

Б.БЕЙДЖИ, Р.КЕМСТЕР

Отделение офтальмологии, госпиталь университета Norfolk & Norwich,
графство Норвич, Великобритания

ХИРУРГИЧЕСКАЯ БЕСШОВНАЯ ОПЕРАЦИЯ ПО ПОВОДУ ЭНТРОПИОНА – НОВАЯ ТЕХНИКА

Цель исследования

Считается, что инволюционный энтропион возникает вследствие горизонтальной вялости века, векозрачкового перекрытия и вялости или расхождения/разрыва втягивающего мускула нижнего века. Мы полагаем, что септальная вялость с пролапсом пред-апоневрозной орбитальной жировой клетчатки и перекрытие предсептальной орбикулярной мышцы являются основными причинами энтропиона.

Исследования с помощью магнитно-резонансной томографии показали, что у пациентов с энтропионом передние и задние пластинки века не движутся вместе как одно целое при движении века (рис. 1). Когда у пациентов без энтропиона глаз смотрит вниз, как передние, так и задние пластинки движутся вместе с ним. У пациентов с энтропионом движение века такое же или более сильное, чем у нормального века, но из-за септальной вялости существует пролапс орбитальной жировой клетчатки по направлению вперед, вызывающий перекрытие предсептальной орбикулярной мышцы и как следствие – развитие энтропиона.

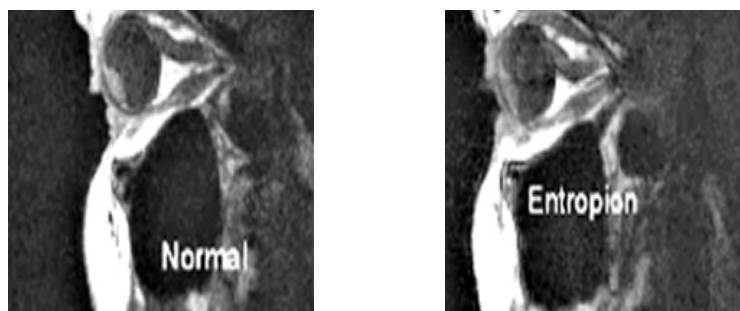


Рис. 1. Сагиттальные томографические срезы у пациента, сравнивающие нормальное века и веко с энтропионом и пролапсом пред-апоневрозной жировой клетчатки.

Для коррекции септальной вялости и лечения энтропиона мы разработали простую технику, используя радиоволновую энергию для стимулирования предсептального воспаления, которое вызывает подтягивание перегородки.

Материалы и методы

В исследовании участвовали 100 повторных (ранее лечившихся) пациентов с инволюционным энтропионом. Для подкожной инфильтрации нижнего века использовали местный анестетик (2% лидокаин с адреналином 1 : 80000). Операции выполнялись с помощью радиоволнового прибора с 2 частотами «Сургитрон DF 120» производства фирмы Ellman International, inc. и специально разработанного электрода (рис. 2, 3). Выполнялись 3 поперечных субтарзальных разреза длиной 1 - 2 мм. Затем через эти разрезы электрод вертикально вставлялся в под-орбикалярную область, стараясь не деформировать нормальное анатомическое положение границы века по отношению к главному яблоку (рис. 4). Радиоволновая энергия подавалась на перегородку в течение 15 – 25 секунд в каждом из 3 ранее сделанных разрезов до появления субклинического энтропиона.

В послеоперационном периоде пациентам назначали местное применение 0,1% дексаметазона в каплях в течение 2-х недель. Проводили осмотр пациентов через 1 неделю, 1 месяц, 6 месяцев и 1 год после операции. Операция считалась успешной при отсутствии рецидивов энтропиона в конце отдаленного периода (спустя 1 год после операции).

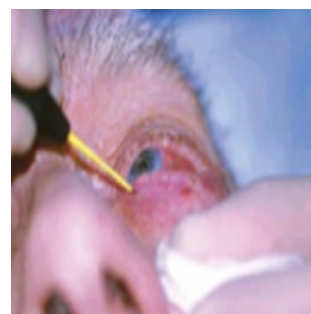


Рис.2. Радиоволновой высокочастотный прибор «Сургитрон DF 120» и наконечник-держатель с поперечного субтарзального вставленным специально разработанным электродом. разреза.

Рис. 3.

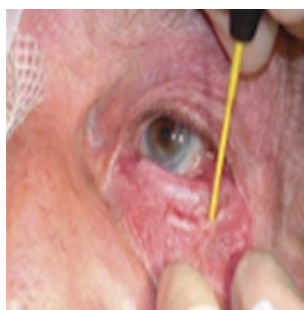
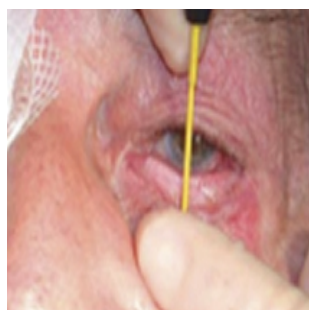


Рис. 4. Положение электрода во время активации прибора (подачи энергии).

Результаты

Были обработаны 114 глаз у 100 пациентов: правых глаз – 51, левых глаз – 25 и 14 случаев – операции на обоих глазах. В исследовании участвовали 42 женщины и 58 мужчин в возрасте от 50 до 95 лет (средний возраст пациентов – 78 лет). 31 пациенту ранее уже выполнялись операции на веках по поводу энтропиона.

35 операций выполнялись в положении пациента сидя прямо в кресле, остальные – при положении пациента отклонившись назад (рис. 5). Препараты – антикоагулянты не использовались. В среднем операция длилась 5 минут.



Рис. 5. Операция выполняется в положении пациента сидя прямо.

В среднем последующее врачебное наблюдение составляло 9 месяцев (от 2 до 15 месяцев). В конце периода наблюдения показатель эффективности составил 78% (89 глаз).

Избыточное выворачивание эктропиона отмечено на 8 глазах. У 3 пациентов коррективка была достигнута с помощью массажа век, и у 5 пациентов – путем резекции края века.

Рецидив энтропиона отмечен на 17 глазах (14%). Коррективка была выполнена путем повторной высокочастотной радиоволновой операции у 14 пациентов, а у 3 пациентов – путем процедуры Quickert. В этих случаях удаленные части века отправлялись на гистологическое исследование. Было обнаружено продуктивное воспаление вдоль линии разреза с небольшими гранулемами вокруг рефракционных инородных тел, которые, возможно, являлись небольшими фрагментами вольфрама электрода, застрявшими в ткани (рис. 6).

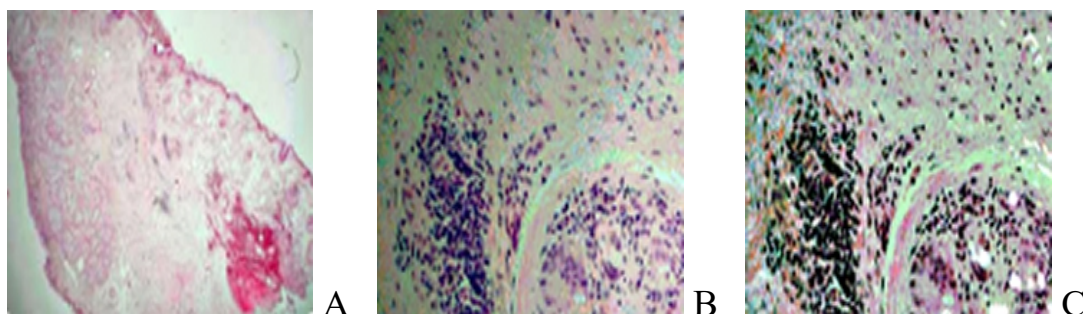


Рис. 6. Гистологический низкого разрешения поперечный срез века, показывающий продуктивное воспаление в предсептальных тканях вдоль линии разреза (А). Снимок гранулемы высокого разрешения (В).

Рефракционные инородные тела внутри гранулемы (С).

Обсуждение

Радиоволновая энергия вызывает сопротивление и нагрев ткани, которая за счет сокращения перемещает пред-апоневрозную жировую клетчатку и вызывает рубцевания и подтяжку перегородки.

Мы установили, что техника эффективна при лечении инволюционного энтропиона и особенно – у пациентов, которые слабы, не могут переносить положение откинувшись назад или проходят курс лечения антикоагулянтами. У данной техники хорошие показатели эффективности, она легко переносится пациентами и имеет хороший косметический результат. В случаях рецидива можно было легко применить эту технику еще раз.

Заключение

Процедура легко и быстро выполняется у любого пациента, но идеальна для лечения в положении сидя прямо «неподходящих» хирургических кандидатов. Легко может выполняться как амбулаторная операция, бесшовная, недорогая и быстрая.