

Валамина И.Е., Спиридонова Л.В., Цориев А.Э., Коротких С. А., Игумнова Ю.Э.,
Князева Е.С.

ИНВОЛЮЦИОННЫЙ ЭНТРОПИОН НИЖНЕГО ВЕКА: РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО ПОДХОДА.

ГОУ ВПО УГМА Росздрава, г.Екатеринбург
Свердловский областной клинический госпиталь для ветеранов войн
ОГУЗ СОПАБ, г. Екатеринбург.

ГУЗ СО «Институт медицинских клеточных технологий», г. Екатеринбург.

Актуальность

В структуре заболеваний придаточного аппарата глаза важное место занимают senile заболевания век, численность которых не снижается, а, наоборот, с увеличением общей продолжительности жизни возрастает [4,5], при этом одним из самых распространённых заболеваний является senile заворот нижнего века. Возникновение инволюционного энтропиона может быть спровоцировано различными факторами: внутриглазной хирургической операцией, длительным лечением стероидами, блефароспазмом при хронических блефароконъюнктивитах, некоррегированными аномалиями рефракции [1,2,3,4]. В механизме возникновения инволюционного энтропиона нижнего века играют роль: горизонтальное удлинение века из-за растяжения связок, отрыв, ослабление или лизис ретрактора, перехлест ресничной части круговой мышцы глаза через претарзальную, старческий миопталм [1,2,4,5]. В литературе насчитывается более 80 способов оперативного лечения этого заболевания. Большое число различных методов свидетельствует о том, что проблема лечения данной патологии ещё не решена.

Цель работы - клинико-морфологическое обоснование комбинированной методики хирургической коррекции инволюционного энтропиона.

Материалы и методы

Проведен анализ отдаленных результатов хирургического лечения инволюционного энтропиона у 175 пациентов, прооперированных за период с 2004 по 2008 годы в глазном отделении Свердловского областного клинического госпиталя ветеранов всех войн (всего 210 нижних век). Средний возраст больных - $78,2 \pm 1,2$ лет, мужчин - 56%, женщин - 44%. Комбинированное оперативное вмешательство, направленное на ликвидацию горизонтальной и вертикальной слабости нижнего века, проведено 63 пациентам (71 нижнее веко). В этой группе осуществлялась нижненаружная тарзопексия по методу Я.О.Груши, А.А.Фёдорова и пластика

ретрактора нижнего века путём его рефиксации к нижнепереднему краю хряща модифицированным способом Н.Кakizaki, M.Зако с фиксацией пресептальной части круговой мышцы нижнего века к нижнему краю хряща. Во второй группе, 63 пациента (71 нижнее веко), выполнялась коррекция вертикальной слабости нижнего века путем пластики ретрактора с фиксацией пресептальной части круговой мышцы к нижнему краю хряща. В третьей группе (43пациента) производилась коррекция горизонтальной слабости нижнего века путем нижненаружной тарзопексии.

Для выявления морфологических особенностей тканей придаточного аппарата глаза при сенильных заболеваниях век [5, 6] исследовались фрагменты ретрактора, претаральной мышцы и часть латерального канального сухожилия, удаляемые в ходе операций. Тканевые образцы фиксировались в 10% нейтральном формалине, проводились по спиртам возрастающей концентрации по стандартной методике, заливались в парафин с соблюдением топографической ориентации. Серийные срезы окрашивались гематоксилином-эозином, пикрофуксином по ван Гизону, орсеином по Вейгерту на эластик, ставились реакции Шик и Хейл на нейтральные и кислые гликозаминогликаны (ГАГ). В качестве контроля использовали трупный материал у лиц аналогичного возраста без патологии век.

Функциональное состояние ретрактора нижнего века, как наименее изученной структуры придаточного аппарата глаза, оценивали методом МРТ на магнитно-резонансном томографе PHILIPS GYROSCAN T5NT с напряженностью магнитного поля 0,5 Тесла. Исследовались пациенты одного возрастного периода ($75,5 \pm 1,6$ лет) с инволюционным энтропионом и без патологии век.

Результаты и обсуждение

Выявлено, что при комбинированной методике коррекции энтропиона рецидивы составили 3,4 %, в двух других группах рецидивы составили 10,5 % (выполнялась пластика ретрактора нижнего века) и 10,7 % (осуществлена нижненаружная тарзопексия). Средний контрольный срок обследования в первой группе составил 37 месяцев, во второй группе 24 месяца, в третьей 34 месяца.

Морфологические исследования показали, что в исследованных структурах как контрольной группы, так у лиц с инволюционным энтропионом, имеют место дегенеративные изменения. В частности, увеличивается удельный объем соединительнотканых структур в составе мышц, значительно расширяется пери- и эндомизий, имеет место выраженная атрофия мышечных волокон и очаговый миоцитоз. Это приводит к нарушению мышечно-соединительнотканых

соотношений, более выраженных у лиц с сенильной патологией век. Глубокие дегенеративные изменения происходят также в ретракторе и латеральном канальном сухожилии. Пучки коллагеновых волокон теряют структурированность, имеются очаги глиализации, либо волокна лежат рыхло, разнонаправлено. Эластические волокна фрагментированы, выражен эластоз. В межклеточном веществе - неравномерное распределение ГАГ.

Сопоставление морфологических изменений в ретракторе с данными предоперационных МРТ показало, что структурные нарушения в ретракторе сопровождаются его провисанием и появлением свободного пространства между ним и глазным яблоком, либо отрывом ретрактора.

Выводы

1) Формирование энтропиона обусловлено структурными изменениями в поддерживающем аппарате глазного яблока и функциональной неполноценностью и раскоординацией работы как горизонтального, так и вертикального компонентов.

2) Комбинированная методика, направленная на устранение всех основополагающих факторов в механизме возникновения инволюционного энтропиона нижнего века, а именно на горизонтальное и вертикальное растяжение нижнего века, смещение пресептальной части круговой мышцы глаза через претарзальную, даёт наименьший процент рецидивов и самые лучшие долгосрочные результаты в отдалённом послеоперационном периоде.

Литература

1. Груша Я.О. Клинико-морфологическое обоснование нижненаружной тарзопексии / Я.О. Груша, А.А. Фёдоров // Вестник офтальмологии.- 2001.Т.117, №4. - С.8-10.

2. Катаев М.Г. Значение ретрактора нижнего века в офтальмопластике /М.Г.Катаев, Т.П.Кашенко, Н.А.Аклава // Новые технологии в пластической хирургии придаточного аппарата глаза в условиях чрезвычайных ситуаций и катастроф: материалы. - Москва, 2007.- С.51 - 52.

3.Федоров А.А.Изменение каркасной структуры нижнего века при возрастных энтропионах /А.А.Федоров, Я.О.Груша //Рефракционная хирургия и офтальмология.- 2001.-Т.1.,-№2.-с.54-59.

4.Dalgleich R. Mechanics and histology of senile entropion / R.Dalgleish, J.L.S. Smith //Br J.Ophthalmol - 1966.-Vol.50. - P.79-91.

5.Kakizaki H. Modified Operation to Correcty Defecty and Fix the Lower Eyelid Retractor in Involutional Entropion /H.Kakizaki, M.Mito, Y.Kato // Jpn.J.Ophthalmol.-2005.- Vol. 49. -№4. - P. 330-332.

Авторы статьи:

Спиридонова Лариса Владимировна.

Почт. адрес 620036, г. Екатеринбург, ул. Соболева, д.21 корп.1 кв.168

Сот. тел.89045437315,д.т. 93432168738

Электр. адрес SLV.70@mail.ru