

В.И.Малаховская, А.И.Неробеев

Кафедра косметологии и реконструктивно-восстановительной хирургии РМАПО

ОСОБЕННОСТИ БЛЕФАРОПЛАСТИКИ ПРИ ОРИЕНТАЛЬНОМ РАЗРЕЗЕ ГЛАЗ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АППАРАТА «СУРГИТРОН»

Особенности выполнения блефаропластики ориентальных век связаны с отличиями от европейских или так называемых «кавказских» век. К отличительным особенностям «кавказских» век относятся: толстая кожа и её избыточное количество, избыточное количество орбитальной и подкожной клетчатки, пресептальное и претарзальное пространства, низкое расположение или полное отсутствие пальпебральной складки, направление роста ресниц вниз и наличие эпикантусов.

В связи с этим блефаропластика ориентальных век направлена на устранение избытка мягких тканей, создание пальпебральной складки и коррекцию эпикантусов.

Ведущим отличительным признаком восточных век и основной причиной обращения пациентов является отсутствие складки на верхнем веке.

Анатомическое обоснование образования складки верхнего века было впервые выдвинуто Sayos в 1954 г., в дальнейшем подтверждено анатомическими изысканиями других авторов и стало классическим. Соответственно этому, пальпебральная складка является результатом соединения орбитальной перегородки и апоневроза леватора над верхним краем хряща века и отхождения части волокон сухожилия поднимателя верхнего века в горизонтальном направлении. Последние проходят круговую мышцу глаза и фиксируются в нижнем субдермальном слое, образуя характерную борозду, избытки кожи, мышцы и, соответственно, выбухающей клетчатки, нависают над бороздой, образуя складку. У ориентальных век соединение орбитальной перегородки и апоневроза леватора происходит ниже верхнего края хряща верхнего века, в результате чего избытки орбитальной клетчатки опускаются вниз. Отходящие от апоневроза леватора волокна подходят к дерме у ресничного края. Избыточное количество клетчатки делает эту борозду малозаметной.

Многочисленные методы формирования пальпебральной складки можно разделить на безинцизионные, или «шовные», и инцизионные. Шовные методы основаны на полнослойном прошивании века на уровне хряща или выше. Складка образуется за счет образования рубцов на месте лигатуры. Эти методы показаны только в случаях отсутствия избытков мягких тканей.

Инцизионные методы отличаются по количеству иссекаемой кожи, мышцы и клетчатки, а также различными вариантами наложения швов с целью формирования складки. Среди последних - способы формирования складки без проведения фиксации, способы дермоапоневротической, дермотарзальной фиксации и их сочетания, а также дермосептальная фиксация и методы устранения эпикантусов.

Наш опыт основан на хирургическом лечении 30 пациентов за период 1997-2000 гг, из них 25 женщин и 5 мужчин в возрасте от 14 до 54 лет. Полное отсутствие пальпебральной складки имелось у 19 человек, из них в 15-и случаях двухстороннее и в 4-х случаях - одностороннее, у 4 пациентов имелась гипоплазия пальпебральной складки, у 7 пациентов имелись возрастные изменения век, из них в 5-и случаях - блефарохлазис и в 2-х – дермохлазис. Эпикантусы имелись у 25 пациентов, при этом в 9 случаях соответствовали I типу по классификации Park, в 17-и случаях – II типу и у 7 пациентов – III типу.

Планирование предстоящей операции было основано на анализе местного статуса и желаний пациента. При этом учитывали:

- ◆ форму и размер глазной щели;
- ◆ наличие и степень выраженности пальпебральной складки;
- ◆ величину орбиты и глазного яблока, положение верхнего орбитального края по отношению к глазной щели;
- ◆ величину избытка мягких тканей;
- ◆ наличие и тип эпикантуса.

С целью формирования складки мы проводили дермоапоневротическую и дермосептальную фиксацию.

Высота формируемой складки варьировалась от 6-ти до 9-ти мм от ресничного края по среднезрачковой линии. Разметка и оценка величины иссекаемой кожи производилась так же, как и при стандартной блефаропластике, однако форма разреза в области внутреннего угла глаза варьировалась в зависимости от типа эпикантальной складки, способа ее коррекции и высоты формирования складки. Так, разрезы, заканчивающиеся внутри эпикантальной складки, проводили в случаях, когда не планировалась ее коррекция и формирование низкой пальпебральной складки. Разрезы, переходящие в эпикантус, или над ним, использовали при коррекции эпикантальных складок и более высоком формировании пальпебральной складки. Величина иссекаемой кожи варьировалась от 5 до 15 мм в зависимости от возраста и ее избытков. Операция включала в себя иссечение кожи и фрагмента круговой мышцы глаза над нижним разрезом величиной 3-5 мм, рассечение орбитальной перегородки на всем протяжении и удаление избытка орбитальной клетчатки и фрагментов клетчатки в пресептальном пространстве. Дермоапоневротическую фиксацию проводили, накладывая 3 погружных шва между дермой нижнего края разреза и апоневрозом леватора нитью 6/0 в проекции среднезрачковой линии и краев радужки. При выполнении дермосептальной фиксации орбитальную перегородку рассекали только для удаления орбитальной клетчатки с последующим наложением погружных швов между дермой и орбитальной перегородкой. С целью коррекции эпикантальной складки использовали Z-пластику перераспределением тканей и иссечением ее избытков.

Важным аспектом успеха в хирургическом лечении является использование радиоволнового скальпеля «Сургитрон™». В процессе работы мы определили для себя основные этапы его применения. При первых операциях разрез кожи проводили с использованием прибора – ткани рассекали легко, элементов обугливания нет, однако из-за того, что приходится иссекать эллипсоидный участок кожи длиной 4,0см это замедляет время оперативного вмешательства. Кожа век чрезвычайно подвижна, поэтому после её растяжения раствором анестетика иссекали её скальпелем. Дальнейшее вмешательство осуществляли электроскальпелем, которым и проводили гемостаз после удаления кожи.

Наиболее удобный режим работы – «резание-коагуляция». В этом режиме рассекали ткани орбитальной перегородки и начинали удаление жировой клетчатки. После освобождения половины предполагаемого объёма удалённой клетчатки переходили в режим «коагуляция», с помощью которого удаётся практически бескровно закончить этот этап операции.

К осложнениям, которые у нас возникали, мы можем отнести, как уже было отмечено, неглубокую складку или её исчезновение при дермосептальной фиксации, которые возникли у 2-х пациенток с полным отсутствием последней.

Повторные операции с проведением дермоапоневротической фиксации позволили исправить ситуацию. Возникновение птоза произошло у нас при повторной операции, который был устранён путём рефиксации апоневроза леватора. В двух случаях имелось прорезывание единичных швов и просвечивание через кожу, последние были удалены. Гипертрофические рубцы имелись у 3-х пациенток в области внутренних углов глаз после коррекции эпикантальных складок. В этих случаях были использованы обкалывания кортикостероидами с полным излечением.

Таким образом, исходя из нашего опыта мы пришли к следующим выводам:

Выбор метода операции и уровень формирования пальпебральной складки должны быть основаны на анализе местного статуса с учётом желаний пациентов.

Глубина формируемой пальпебральной складки зависит от величины иссекаемых мягких тканей и методе фиксации.

Проведение дермоапоневротической фиксации позволяет сформировать глубокую, постоянную пальпебральную складку и исправить положение ресниц.

Коррекция эпикантуса должна быть направлена на визуализацию внутреннего угла глаза и гармонизацию формы глазной щели.

Операцию лучше проводить с использованием радиохрургического скальпеля.