

К АНАЛИЗУ ФАКТОРОВ РИСКА ПРИОБРЕТЕННОГО ПТОЗА

Центральная Больница Нефтяников, г. Баку, Азербайджан

Ключевые слова: *птоз верхнего века, факторы риска, причины*

В структуре патологий органа зрения опущение верхнего века — блефароптоз остается не только распространенной патологией, косметическим дефектом, но и остается фактором, усложняющим нормальное функционирование органа зрения, что свидетельствует как о тяжести патологии, так и подчеркивает важность решения данной проблемы с учетом всех нюансов проявлений патологии. Несомненно, важными остаются как косметически приемлемые результаты лечения, так и функциональные. Наиболее сложными остаются повторные вмешательства [1, 2, 3]. И с позиций достижений сегодняшней офтальмологии не теряют актуальности слова профессора Каллахана А. «Трудности исправления блефароптоза недооцениваются, пожалуй, больше, чем затруднения, возникающие при любом пластическом вмешательстве» [4].

Как показывает анализ литературы, клинического материала, неблагоприятные исходы могут иметь место как вследствие тяжести самой патологии, причин обусловивших развитие блефароптоза, развившихся изменений (уровень повреждения), давности процесса, так и неэффективного лечения.

Причины вторичного, приобретенного птоза многообразны. Как следствие, могут иметь место возрастной блефароптоз, неврогенный (миастения, врожденная наружная прогрессирующая офтальмоплегия), травматический, в том числе в исходе хирургической травмы и т.д. [5, 6, 7].

Степень выраженности птоза нередко определяется причинами, обуславливающими его развитие, сопутствующими изменениями (повреждениями), зависит от их обширности, интенсивности, возраста пациента, т.е., зависит от механизма повреждения леватора, сочетанного характера, обширности. При этом, следует согласиться с мнением, что полностью устранить имеющиеся деформации не всегда представляется возможным, особенно при повторных операциях, чаще при птозах верхнего века травматического генеза, в связи с чем, эти пациенты нередко нуждаются в дополнительных корригирующих операциях [8]. Учитывая важность факторов обуславливающих развитие приобретенного птоза, соответственно, предоперационной диагностики в выборе тактики лечения, предопределения исходов, проведено настоящее исследование.

Цель - с позиций прогнозирования тактики лечения и исходов хирургии, провести анализ факторов, обуславливающих развитие приобретенного птоза на текущем клиническом материале.

Материал и методы

Проанализированы и обобщены результаты обследований 58 пациентов с односторонним приобретенным блефароптозом верхнего века различного генеза. Из них, лиц мужского пола было 20 (34%), женского - 38 (66%). Возраст пациентов варьировал в интервале от 18 до 82 лет. Критерии исключения: в данное сообщение не были включены результаты обследования пациентов с врожденным птозом (предмет отдельного сообщения).

Обследование пациентов включало: тщательный сбор анамнестических данных с целью выяснения потенциальных факторов риска возникновения птоза, т.е., 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».

Дополнительно проводились исследования по оценке функционального состояния верхней прямой мышцы, степени выраженности птоза. При оценке степени птоза оценивался параметр MRD1 - 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. [9].

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

В сомнительных ситуациях применялись компьютерная томография (КТ) и ядерно-магнитный резонанс (ЯМР).

Результаты

Как подтвердили клинические наблюдения, при схожести клинической картины приобретенного птоза, в основе его развития могут быть как разные причины его обусловившие, так и уровни поражения анатомического аппарата. В тактике лечения определяющее значение имеет тот объем необходимых диагностических, лечебных манипуляций, который позволит выбрать оптимальное для пациента лечение.

Как показал текущий клинический анализ, пациенты, прежде всего при обращении предъявляли жалобы на косметический дискомфорт, неудовлетворенность в связи с той или иной степенью опущения века. Соответственно анамнестических данных, в развитии патологии блефароптоза были диагностированы имевшие место разные причины.

Важно, что изменения в виде той или иной степени опущения века в силу разных причин, за исключением рубцовых изменений верхнего века, обуславливали на первый взгляд весьма схожую клиническую картину блефароптоза.

Вместе с тем, для выбора тактики лечения был проведен обобщенный анализ результатов обследования, который позволил выделить несколько различных вариантов птоза.

Первая группа включила блефароптозы временного характера, к примеру, вызванные физиологическим состоянием в виде беременности – 1 (2%) возраст 28 лет, воспалительного генеза (халазион, целлюлит, отек аллергического генеза), 8(14%) наблюдений, т.е., не требующих хирургической коррекции.

Вторая группа включила пациентов с сенильным и постконтузионным птозом в виду схожести причин развития патологии 29 (50%) наблюдений. В их числе были 25 (43%) случаев, где развитие блефароптоза было следствием возрастных (сенильных, инволюционных) изменений, и в 4 (6%) случаях со слов пациентов имела место незначительная закрытая травма контузионного характера (рукой, веткой дерева, тростью). На фоне возможных возрастных изменений, птоз был выражен на стороне травмы (Рис.1, 2).



Рис.1. Постконтузионный птоз левой стороны (возраст пациента 28 лет)



Рис. 2. Постконтузионный птоз левой стороны (возраст пациента 58 лет)

В третью группу были включены пациенты с открытой травмой века 6 (10%) случаев, где имели место рубцовые изменения верхнего века после травмы, хирургической обработки.

В четвертую группу были включены случаи, где развитие птоза наблюдалось после проведенной офтальмологической операции. В 8 (14%) случаях имели место последствия механической – хирургической травмы, где птоз возник после офтальмологических операций, таких как экстракция катаракты в 4 (8%) случаях, антиглаукоматозных операций 2 (3%), а также энуклеации в 2 (3%) случаях (Рис.3).

В пятую группу были включены 5 (9%) наблюдений птоза нейрогенного характера, в числе которых были 2 пациента с миастенией Гравис, 2 пациента с врожденной прогрессирующей наружной офтальмоплегией, а также один пациент с параличом глазодвигательного нерва, с синдромом Горнера.

В шестую группу были включены 5 (9%) пациентов, где развитие птоза было обусловлено новообразованиями верхнего века, такими, как неврофиброматоз, кожный рог, лимфангиома (Рис. 4).



Рис.3. Правосторонний птоз верхнего века на стороне анофтальма (возраст пациента 52 года)



Рис. 4. Неврофиброматоз (возраст пациента 23 года)

Как показали исследования, в нашей клинической практике наиболее частыми были возрастные - сенильные, инволюционные блефароптозы, обусловленные растяжением или ослаблением апоневроза мышцы, поднимающей верхнее веко. В немалой степени, как известно, последние рассматриваются как проявление естественного процесса старения организма, нередко, однако, остаются без должного внимания. Между тем, имеющиеся возрастные изменения у лиц старшего возраста, как следствие той или иной степени деформирующего птоза мягких тканей лица, особенно, средней зоны, чаще всего могут сопровождаться развитием блефароптоза. Степень выраженности гравитационного старения как неизбежный процесс, известно, зависит от анатомического строения, этнических групп и возраста человека, обуславливая клинические проявления старения [10, 11].

Учитывая, что при определении тактики лечения, показаний к хирургическому лечению, планирования его объема, немаловажное значение имеют все нюансы повреждения, расширенное клинико-инструментальное обследование следует считать необходимостью, особенно, когда, имея указания в анамнезе на перенесенную травму, при обследовании выявляются изменения структур разного уровня повреждения (леватор, хрящ, комиссуры и т.д.)

Травматический птоз, известно, может возникнуть при отрыве верхнего века в результате прямого повреждающего действия травмы, а также при травмах орбиты с нарушением целостности костных структур средней зоны лица, вследствие контузионного воздействия, которые можно считать наиболее тяжелыми как для оперативного вмешательства, так и по прогнозам [12, 13, 14, 15].

Чрезвычайно важно и известно по литературе, что причиной травматического апоневротического птоза нередко являются оперативные вмешательства и манипуляции на глазном яблоке. Причинами могут быть: длительное сдавливание леватора верхнего века браншами блефаростата, грубые тракции верхнего века, травматизация при наложении уздечного шва на верхнюю прямую мышцу, ретробульбарная инъекция, энуклеация. Приводятся данные, что при формировании крупного конъюнктивального лоскута при антиглаукомных фистулизирующих операциях могут повреждаться отдельные веточки глазодвигательного нерва, способствующие развитию вторичного птоза [12, 13, 16, 17, 18, 19].

Именуемый как неврогенный, птоз может развиваться, как известно, при поражении нервной системы в результате каких-либо заболеваний или травм (рассеянный склероз, последствия инсульта и т.д.), а также может иметь место при параличе шейного симпатического нерва, так как в поднимании века участвует мышца, иннервируемая симпатическим нервом. При этом одновременно с опущением верхнего века наблюдаются западение глазного яблока (энофтальм) и сужение зрачка (миоз). Этот симптомокомплекс носит название синдрома Горнера [11, 20, 21, 22].

В итоге, согласно анализу клинического материала, при планировании тактики лечения должны быть учтены причины вторичного, приобретенного птоза, которые многообразны. Предполагаемые исходы лечения, его прогноз, могут быть предопределены адекватной оценкой имеющихся изменений, причинами, которые обусловили развитие блефароптоза, давностью процесса.

Выводы:

1. Таким образом, при схожести клинической картины приобретенного птоза, в основе его развития могут быть как разные причины его обусловившие, так и уровни поражения анатомического аппарата.
2. При планировании способа лечения блефароптоза важно выявление факторов, указывающих на возникновение патологии. Оптимальная тактика коррекции блефароптоза возможна только с позиций должного для каждого пациента алгоритма обследования, диагностики уровня повреждения, его объема, возможностей устранения патологических изменений.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Fasanella R. M. Servat J. Levator resection for minimal ptosis: another simplified operation // *Arch. Ophthalmol.*, 1961, v.65, p.493-496.
2. Schaefer A.J., Schaefer D.P. Classification and correction of ptosis. In Stewart W.B. (ed): *Surgery of the eyelid, orbit and lacrimal system*, v.2, San-Francisco, American Academy of Ophthalmology, 1994, p.84-134.
3. Ibrahim H.A., Sabry H.N. The use of Whitnall's ligament for sling redirection in frontalis suspension ptosis surgery // *Ophthal. Plast. Reconstr. Surg.*, 2015, v.31(1), p.53-57.
4. Каллахан А. Хирургия глазных болезней. Москва, 1963, 487 с.
5. Wong V.A., Beckingsale P.S., Oley C.A. et al. *Ophthalmology. Management of myogenic ptosis* / 2002, v.109(5), p.1023-31.
6. Roberto Sebastiá, Ester Fallico, Matteo Fallico et al. Bilateral lid/brow elevation procedure for severe ptosis in Kearns-Sayre syndrome, a mitochondrial cytopathy // *Clin Ophthalmol.*, 2015, v. 9, p.25-31.
7. Ogawa K, Suzuki Y, Oishi M. et al. Clinical study of twenty-one patients with pure midbrain infarction // *Eur Neurol*, 2012, v.67, p.81-89.
8. Гущина М.Б., Егорова Э.В. Резекция леватора при лечении птоза верхнего века различной этиологии / *Материалы VII Евро-азиатской конференции по офтальмохирургии*, Екатеринбург, 2015, с.111-113.
9. Finsterer J. Ptosis: causes, presentation, and management. *Aesthetic Plast. Surg.*: 2003, v.27(3), p.193-204.
10. Абдулмаджидова А.С. Клиника и хирургическое лечение деформирующего птоза мягких тканей средней зоны лица: Дисс. ... канд. мед. наук., 2009, 134 с.
11. Ободов В.А., Ободов Л.В. Хирургические методы лечения травматических блефароптозов / *Материалы конференции, посвящ. 85-летию акад. Зарифы Алиевой*, Баку, 2008, с.304-306.
12. Атаманов В.В. Дубликатура мышцы, поднимающей верхнее веко (m. levatorpalpebrae), как способ коррекции птоза верхнего века травматической этиологии / *Материалы III ЕАКО*, ч.2, Екатеринбург, 2003, с.28.
13. Филатова И.А. Посттравматический птоз верхнего века в сочетании с деформацией век и стенок орбиты. Этапы реабилитации / *Материалы юбилейной научно-практической конференции "Федоровские чтения-2007"*. М., 2007, 327 с.
14. Clauser L., Tieghi R., Galiè M.J. et al. Palpebral ptosis: clinical classification, differential diagnosis, and surgical guidelines: an overview // *Surg.*, 2006, v.17(2), p.246-54.
15. Салихов А.Ю., Кульбаев Н.Д., Султанов Р.З. и др. Устранение двустороннего птоза, развившегося после внутриглазных операций по поводу катаракты и глаукомы / *Материалы II ЕАКО*, Часть 2, Екатеринбург, 2001, с.272.
16. Нестеров А.П., Бабушкин А.Э. О влиянии способа формирования конъюнктивального лоскута и антиглаукомных фистулизирующих операциях на развитие стойкого приобретенного птоза верхнего века // *Вестн. офтальмол.*, 1989, № 5, с.49-51.
17. Victor Koh, Janina Tatsios, Paul T.K. Chew et al. Comparison of incidence of ptosis after combined phacotrabeulectomy with mitomycin C and phacoemulsification // *Indian J. Ophthalmol.* 2015, v.63(12), p.895-898.
18. Kaltreider S.A., Shields M.D., Hippeard S.C. et al. Anophthalmic Ptosis: Investigations of the Mechanismus and Statistical Analysis // *Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery*. 2003, v.19t, № 6, p.421-428.
19. Филатова И.А., Катаев М.Г. Птоз верхнего века при анофтальме. Причины и лечение / *Материалы II ЕАКО*, Часть 2, Екатеринбург, 2001, с.274-275.20.
20. Thomas C. Naugle, Richard J. Hesse, Constance L. Fry. *Diagnosis and Management of Oculoplastic and Orbital Disorders: Proceedings*, 2015, New Orleans Academy of Ophthalmology.
21. Mc Culley T.J., Kersten R.C., Yip C.C. et al. Isolated unilateral neurogenic blepharoptosis secondary to eyelid trauma // *Am. J. Ophthalmol.*, 2002; v.134(4), p.626-627.
22. Jung J.W., Chi M.J. Temporary unilateral neurogenic blepharoptosis after orbital medial wall reconstruction: 3 cases // *Ophthalmologica Journal international d'ophthalmologie International journal of ophthalmology Zeitschrift fur Augenheilkunde*, 2008, v.222(5), p.360-362.

QAZANILMIŞ PTOZUN RİSK FAKTORLARININ ANALİZİ

Milli Neftçilər xəstəxanası, Bakı ş., Azərbaycan

Açar sözlər: üst qapağın ptozu, risk faktoru, səbəbləri

XÜLASƏ

Məqsəd - müalicə taktikası və cərrahiyyə nəticələrinin proqnozlaşdırılması mövqeyindən, hazırki kliniki materialda, qazanılmış ptozun inkişaf səbəbləri faktorlarının təhlili

Material və metodlar

Üst qapağın birtərəfli müxtəlif genezli blefaroptozu olan 58 pasiyentin müayinələrinin nəticələri ümumiləşdirilib və təhlil edilib. Bunlardan, kişilər 20 (34%), qadınlar isə 38 nəfər (66%) təşkil edirdi. Pasientlərin yaş həddi 18 yaşdan 82 yaşa kimi dəyişirdi.

Pasientlərin müayinəsinə daxildir: ptozun əmələ gəlməsində potensial risk faktorunun öyrənilməsi məqsədi ilə anamnestik məlumatların toplanması, yəni, inkişafının səbəbi, xəstəliyin müddəti, əvvəlki müalicələr, həmçinin qeyri-qənaətbəxş nəticələrin analizi. Oftalmoloji müayinələrdən əlavə daxildir: “Bella fenomeninin” mövcudluğu, yuxarı düz əzələnin vəziyyətinin funksional qiymətləndirilməsi ilə müayinəsi, ptozun ifadəsi dərəcəsi. Ptozun dərəcəsi Finsterer J. ilə qiymətləndirilirdi. Üst qapağın levatorunun gücü qiymətləndirilirdi, göz qapağının ekskursiyası, palpebral büküyün hündürlüyü və görünüşü, qaşların gərginliyi, laqoftalmın mövcudluğu, “Bella fenomeni” və göz yaşı mayesinin məhsulu. Şübhəli hallarda isə bu tədqiqatlar istifadə olunurdu: kompüter tomoqrafiyası (KT), nüvə-maqrnit rezonansı (NMR).

Nəticə

Klinik müşahidələrin təsdiqinə əsasən, ptozun inkişafının əsasında müxtəlif səbəblər durur, həmçinin anatomik aparatın zədələnmə dərəcələri. Müayinənin ümumiləşdirilmiş analiz nəticələri ptozun 6 müxtəlif variantlarını ayırmağa imkan verir. Birinci qrup özündə 8 müşahidəni (14%) daxil edir, qısamüddətli xarakterli blefaroptoz, misal üçün, hamiləlik şəklində fizioloji vəziyyətə səbəb olmuş – 1 (2%), iltihablı qenez (xalazion, sellülit, allerqik qenezin şişliyi), yəni, cərrahi korreksiya tələb etməyən. İkinci qrup pasientlərə isə, senil və postkontuzion ptozun nəzərdə oxşar səbəblərdən inkişaf etmiş 29 (50%) müşahidə aiddir. Bunlar içərisində 25 (43%), blefaroptozun inkişaf nəticəsi yaş dəyişiklikləri (senil, involusion) sayılırdı. 4 (6%) hallarda isə, pasientlərin sözlərinə görə, kontuzion travmalar sayılırdı. Üçüncü qrupa göz qapağının açıq travması olan pasientlər daxildir, 6 (10%) hallarda, harada ki, üst göz qapağının zədədən sonra dəyişikliyi görünürdü, cərrahi düzəlişdən sonra. Dördüncü qrupa, oftalmoloji əməliyyatdan sonra ptozun inkişafının müşahidəsi halları aiddir. 8 (14%) hallarda mexaniki – cərrahi zədələr yer tutur, harada ki, ptoz oftalmoloji əməliyyatlardan sonra əmələ gəlib, bunlardan, katarakta hasilatı 4 (8%) hallarda, antiqlaukوماتоз əməliyyatlar 2 (3%), həmçinin enukleasiya 2 (3%) hallarda baş verir. Beşinci qrupa bədxassəli miasteniya, CPEO, Horner sindromu kimi neyroqen xarakterli ptoz daxil idi (5 xəstə - 9%). 2 xəstə, müvafiq olaraq 2 və 1. Altıncı qrupda 5 xəstə (9%) var idi, hansı ki, ptoz neyrofibromatoz, dəri buynuzu və limfaqioma kimi neoplazmalar ilə bağlı idi.

Yekun

1. Beləliklə, ptozun inkişafının əsasında müxtəlif səbəblər durur, həmçinin anatomik aparatın zədələnmə dərəcələri.
2. Blefaroptozun müalicəsi zamanı, patalogiyanın peyda olunmasına dair, faktorlar aşkar edilməlidir. Blefaroptozun korreksiyasının optimal taktikası, yalnız hər bir pasientin müayinə alqoritmi, zədələnmə dərəcəsinin diaqnostikası, onun həcmi, patoloji dəyişikliklərinin aradan qaldırılması imkanlarıdır.

ANALYSIS OF THE RISK FACTORS FOR THE DEVELOPMENT OF BLEPHAROPTOSIS

Central Hospital for Oil Workers, Baku, Azerbaijan

Key Words: *upper eye lid ptosis, risk factors, causes*

SUMMARY

Aim - to analyze risk factors contributing for ptosis development for appropriate surgical correction based on the current clinical cases.

Material and methods

In total 58 patients were included in the study. All had unilateral ptosis with different mechanism of ptosis development. There were 20 male (34%) and 38 female (66%) patients with the age distribution in between 18-82.

Anamnesis and the history of the duration, occurrence, previous treatment and possible triggering mechanism were carefully analyzed based on history of current disease.

Patients were tested for visual acuity, biomicroscopy, tonometry, upper rectus muscle's function, Bell's phenomenon and tear secretion. Degree of ptosis was evaluated by Finsterer's method. Levator function, margin reflex distance, brow position, palpebral crease and the presence of lagophthalmos were measured. In some cases MRI and CT scans were solicited.

Results

Although the clinical data were similar for clinical data different mechanism and anatomical location of the trauma were of different nature.

In our study we had six different mechanisms contributed to ptosis development.

First group had 8 patients (14%). One case was due to pregnancy 1(2%), and the rest 7 were due to inflammatory nature such as cellulitis, chalazion or allergy related that did not require surgical intervention.

Second group included 29 patients (50%) with senile and postcontusional ptosis related to blunt trauma to the periorbital region. Twenty five cases (43%) had involuntional nature and 4 cases (6%) had a history trauma.

Third group 6 cases (10%) an open trauma to the eyelid region and had a cicatrix in that region due to trauma.

Fourth group 8 patients (14%) had a history ptosis right after previous ophthalmic surgery such as cataract extraction 4 (8%), bleb surgery 2 (3%), and after enucleation 2 (3%).

Fifth group consisted of neurogenic nature of the ptosis in total of 5 patients (9%) such as myasthenia gravis, CPEO, Horner's syndrome, 2 patients, 2 and one patient respectively.

Sixth group had 5 patients (9%) where ptosis was related to a neoplasm such as neurofibromatosis, cutaneous horn and lymphangioma.

Conclusions

1. Although the clinical picture is similar in majority of the cases the nature of ptosis development can be different as well as anatomical damage level to the periorbital region.
2. Surgical planning should be based on the factors contributing to ptosis development. Optimal correction of ptosis is possible considering custom based algorithm of evaluation, diagnosis, level and degree of damage and the possibility of elimination of pathological changes.

Для корреспонденции:

Джарулла-заде Имран Чингиз оглы, офтальмохирург,

Центральная Больница Нефтяников

E-mail: nefichi@mednet.az