

Выбор метода хирургического лечения рецидивирующих оперированных синильных энтропионов нижних век

С.А. КОРОТКИХ, Л.В. СПИРИДОНОВА

Областной клинический госпиталь для ветеранов войн
Екатеринбург, Россия

РЕФЕРАТ. в статье описывается методика хирургического лечения при рецидивах оперированных синильных энтропионов нижних век путём погружения пластин из биоматериала Аллоплант в специально созданные карманы нижнего века и наложения между этими карманами П-образных аллосухожильных швов. Описываемый метод обладает малой травматичностью, простотой исполнения, и может выполняться в амбулаторных условиях.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: энтропион, биоматериал Аллоплант для каркасной пластики века, аллосухожильные нити.

ВВЕДЕНИЕ

Среди различных причин возрастных дислокаций нижнего века синильный энтропион представляет собой довольно значительную и тяжело поддающуюся коррекции патологию, которая может привести к угрозе снижения зрения и потери глаза. Кроме того, без восстановления нормальной функции век невозможно выполнить ряд операций на глазном яблоке у пациентов пожилого возраста.

С возрастом в нижних веках происходят изменения, определяющие при соответствующих условиях появление заворота нижнего века. Развивается он, как правило, вследствие ослабления тургора кожи, тонуса орбикулярной мышцы в пальпебральной и орбитальной её порциях, перехлёсте пресептальной её части через претарзальную [3]. Мышца Риолана последней вовлекается в процесс старения и поэтому является наиболее сильной [4]. Поэтому тарзальная часть мышцы сокращается более энергично, и веко заворачивается внутрь. Способствует завороту нижнего века и старческая атрофия орбитального жира и обусловленный ею энофтальм. Смещённое кзади глазное яблоко не создаёт доста-

точной опоры для края века, что и приводит к возникновению его заворота.

Общеизвестно, что в норме тарзальная пластинка состоит из коллагеновых фибрилл примерно одного диаметра (60-70 мкм), проходящих в горизонтальном и вертикальном направлении по отношению к мейбомиевым железам. Эластическая ткань равномерно распределена между коллагеновыми волокнами [2]. Имеются указания на то [6], что нижняя тарзальная пластинка, начиная с 50-летнего возраста, резко уменьшается по вертикали, и к 70-годам подвергается частичной атрофии, что послужило основой для появления целого ряда операций по укреплению каркасной функции нижнего века [1,5].

Цель исследования

Совершенствование способов хирургического лечения рецидивирующих энтропионов нижнего века путём восстановления каркасных свойств века с применением биоматериала Аллоплант для каркасной пластики нижнего века и аллосухожильных нитей, произведенных во Всероссийском Цен-

те глазной и пластической хирургии (Уфа, Россия), которые в результате имплантации постепенно замещаются собственными тканями реципиента с полным восстановлением всех структур мягкого остова век [5].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

25 пациентов в возрасте 70-90 лет поступили с диагнозом рецидив оперированного заворота нижнего века. Давность первой операции исчислялась от нескольких месяцев до 5 лет. На основании имеющихся документов удалось определить, что пациентам ранее были выполнены операции по устранению сенильного энтропиона нижнего века следующими методами: операция Уиса; операция с удалением кожного лоскута; наложение Z-образных швов; создание дубликатуры тарзоорбитальной фасции.

У всех 25 больных было отмечено уменьшение высоты хряща нижнего века в среднем 3-4 мм; глаженность или полное отсутствие заднего ребра века; ширина межрёберного пространства насчитывала в среднем 1-1,5 мм. У всех пациентов наблюдалась дисфункция мейбомиевых желёз с наличием вязкого, мутного желтоватого секрета – признак хронического мейбомиевого блефарита.

Пациенты были разделены на две группы. 15 пациентам первой – контрольной – группы (15 глаз) была выполнена операция Уиса по стандартной методике. Вторую – основную группу – составили 10 пациентов (12 глаз). Пациентам основной группы была выполнена каркасная пластика нижнего века с применением биоматериала Аллоплант и аллосухожильных нитей в нашей модификации. За основу была взята каркасная тарзомаргопластика при сенильном энтропионе нижнего века, предложенная Е.Э. Кугоевой [1].

Данные хирургические вмешательства были проведены с января по май 2006 года.

Техника операции каркасной пластики нижнего века с применением биоматериалов Аллоплант

Алмазным ножом в области интермаргинального края во внутренней, наружной и средней части нижнего века выполнено 3 разреза длиной 4 мм, глубиной 8 мм. Расслоение нижнего века произво-

дится между хрящом и круговой мышцей глазного яблока. Три пластины из биоматериала Аллоплант размером 3x7 мм и толщиной 2 мм погружаются в созданные карманы на 1 мм глубже поверхности межрёберного пространства века. Гладкой стороной они должны прилежать к конъюнктивально-хрящевому слою нижнего века. На края раны накладываются 3 П-образных шва 8-0 для полного закрытия имплантата. Между созданными карманами производится наложение П-образных аллосухожильных швов с двумя иглками на концах нити: вкол в 1-1,5 мм от нижнего края хряща со стороны конъюнктивы, вкол второй иглой осуществляется на расстоянии 4-6 мм. Концы нитей выведены на кожу ресничного края нижнего века. Оба конца проведены навстречу друг другу параллельно интермаргинальному краю с захватом плотных структур ресничного края. В месте выведения концов нитей кожа тупо отсепарована. Нити завязаны, при этом регулируется положение ресничного края и века. Узлы погружены под кожу, на которую накладывается узловый шов шёлк 6-0.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В контрольной группе пациентов в сроке наблюдения от 6 месяцев до 1 года наблюдался рецидив заворота в 5 случаях. В основной группе рецидивов не было. В первые сутки после операции у пациентов основной группы наблюдался умеренно выраженный отёк нижнего века, положение нижнего века правильное, ресницы направлены в сторону от глаза. Швы с интермаргинального края нижнего века и с поверхности кожи сняты на 7 сутки после операции. При осмотре через 6 месяцев и через 1 год положение нижнего века правильное, край его прижат к главному яблоку, веко имеет ровные контуры, без деформаций и западений, тенденция к завороту не определяется. (рис. 1, 2).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наши исследования показывают, что рецидив оперированного сенильного заворота нижнего века связан с ослаблением каркасной структуры нижнего века – атрофией хряща.

Мы сочли целесообразным в случае рецидивирующих оперированных энтропионов нижнего века применять комбинированную методику по укреплению



Рис. 1. Больная К., 74 года. Рецидив оперированного атонического сенильного энтропиона нижнего века правого глаза



Рис. 2. Состояние после комбинированной методики каркасной таромаргопластики с применением биоматериалов Аллоплант. 10-е сутки после операции

нию каркасной структуры нижнего века за счёт имплантации в толщу века биоматериала Аллоплант для каркасной пластики и наложения П-образных аллосухожильных швов с целью фиксации и регулирования положения ресничного края и века.

Данная методика малотравматична, проста в исполнении, не требует специально разработанного

хирургического инструментария, может выполняться в амбулаторных условиях; она функционально и косметически более оправдана, позволяет повысить стабильность результата операции за счёт патогенетической направленности коррекции сенильного энтропиона и облегчить ведение послеоперационного периода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Груша О.В., Кугоева Е.Э. Каркасная тарзомаргопластика при инволюционном (сенильном) энтропионе нижнего века // Вестник офтальмологии, том №106, №6-1990г., с. 30-33.
2. Груша О.В., Фёдоров А.А. Клинико-морфологическое обоснование нижненааружной тарзопексии // Вестник офтальмологии 2001г., том №117, №4, с.8-10.
3. Джеймс Ф.Вендер, Дженис А. Голт // Секреты офтальмологии 2005г., с.24.
4. Каллахан А. // Хирургия глазных болезней –М.,1963г., с.47-76.
5. Камилов Х.М.,Ходжаев Д.Х., Каланходжаев Б.А. К оперативному лечению заворотов век и трихиаза // Материалы III Евро-Азиатской конференции по офтальмохирургии, Екатеринбург 2003г.,часть 2,раздел 8,с.34.
6. Huang T.T., Amayo E., Lewis S.R. // Plast. Rekonstr. Surg. - 1981. - Vol. 67,N5 - P. 585-590.