

ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ПАРАМЕТРОВ ГЛАЗНОЙ ЩЕЛИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЩАДЯЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ

Проведен анализ разработанных методов коррекции параметров глазной щели на основании проведенных оперативных вмешательств у пациентов с данной патологией. Разработанные щадящие методы хирургической коррекции позволяют сохранить правильное кровоснабжение и иннервацию в зоне вмешательства, обеспечивая оптимальную адаптацию краев раны, тем самым, достигая желаемого косметического эффекта.

Ключевые слова: коррекция, глазная щель, щадящие технологии.

Актуальность

В современной офтальмохирургии актуальной проблемой остается коррекция формы и параметров глазной щели. Ведущими хирургами предложены многочисленные способы пластических операций в области век, конъюнктивальной полости и глазницы [1].

Следует отметить, что пластика наружного угла глаза до сих пор является недостаточно изученным направлением.

Наиболее часто встречаемой патологией, требующей хирургических вмешательств, является укорочение глазной щели, которое может быть врожденным (короткость глазной щели), как правило, двусторонним, и приобретенным, как следствие травм, ожогов (анкилоблефарон), осложнение длительного блефароконъюнктивита и т. д.

Другая патология, требующая внимания, неполное смыкание век или лагофтальм. При этом паралитический или рубцовый лагофтальм, как известно, приводит к развитию ксероза глаза. Рубцовый лагофтальм устраняют путем восстановления века одним из методов кожной пластики. Паралитический лагофтальм, развивающийся при нарушении проводимости ветвей лицевого нерва, вследствие различных его заболеваний и повреждений – состояние тяжелое и трудно устранимое.

Предложенные методы устранения паралитического лагофтальма многочисленны (внутренняя тарсорафия, срединная тарсорафия, наружная – способы Грефе, Фукса, Эльшнига), не всегда достаточно эффективные, порой малоощадящие и оставляющие косметические заметные изменения.

Цель исследования

Целью настоящего исследования явилась разработка методов дозированной реконструк-

ции наружного угла глазной щели для адекватного ее укорочения или удлинения.

Материал и методы

Проанализированы результаты хирургической коррекции на примере 25 пациентов, прооперированных методом частичной дозированной кантотомии. Из них 15 пациентов (30 глаз) – с врожденной короткостью глазной щели и 10 пациентов (10 глаз) – с рубцовыми изменениями, вследствие травм.

25 пациентам с целью увеличения параметров глазной щели проводилась частичная дозированная кантотомия с местной пластикой: предварительно проводилась и выражалась в линейных единицах (миллиметры) степень удлинения глазной щели индивидуально для каждого пациента. Для точного проведения разреза мягких тканей наружного угла глаза проводилось расщепление век и наружной спайки на длину равную $1/4 - 1/5$ длины век.

При этом расщепление осуществлялось с учетом освобождения конъюнктивы века на глубину до 2,0–2,5 мм с соответствующим гемостазом (гемостатическая губка). Следующим этапом проводился дозированный разрез кожи век в области наружного угла с целью увеличения длины глазной щели до запрограммированного размера. Дозировка разреза достигалась с помощью созданного инструмента (В.Н.Канюков, 1993), представляющего собой кровоостанавливающий зажим, который имел метрический паз с ценой деления по 0,5 мм, что обеспечивало при сжатии кожи век и гемостаз, и дозированный разрез кожи век лезвием. Конъюнктиву век растягивали по краям созданного участка глазной щели, фиксировали узловатыми швами с краями кожи (№2003310 «Способ пластики наружного угла глаза», В.Н. Канюков, 1993).

В послеоперационном периоде все пациенты получали инстилляции антибактериальных и глюкокортикоидных препаратов.

2 группа – 28 пациентов (28 глаз) были прооперированы методом частичной блефарорафии по поводу вторичного лагофтальма, вследствие травм, ожогов, осложнений длительного блефароконъюнктивита.

При данном хирургическом вмешательстве первым этапом проводилось определение степени укорочения глазной щели, которое выражалось в метрических единицах. При этом обязательным условием являлось сопоставление анатомических изменений и соответствий функциональных составляющих.

После определения степени необходимого укорочения, проводились симметричные на верхнем и нижнем веках разрезы интермаргинальных пространств перпендикулярно длинной оси века на глубину 0,5-1,0 мм. От одного разреза до другого через наружный угол проводилось расщепление века на глубину до 2,0 мм (патент №2003311 «Способ блефарорафии», В.Н.Канюков).

Далее через кожу нижнего века и рану от расщепления века и через аналогичную, симметричную точку верхнего века с выходом на кожу, и обратно, проводилась лигатура к зоне первоначального вкола в веко. Шов 5.00 (полиметилметакрилат) выводили на нижнее веко через пуговицы, обе части П-образного шва стягивали и завязывали. Перед завязыванием швов специально созданным инструментом, представляющим собой пинцет с длинными браншами без зубчиков, разводили края века таким образом, чтобы кожа оставалась снаружи, а глубокая часть века оставалась изнутри от швов. Швы затягивали (как правило, достаточно было одного П-образного шва), завязывали на «бантик». В первые сутки после операции, если компрессия была недостаточной, шов развязывали и подтягивали, после чего снова завязывали.

В течение всего послеоперационного периода пациенты получали инстилляции антибактериальных и глюкокортикоидных препаратов. Швы обрабатывали раствором бриллиантовой зелени. Снятие швов производилось на 21 день (ориентировались по состоянию компрессии раны).

Результаты и обсуждение

Всего в Оренбургском филиале ФГУ МНТК «Микрохирургия глаза» имени акад. С.Н.Федорова с данной патологией прооперировано 53 пациента, из них 15 пациентов (30 глаз) с короткой длиной глазной щели, требующей увеличения; 28 пациентов (28 глаз) по поводу вторичного лагофтальма, требующие укорочения длины щели, и 10 пациентов с рубцовыми изменениями вследствие травмы, требующие той или иной коррекции глазной щели.

Сроки наблюдения составляли от 1 месяца до 3 лет.

Послеоперационный период во всех случаях протекал без осложнений. Образования грубой рубцовой ткани отмечено не было. Во всех случаях достигнут желаемый функциональный и косметический результат.

Заключение

Таким образом, разработанные щадящие методы уменьшения или увеличения параметров глазной щели являются оптимальными методами, при которых возможно произвести адекватную ревизию операционного поля, необходимую коррекцию параметров глазной щели индивидуально для каждого пациента.

Проведенное исследование подтвердило достижение прогнозируемого результата в хирургической коррекции параметров глазной щели, что несет не только эстетическое значение, но и подтверждает восстановление физиологических функций.

Список использованной литературы:

- 1.Зайкова М.В. Пластическая офтальмохирургия – М.: Медицина, 1980 – С. 151-154.
- 2.Канюков В.Н., Иванова И.И. Дозированная частичная постоянная блефарорафия // в сб.: Новые технологии микрохирургии глаза. -№1.– Оренбург: ИЧП «Агенство «Пресса», 1993 – С. 86-87.
- 3.Канюков В.Н., Иванова И.И. Дозированная частичная постоянная кантотомия // в сб.: Новые технологии микрохирургии глаза. -№1.– Оренбург: ИЧП «Агенство «Пресса», 1993 – С. 87-88.
- 4.Канюков В.Н., Иванова И.И., Хейфец В.Г., Семенченко С.И. Микрохирургия наружного угла века // в сб.: Новые технологии микрохирургии глаза. -№2.– Оренбург: ИЧП «Агенство «Пресса», 1994 – С. 32-33.
- 5.Плетнева Н.А. Хирургия вспомогательных органов глаза // Государственное издательство медицинской литературы, МЕДГИЗ, Москва, 1959 – С. 127-135.