципе. Данный способ устранения блефароптоза описан в модифицированных вариантах с использованием различных нитей, в последние годы успешно применяются силиконовые, лавсановые, хлопчатобумажные, супраимидные, капроновые, шелковые нити или мерсиленовая сетка [3, 4, 10, 15-19].

Следует отметить, что при использовании подвешивающих нитей из аллопластических материалов в отдаленные сроки после операции в ряде случаев наблюдали инфицирование или аллергические реакции. Поэтому в качестве материалов для проведения операции подвешивающего типа стали широко применять полоски, изготовленные из аутоканей: мышцы, склеры, твердой мозговой оболочки, широкой фасции бедра и др. [8, 10, 20]. Аутокани, за исключением широкой фасции, в настоящее время применяются редко из-за гипозффекта и развития рецидива блефароптоза. Кроме того, забор аутоматериала заметно удлинял время операции, являлся дополнительной травмой для пациента, приводил к формированию рубца в области выкраивания (забора) лоскутов.

Дальнейший этап развития хирургии блефароптоза характеризовался использованием вышеуказанных консервированных гомотканей [10, 20, 21]. Также некоторые исследователи в качестве подвешивающего материала с успехом применяли аллосухожильные нити [1, 10].

Сегодня известно большое количество методик операций, подвешивающих

верхнее веко к лобной мышце. Все они различаются видом используемого материала для подвешивания леватора, формой тоннеля, количеством полосок (от 1 до 3), типом подвески, применяемыми инструментами, операционным доступом.

С целью определения оптимального материала для подвешивания рядом исследователей был проведен анализ данных, в ходе которого сравнивали эффективность, безопасность, наличие осложнений, число рецидивов при применении таких имплантатов, как: мерсиленовая сетка, шовный материал «Этибонд», политетрафторэтилен (Gore-Tex), широкая фасция бедра. Авторам не удалось выявить оптимальный материал для подвешивающих операций, что говорит о необходимости продолжения исследований в этом направлении [23].

Одним из перспективных способов лечения блефароптоза является метод прямого воздействия на леватор – его резекция. Физиологичный эффект операции заключается в восстановлении естественного анатомического положения верхнего века. При тяжелых степенях блефароптоза ряд авторов предлагает выполнять максимальную (30 мм и более) резекцию леватора [11, 17, 20], что предусматривает полное пересечение боковых рогов апоневроза и связки Уитналла. Данный способ, однако, технически достаточно сложен и не всегда дает хороший результат. Большинство офтальмохирургов сходятся во мнении, что резекцию леватора целесообразно выполнять при относительно сохранной функции мышцы (более 4–5 мм), то есть при легкой или средней степени птоза верхнего века. В связи с более физиологичными, высокими функциональными и косметическими результатами операции резекции леватора этот вид хирургического вмешательства стал наиболее часто и широко использоваться в практике [12, 13, 21].

При выполнении данной операции леватор вместе с мышцей Мюллера отделяется от места ее крепления к хрящу верхнего века, выделяется и снова подшивается к хрящу на 4–30 мм выше места прикрепления (в зависимости от степени бле-

фароптоза). Часть леватора резецируется.

Операции, усиливающие мышцу, поднимающую верхнее веко, можно разделить на 3 группы, при которых выполняется:

1. Транскутанная резекция леватора;
2. Трансконъюнктивальная резекция леватора;
3. Образуется складка, укорачивающая сухожилие леватора.

Чрескожный доступ применяется наиболее часто [10, 17, 21], поскольку не нарушает нормальное взаимоотношение леватора с другими анатомическими структурами, при этом легко распознается неправильное прикрепление леватора к тарзоорбитальной фасции. Более широкое операционное поле дает возможность легко ориентироваться в топографической анатомии верхнего века, произвести более тщательное отделение леватора, не нарушая целостности тарзуса и верхнего свода конъюнктивальной полости. Кожный разрез позволяет создать складку на верхнем веке и получить хороший косметический результат.

При резекции части мышцы происходит уменьшение объема тканей леватора, что практически исключает рецидив блефароптоза. Рядом авторов были предложены способы, укорачивающие леватор путем создания дубликатуры, без его иссечения [1-3, 9].

В 1975 году A. Putterman и M. Urist предложили способ операции, при котором выполняется избирательная резекция мышцы Мюллера вместе с конъюнктивой, а не всего леватора. Применение данного метода возможно при минимальных степенях блефароптоза и хорошей подвижности века. Операция выполняется трансконъюнктивальным доступом и в настоящее время часто используется в лечении опущения верхнего века [3].

R.M. Fasanella и J. Servat в 1961 году предложили одновременно с полоской мышцы Мюллера выполнять резекцию верхнего края хряща. Данный метод стал известен под названием «тарзомюллерэктомии» и применяется, как и изолированная резекция мышцы Мюллера, при минимальных степенях блефароптоза.

Два вышеописанных способа устранения блефароптоза получили широкое распространение в связи с относительно несложной техникой операции, быстрым выполнением ее и небольшими сроками реабилитации пациентов. Однако данные методы показали свою эффективность при птозе легкой или средней степени тяжести, хорошей и умеренной функции мышцы, поднимающей верхнее веко.

Дальнейшее совершенствование способов хирургического лечения привело к разработке в 2018 году новой техники устранения птоза верхнего века, которая заключалась в «закрытой» трансконъюнктивальной резекции леватора. В результате применения нового варианта операции получили хорошие функциональные и косметические результаты. Что особенно важно, данные результаты были получены у пациентов с птозом верхнего века тяжелой степени [24].

В заключение следует сказать, что в последние годы продолжается разработка хирургических методов лечения блефароптоза. Ряд исследований направлен на изучение особенностей леватора и призван сделать более точным прогноз послеоперационного результата, в частности, операции его резекции. Этому способствовали изучение гистологических особенностей резецированных тканей, разработка и применение устройства, измеряющего силу леватора, интраоперационное определение количества сохранившихся его мышечных волокон и пр. [4, 9, 13, 15, 22].

По данным литературы, хороший результат хирургического лечения блефароптоза методом резекции леватора наблюдается в 70-90% случаев, а гипоеффект – в 8-26% [18]. Эффективность же операций подвешивающего типа достигает 94%. Однако, несмотря на высо-

кий процент успешного результата хирургического лечения блефароптоза, в ряде случаев отмечаются осложнения в виде смещения, обнажения имплантата, инфицирования его, образование гранулемы, лагофтальма и др. [8]. Поэтому вопросы разработки новых методик коррекции блефароптоза и выбора наиболее эффективной тактики хирургического лечения, а также профилактики возможных осложнений остаются актуальными.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акманова А.А., Жуманиязов А.Ж., Гайсина А.А. Хирургическое лечение блефароптозов (обзор литературы). Научно-практический журнал «Точка зрения. Восток-Запад». 2011; 1:456.
2. Груша О.Я., Фисенко Н.В., Блинова И.В. Блефароптоз: диагностические тесты. Вестник офтальмологии. 2016; 132(3):61-65.
3. Груша Я.О., Фёдоров А.А., Блинова И.В. Анатомо-функциональные особенности верхней тарзальной мышцы Мюллера. Вестник офтальмологии. 2004; 2:29-32.
4. Катаев М.Г., Филатова И.А. Резекция леватора с перемещением через связку Уитнала. Вестник офтальмологии. 1996; 2(1):18-22.
5. Bartley G.B. The enhanced frontalis sling for blepharoptosis repair. American journal of Ophthalmology. 2002; 5:782-784.
6. Cates C.A., Tyers A.G. Outcomes of anterior levator resection in congenital blepharoptosis. Eye. 2001; 15:770-773.
7. Blomgren I., Holmstrom H. Anterior levator resection in congenital genuine blepharoptosis. Scand. J. Plast. Reconst. Surg. 1986; 2(2):189-195.
8. Кокорев В.Ю. Комплексное лечение врожденных блефароптозов у детей. Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. М., 2006.
9. Оруджов Насими Захид оглы. Хирургическое лечение птоза верхнего века на основе динамометрических исследований. Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. М., 2010.
10. Азнабаев М.Т., Ишбулатов Р.Ш., Сайдашева Э.И. Результаты собственных модификаций хирургии блефароптоза у детей. Актуальные вопросы детской офтальмологии: Сб. науч. тр. Уфа; 1993:5-9.
11. Putterman A.M., Urist M.J. Muller muscle-conjunctiva resection. Arch. Ophthalmol. 1975; 93:619-623.
12. Краснов М.М., Груша Я.О., Федоров А.А., Шерстнева Л.В., Блинова И.В. Возможности операции моллерэктомии при коррекции птоза верхнего века. Вестник офтальмологии. 2002; 118(1):9-11.
13. Коротких С.А., Андреев Е.А., Андреев А.А. Способ модифицированной резекции леватора в хирургии блефароптоза. Офтальмохирургия. М.: «Офтальмология». 2009; 3:35-38.
14. Friedenwald J.S., Guyton J.S. A symple ptosis operation. American journal of ophthalmology. 1948; 31 (4):411-414.
15. Коротких С.А., Андреев Е.А., Андреев А.А. Способ модифицированной резекции леватора в хирургии блефароптоза. Офтальмохирургия. 2009; 3:35-38.
16. Ушаков Н.А., Хацук А.А. Устранение блефароптоза с использованием силиконовых нитей. Вестник офтальмологии. 1981; 1:50-53.
17. Хриненко В.П. Особенности хирургического лечения осложненных форм врожденных птозов. Тезисы докладов 111 Всесоюзной конференции по актуальным вопросам детской офтальмологии. М.;1989:341-342.
18. Ben Simon G.J., Macedo A.A., Wang D.Y. Frontalis suspension for upper eyelid ptosis: evaluation of different surgical designs and suture material. American journal of ophthalmology. 2005; 3:877-885.
19. Катаев М.Г., Филатова И.А. Хирургическая тактика при лечении травматического птоза верхнего века. Актуальные вопросы офтальмологии. Сб. науч. трудов. Уфа;1999: 405.
20. Brown M.S., Putterman A.M. The effect of upper blepharoplasty on eyelid position when performed concomitantly with Muller muscle-conjunctival resection. Ophthalmol. Plast. Reconst. Surg. 2000; 2:94-100.
21. Катаев М.Г. Врожденный птоз верхнего века: классическая резекция леватора и нестандартные решения. Детская офтальмология: итоги и перспективы. Матер. научно-практ. конф. по детской офтальмологии. М.; 2006: 316.
22. Fasanello R.M., Servat J. Levator resection for minimal ptosis: another simplified operation. Arch. Ophthalmol. 1961; 69:493-496.
23. Rosenberg J.B., Andersen J., Barmettler A., Rosenberg J.B. et al. Types of Materials for Frontalis Sling Surgery for Congenital Ptosis. Cochrane Database Syst. Rev. 2019; 23;4(4).
24. Oh L.J., Wong E., Bae S., Tsirbas A.Oh L.J. et al. Closed Posterior Levator Advancement in Severe Ptosis. Plast. Reconst. Surg. Glob. Open. 2018;15; 6(5):1781.