

УДК 617.77-089

Джарулла-заде И.Ч., Голдберг Р.А.

МЕТОД УСТРАНЕНИЯ РЕТРАКЦИИ НИЖНЕГО ВЕКА: РОЛЬ УКОРОЧЕНИЯ И ПОТЕРИ ОБЪЕМА СРЕДНЕЙ ПЛАСТИНКИ.

Глазной институт Дж.Стейна, Лос Анджелес.

Ключевые слова: ретракции нижнего века, роговичный рефлекс (МРД2)

Ретракция нижнего века представляет собой серьезную хирургическую проблему. Среди причин приводящих к ретракции нижнего века доминируют такие, как орбитопатия Грейвса, посттравматические случаи, послеоперационные осложнения [1,2,3].

Септум является частью средней пластинки нижнего века. Рубцевание на этом уровне, а также потеря объема играют значительную роль в развитии ретракции. Данная проблема приводит к увеличению интерпальпебральной щели, что влечет за собой к чрезмерному испарению слезы с поверхностных структур глаза и последующими проявлениями сухого синдрома. Косметический дефект, возникший как осложнение блефаропластики, усугубляет качество жизни пациентов, ориентированных на эстетическое совершенство [4]. Актуальным остается поиск причин обуславливающих как возникновение данного осложнения, так и неудачных исходов хирургического лечения.

Цель исследования. Разработать новый способ устранения ретракции нижнего века, используя аутодермис, малый разрез, оценить его эффективность

Материал и методы. Исследование было проведено ретроспективно. Были включены пациенты с диагнозом ретракция нижнего века, которые были про-оперированы с применением аутодермиса. Минимальное время обследования после операции составляло 6 месяцев. Проведен сравнительный анализ результатов лечения до и после хирургического лечения.

Исследуемыми параметрами были: дистанция между нижним веком и роговичным рефлексом (МРД2), уменьшение лагофтальма, а также косметическое состояние нижнего века. Результаты эффективности лечения подтверждены сравнением эффективности до и после лечения.

Хирургическая техника.

Ретроаурикулярная область используется для забора нужного размера эпидермиса в форме эллипса. Эпителий снимается до отсепаровки эпидермиса для облегчения деэпителизации. Рана закрывается в два слоя: глубокий дермальный слой рассасывающимися нитями и верхний кожный нерасасывающимися монофиламентными нитями.

Разрез размером 1 см произведенный на 0,5, 1 см выше латерального кантуса используется для диссекции ретракторов от места прикрепления к тарзусу и конъюнктивы. После отсепаровки, используя ножницы Стивенсона, создается карман в районе средней пластинки (между конъюнктивой и орбикулярной мышцей). В той же плоскости, когда определяются зарубцованные изменения септума и отделяются от костного края орбиты.

Ранее отсепарованный дермис прикрепляется к игле на рассасывающемся шве. Игла проводится через трубку для внутривенных инъекций. При помощи гемостатического пинцета игла в трубке проводится через карман и выводится через медиальный кантус стараясь не повредить каналикулярный аппарат. Швом медиальный конец дермиса крепится к коже. Латеральный конец пришивается к латеральному кантусу. Кожа зашивается. По окончании операции накладываются швы на нижнее веко и прикрепляются к фронтальной области при помощи липкой ленты. Сверху накладывается давящая повязка. Швы и повязка снимаются при первом послеоперационном обследовании через неделю.

Результаты. В общей сложности было прооперировано 5 больных (6 век). Дистанция между нижним веком и роговичным рефлексом (МРД2) уменьшилась в среднем на 1.6 мм (1-1.9 мм). Минимальное время после операции 6 месяцев (6- 10 месяцев). Средний возраст 58 лет (34-78 лет).

Обсуждение. Ретракция нижнего века представляет серьезную проблему для пациента. Нарушение слезной пленки приводит к постоянному дискомфорту и необходимости использования искусственных заменителей слезы. Лагофтальм приводит к необходимости использования липкой ленты для закрытия век по ночам. Другим негативным фактором является неудовлетворенность пациента своим косметическим обликом, который является сильным движущим механизмом для поиска решения данной проблемы.

Патофизиологически ретракция обусловлена рубцеванием средней пластинки в которую входят ретракторы и септум [5].

Целью хирургического вмешательства является устранение рубцовых изменений приводящих к ретракции века, а также восполнение объема в области средней пластинки. Восполнение объема необходимо в связи с тем, что после отсепаровки ретракторов нижнее веко получает возможность приблизиться к нижнему лимбу. В связи с этим образуется “мертвое” пространство между тарзусом и костным краем нижней стенки орбиты. Заполнение данного пространства является важным моментом, который будет являться поддержкой для века в вертикальной плоскости [6].

До нынешнего времени было предложено многочисленное количество различных техник. Данная техника является исключительной так как используется минимальный разрез для проведения операции, тем самым затрагивая меньшее количество структур века. Данный подход уменьшает послеоперационную репаративную реакцию, которая уменьшает риск ятрогенного укорочения других структур, которая может привести к усугублению ретракции века.

Для трансплантата был выбран дермис, так как он быстро васкуляризуется, плотный, легок в манипуляции и является аутоотрансплантатом. Введение дермиса в вышеописанный карман носит также функцию буфера между ретракторами и тарзусом.

Место для получения аутоотрансплантата является косметически незаметным. Разрез также является минимальным тем самым не вызывая косметически негативных результатов. Так как большинство пациентов были ранее оперированы, то минимальный разрез уменьшает риск поражения волокон лицевого нерва и лимфатических сосудов в данной области.

LITERATURA

1. Mack WP. Complications in periocular rejuvenation. *Facial Plast Surg Clin North Am* 2010. Aug ; 18 (3): 435-56
2. Peleg A. The eyelids in Thyroid Orbitopathy. *Pediatr Endocrinol Rev.* 2010 Mar; 7 Suppl 2:230-3. Review.
3. Salgarelli AC et all. Tarsal strip technique for correction of malposition of the lower eyelid after treatment of orbital trauma. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2009 Jun; 47 (4): 298-301. Epub 2009 Mar 19
4. Hamawy et all. Preventing and managing dry eye after periorbital surgery: a retrospective review. *Plast Reconstr Surg* 2009 Jan; 123 (1):353-9.
5. Taban M. et all. Efficacy of “thick” acellular human dermis (AlloDerm) for lower eyelid reconstruction: comparison with hard palate and thin AlloDerm grafts. *Arch Facial Plast Surg* 2005;7:38-44.
6. Patipa M. The evaluation and management of lower eyelid retraction following cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg* 2000; 106: 438-53; discussion 454-9.

Carulla-zadə İ.Ç., Qoldberq R.A.

ALT GÖZ QAPAĞININ RETRAKSİYASININ ARADAN QALDIRILMASI ÜSULLARI: ORTA LÖVHƏCİYİN QISALMASININ VƏ HƏCMİNİN İTİRİLMƏSİNİN ROLU.

J.Steyn adına Göz İnstitutu, UCLA, Los-Anjeles.

Açar sözlər: alt göz qapağının retraksiyası, buynuz qişa refleksi (MRD2)

XÜLASƏ

Tədqiqatın məqsədi. Autodermisdən, kiçik kəsikdən istifadə etməklə alt göz qapağının retraksiyasının aradan qaldırılmasının yeni üsulunun işlənilib hazırlanması, onun effektivliyinin qiymətləndirilməsi.

Material və metodlar. Tədqiqat retrospektiv aparılmışdır. Alt göz qapağının retraksiyası diaqnozu ilə pasiyentlər daxil edilmişdir, hansılar ki autodermisdən istifadə etməklə əməliyyat olunmuşdur. Əməliyyatdan sonra minimal müayinə müddəti 6 ay təşkil etmişdir. Cərrahi müalicədən əvvəlki və sonrakı nəticələrin müqayisəli təhlili aparılmışdır.

Müayinə edilən parametrlər olmuşdur: alt göz qapağı və buynuz qişa refleksi arasında (MRD2) məsafə, laqoftalmin azalması, həmçinin alt göz qapağının kosmetik vəziyyəti. Müalicənin effektivliyinin nəticələri müayinədən əvvəlki və sonrakı şəkillərin müqayisəsi ilə təsdiq edilmişdir.

Cərrahi texnika. Retroaurikulyar sahə ellips formasında olan lazımi ölçüdə epidermisin götürülməsi üçün istifadə edilir. Epiteliy deepitelizasiyanı yüngülləşdirmək üçün epidermisin ayrılmasından əvvəl çıxarılır. Yara iki qatla bağlanır. Dərin dermal qat sorulan saplarla, üst dəri qatı sorulmayan monofilament saplarla.

Lateral kantusdan 0.5, 1 sm yuxarı aparılan 1 sm ölçüdə kəsik retraktorların tarzusa və konyunktivaya bərkidilən yerdən disseksiyası üçün aparılır. Ayrılmadan sonra Stivenzon qayçısından istifadə etməklə orta lövhəcik sahəsində (konyunktiva və orbikulyar əzələ arasında) cib yaradılır. Həmin müstəvidə septumun çapıqlaşmış dəyişiklikləri müəyyən edilir və göz yuvasının sümük qırağından ayrılır.

Öncədən ayrılmış dermis sorulan tikiş üstündən iynəyə bərkidilir. İynə venadaxili inyeksiyalar borusundan keçirilir. Hemostat pinsetin köməyi ilə borudakı iynə cibdən keçirilir və, kanalikulyar aparatı zədələməmək şərti ilə, medial kantusdan çıxarılır. Dermisin medial ucu dəriyə tikilir. Lateral uc lateral kantusa bərkidilir. Dəri tikilir. Əməliyyatın sonunda alt göz qapağına tikişlər qoyulur və frontal sahəyə yapışqan lent vasitəsilə bərkidilir. Üstündən sıx sarğı qoyulur. Tikişlər və sarğı bir həftədən sonra ilk əməliyyatdan sonrakı müayinə zamanı açılır.

Nəticələr. Ümumilikdə 5 xəstə (6 üst qapaq) əməliyyat olunmuşdur. Alt göz qapağı və buynuz qişa refleksi arasında (MRD2) məsafə orta hesabla 1.6 mm (1-1.9 mm) azalmışdır. Əməliyyatdan sonra minimal müddət 6 ay (6-10 ay) təşkil etmişdir. Orta yaş həddi 58 (34-78) olmuşdur.

Jarulla-zadeh I.Ch., Goldberg R.A.

METHOD OF REMOVAL OF THE LOWER EYELID RETRACTION: ROLE OF SHORTENING AND LOSS OF THE MIDDLE LAYER VOLUME.

Jules Stein Eye Institute, UCLA, Los Angeles.

Key words: lower eyelid retraction, corneal reflex (MRD2)

SUMMARY

Objective of investigation: To elaborate a new method of removal of lower eyelid retraction using autodermis, small incision, and to evaluate its efficacy.

Material and methods: It is a retrospective investigation. The patients with the lower eyelid retraction who had been operated on with autodermis were included. Minimal follow up was 6 months. A comparative analysis of the treatment results before and after the surgery was made.

The investigated parameters were as follows: the distance between lower eyelid and corneal reflex (MRD2), reduction in lagophthalmos and the cosmetic condition of lower eyelid as well. The results of the treatment efficacy were confirmed by the photos before and after the treatment.

Surgical technique: Retroauricular area is used for taking the epidermis of the needed size in form of ellipse. The epithelium is removed till the separating of epidermis to facilitate deepithelization. The wound is closed in two layers: a deep dermal layer by absorbable sutures and upper skin layer by non-absorbable monofilament sutures.

The 1cm incision, being performed 0.5, 1cm upper than lateral cantus, is used for dissection of retractors from the place of attachment to tarsus and conjunctiva. After the separation using the Stevens Scissors a pocket in the middle layer is created (between the conjunctiva and orbicular muscle). The cicatrized changes of septum are also defined there and are separated from the bone margin of the orbit.

The dermis separated earlier is attached to the needle at the absorbable suture. The needle is carried out through the tube for intravenous injections. With the help of hemostatic forceps the needle in the tube is conducted through the pocket and is withdrawn through the medial cantus attempting not to damage canalicular apparatus. The medial edge of the dermis is attached to the skin by suture. Lateral end is sutured to the lateral cantus. The skin is sutured. At the end of the surgery the lower eyelid is sutured and is attached to the frontal area by sticky tape. Compressive bandage is applied. The sutures and bandage are removed at the first follow up in a week.

Results: In total, 5 patients (6 eyelids) have been operated on. The distance between the lower eyelid and corneal reflex (MRD2) has decreased by 1.6 mm (1-1.9 mm) on the average. Minimal follow up is 6 months (6-10 months). The average age is 58 years old (34-78 years old).

Для корреспонденции:

Джарулла-заде Имран Чингиз оглы, врач-офтальмолог отдела глазных болезней Больницы Нефтяников

Тел.: (+994 12) 310-01-13