

Реконструктивно-пластические операции при врождённых дефектах и деформациях периорбитальной области

У.А. Курбанов, З.И. Юнусова, А.А. Давлатов, С.М. Джанобилова
Кафедра хирургических болезней № 2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино;
Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии

Работа посвящена изучению эффективности реконструктивно-пластических операций при врождённых дефектах и деформациях периорбитальной области у 52 больных. У больных имели место колобома (7) и птоз (13) верхнего века, эпикантус (18) и врождённые образования (14) век. В зависимости от вида патологии и выраженности патологических изменений мягких тканей выполнены различные реконструктивно-пластические операции.

Предложены новые способы и усовершенствованы ряд существующих операций. Среди 44 прослеженных прооперированных пациентов хорошие отдалённые результаты составили 86,4% (38 наблюдений), удовлетворительные – 13,6% (6 наблюдений). Неудовлетворительных отдалённых результатов не было. Тщательное изучение существующей у больного патологии периорбитальной области, правильное определение показаний к различным способам реконструктивно-пластических операций, усовершенствование тактики лечения и техники оперативных вмешательств, использование оптического увеличения и прецизионной техники, а также аккуратное техническое выполнение операций позволили авторам во всех случаях добиться положительных (хороших и удовлетворительных) отдалённых результатов.

Ключевые слова: окологлазничная область, птоз век, эпикантус, колобома

Актуальность. Врождённые дефекты и деформации периорбитальной области могут приводить к выраженным вторичным функциональным нарушениям со стороны как самого глазного яблока, так и других анатомо-функциональных структур глазницы и окологлазничной области. На глазном яблоке, на фоне вышеуказанных дефектов и деформаций, встречаются такие вторичные изменения как кератит, конъюнктивит, бельмо, перфорация роговицы и многие другие, вплоть до потери зрения. В ряде случаев врождённые дефекты и деформации периорбитальной области приводят к эстетическим недостаткам, вызывающих психоэмоциональные расстройства и, вследствие этого, социальную дезадаптацию пациентов [1,2]. Врождённые дефекты и деформации периорбитальной области, в основном, лечатся хирургическим путём, и на сегодняшний день предложены многочисленные способы их устранения. Однако нет системного подхода к объёму и тактике хирургического лечения в зависимости от различных вариантов врождённой хирургической патологии периорбитальной области. При определённых патологиях периорбитальной области существуют многочисленные способы оперативных вмешательств, что указывает на отсутствие среди них оптимального способа. Всё вышеизложенное свидетельствует об актуальности данной проблемы

и необходимости проведения дальнейших исследований, направленных на улучшение результатов хирургического лечения врождённых дефектов и деформаций периорбитальной области.

Цель. Изучить возможности реконструктивно-пластических операций при врождённых дефектах и деформациях периорбитальной области.

Материал и методы. В отделении реконструктивной и пластической микрохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой и грудной хирургии за период с 1998 по 2014 гг. 52 больным выполнены реконструктивно-пластические операции на мягкие ткани периорбитальной области. Мужчины и женщины (25:27) составили почти равное количество больных. Большинство больных (61,5%; n=17) составили дети и подростки, в возрасте старше 18 лет было 20 (38,5%) больных. В зависимости от вида патологии больных распределили на 4 группы (табл. 1). Так, с птозом верхнего века было 13 больных, в 18 случаях – имел место эпикантус медиальных углов глаз, врождённая колобома верхнего века отмечалась у 7 и различные врождённые образования в околоорбитальной области – у 14 (гемангиома – 6, невус – 5, дермоидная киста – 2, нейрофиброма – 1).



ТАБЛИЦА 1. ВИДЫ ВРОЖДЁННЫХ ДЕФЕКТОВ И ДЕФОРМАЦИЙ ПЕРИОРБИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Генез	Сторона			Кол-во
	Справа	Слева	Двусторонний	
Птоз верхнего века	4	7	2	13
Эпикантусы	-	1	17	18
Колобомы век	4	3	-	7
Образования	4	10	-	14
Итого:	12	21	19	52

ТАБЛИЦА 2. СПОСОБЫ УСТРАНЕНИЯ ВРОЖДЁННЫХ ДЕФЕКТОВ И ДЕФОРМАЦИЙ ПЕРИОРБИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Виды дефектов и деформации периорбитальной области	Способ оперативного вмешательства	Число больных
Колобома - менее 20% от общей площади века - 25% и более	Первичное ушивание	3
	Скользкий лоскут из латеральной части верхнего века	4
Птоз верхнего века	1) Транспозиция мышц века и глазного яблока	11
	2) Подтягивание П-образными швами к лобной мышце	2
Эпикантус	Jumping man	1
	Jumping man + верхняя блефаропластика	2
	Hirshowitz	5
	Hirshowitz + верхняя блефаропластика с формированием переходной складки века	3
	Root-Z-plasty	2
	Root-Z-plasty + верхняя блефаропластика	3
	Root-Z-plasty + верхняя блефаропластика с формированием переходной складки века	1
Buterfly	1	
Образования: - гемангиома - пигментный невус - дермоидная киста - нейрофиброма	Склеротизация	6
	Кожная пластика	5
	Иссечение и вылушивание	2
	Иссечение с резекцией изменённой кожи	1

При устранении врождённых дефектов и деформаций периорбитальной области использовали оптическое увеличение, прецизионную технику, тонкий шовный материал, предпочитали общий наркоз. Несмотря на единую технику, тактика оперативных вмешательств зависела от локализации, глубины и распространённости дефектов и деформаций, применялись различные способы оперативных вмешательств (табл. 2).

Дугообразный дефект (колобома) в средней части верхнего века врождённого генеза, доходящий до верхней горизонтальной складки, наблюдали у 7 детей. В 4 случаях дефект имел место в правом глазу, и в 3 – в левом. Размеры дефектов варьировали от 3 до 15 мм.

При размерах колобомы менее 20% от общей площади верхнего века вполне удавалось ушить дефект

первично. Оперативное вмешательство заключалось в освежении краёв колобомы, идентификации структур верхнего века и первичном ушивании краёв образовавшегося дефекта.

Технику операции рассмотрим на примере следующего клинического случая. Больной М., 14 лет, поступил 17.11.2008 г. с жалобами на наличие дефекта верхнего века, вызывающего эстетический дискомфорт. По органам и системам – без особенностей. При осмотре глаз отмечается асимметрия за счёт дефекта верхнего века слева. Дефект располагается в средней части века, размерами 1,0 x 0,4 см, с тонкими краями, ресницы на этом участке отсутствуют.

Под эндотрахеальным наркозом (ЭТН) и с инфильтрацией тканей раствором 0,8% раствором лидокаина с адреналином (1:200000) края дефекта экономно резецированы, дефект переобразован в форму

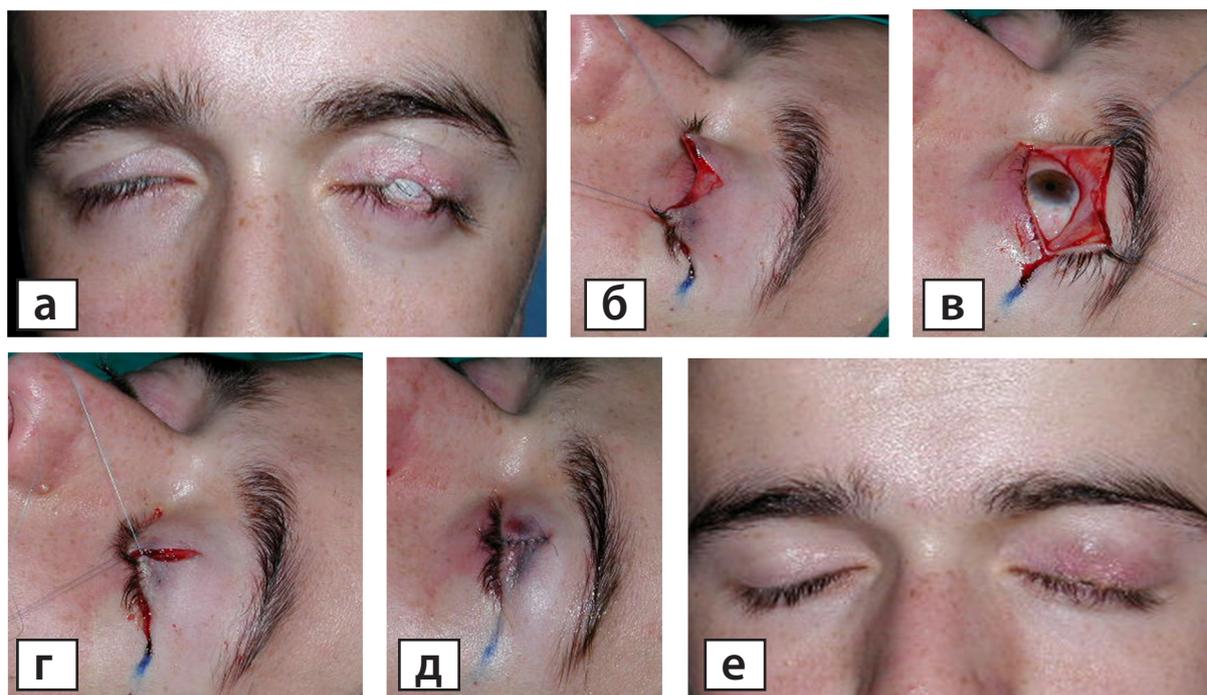


РИС. 1. БОЛЬНОЙ М., С КОЛОБОМОЙ ЛЕВОГО ВЕРХНЕГО ВЕКА: А – ВИД ВЕРХНЕГО ВЕКА ДО ОПЕРАЦИИ; Б-Д – ЭТАПЫ ОПЕРАЦИИ; Е – РЕЗУЛЬТАТ ОПЕРАЦИИ ЧЕРЕЗ 6 МЕС.

перевёрнутой буквы V. Края раны приближены друг к другу. Края тарзальной пластинки сведены и ушиты узловыми швами нерассасывающейся нитью пролен 6/0. Наложены кожные узловые швы нитью нейлон 6/0. Послеоперационное течение гладкое. Заживление раны первичным натяжением. Швы сняты на 6-е сутки. Через 6 месяцев функциональные и эстетические результаты хорошие (рис.1).

При наличии дефекта верхнего века размером в 25% и более от общей площади века потребовалось выкраивание скользящего лоскута из латеральной части верхнего века.

Приведём клинический пример. Больной Х., 2005 г.р., поступил с диагнозом: врождённый дефект и деформация периорбитальной области. Колобома верхнего века справа. Отсутствие части правой брови. Больной жалуется на деформацию правой брови и дефект верхнего века. При осмотре лица отмечается выраженная деформация правой периорбитальной области с дефектом верхнего века. При закрытии глаз веки справа не смыкаются полностью из-за дефекта верхнего века размерами 1,5x1,0 см (1,5 см² – 33,3% от общей площади верхнего века) при общих размерах верхнего века 3,0x1,5 см (4,5 см²). Отмечается выраженная деформация правой брови. После обследования и подготовки в плановом по-

рядке, под ЭТН больному произведено устранение колобомы верхнего века способом выкраивания скользящего лоскута из латеральной части верхнего века. Послеоперационный период протекал без осложнений, раны зажили первичным натяжением, швы сняты на 12-й день после операции (рис.2).

Всего с птозом верхнего века прооперированы 13 больных. Первая степень птоза, согласно классификации Коротких С.А. с соавт. [3], отмечалась у 2 больных, вторая степень – у 7 и третья степень – у 14. Двусторонний птоз верхнего века наблюдался в 2 случаях, слева – в 7 и справа – в 4. В одном случае больная поступила повторно с рецидивом птоза.

Выбор способа коррекции птоза век зависел от результатов проведения соответствующих обследований для оценки состоятельности функции мышц глазного яблока и век. На основе этих результатов нами разработан и внедрён новый способ устранения птоза верхнего века (Удостоверение на рацпредложение № 3175 – Р - 477, выданное ТГМУ от 21.05.2008г.). Сущность способа заключается в подключении сухожилия парализованной мышцы, поднимающей верхнее веко к функционирующей верхней прямой мышце глазного яблока (рис. 3).

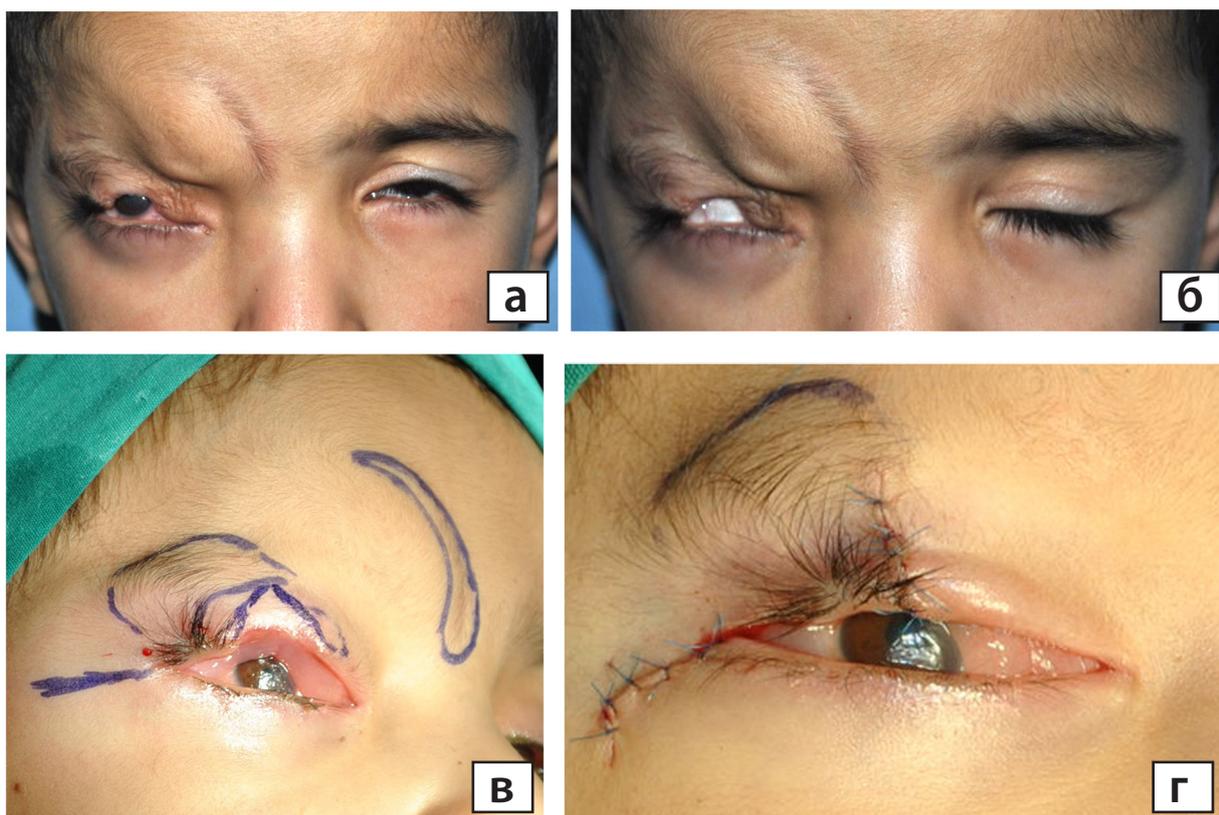


РИС. 2. БОЛЬНОЙ Х., С КОЛОБОМОЙ ПРАВОГО ВЕРХНЕГО ВЕКА: А,Б – ФОТО БОЛЬНОГО ДО ОПЕРАЦИИ; В – СХЕМА ОПЕРАЦИИ; Г – ВИД ВЕРХНЕГО ВЕКА ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ ОПЕРАЦИИ

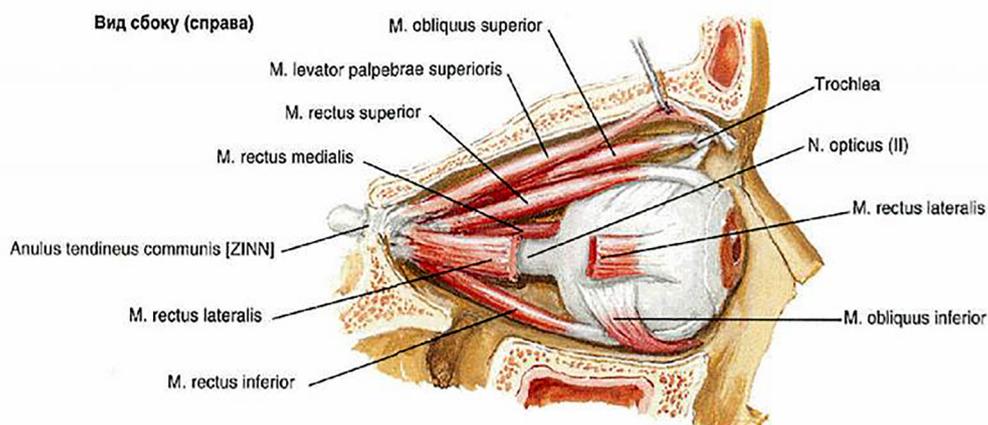


РИС. 3. АНАТОМИЯ ГЛАЗНИЦЫ НА САГИТАЛЬНОМ СРЕЗЕ (ПО Ф. НЕТТЕР, 2003)

Под общим обезболиванием, после чертёжа линии разреза по ходу складок на переходной линии верхнего века длиной 1,5-2 см, производится инфильтрация 1-2 мл 0,8% раствором лидокаина с адреналином (1:200000). Под оптическим увеличением разрезом кожи и подкожной клетчатки обнажается сухожильная часть мышцы, поднимающей верхнее веко. У места прикрепления верхней прямой мышцы к глазному яблоку накладывается шов-держалка.

Лёгким подтягиванием держалки вниз выводится средняя часть верхней прямой мышцы. Подтягиваются верхняя прямая мышца кпереди и мышца, поднимающая верхнее веко, назад до тех пор, пока нижний край верхнего века не достигнет уровня на 1-2 мм выше радужки. В этом состоянии производится ушивание мышцы, поднимающей верхнее веко к верхней прямой мышце, 2-3 П-образными швами нерассасывающейся нитью 7/0-8/0 USP.

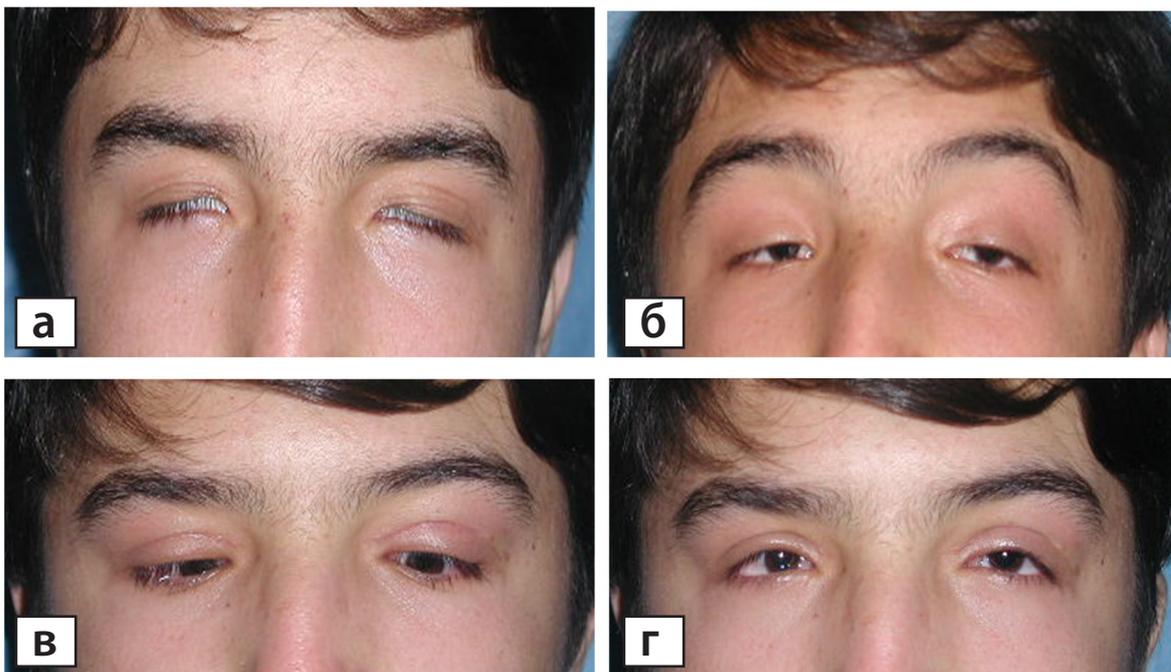


РИС. 4. УСТРАНЕНИЕ ВРОЖДЁННОГО ПТОЗА ВЕРХНИХ ВЕК ПРЕДЛОЖЕННЫМ НАМИ СПОСОБОМ СУХОЖИЛЬНО-МЫШЕЧНОЙ ТРАНСПОЗИЦИИ ДО (А, Б) И ПОСЛЕ (В, Г) ОПЕРАЦИИ

Данный способ устранения птоза верхнего века применён в 11 случаях.

Приведём клиническое наблюдение. Больной Д., 1992 г.р., поступил с диагнозом: врождённый двусторонний птоз верхних век.

Пациент жаловался на ограничение поля зрения в связи с невозможностью активного размыкания век. При осмотре обращает на себя внимание птоз верхних век. Самостоятельное открытие верхних век невозможно, при этом пациент принимает позу “звездочёта”. На просьбу отвести взгляд в стороны, вверх и вниз, больной выполняет задание, что свидетельствует о сохранности мышц глазных яблок. Больному в плановом порядке под общим наркозом выполнена операция на верхних веках по вышеописанной методике. Течение послеоперационного периода гладкое, после регресса отёков больной вполне доволен результатами операции (рис.4).

В 2 случаях верхняя прямая мышца глазного яблока была тоже недоразвита, вследствие чего верхнее веко подтягивали к лобной мышце с помощью погружных П-образных швов.

При эпикантусах медиальных углов глаза с широкой переносицей основной операцией является устранение существующей складки путём медиального смещения кожи, что, в свою очередь, сближает медиальные углы глаз. Для достижения этой цели мы, в основном, пользовались схемами Jumping man (3), Hirshowitz (8), Root-Z-Plasty (6), “butterfly” (1).

Приведём пример. Больной С., 15 лет, поступил 11.01.2012г. с жалобами на опущение верхних век обоих глаз, наличие широкой переносицы и снижение зрения. Со слов больного и его отца широкая переносица имеет врождённый характер, опущение век отмечается также с рождения, по поводу чего обращались к педиатру и офтальмологу, однако радикальное лечение не было предложено. В последующем у ребёнка появился комплекс неполноценности и трудности в учёбе и общении со сверстниками во дворе и в школе. С вышеуказанными жалобами больной обратился в ОРПМХ, после осмотра и проведения необходимых клинических, лабораторных и дополнительных методов исследования госпитализирован на оперативное лечение. Общее состояние при поступлении удовлетворительное. Физическое и умственное развитие соответствует возрасту. Со стороны внутренних органов и систем (при дополнительных методах исследований) отклонений от нормы не отмечается. При местном осмотре отмечается двусторонний невыраженный птоз верхних век и широкая переносица. Кожа опущенных век обычного цвета, пальпаторно безболезненная, к окружающим тканям не припаяна. При закрывании глаз веки полностью смыкаются. Отмечаются медиальные эпикантальные складки в виде занавеса. Расстояние между медиальными углами глаз 4,5 см, из-за чего при открывании глазные щели открываются не полностью, что ограничивает зрение больного. Установлен диагноз: врождённый двусторонний птоз верхних век и широкая переносица. Было решено первым этапом устранить эпикантальные складки, чтобы увеличить подвижность верхних век.



РИС. 5. БОЛЬНОЙ С ШИРОКОЙ ПЕРЕНОСИЦЕЙ И ЭПИКАНТУСОМ:
 А – ДО ОПЕРАЦИИ; Б, В – МАРКИРОВКА СХЕМЫ ХИРЦОВИЦА; Г – ВИД ГЛАЗ ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ ОПЕРАЦИИ

Под ЭТН, после маркировки линии разреза кожи способом Хирщовица, состоящего из 5 лоскутов, в области медиального угла правого глаза произведён разрез кожи. Острым и тупым путём освобождены подкожные фиброзные тяжи, треугольники мобилизованы и перемещены. При ревизии на дне раны обнаружен *ligamentum palpebrale mediale contale*. С целью фиксации связка подшита ко дну раны нитью пролен 6/0. После мобилизации треугольников образовались 5 лоскутов, которые ушиты в предназначенные места узловыми кожными швами этилон 6/0. Аналогичная операция выполнена на левом глазу. Таким образом, эпикантальные складки медиальных углов глаз устранены. Послеоперационный период протекал без осложнений. Заживление ран первичным натяжением. Швы сняты на 8-е сутки (рис.5).

Наряду с монгольской складкой (эпикантус), у 9 пациентов отмечался также избыток кожи верхнего

века, поэтому эпикантопластику у них сочетали с пластикой верхних век. Следует отметить, что в 4 случаях одновременно сформирована переходящая складка верхнего века путём подшивания круговой мышцы глаза к надлежащим мягким тканям.

Результаты и их обсуждение. Ближайший послеоперационный период во всех случаях протекал гладко, операционные раны зажили первичным натяжением, перемещённые лоскуты и пересаженные трансплантаты прижились полностью. Ближайшие функциональные результаты у всех больных были хорошими. Осложнений местного или общего характера у больных не отмечалось.

Отдалённые результаты реконструктивно-пластических операций на мягких тканях периорбитальной области в сроках от одного года до 5 лет изучены нами у 44 из 52 больных, что составило 84,6% (табл. 3).

ТАБЛИЦА 3. ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА МЯГКИХ ТКАНЯХ ПЕРИОРБИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Вид деформации	Число наблюдений	Отдалённые результаты лечения		
		Хорошие	Удовл.	Неудовл.
Колобома века	6	6	-	-
Птоз	11	8	3	-
Эпикантус	16	15	1	-
Образования	11	9	2	-
Итого	44 (100%)	38 (86,4%)	6 (13,6%)	-

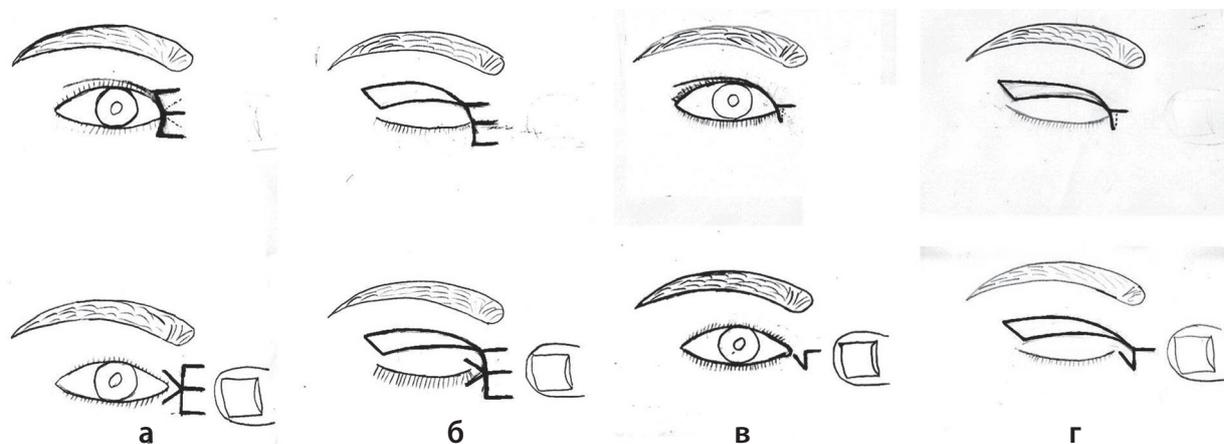


РИС. 6. СХЕМЫ СПОСОБОВ ХИРЦОВИЦА И "ROOT-Z-PLASTY": А – СХЕМА ХИРЦОВИЦА ИЗОЛИРОВАННО; Б – СХЕМА ХИРЦОВИЦА С ВЕРХНЕЙ БЛЕФАРОПЛАСТИКОЙ; В – СХЕМА "ROOT-Z-PLASTY" ИЗОЛИРОВАННО; Г – "ROOT-Z-PLASTY" В СОЧЕТАНИИ С ВЕРХНЕЙ БЛЕФАРОПЛАСТИКОЙ

Среди 44 прослеженных отдалённых результатов хирургического лечения врождённых дефектов и деформаций периорбитальной области хорошие исходы составили 86,4% (38 наблюдений) и удовлетворительные – 13,6% (6 наблюдений). Неудовлетворительных результатов среди наблюдавшихся больных не отмечено ни в одном случае.

В отдалённом послеоперационном периоде наблюдали 6 больных после устранения колобомы верхнего века. У всех наблюдавшихся пациентов отдалённые результаты были хорошими.

Отдалённые результаты хирургического лечения птоза верхнего века прослежены у 11 оперированных больных. Предлагаемый нами способ устранения птоза верхнего века путём подключения сухожилия парализованной мышцы, поднимающей

верхнее веко к функционирующей верхней прямой мышце глазного яблока, оказался высокоэффективным и перспективным способом. В литературе постоянно подчёркивается сложность устранения врождённого птоза верхнего века, отсутствие оптимального способа оперативного вмешательства и, в связи с этим, существование многочисленных способов операций [3,4].

Отдалённые результаты эпикантусов с выраженным диастазом углов глаз врождённого генеза прослежены в 16 наблюдениях. Хорошие результаты получены в 15 случаях. При этом достигнуто полное восстановление анатомической формы углов глаз с хорошим отдалённым результатом. Следует отметить, что наиболее эффективными способами устранения медиальных кантусов оказались способы "root-Z-plasty" и Хирцовица (рис. 6).



В тех случаях, когда способы "jumping man" и "root-Z-plasty" применены нами по эстетическим показаниям, отдалённые результаты были лучшими, чем при других способах устранения эпикантуса [5].

Результаты устранения врождённых образований периорбитальной области у 9 из 11 наблюдавшихся хороши и у 2 – удовлетворительными. Для устранения образований периорбитальной области наиболее удобным является применение техники нижней блефаропластики, что рекомендуется в специальной литературе [6]. Следует отметить, что в предыдущей нашей работе подробно приведены особенности устранения различных образований периорбитальной области, при котором эффективным является использование техники нижней блефаропластики [7].

Таким образом, тщательное изучение существующей у больного патологии периорбитальной области, правильное определение показаний к различным способам реконструктивно-пластических операций, усовершенствование тактики лечения и техники оперативных вмешательств, использование оптического увеличения и прецизионной техники, а также аккуратное техническое выполнение операций позволили добиться положительных (хороших и удовлетворительных) отдалённых результатов у 98,8% больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Курбанова Н.Ф. Клинические особенности больных с травмой глаза в условиях специализированного отделения / Н.Ф.Курбанова // Вестник офтальмологии. – 2003. – № 3. – С. 41-43.
2. Филатова И.А. Компьютерная томография в диагностике и определении тактики лечения у пациентов с посттравматической патологией глаза и орбиты / И.А.Филатова [и др.] // Вестник офтальмологии. – 2005. – № 6. – С. 9-14.
3. Коротких С.А. Способ модифицированной резекции леватора в хирургии блефароптоза / С.А.Коротких, Е.А.Андреев, А.А.Андреев // Офтальмохирургия. – 2009. – № 3. – С. 35-39.
4. Акманова А.А. Хирургическое лечение блефароптозов (обзор литературы) / А.А.Акманова, А.Ж.Жуманиязов, А.А.Гайсина // Сб. науч. трудов научно-практической конференции по офтальмохирургии с международным участием «Восток-Запад». – Уфа, 2011. – С.456-458.
5. Хирургическое лечение блефарохалазии и эпикантуса / У.А.Курбанов, А.А.Давлатов, З.И.Юнусова, С.М.Джанобилова // Вестник Авиценны. – 2009. – № 2. – С.9-18.
6. Азнабаев М.Т. Первичная блефаропластика при опухлях век у детей / М.Т.Азнабаев, В.К.Суркова, А.Ж.Жуманиязов // Офтальмохирургия. – 2002. – № 3. – С. 33-36.
7. Хирургическое лечение дефектов и деформаций тканей периорбитальной области / У.А.Курбанов, А.А.Давлатов, З.И.Юнусова, С.М.Джанобилова // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. – 2009. – №4. – С. 22-33.



Summary

Reconstructive plastic surgery in congenital defects and deformities of periorbital area

U.A. Kurbanov, Z.I. Yunusova, A.A. Davlatov, S.M. Janobilova

Chair of Surgical Diseases № 2 Avicenna TSMU;

Republican Scientific Center for Cardiovascular Surgery

The research devoted to study the efficiency of reconstructive plastic surgery in congenital defects and deformities of the periorbital area in 52 patients. Patients had coloboma (7) and ptosis (13) of the upper eyelid, epicanthus (18) and congenital eyelid formations (14). Depending on the type of pathology and severity of pathological changes in the soft tissues different reconstructive plastic surgery are performed.

New methods proposed and several of existing operations improved. Among the 44 observed patients long-term good results were in 86,4% (38 cases), satisfactory – in 13,6% (6 cases). Unsatisfactory remote results were not. A careful study of patient's pathology of periorbital area, the correct indications for different methods of reconstructive plastic surgery, improvement of treatment strategies and techniques of surgical interventions, use of the optical magnification and precision technique, as well as careful technical performance of operations allowed the authors to achieve positive (good and satisfactory) long-term results in all cases.

Key words: periorbital area, blepharoptosis, epicanthus, coloboma

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Курбанов Убайдулло Абдуллоевич – профессор
кафедры хирургических болезней № 2 ТГМУ;
Таджикистан, Душанбе, пр. Рудаки, 139
E-mail: kurbonovua@mail.ru