

ИНВОЛЮЦИОННЫЙ (СЕНИЛЬНЫЙ) ЭНТРОПИОН НИЖНЕГО ВЕКА И СПОСОБЫ ЕГО КОРРЕКЦИИ

*Свердловский областной клинический госпиталь для ветеранов войн,
г. Екатеринбург*

В структуре заболеваний придаточного аппарата глаза, по-прежнему, важное место занимают сенильные заболевания век, частота которых не снижается, а, наоборот, в связи с ухудшением общей экологической обстановки, отсутствием надёжных средств профилактики, увеличением общей продолжительности жизни, возрастает [7]. Из изменений положений век наиболее часто встречается старческий заворот век. Данная патология развивается при сочетанном действии ряда патологических состояний: при атонии века, ослаблении или отрыве ретракторов нижнего века, перехлёсте круговой мышцы глаза (пресептальная часть круговой мышцы глаза перехлёстывает через претарзальную) и старческом энтофтальме [2]. В литературе Dalglish (1968) насчитывается более 80 способов оперативного лечения этого страдания [1]. Такое многообразие методов свидетельствует, что проблема лечения этого заболевания ещё не решена, эффект вмешательств зачастую недостаточен, непостоянен, нередко рецидивы. Поэтому вопрос лечения этой патологии остаётся актуальным. А. Каллахан выделяет три формы старческого заворота век: спастическую, атоническую, рубцовую [5]. При выборе метода оперативного лечения должны учитываться этиопатогенетические факторы, вызвавшие ту или иную форму старческого заворота век. В методах хирургической коррекции сенильных заворотов век условно можно выделить несколько групп:

1. Операции, воздействующие на кожу нижнего века:

— натяжение кожи нижнего века в вертикальном или горизонтальном направлении с последующим наложением, соответственно горизонтальных или вертикальных швов. (Blaskovics 1958; Graefe, 1964, С.К. Кривцов, 1965 и др.) [1]

2. Операции, воздействующие на круговую мышцу глазного яблока:

— давление на нижний край хряща, путём перемещения пучков круговой мышцы глазного яблока (Weekers, 1928; Trantas, 1913; А.А. Колен, 1959; Л.Х. Шоттер, 1956 и др.) [1]

— ослабление действия пальпебральной части круговой мышцы, путём иссечения или рассечения её (Kettesy, 1948; В.М. Остроумов, 1928; Л.Х. Шоттер, 1956 и др.) [1]

3. Операции, способствующие укорочению структур нижнего века:

— резекция наружной части каркасной структуры нижнего века с шовной фиксацией тарзальной пластинки к латеральному ретинакулуму и надкостнице [4]

4. Операции, способствующие восстановлению ретрактора нижнего века:

- пластика ретрактора [6]
- операция Уиса [2,5]

5. Имплантация в толщу века различных материалов для воссоздания каркаса века [3,7]

6. Сочетание этих методик.

Целью данной работы является анализ нашего опыта хирургического лечения сенильных энтропионов нижнего века.

Таблица

Вид оперативных вмешательств, выполненных в исследуемых группах

Вид операции	Исследуемые группы		
	I группа Ds: сенильный спастический заворот н/в 2-3 ст.	II группа Ds: сенильный атонический заворот н/в 2-3 ст.	III группа Ds: рецидив заворота н/в 2-3 ст.
	Количество операций		
Операция Цельза	1	2	–
Иссечение мышцы Риолана	2	–	–
Способ устранения заворота нижнего века дезэпителизованным кожно-мышечным лоскутом (заявка на изобретение рег. № 2007114828)	8	10	4
Нижнеларужная тарзопексия	5	6	3
Операция Уиса	5	6	3
Каркасная пластика н/в Уфимским «Аллоплантом»	–	5	5

Материалы и методы

Нами проанализированы результаты хирургического лечения пациентов с инволюционным энтропионом нижнего века за период с 2005 по 2007 годы. Все пациенты (60 человек, 65 операций) были разделены на 3 группы. В первую группу (21 человек, 21 операция) были включены случаи со спастическим сенильным заворотом нижнего века 2-3 степени. Во вторую группу (25 человек, 29 операций) вошли случаи атонического сенильного заворота нижнего века 2-3 степени. В третьей группе (14 человек, 15 операций) оперировались

пациенты в связи с рецидивом заворота нижнего века 2-3 степени. Эти пациенты были прооперированы ранее 2005 года в нашей, либо других клиниках города и области. Возраст больных варьировал от 68 до 87 лет. Срок наблюдения за прооперированными пациентами от 6 месяцев до 2 лет. Оперативные вмешательства, произведенные в исследуемых группах, представлены в таблице.

Результаты и обсуждение

В раннем послеоперационном периоде у пациентов 3-х исследуемых групп отмечались следующие виды осложнений: гипоеффект (9,5%), гиперэффект (7,2%) и рецидив заворота (8,4%).

При операции Цельза получается укорочение кожи века в горизонтальном направлении. Основное преимущество операции заключается в простоте техники. Однако операция Цельза недостаточно эффективна при выраженном завороте и не даёт успеха при его рецидиве. В раннем послеоперационном периоде нами отмечено 2 гипоеффекта и 1 рецидив из 3 прооперированных пациентов I и II групп.

Коррекция заворота путём иссечения мышцы Риолана эффективна только при спастическом завороте I степени. При выраженном спастическом завороте, при атоническом завороте любой степени и при рецидиве данная операция несостоятельна. В раннем послеоперационном периоде отмечен 1 гипоеффект и 1 рецидив. Потребовалось повторное вмешательство при рецидиве. Выполнена операция Уиса, заворот купирован.

При устранении заворота путём изменения направления натяжения круговой мышцы глаза с помощью деэпителизованного кожного-мышечного лоскута, фиксированного к перисту латерального края орбиты (заявка на изобретение рег. №2007114828) было отмечено 2 гиперэффекта у пациентов II группы в раннем послеоперационном периоде в виде выворота I степени. Через 1 месяц, после проведения пациентом рекомендованных упражнений на круговой мышце, веко приняло нормальное положение. В основу предложенного нами способа положено укорочение (натяжение) кожи нижнего века в вертикальном и горизонтальном направлениях с одновременным давлением на хрящ со стороны образованного деэпителизованного кожного-мышечного лоскута, вызывающего в противовес завороту небольшой выворот, а также ослабление действия претарзальной части круговой мышцы. Эффект от данной операции получается стойкий, благодаря чему она лучше применима при выраженном атоническом, спастическом завороте, а также при его рецидиве. При сроке наблюдения от 1,5 до 2-х лет, рецидивов заворота не было выявлено.

Из ранних послеоперационных осложнений при выполнении нижненааружной тарзопексии отмечалась гиперкоррекция у 2-х пациентов I группы, 1 пациента II группы и 1 пациента III группы. Выворот лёгкой степени был самопроизвольно устранён после снятия отё-

ка века и выполнения пациентом рекомендованных тренировочных упражнений на круговой мышце глаза. В сроке наблюдения 1,5-2 года ни у одного из пациентов рецидива заворота выявлено не было. Данный вид оперативного вмешательства способствует уменьшению растяжения века за счёт укорочения горизонтального размера тарзальной пластинки и фиксации её к краю орбиты. Этот метод показал высокую функциональную состоятельность и может использоваться при выраженной степени заворота и при его рецидиве. Недостатком метода является его техническая сложность, риск повреждения глаза, наружной прямой мышцы глаза, слёзной железы.

Принцип операции Уиса состоит в том, что ретрактор и круговая мышца глаза удерживаются на месте за счёт послеоперационного рубца. В раннем послеоперационном периоде были отмечены 4 гипозффекта и 4 рецидива у пациентов всех 3-х групп, 1 гиперэффект у пациентов II группы. Гиперэффект был устранён путём снятия швов, соединяющих кожно-мышечный и слизисто-хрящевой слои на 2-ые сутки после операции. Гипозффекты и рецидивы корригировались путём проведения операции устранения заворота деэпителизированным кожно-мышечным лоскутом в отсроченном периоде через 1,5-2 месяца. Операция Уиса проста в исполнении, не приемлема при завороте, сочетающимся с возрастным энофтальмом, растяжением связочного аппарата век, при атрофии хряща.

Укрепление каркасной структуры нижнего века, осуществлялось путём имплантации в толщу века трёх пластин из биоматериала «Аллоплант» для каркасной пластики века и наложения П-образных аллосухожильных швов с целью фиксации и регулирования положения ресничного края нижнего века. За основу была взята каркасная тарзомаргопластика при сенильном завороте нижнего века, предложенная Е.Э. Кугоевой [3,7]. Было выявлено 2 гипозффекта и 2 рецидива у пациентов II и III групп. Возникшие осложнения купированы через 1,5 месяца путём проведения нижненааружной тарзопексии. Отторжение трансплантата не было выявлено ни в раннем, ни в позднем послеоперационном периодах. Данная методика показана при завороте, связанном с ослаблением каркасной структуры нижнего века-атрофии хряща. Чаще всего атрофия хряща встречается при выраженном атоническом сенильном завороте или его рецидиве. В сочетании с нижненааружной тарзопексией эта методика даёт стойкий положительный функциональный результат.

В конечном итоге у всех исследуемых пациентов достигнуто правильное положение нижнего века, повторные вмешательства в течение периода наблюдения от 6 месяцев до 2-х лет не проводились.

Выводы

Хирургическую тактику при исправлении заворота век следует выбирать с учётом степени, механизма, вида заворота, давности заболе-

вания и характера процесса (первичный или рецидивирующий). Случайный выбор операции против заворота век приводит к неудачам.

Литература

1. Быстров М.П. // Офтальмологический журнал. – 1978. – №2. – С. 144-146.
2. Вэндер Джеймс Ф., Голт Дженис А. Секреты офтальмологии: Пер. с англ. М., 2005. – 462 с.
3. Груша О.В., Кугоева Е.Э., Груша Я.О. // Вестник офтальмологии. – 1990. – №6. – С. 30-33.
4. Груша Я.О., Фёдоров А.А. // Вестник офтальмологии. – 2001. – №4. – С. 8-10.
5. Каллахан А. Хирургия глазных болезней: Пер. с англ. М., 1963. – 387 с.
6. Катаев М.Г., Кащенко Т.П., Аклаева Н.А. Значение ретрактора нижнего века в офтальмопластике // Новые технологии в пластической хирургии придаточного аппарата при травмах глаза и орбиты в условиях чрезвычайных ситуаций и катастроф. Материалы конференции. М., 2007. – С. 51-52.
7. Кугоева Е.Э. Диагностика и лечение повреждений и заболеваний орбиты и век как структур придаточного аппарата глаза: Дис. ... докт. мед. наук. – М., 1997. – 353 с.

Э.А. Латыпова

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПЕРЕДНЕГО ОТРЕЗКА ГЛАЗ ПРИ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Уфимский НИИ глазных болезней, г. Уфа

Помимо экзогенных довольно многочисленна группа эндогенных конъюнктивитов, развивающихся при общих заболеваниях. Так, в офтальмологии известны ряд конъюнктивитов и блефароконъюнктивитов, сухой кератоконъюнктивит и др., обусловленные заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), эндокринной системы, аутоиммунной патологией [1,2,4]. Кроме того, при аллергических конъюнктивитах более 70% случаев выявляется сопутствующее аллергическое заболевание (аллергический ринит, астма или атопический дерматит) [3,5,6]. В этой связи обоснованным является изучение состояния конъюнктивы в момент обострения общей соматической патологии.

Материал и методы

В городской клинической больнице №21 г. Уфы (главный врач Хафизов Н.Х.) в период с 17.10.07 по 22.10.2007 г. проведено обследование 96 больных, из них 22 – в аллергологическом, 53 – в гастроэн-