

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ШОВНОГО МАТЕРИАЛА ПРЕМИЛЕНА В ХИРУРГИИ ВРОЖДЕННОГО БЛЕФАРОПТОЗА

С.А. Бабаев, А.М. Кадилова, Е.Ч. Орипова

Самаркандский Государственный медицинский институт,
Кафедра офтальмологии

Ключевые слова: врожденный блефароптоз, шовный материал, хирургическое лечение.

Таянч сўзлар : туғма блефароптоз, ип материали, жарроҳлик даво.

Key words: congenital blepharoptosis, stitch, surgical treatment.

Нами изучена эффективность хирургического лечения врожденного блефароптоза при помощи модифицированной операции (по методу Фридвальду-Гайтану) трапециевидного типа с использованием шовного материала премилена толщиной 4,0 или 5,0 мм у 25 детей в возрасте от 5 до 14 лет с врожденным блефароптозом. Применение премиленовой нити в операции в виде трапеции при устранении блефароптоза обеспечивает симметричное положение верхнего века и его подвижность, устраняет косметический дефект, а также улучшает остроту зрения и психологический статус больных.

КОНДЕНСИЛ БЛЕФАРОПТОЗНИНГ ЖАРРОҲЛИК ИШЛАРИДА ПРЕМИЛЕННИНГ ТИКУВ МАТЕРИАЛЛАРИ САМАРАДОРЛИГИ

С.А. Бабаев, А.М. Кадилова, Е.Ч. Орипова

Самарканд Давлат тиббиёт институти,
Офтальмология кафедраси

Конгенитал блефаропатиянинг жарроҳлик даволаш самарадорлигини ўрганиш усули (Фридвальд-Гайтан усули бўйича) 4.0 ва 5.0 мм шовлар ёрдамида, 5 ёшдан 14 ёшгача бўлган туғма блефароптозга эга 25 нафар болада қўлланилди. Блефароптозни бартараф этиш учун трапеция шаклида бонусен ипни ишлатиш юқори қўз ковокларининг носимметрик жойлашувини ва унинг харакатланишини таъминлайди, косметик нуқсонларни бартараф этади, шунингдек беморларнинг кўриш қобилиятини ва руҳий ҳолатини яхшилайди.

EFFICIENCY OF THE SUTURE MATERIAL OF PREMILEN IN SURGERY OF CONGENITAL BLEPHAROPTOSIS

S.A. Babayev, A.M. Kadirova, E.CH. Oripova

Samarkand State Medical Institute,
Department of Ophthalmology

We have studied the efficacy of surgical treatment of congenital blepharoptosis using a modified operation (according to the Friedenwald-Huyton method) of a trapezoidal type using 4.0 or 5.0 mm sutures, in 25 children aged 5-14 years with congenital blepharoptosis. The use of the bonusen thread in the operation in the form of a trapezium for the elimination of blepharoptosis provides a symmetrical position of the upper eyelid and its mobility, eliminates the cosmetic defect, and also improves visual acuity and the psychological status of the patients.

Актуальность. Врожденный птоз – это аномальное низкое положение верхнего века, приводящее к частичному или полному закрытию глазной щели. Опущение верхнего века возникает вследствие отсутствия или ослабления действия мышцы-леватора, поднимающей веко или у нее нарушена иннервация. Также, причинами могут стать наследственные генетические аномалии, патология беременности или родов. При таком положении века часто наблюдается раздражение и повышенная утомляемость глаза, необходимость запрокидывать голову назад для лучшего обзора, развитие «двоения в глазах» и косоглазие [2,4,6]. Блефароптоз является не только косметической проблемой, приводящей к социальной дезадаптации ребенка, но и в целом ряде случаев приводит к значительным функциональным нарушениям органа зрения, как обскурационная амблиопия, косоглазие, астигматизм, а также к нарушениям в шейном отделе позвоночника при вынужденном положении головы (поза «звездочета»). У детей школьного возраста птоз может стать причиной психологических проблем и низкой успеваемости в школе [1,3].

Актуальность проблемы обусловлена не только распространенностью заболевания, но и встречающимися до сих пор неблагоприятными исходами вследствие недостаточно раци-

онального и своевременного лечения. Устранить блефароптоз в настоящее время можно только хирургическим путем, причем ранняя коррекция птоза верхнего века не только улучшает внешний вид ребенка, но и предупреждает развитие амблиопии и косоглазия.

Существует множество ауто-и пластических операций при лечении птоза верхнего века, что свидетельствует о недостаточной эффективности любой из них. До настоящего времени продолжается дискуссия относительно выбора оптимального метода хирургической коррекции врожденных птозов верхнего века.

Выгодно отличается простотой операция по Фриденвальду-Гайтану с использованием шелкового погружного шва в виде трапеции. Но недостатком этой операции является возможность стойкого укорочения верхнего века из-за подтягивания его швами кверху. Описанные недостатки оказываются легко устранимыми, если заменить шелковину на тонкую синтетическую нить, которая обеспечит не только поднятие века кверху, но, и будучи растяжимой, позволит ему опускаться, а глазной щели - стыкаться во время сокращения круговой мышцы глаза. Одним из синтетических шовных материалов и является Премилен - нерассасывающаяся монофиламентная нить на основе полипропилена, доступна в синем цвете для лучшей визуализации. Премилен показан для сближения мягких тканей, включая офтальмологическую практику. Нити прилипают к тканям и особенно удобны там, где планируется их последующее удаление. Нить изготовлена по запатентованной технологии, не подлежит разрушающему или ослабляющему действию ферментов организма. Эти нити инертны в тканях и исследованиях сохраняют свою прочность в течение 2-х лет. Нити из полипропилена вызывают минимальную реакцию тканей и держат узлы лучше, чем большинство монофиламентных синтетических материалов.

Цель: изучить эффективность хирургического лечения врожденного блефароптоза при помощи модифицированной операции трапецевидного типа с использованием шовного материала премилена.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 25 детей в возрасте от 5 до 14 лет с врожденным блефароптозом. В 5 случаях процесс был двусторонним. Все больные были прооперированы по методу Фриденвальда-Гайтана с использованием погружных швов из тонких премиленовых нитей (в виде трапеции) толщиной 4,0 или 5,0 мм в зависимости от возраста больных и степени выраженности птоза в глазном отделении 1-клиники СамМИ с 2005 года. Операция отличалась меньшей травматичностью и более коротким восстановительным периодом. Эстетический и функциональный результат коррекции блефароптоза обычно сохранялся на всю жизнь. Офтальмологическое исследование включало: измерение ширины глазной щели, визиометрию, определение характера зрения по Белостоцкому-Фридману, рефрактометрию, скиаскопию с мидриазом и без-, уточнялись также функции глазодвигательных нервов, определение угла косоглазия по Гиршбергу, офтальмоскопию на прямом и обратном офтальмоскопе, экзофтальмометрию, определение объема аккомодации, конвергенцию, обзорную рентгенографию орбиты.

Показаниями к операции явились частичный и полный блефароптоз. При частичном блефароптозе использовались швы 5,0, при полном – 4,0. Все больные консультировались невропатологом, педиатром и ЛОР-врачом.

Техника операции: обработка операционного поля раствором бетадина, линии предполагаемого разреза чертили раствором зеленки. Производился надрез кожи верхнего века, отступя 5 мм от наружного угла и 3-4 мм от ресничного края, надрез в середине кожи верхнего века 3 мм от ресничного края, надрез кожи верхнего века, отступя 5 мм от внутреннего угла глазной щели.

Для проведения премиленовой нити использовалась большая хирургическая игла (ЗВ-1,3 x70). Первый вкол иглы производили (средний надрез) в кожу верхнего века, игла с нитью проводилась вдоль свободного края века под слоем мышц, непосредственно по хрящевой пластинке века кнаружи, где имеется надрез. Далее игла с нитью продвигалась в сторону внутреннего угла, где тоже имеется надрез. Далее иглу снимали с нити и в ушко вдевали

тот конец нити, который из места надреза тянулся и к наружному углу глазной щели и проводили под кожу вверх к области брови, слегка отклоняясь кнаружи. Место ее выкола в коже кончиком лезвия расширяли до 2х2,5 мм. Аналогичным образом проводился через кожу внутренний конец нити. Затем иглу вкалывали в область одного и другого надбровных надрезов и проводили навстречу друг другу, слегка поднимаясь вверх. В зоне соединения необходимо было сделать расширяющий надрез кожи длиной 3 мм, глубиной подкожно 4-5 мм. Концы нити поочередно подтягивали до тех пор, пока край века ровно встанет по верхнему краю лимба, обычно при этом добивались небольшого гиперэффекта.

Результаты и их обсуждение. В обследуемых нами группах пациентов в результате операции исправление блефароптоза по типу «трапеции» увеличивалась ширина глазной щели, улучшилось положение верхнего века, была достигнута симметричность глазных щелей и положение складки верхнего века. Во всех случаях зафиксировано открытое положение зрительной линии. У больных в раннем послеоперационном периоде в 90% случаев отмечен отек век, который спадал после закапывания противовоспалительных капель, несмыкание глазной щели в пределах 2-3 мм при взгляде вперед и во время сна, которое купировалось полностью через 2-3 месяца.

Критерием для оценки эффективности результата хирургического лечения служил уровень высоты края верхнего века по отношению к зрачку по методике С.К. Шариповой (2001 г.): I степень – край верхнего века находится на уровне верхнего края зрачка – 4 век, II степень – веко прикрывает $\frac{1}{2}$ зрачка – 2 века, III степень – верхнее веко прикрывает весь зрачок – 18 век.

У 2-х из 25 детей в первые 15 дней после операции отмечался легкий ксероз роговицы, который был устранен с помощью глазных капель «искусственная слеза». В 1-м случае наблюдалось нагноение в области операционной раны, причиной осложнения которой явилось недостаточное глубинное погружение концов нити в подкожный карман. Рана обрабатывалась раствором бетадина, закладывалась тетрациклиновая мазь. Процесс купировали. Гипоэффект операции наблюдался лишь в 2-х случаях, гиперэффект – в одном случае, который исправили спустя 1,5 месяца, нить была удалена и сразу вслед за этим провели новую. Верхнее веко несколько опустилось, но стало намного лучше, чем до операции, и это удовлетворяло пациента.

У остальных больных после проведенного хирургического лечения отмечено симметричное положение верхнего века. При одностороннем птозе результат считался хорошим, если ширина глазной щели становилась симметричной. Острота зрения всегда была ниже со стороны у обследованных нами больных, она была всегда ниже, что связано с обскурационной амблиопией. После проведенной блефаропластики при одномоментной окклюзии здорового глаза, в дальнейшем, отмечалось умеренное улучшение остроты зрения, что и привело уменьшению угла косоглазия.

Выводы. 1. Применение премиленовой нити в операции в виде трапеции при устранении блефароптоза обеспечивает симметричное положение верхнего века и его подвижность.

2. Проведенная операция приводит не только к устранению косметического дефекта, а также улучшению остроты зрения и психологического статуса больных.

Использованная литература:

1. Боброва Н.Ф., Тронина С.А., Хриненко В.П. Резекция леватора – операция выбора в лечении врожденных блефароптозов. // Перспективы развития детской офтальмологической службы. Ташкент. 2005. С. 112-113.
2. Валиев К.С., Ходжаев Д.Х. Наш опыт хирургического лечения врожденного птоза верхнего века. // Перспективы развития детской офтальмологической службы. Ташкент. 2005. С. 116-118.
3. Горкин А.Е., Попова Н.А., Сорокина Опыт применения различных синтетических материалов в хирургии врожденного блефароптоза с отсутствием функции леватора // Точка зрения. Восток-Запад. М. 2007. №4. С. 90-91.
4. Даниличев В.Ф. Современная офтальмология. СПб.: «Питер», 2000. С.387-392.
5. Краснов М.Л., Беляев В.С. Руководство по глазной хирургии. М., 1988. С. 64-67.
6. Allard F.D., Durairaj V.D. Current techniques in surgical correction of congenital ptosis. Middle East Afr. J. Ophthalmol. 2007; 17. P. 129-133.