

ХИРУРГИЯ

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БЛЕФАРОХАЛАЗИИ И ЭПИКАНТУСА

У.А. Курбанов, А.А. Давлатов, З.И. Юнусова, С.М. Джанобилова
Республиканский научный центр сердечно-сосудистой и грудной хирургии;
кафедра хирургических болезней № 2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Работа посвящена актуальной проблеме эстетической хирургии лица - блефаропластике и кантопластике, выполненные 76 пациентам. Произведён анализ ближайших и отдалённых результатов операций, предложен альтернативный способ нижней блефаропластики. На основании изучения результатов различных способов блефаропластики и кантопластики установлено, что при блефарохалазии нижних век наиболее эффективным оказался предложенный авторами способ нижней блефаропластики, а для устранения эпикантальных складок и азиатских форм глаз самым оптимальным способом показало себя сочетание кантопластики с верхней блефаропластикой.

Ключевые слова: блефарохалазия, эпикантус, блефаропластика, эпикантопластика

Актуальность. Лицо является единственной частью человеческого организма, которая подвергается постоянному и непосредственному контакту с внешней средой. Негативные воздействия последней проявляются, прежде всего, увяданием мягких тканей лица [11].

Первые признаки возрастных изменений верхней зоны лица проявляются уже к 30 годам в виде провисания кожи верхних век и опускания концов бровей в силу гравитационного птоза, что придаёт лицу старый или усталый вид [6,10-13]. Нередко в области век возникают жировые грыжи из-за недостаточно прочного соединения кожи с мимическими мышцами. Кожа век практически лишена гиподермы, поэтому легко собирается в складки. Часто такой избыток кожи верхних век опадает на ресницы, что ограничивает поле зрения, а избыток кожи нижних век тёмного цвета образуют "мешки" под глазами. Сморщивание век образует морщины, направления которых параллельны круговой мышце глаза. Обычно морщинки около глаз формируются по типу "паутинки" или "гусиной лапки". Нижняя блефарохалазия, кроме выраженных морщин кожи, характеризуется ещё и выпиранием жировой ткани периорбитальной области вследствие слабости круговой мышцы глаза (рис. 1) [2,5,7,11].



Рис. 1. а и б - примеры возрастной блефарохалазии.

В связи с этим, очень высока обращаемость пациентов, особенно женщин, к пластическому хирургу с целью коррекции внешнего облика лица, притом в большинстве случаев они

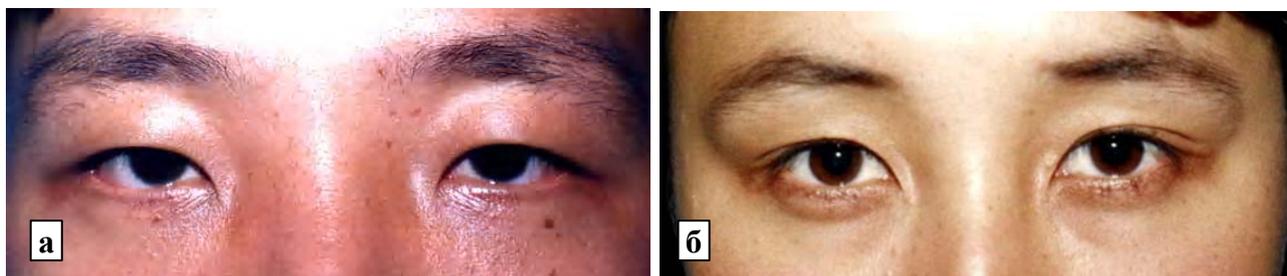


Рис. 2. а и б - азиатские формы глаз с наличием медиальных эпикантальных складок.

указывают на появление возрастных морщин вокруг глаз.

Азиатский вырез глаз или монголоидная складка, которая свойственна примерно 1/3 населению нашего региона, также является причиной эстетических неудобств. Типично азиатские глаза характеризуются узкой глазной щелью из-за отсутствия складок и наличия вертикальной натянутой кожи верхних век, прикрывающей внутренний кантус глаз (рис. 2) [1,2,11].

Цель работы: оценка результатов существующих способов блефаропластики и кантопластики, а также совершенствование тактических и технических аспектов их выполнения.

Материал и методы. В основе настоящего сообщения лежит анализ результатов эстетических операций на веках, выполненных в отделении реконструктивной и пластической микрохирургии РНЦСС и ГХ за последние 8 лет. В группу вошли 60 пациентов с блефарохалазией (возрастными и мимическими морщинами вокруг глаз) и 16 пациентов с азиатской формой глаз. Число женщин (64 случаев - 84,2%) значительно превалировало над пациентами мужского пола (12), что связано с повышенным эстетическим вниманием к себе представительниц "прекрасного пола". В возрастной группе до 30 лет было всего 15 (19,7%) пациентов, до 40 лет - 12 (15,8%), а наибольшее число составили лица свыше 40 лет - 49 (64,5%) случаев, что ещё раз подтверждает возрастную причину развития птоза век. Однако, для коррекции азиатского выреза глаза обращались молодые люди до 30 лет.

Одновременно верхняя и нижняя блефаропластика нами произведена в 40 (52,6%) случаях. В 12 (15,8%) случаях выполнена изолированная нижняя блефаропластика. Верхняя блефаропластика выполнена 16 (21,1%) пациентам, из них в 8 случаях блефаропластику сочетали с коррекцией медиального эпикантуса. Помимо этих 8 пациентов, ещё 5 мужчинам и 3 женщинам также устранили медиальные эпикантальные складки (табл. 1).

Таблица 1

Виды оперативных вмешательств на веках

Вид операции	Число	%
Одновременная верхняя и нижняя блефаропластика	40	52,7
Изолированная верхняя блефаропластика	8	10,5
Изолированная нижняя блефаропластика	12	15,8
Блефаропластика с кантопластикой	8	10,5
Кантопластика	8	10,5
Всего	76	100

Учитывая тонкое и сложное строение тканей периорбитальной области, нами использована прецизионная техника выполнения операции с использованием оптического увеличения (в 2,5 раза), что позволяло более точно дозировать глубину разреза и накладывать швы. Раз-

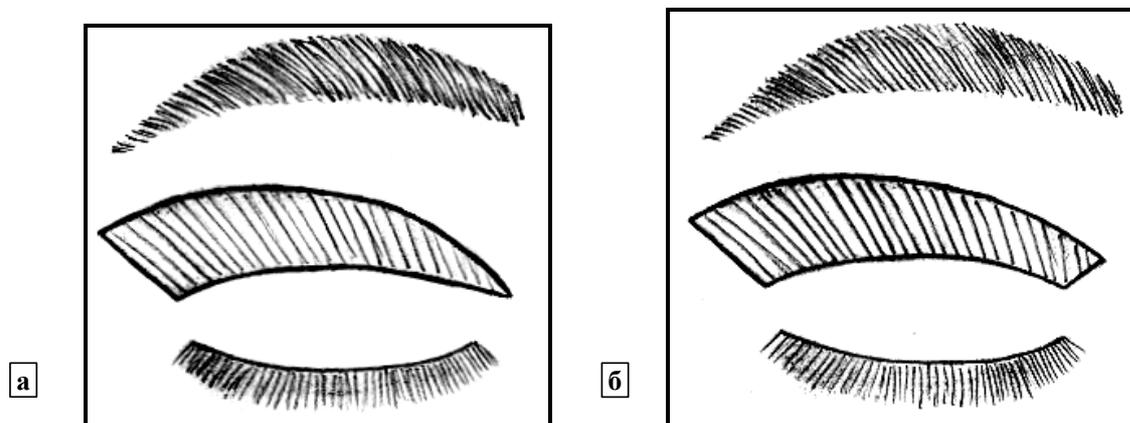


Рис. 3. Варианты схем верхней блефаропластики: а – первый вариант (верхний край разреза длиннее нижнего); б – второй вариант (длина верхнего и нижнего краёв приблизительно одинаковы).

рез кожи при верхней блефаропластике выполняли в два стандартных варианта, которые подробно описаны в руководствах по пластической хирургии. В начале внедрения блефаропластики разрез кожи 25 пациентам производили по первому варианту (рис. 3, а). С накоплением опыта, в связи с небольшим недостатком данной схемы, связанной с разной длиной верх-

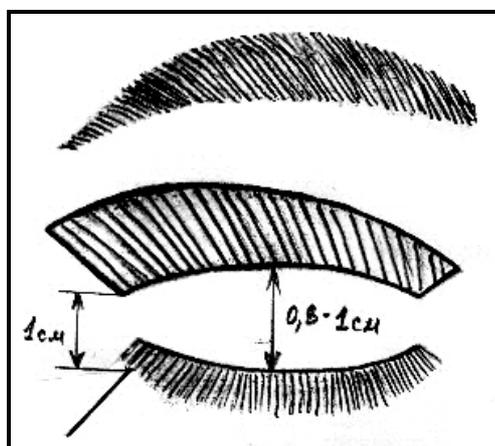


Рис. 4. Обязательные дистанции при одновременном выполнении верхней и нижней блефаропластики.

него и нижнего краёв раны, в 31 случае использовали второй вариант схемы верхней блефаропластики. При этом варианте длина верхнего и нижнего краёв раны становятся одинаковыми (рис. 3, б).

При одновременном выполнении верхней и нижней блефаропластики маркировку схемы разрезов следует проводить так, чтобы дистанция между разрезами верхнего и нижнего века у наружного угла глаза составляла 1 см. Нижний край разреза на верхнем веке должен располагаться на 0,8-1 см от ресниц (рис. 4).

Первым 30 пациентам нижнюю блефаропластику выполнили по стандартному способу. Нижняя блефаропластика в традиционном варианте выполняется разрезом кожи по реснич-

ному краю нижнего века до круговой мышцы глаза. Затем над круговой мышцей подпрепарируется кожа, которая практически не имеет подкожную клетчатку и, следовательно, является очень тонкой. Далее подпрепарированная, до уровня чуть ниже нижнего края глазницы, кожа без натяжения укладывается на своё место, и иссекаются её избытки. При этой методике, во-первых, нередко повреждается часть волокон круговой мышцы, во-вторых - в толще мышце трудно выделить жировой мешок и удалить капли жира, и, в-третьих - вследствие ухудшения кровообращения в дальнейшем происходит уплотнение кожи. Вышеуказанное зачастую является причиной лёгкого натяжения вниз ресничного края нижнего века. Эффект нижней блефаропластики при этом связан с образованием тонкого слоя рубцовой ткани между отпрепарированной кожей и круговой мышцей глаза, что иногда является причиной эктропиона нижних век.

В связи с указанными недостатками традиционного способа нижней блефаропластики нами разработан и внедрён новый способ нижней блефаропластики (Удостоверение на рац. предложение № 3176/Р-478, выданное ТГМУ от 21.05.2008г.). Сущность способа заключается во включении круговой мышцы глаза в состав подпрепарируемой кожи нижнего века и инфраорбитальной области.

Операция выполняется под местной анестезией 5 мл 0,8 % раствора лидокаина с адреналином (1:200000). Под оптическим увеличением у наружного угла глаза выполняется, в отличие от традиционного способа, горизонтальный разрез кожи, подкожной клетчатки и круговой мышцы по ходу кожной складки длиной около 1 см с переходом на латеральную часть ресничного края нижнего века (рис. 5). Далее по ресничному краю нижнего века круговая мышца отделяется от тарзальной пластинки и при помощи тонких ножниц рассекается кожа и круговая мышца по всей длине ресничного края нижнего века. Затем кожа вместе с круговой мышцей глаза подпрепарируется от нижней тарзальной пластинки (*Tarsus inferior*) в каудальном направлении, а у нижнего края пластинки - от перегородки орбиты или так называемой тарзоглазничной фасции (*Septum orbitale*) до уровня чуть ниже нижнего края глазницы. Ближе к нижнему краю глазницы поперечно рассекается перегородка орбиты. Единым блоком в рану выводится внутриорбитальная жировая клетчатка и при помощи электроножа иссекается необходимый его объём. Затем тонкой (6/0) рассасывающей атравматической нитью верхний край пересечённой перегородки орбиты ушивается к нижнему краю глазницы. Подпрепарированная кожа нижнего века и инфраорбитальной области вместе с круговой мышцей глаза укладывается на своё место, слегка натягивается латерально и иссекается соответственно

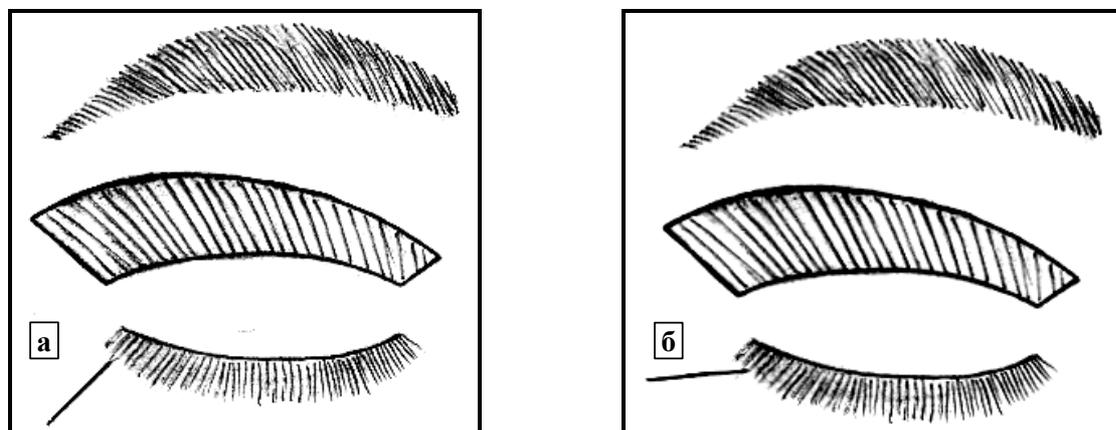


Рис. 5. Разрез кожи у наружного угла глаза при традиционном (а) и новом (б) способе нижней блефаропластики.

верхнему краю разреза. Производится тщательный гемостаз. Tarsus inferior слегка подтягивается кнаружу и подшивается к надкостнице скуловой кости. Наружный край круговой мышцы с целью создания тонуса также одним узлом подшивается к надкостнице скуловой кости. Рана зашивается внутрикожным швом тонкой нитью (пролен, нейлон 6/0) на атравматической игле. На рану накладывается стерильная полоска ("Steri-Strip"). Этим способом оперировано нами 7 пациентов.

В случаях блефарохалазии верхних век с азиатской формой глаз 8 пациентам сочетали верхнюю блефаропластику с кантопластикой. При этом верхнюю блефаропластику выполняли стандартным способом с удалением трёх капель жира, а эпикантус устраняли одним из предложенных способов. Приводим клиническое наблюдение.

Случай 1. Пациентка Р., 42 лет. Обратилась с жалобами на отвислые нижние и верхние



Рис. 6. а - тетралатеральная блефарохалазия у пациентки Р., 42 лет; б - схема выполнения разрезов (верхняя блефаропластика в сочетании с эпикантопластикой).

веки, наличие мешков под глазами и возрастных морщин вокруг глаз, причиняющих пациентке эстетические неудобства. После обследования и подготовки пациентке под местной анестезией произведена операция - верхняя блефаропластика в сочетании с эпикантопластикой и нижняя блефаропластика по стандартному способу. Послеоперационный период протекал гладко, заживление ран произошло первичным натяжением, отёки прошли через 7 дней (рис. 6).

Для коррекции медиальных эпикантальных складок, мы воспользовались, предложенными на сегодняшний день схемами Lin (VM-plasty), KunChul Yoon (one-armed jumping man incision - модифицированный способ Mustard`e), Won-Min Yoo (root-Z-epicanthoplasty) (рис. 7). При этом пластика внутреннего угла глаза позволила переместить прикрывающую кожу в медиальном направлении, тем самым раскрыть эту зону.

Приводим клинические наблюдения с устранением азиатской формы глаза.

Случай 2. Пациент Ц., 25 лет. Обратился с жалобами на эстетические неудобства, связанные с азиатской формой глаз и наличием медиальных эпикантальных складок. При объективном осмотре формы глазных щелей азиатские. У медиальных углов глаз с обеих сторон отмечаются умеренно выраженные эпикантальные складки. Функциональных и органических нарушений со стороны глазных яблок и периорбитальной области нет. После соответствующего обследования и подготовки под местной анестезией пациенту выполнена операция по устранению эпикантальных складок способом Lin (VM-plasty). Послеоперационный период протекал гладко, раны зажили первичным натяжением, отёк век прошёл через 5 суток. Эпикантальные складки устранились полностью. Пациент доволен эстетическим результатом (рис. 8).

Случай 3. Пациентка У., 22 лет, обратилась с жалобами на наличие эпикантальных складок и азиатской формы глаз, причиняющих ей эстетические неудобства. При объективном осмотре отмечаются умеренно выраженные эпикантальные складки у медиальных углов глаз. Эпикантальные складки продолжают вдоль верхних век, вызывая эффект верхней блефа-

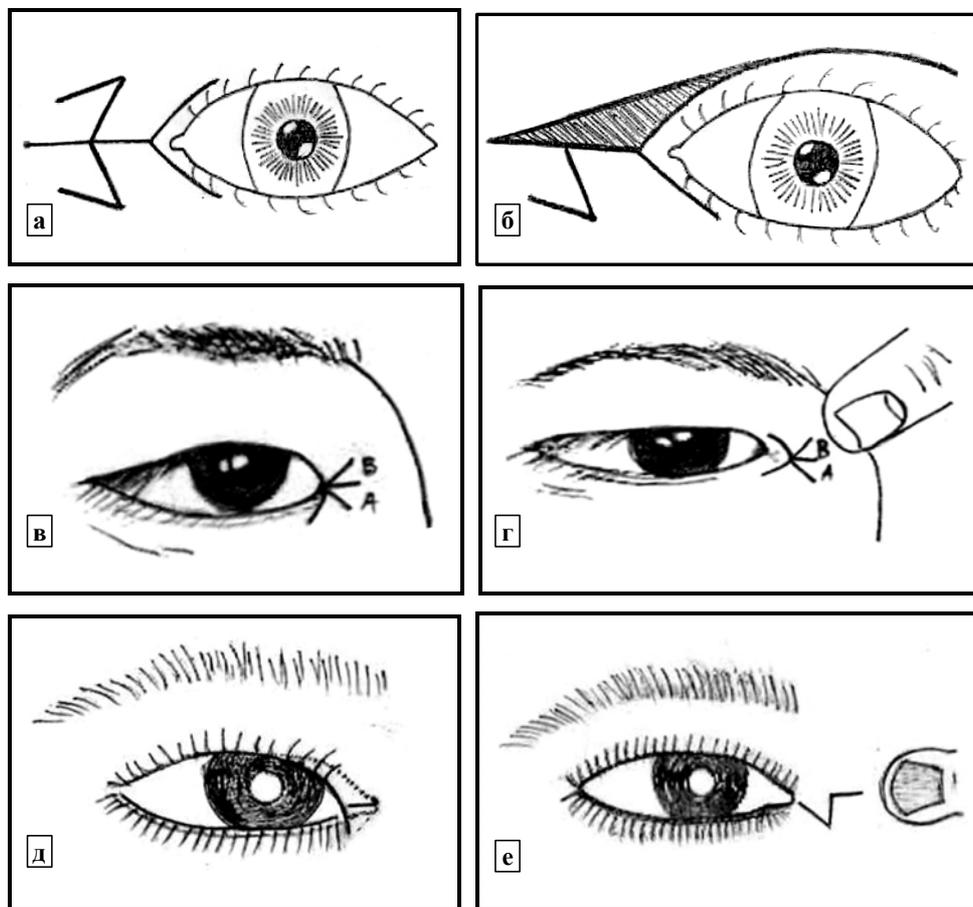


Рис. 7. Схемы кантопластики: а и б – модификация способа Mustard "e" по KunChul Yoon; в и г – способ VM-plasty по Lin; д и е – способ root-Z-epicanthoplasty по Won-Min Yoo.



Рис. 8. Устранение медиальных эпикантальных складок по схеме Lin (VM-plasty). а – схема разрезов кожи; б – вид глаз после устранения эпикантальных складок.



Рис. 9. Устранение медиальных эпикантальных складок по схеме KunChul Yoon (one-armed jumping man incision): а - схема разрезов кожи; в – вид раны после завершения операции

рохалазии. Глаза азиатской формы. Функциональных нарушений со стороны глаз и периорбитальных структур нет. После соответствующего обследования и подготовки пациентке под местной анестезией в сочетании с нейролептанальгезией выполнена операция устранения медиальных эпикантальных складок в сочетании с верхней блефаропластикой модифицированным способом Mustard'e (KunChul Yoon). Послеоперационный период протекал гладко, швы сняты на 5-7 сутки, заживление ран - первичным натяжением (рис. 9).

Кроме того, 7 пациентам с целью увеличения расстояния между бровями и линии роста ресниц на верхних веках наряду с верхней блефаропластикой была также выполнена подтяжка латерального края бровей, путём резекции участка кожи лба и наложения внутрικοжного шва по верхнему краю роста бровей.

Результаты и их обсуждение. Послеоперационный период у 74 оперированных протекал гладко, умеренно выраженный отёк век начал регрессировать на 3 сутки и на 7-8 сутки после операции стал практически незаметным. В последнее время для профилактики отёка век обязательным считали внутримышечную инъекцию 4 мг дексаметазона первые трое суток после операции, соблюдение малоподвижного режима, ограничение приёма жидкости и поваренной соли, покой глаз, что заметно улучшило течение ближайшего послеоперационного периода. Большинство пациентов через 2-3 часа после операции выписывались на амбулаторное лечение и лишь 23,7% (18 случаев) пациентов изъявили желание оставаться на стационарном наблюдении в течение 3-5 дней.



Рис. 10. Тетралатеральная блефаропластика: а (слева) - пациенты до операции; б (справа) - отдалённые результаты после операции.

По литературным данным после блефаропластики изредка возможно развитие таких осложнений, как эктропион и развитие подкожной гематомы. Ещё реже встречаются ретенционное слезотечение, диплопия, сухой кератоконъюнктивит, инцизионные кисты или милиа, ретробульбарная гематома [3,8,14].

В наших же наблюдениях после блефаропластики осложнение в ближайшем послеоперационном периоде отмечалось у одной пациентки в виде подкожной гематомы, которая устранена путём пункции. В отдалённом же послеоперационном периоде в одном случае имело место развитие эктропиона. Других видов осложнений у оперированных больных не отмечены.

Отдалённые результаты сроком более 6 месяцев изучены у 63 (82,9%) оперированных лиц. Критериями оценки результатов служили состояние нижних (морщины на коже, выпирание подглазничной жировой подушки, стояние ресничного края) и верхних век (отвислость кожи, степень выпирания жировой подушки), состояние послеоперационных рубцов, смыкание краёв век и субъективная оценка результата пациентом. Согласно этим критериям у 18 (28,6%) пациентов результаты были отличными и у 39 (61,9%) - хорошими (рис. 10).

Удовлетворительными считали результаты операции у 5 пациентов с выраженной дерматохалазией и отсутствием эластичности кожи лица, на фоне чего эффект блефаропластики оставался менее заметным.

Единственным неудовлетворительным результатом, как указано выше, было умеренное натяжение нижних век у одной пациентки после одновременно верхней и нижней блефаро-

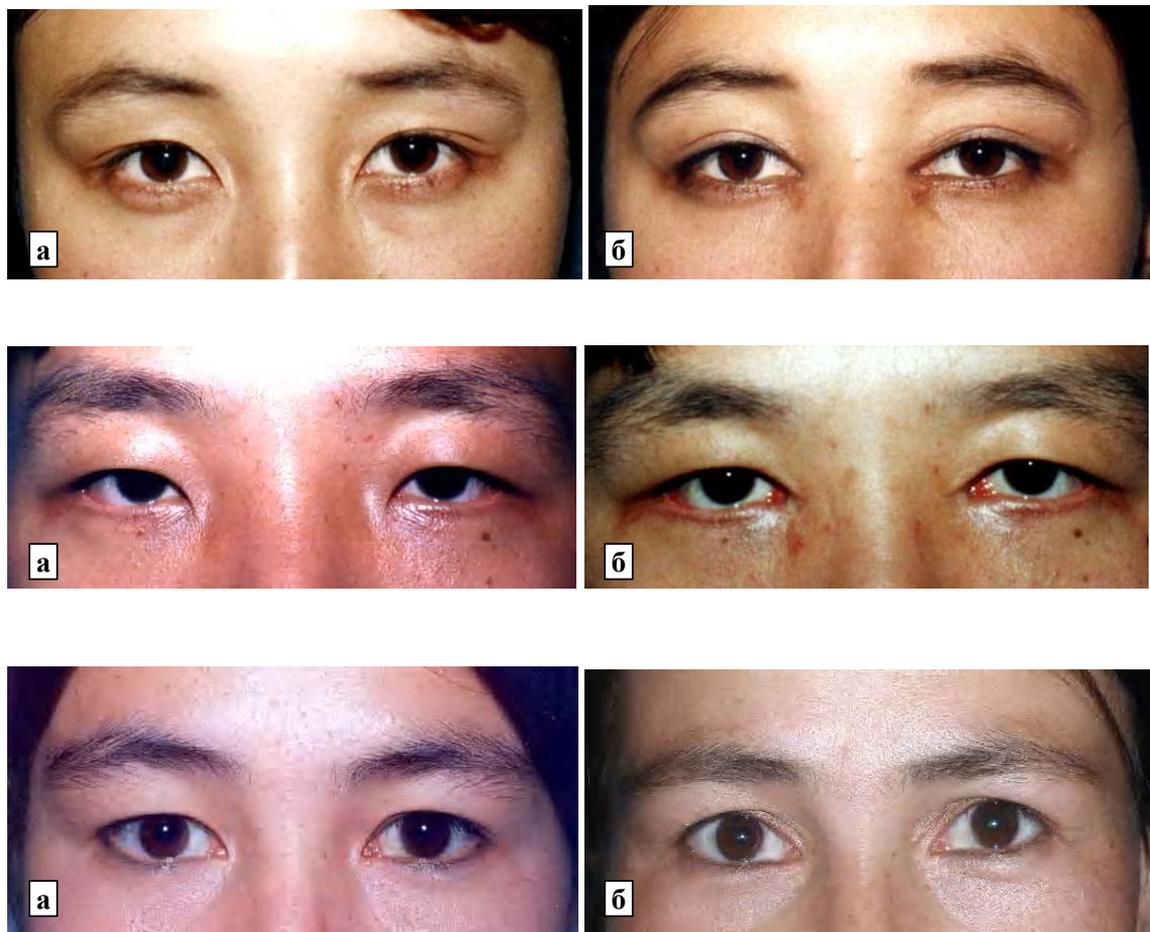


Рис. 11. Устранение эпикантальных складок в сочетании с верхней блефаропластикой: а (слева) – до операции; б (справа) – результат после операции.

пластики. Данной пациентке была выполнена повторная восстановительная операция, направленная на создание опоры нижнего века.

У всех 14 пациентов, которым выполнена нижняя блефаропластика по описанной нами методике, получены отличные непосредственные и отдаленные результаты без развития, каких либо осложнений.

Анализ полученных эстетических результатов после применения различных способов показал малоэффективность изолированной коррекции эпикантальных складок, и наилучший результат получен сочетанием способа устранения эпикантальных складок с верхней блефаропластикой, при европеизации азиатских век. Данный способ позволил достичь максимальной анатомической коррекции между соответствующими тканями внутреннего угла глаза (рис. 11).

Любые эстетические операции, а тем более операции на лице, требуют от хирургов большей ответственности, ибо всякое осложнение трагически воспринимается пациентами ввиду невозможности их скрыть от посторонних глаз. Как правило, в этих случаях пациенты не принимают оправданий, и могут создать негативную репутацию врачам и подорвать доверие других пациентов.

Поэтому главной задачей хирурга является правильный отбор и обследование пациентов, тщательное планирование коррекции возрастных изменений век и неудовлетворительных национальных особенностей в зависимости от конкретной ситуации, чтобы максимально добиться естественности формы в восстановленных веках. Правильно выполненная блефаропластика с соблюдением тонкостей хирургического вмешательства является наиболее благодарной операцией среди других пластических операций, так как не требует госпитализации, выполняется под местной анестезией, послеоперационный период малоболезненный, в течение короткого периода пациент реабилитируется и возвращается к привычной для него работе и образу жизни.

Следует отметить, что выполнение блефаропластики имеет не только эстетическое, но и медицинское показание.

Геронтологи утверждают, что в возникновении "экскавации" - углублении подорбитальной области ведущая роль принадлежит растяжению по направлению книзу латеральной части гипотоничной круговой мышцы глаза. К этому в последующем присоединяется смещение премаллярной жировой подушки, основание которой находится параллельно наружному краю орбиты и птоз утончённой кожи нижнего века [5]. Учитывая это, нами разработан и внедрён в клиническую практику вышеописанный способ нижней блефаропластики, при котором кожа нижнего века препарируется в комплексе с круговой мышцей глаза, а после резекции излишков тканей данной области, наружный край этой мышцы подшивается к надкостнице скуловой кости.

Вывод. Блефаропластика является довольно деликатным оперативным вмешательством, требующим от хирурга высокого мастерства и точности выполнения манипуляций. Использование оптического увеличения и прецизионной техники при блефаропластике обеспечивают высокую точность действий и минимальную травматизацию тканей. Наиболее эффективным способом при блефарохалазии нижних век, на наш взгляд, является предложенный нами способ нижней блефаропластики, результаты которой оказались наилучшими среди других способов. Для устранения эпикантальных складок и азиатской формы глаз самым оптимальным способом показало себя сочетание эпикантопластики с верхней блефаропластикой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баиров Б.К. Особенности коррекции возрастных изменений черт лица азиатской национальности // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. 2005. № 2. С.65
2. Белоусов А.Е. Влияние характеристик тканей лица на вероятность развития некоторых ос-

ложнений при пластике нижних век // *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии*. 2006. № 4. С. 50-51

3. Белоусов А.Е. Пластическая, реконструктивная и эстетическая хирургия// С-Пб., Гиппократ, 1998

4. Буриан Ф. Атлас пластической хирургии// Т 2. М., Медицина. 1967

5. Грищенко С.В. Профилактика и лечение негативных последствий эстетической блефаропластики//*Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии*. № 4. 2006. С. 66

6. Казинникова О.Г. Возрастные изменения тканей шейно-лицевой области // *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии*. № 1. 2000. С. 52-61

7. Луцевич Е.А. Функциональный и косметический аспекты эстетической блефаропластики // *Материалы VIII Съезда офтальмологов России*. М., 1-4 июня, 2005. С. 651

8. Пейпла А.Д. Пластическая и реконструктивная хирургия // Пер. с англ.- М.: БИНОМ. Лаборатория знаний. 2007

9. Пер Хеден Энциклопедия пластической хирургии// М., АСТ "Астрель", 2001

10. Суламанидзе М.А., Салти Д., Мачетти М. и соавт. Устранение морщин лица методом подкожного рассечения мягких тканей//*Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии*. 1999. № 3,4. С. 29-37

11. Фиршберг И.А. Эстетическая хирургия лица //М., ИКЦ "Академкнига", 2005

12. Швырёв С.П. Некоторые аспекты хирургического омоложения окологлазничной области // *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии*. 2000. № 1. С. 16-26

13. Швырёв С. П. Профилактика тактических и технических ошибок при выполнении наднадкошничной подтяжки верхних двух третей лица // *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии*. 1999. № 3,4. С. 13-27

14. McKinney P., Cunningham B., Knote G. *Plastische Chirurgie: Grundzuege und Methoden* / Muenchen; Wien; Baltimor: Urban und Schwarzenberg. 1984

ХУЛОСА

Муолиҷаи ҷарроҳии блефарохалазия ва эпикантус

У.А. Қурбанов, А.А. Давлатов, З.И. Юнусова, С.М. Чанобилова

Тадқиқоти мазкур ба масъалаи муҳими ҷарроҳии эстетикӣ рӯй - блефаропластика (тармими пилқҳо) ва кантопластика (тармими гӯшаи чашм), ки муаллифон дар 76 пацсиент гузаронидаанд, баҳшида шудааст.

Натиҷаҳои наздиктарин ва дуртарини амалиётҳои ҷарроҳӣ таҳлил шуда, усули алтернативии блефаропластикаи поёнӣ пешниҳод шудааст.

Дар асоси омӯзиши натиҷаҳои усулҳои гуногуни блефаропластика ва кантопластика муайян карда шудааст, ки ҳангоми блефарохалазияи пилки поёни чашм усули пешниҳоднамудаи муаллифон самарабахштар мебошад. Усули беҳтарини бартараф кардани эпикантус ва шакли чашмони осиеӣ - ин истифодаи яқояи кантопластика бо блефаропластикаи болоӣ мебошад.

Summary

SURGICAL TREATMENT OF BLEPHAROCALASIS AND EPICANTUS

U.A. Kurbanov, A.A. Davlatov, Z.I. Yunusova, S.M. Janobilova

The article is to actual problem of aesthetic surgery of face (blepharoplastic and cantoplastic in 76 patients) dedicated. The analysis of near and distant results of the operations is made, alternative method of lower blepharoplasty is worked out. On base of the study of different methods of blepharoplasty and cantoplasty there is observed that by blepharochalasis of lower eyelid our method is the effectivest, and for the removal of epicantus and Asiatic eye-forms the most optimal method is the combination of cantoplastic and upper blepharoplastic.

Key words: blepharochalasis, epicantus, blepharoplasty, epicanthoplasty