

Джарулла-заде И.Ч.

К ВОПРОСУ ХИРУРГИИ ПТОЗА ВЕРХНЕГО ВЕКА

Центральная Больница Нефтяников, г.Баку, Азербайджан

Ключевые слова: *птоз верхнего века, хирургическое лечение*

В повседневной клинической практике птоз верхнего века встречается нередко. Как патология придаточного аппарата органа зрения, птоз века встречается и у детей, и у взрослых. Проблема достаточно серьезная, недооценивать которую не следует в силу целого ряда причин, которые могут провоцировать его развитие.

На первый взгляд, проблема может казаться незначительной, однако, как показывают клинические наблюдения, проблема носит не только косметический характер, но и влияет нередко и на зрение пациента, который, чтобы лучше видеть, вынужден напрягать брови, запрокидывать голову, в том числе, принять характерное для птоза положение головы [1].

По литературе известны различные варианты лечения, включающие терапевтические, хирургические подходы, различные по показаниям, исходам, эффективности, в том числе, с различными осложнениями. При этом актуальными для исследований остаются: причины обуславливающие возникновение птоза, выбор методик эффективного лечения, профилактика возможных осложнений, изучение причин неудовлетворительных исходов хирургического лечения, в числе которых, могли иметь место и несоответствие выбора техники хирургии результатам обследования [2,3,4,5,6].

Цель – повысить эффективность лечения птоза верхнего века с позиций дифференцированного подхода к лечению, причин его обуславливающих.

Материал и методы

В исследование были включены результаты расширенного обследования 48 пациентов с птозом верхнего века (60 глаз) различного генеза. Распределение по гендерному фактору показало, лиц мужского пола было 17 (37%), женского - 29 (63%). Возраст пациентов варьировал в интервале от 5 до 70 лет. В данное сообщение не были включены результаты обследования пациентов с врожденным птозом и с такими отягощающими факторами, как: паралич глазодвигательного нерва, синдром Маркуса-Гунна (предмет отдельного сообщения).

Обследование пациентов включало: тщательный сбор анамнестических данных с целью выяснения характера птоза, наследственного фактора, соматических факторов, способных спровоцировать его развитие, давность заболевания, ранее проведенное лечение, в том числе, анализ возможных причин неудовлетворительных исходов лечения.

В число методик офтальмологического обследования были включены: визометрия, биомикроскопия, тонометрия, исследование чувствительности роговицы, наличие «феномена Белла», а также наличие проявлений «синдрома сухого глаза».

Дополнительно были проведены исследования по оценке функционального состояния верхней прямой мышцы, оценка степени выраженности птоза. При оценке степени птоза оценивался параметр MRD - расстояние между краем верхнего века и роговичным рефлексом. Так, если край века находится на уровне рефлекса, то - MRD = 0 мм, если край века выше середины зрачка, то MRD может быть от +1 до +5, +6, если ниже середины зрачка, то MRD будет - иметь отрицательное значение.

При определении степени птоза и подвижности верхнего века важным критерием служил известный тест: фиксировать брови пациента в расслабленном положении, так как сокращение фронтальной мышцы заметно поднимает веко, тем самым занижая реальную тяжесть птоза. Степень птоза оценивалась по Finsterer J., 2003 [7].

Оценивали силу леватора верхнего века, экскурсию века, высоту и вид пальпебральной складки, напряженность бровей, наличие лагофтальма, «феномен Белла» и продукцию слезной жидкости. При биомикроскопии исключали потенциальные факторы риска осложнений роговицы, включая любые проявления дистрофии, поражения, которые могут предрасполагать к развитию послеоперационной кератопатии.

Результаты и их обсуждение

Как показал анализ обобщенных результатов обследования пациентов с птозом, в том числе, ранее уже оперированных, патология врожденного генеза была у 26 (54%) лиц, приобретенного генеза – 22 (46%).

В числе факторов обусловивших развитие приобретенного птоза, имели место: возрастные изменения (у 20 пациентов), механическая травма (у 2 пациентов). В числе наблюдений двусторонний характер патологии имел место в 12 наблюдениях. Отдельную группу составили 4 случая приобретенного птоза: как следствие хирургии катаракты (у 2 пациентов), 2 случая птоза у пациенток после инъекций ботулотоксина, которые по состоянию не подлежали хирургическому лечению (в силу изменений роговицы после хирургии катаракты и временного характера после инъекций ботулотоксина).

По результатам совокупной оценки анамнестических данных, клинических проявлений, результатов обследования, пациентам были предложены адекватные изменениям методы лечения.

Выбор метода хирургического лечения определялся по совокупной оценке изменений, включающих оценку степени выраженности птоза, потенциального прогноза. Установлено, по критерию степени выраженности птоза, чаще всего регистрировался частичный птоз (43%), реже – полный (33%), еще реже – неполный (23%).

Современные методы хирургического лечения птоза, известно, по тактике разделяются на две группы: подвешивающие операции к брови и резекция леватора [8].

В тактике лечения птоза верхнего века значимость при выборе хирургического пособия имели методики, ориентированные на устранение основного патогенетического звена, вызвавшего птоз с оценкой функционального состояния мышцы, его сократительной способности и эластичности. При этом отсутствие функции леватора являлось показанием к подвешивающим операциям, то есть тем, когда функция леватора переносится на лобную мышцу. Как известно, методики с резекцией леватора более эффективны.

Выбирались хирургические методики в виде резекции леватора верхнего века с основами по Verke R.N. [9, 10], конъюнктивно-миллерэктомия [6, 11] и фронтальное подвешивание [2, 5]. При этом также известны и важны классические рекомендации дозирования величины резекции леватора с методикой устранения птоза верхнего века [9, 10].

Методики для коррекции ранее оперированного птоза выбирались в зависимости от недостатков ранее примененной техники, ее результатов. В целом, выбор метода лечения был обусловлен функцией леватора верхнего века: при величине 7 мм и выше выбиралось укорочение леватора, ниже 7 мм – подвешивающие операции. Известен факт, резекция мышцы считается косметически более успешной операцией, в силу определенной экскурсии мышцы по сравнению с операциями подвешивающего типа.

При врожденном генезе птоза у 26 (54%) пациентов было произведено подвешивающих операций 10, резекций леватора – 16.

Результат операции считался отличным при различии MRD1 между глазами не более 1.0 мм, успешной не более 2.0 мм и малоуспешной более 2.0 мм.

Отличные результаты в группе с врожденным птозом с укорочением апоневроза и фронтальной подвески были получены в 9 (56.25%) наблюдениях, 6 (60%) соответственно, успешные в 4 (25%), 3(30%), малоуспешные в 3 (18.75%), 1 (10%) соответственно.

Лучшие результаты с восстановлением подвижности верхнего века достигались на веках с функцией выше среднего (Рис. 1А, 1Б).



Рис. 1А. Пациентка детского возраста с птозом врожденного генеза, ранее не оперированная, состояние до операции



Рис. 1Б. Состояние верхнего века в ранние после операции сроки

По результатам обследования ранее оперированных глаз, в том числе, неоднократно оперированных, выбирались те методики, которые позволяли устранить имеющиеся недостатки более ранних операций (Рис. 2).



А. Состояние при первом обращении после перенесенной по анамнезу ранее операции 7-8 летней давности

Б. Состояние пациентки после повторной операции с укорочением апоневроза

Рис. 2. Пациентка с врожденным птозом, ранее оперированная

В группе с приобретённым птозом с укорочением апоневроза и с конъюктивно-мюллерэктомией отличные результаты были достигнуты у 12 (70%) лиц, 4 (80%) соответственно; успешные у 3-х (17.6%), 1 (20%) соответственно; малоуспешные у 2-х (11%) с укорочением апоневроза.

При этом известно, наиболее часто приобретенный птоз развивается из-за отрыва или ослабления апоневроза леватора верхнего века, чаще, в связи с возрастными изменениями, т.е., инволюционный (Рис.3).



А. Состояние до операции

Б. Состояние после операции

Рис. 3. Пациент с птозом приобретенного генеза

Следует согласиться и помнить о данных литературы о том, что, несмотря, на частоту применения подвешивающих операций, последние не лишены недостатков в виде гипокоррекции, гиперкоррекции, осложнений в виде раневой инфекции, развития гранулемы, лагофтальма, эрозии роговицы и т.д. В числе осложнений послеоперационного периода у пациента 28 лет в сроки - спустя 1 месяц после операции, была диагностирована эрозия роговицы (нельзя исключить, что была вызвана халатностью пациента, прервавшего назначенное лечение в виде глазных капель). Поэтому, критериям риска осложнений в виде слабого феномена Белла, предоперационного лагофтальма, выраженного синдрома сухого глаза должно быть уделено должное внимание [12].

Заключение

Таким образом, при лечении птоза верхнего века целесообразен выбор тех хирургических методик, которые позволили бы выбрать наиболее оптимальное для пациента лечение, в том числе, устранить имеющиеся недостатки более ранних операций.

В тактике эффективного лечения птоза верхнего века при выборе хирургического пособия первостепенную значимость имеют методы, ориентированные на выявление и устранение патогенетического звена вызвавшего птоз, с учетом функционального состояния мышцы, его сократительной способности и эластичности, ранних осложнений.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Stein A., Kelly J.P., Weiss A.H. Congenital eyelid ptosis: onset and prevalence of amblyopia, associations with systemic disorders, and treatment outcomes // J. Pediatr., 2014, v.165(4), p.820-824.
2. Джарулла-заде Ч.Д. Реконструктивная хирургия с применением силиконовых материалов. Автор. дисс. ... докт. мед.наук, 1989, М., 32.с.
3. Груша Я.О., Федоров А.А., Блинова И.В. Анатомо-функциональные особенности верхней тарзальной мышцы Мюллера // Вестник офтальмологии. 2004, №2, с. 29-32.
4. Fasanella R. M. Servat J. Levator resection for minimal ptosis: another simplified operation // Arch Ophthalmol., 1961, Apr; 65, p. 493-496.
5. Patel S. M., Linberg J.V., Sivak-Callcott J.A., Gunel E. Modified tarsal resection operation for congenital ptosis with fair levator function // Ophthalm. Plast. Reconstr. Surg., 2008, Jan-Feb; v.24(1), p. 1-6.
6. Ibrahim H.A., Sabry H.N. The use of Whitnall's ligament for sling redirection in frontalis suspension ptosis surgery // Ophthalm. Plast. Reconstr. Surg., 2015, Jan-Feb; v.31(1), p. 53-57.
7. Noma K., Takahashi Y., Leibovitch I., Kakizaki H. Transcutaneous Blepharoptosis Surgery: Simultaneous Advancement of the Levator Aponeurosis and Müller's Muscle (Levator Resection) // J. Open Ophthalmol. 2010, Dec., v.14;4, p.71-75.
8. Finsterer J. Ptosis: causes, presentation, and management. Aesthetic Plast. Surg. 2003; v.27(3), p.193-204.
9. Schaefer A.J., Schaefer D.P. Classification and correction of ptosis. In Stewart W.B. (ed): Surgery of the Eyelid, orbit and Lacrimal System, vol 2. San-Francisco, American Academy of Ophthalmology, 1994, pp. 84-134.
10. Berke R.N. Surgical correction of blepharoptosis // Am. J. Ophthalmol. 1953, v.36(6), p.765-773.
11. Berke R.N. Results of resection of the levator muscle through a skin incision in congenital ptosis // Trans. Am. Ophthalmol. Soc. 1958, v.56, p. 288.
12. Putterman A.M., Urist M.J. Muller muscle-conjunctiva resection // Arch. Ophthalmol. 1975, v.93, p.619-623.
13. Finsterer J., Ptosis: causes, presentation, and management // Aesthetic Plast. Surgery, 2003, May-Jun; v.27(3), p.193-204.

Carulla-zadə İ.Ç.

ÜST QAPAĞIN PTOZUNUN CƏRRAHİYYƏSİNƏ DAİR

Mərkəzi Neftçilər Xəstəxanası, Bakı, Azərbaycan

XÜLASƏ

Açar sözlər: *üst qapaq ptozunun cərrahi müalicəsi*

Məqsəd: üst qapaq ptozunun, onu şərtləndirən səbəbin müalicəsinə xüsusi yanaşma mövqeyindən müalicəsinin səmərəliliyinin artırılması.

Material və metodlar

Üst qapağın müxtəlif mənşəli ptozu ilə 48 xəstənin (60 göz) ətraflı müayinəsinin nəticələri tədqiqata daxil edilmişdir. Həndər amilinə görə bölgü göstərmişdir ki, 17 (37%) şəxs kişi cinsindən, 29 (63%) şəxs qadın cinsindən olmuşdur. Xəstələrin yaşı 5-70 yaş arasında olmuşdur. Anadangəlmə ptozu xəstələrin, eləcə də Markus-Qunna sindromu və gözün hərəkəti sinirinin iffici ilə xəstələrin müayinəsinin nəticələri tədqiqata daxil edilməmişdir.

Nəticə

Ptozlu xəstələrin, o cümlədən, də əvvəllər artıq əməliyyat olunmuş xəstələrin müayinələrinin nəticələrinin təhlili göstərdi ki, anadangəlmə mənşəli patologiya 26 nəfərdə (54%), qazanılma isə - 22 nəfərdə (46%) olmuşdur.

Qazanılma ptozun inkişafı şərtləndirən amillər sırasında bunlar olmuşdur - mexaniki travma (3 xəstənin 3 gözündə), kataraktanın ekstraksiyasından sonrakı cərrahi travma (2 xəstənin 2 gözündə), yaşa bağlı dəyişikliklər (15 xəstədə). Botulotoksin inyeksiyasından sonra müraciət edən 2 xəstədə, ptoz halı qeyd olunmuşdur.

Üst qapağın ptozunun müalicə taktikasında cərrahi üsulun seçimi zamanı əzələnin funksional vəziyyəti, onun yığılma qabiliyyəti və elastikliyi nəzərə alınaraq ptozu yaradan patogenetik zəncirin aradan qaldırılmasına qarşı yönəldilən metodlar əhəmiyyətli olmuşdur. Üst qapaq levatorunun rezeksiyası [3, 7, 8, 9] şəklində, konyunktivo-müllerektomiya [6, 10], frontal asılma, eləcə də Uitnall (Whitnall's ligament) bağına asılma kimi kombinə olunmuş üsullar və müsbət nəticə əldə etməyə imkan verən müxtəlif modifikasiyalar [2, 5, 6, 12], seçilmişdir.

Yekun

Üst qapağın ptozunun effektiv müalicə taktikasında cərrahi yanaşmanın seçimi zamanı əzələnin funksional vəziyyəti, onun yığılma qabiliyyəti və elastikliyi nəzərə alınaraq ptozu yaradan patogenetik zəncirin aradan qaldırılmasına və aşkarına yönəldilmiş metodlar əhəmiyyətlidir.

Jarullazada I.Ch.

TO THE PROBLEM OF SURGERY OF THE UPPER EYELID PTOSIS

Central Hospital of Oil-workers, Baku, Azerbaijan

Key words: *ptosis of the upper eyelid, surgical treatment*

SUMMARY

Aim – to increase the efficiency of the upper eyelid ptosis treatment in terms of the differentiated approach based on the pathogenesis.

Material and methods

The study included the results of the extended examination of 48 patients with the upper eyelid ptosis (60 eyes) of various genesis. Distribution by gender factor indicated that males were 17 (37%), females - 29 (63%). The age of patients varied in the range of 5 to 70 years. Patients with oculomotor nerve palsy and Marcus-Gunn syndrome (the subject of a separate information) were excluded from the study.

Results

The analysis of the generalized results of observations of patients with ptosis including those previously operated, showed that congenital ptosis was in 26 (54%) persons and acquired in – 22 (46%).

Among the factors contributing to the development of the acquired ptosis were: mechanical trauma (3 eyes of 3 patients), surgical trauma after cataract extraction (2 eyes of 2 patients), age-related changes (15 patients) and 2 cases of post botulotoxin injections. Bilateral ptosis was observed in 12 patients.

Type of surgery was elected based on the pathogenesis, levator palpebrae function, degree of ptosis and state of the cornea in a patient. Different techniques were utilized for the correction such as resection of the levator aponeurosis [3, 7, 8, 9], conjunctival-mullerectomy [6, 10], frontal suspension [2, 5, 6, 12]

Conclusion

The tactic for the surgical correction of the upper eyelid ptosis should be based on the pathogenetic link causing ptosis, taking into account functional state of muscle, its contractile ability and elasticity. Possible complications are of great importance and should be thoroughly analyzed before the surgery.

Для корреспонденции:

*Джарулла-заде Имран Чингиз оглы, офтальмохирург,
Центральная Больница Нефтяников
E-mail: nefichi@mednet.az*