

# Варианты применения аллосухожильных швов в хирургическом лечении птозов верхнего века

Аммар Табет Али, И. Ю. Мазунин, С.Б. Протопопов, Е.В. Бордзиловская

Кафедра глазных болезней  
ГОУ ВПО НИЖГМА РОСЗДРАВА, Нижний Новгород

## Реферат

---

Изучены варианты применения аллосухожильных швов для лечения блефароптозов. У 45 больных на 56 глазах при птозах с отсутствием функции леватора было выполнено соединение верхнего века с лобной мышцей, включающее иссечение полулунного кожного лоскута и проведение внутренних аллосухожильных швов, проходящих от верхнего края хряща до зоны верхнего края брови. На кожный разрез накладывался микрохирургический шов. Вмешательство позволяет также ликвидировать блефарохлазис. У пяти больных на 7 глазах со слабой функцией леватора дополнительно через кожный разрез формировалась дубликатура леватора. Операции относительно малотравматичны. У большинства больных был достигнут высокий косметический и функциональный эффект.

**Ключевые слова:** аллосухожильные швы, хирургия блефароптозов.

## Введение

---

Аллосухожильные швы Всероссийского центра глазной и пластической хирургии представляют собой незаменимый материал при проведении операций косметического плана.

Целью настоящей работы является изучение вариантов использования данных швов для хирургического лечения блефароптозов.

## Материал и методы

---

При отсутствии функции леватора был разработан способ соединения века с лобной мышцей, включающий иссечение кожного лоскута из верхнего века и проведение внутренних аллосухожильных швов. Операция позволяет также ликвидировать нередко сопутствующий птозу блефарохлазис. Желательно выполнять вмешательство под общим обезболиванием, чтобы не было смещения тканей от новокаина или лидокаина. Однако при отсутствии дополнительных

противопоказаний или отказе пациента от госпитализации - операция может быть сделана в амбулаторных условиях под местным обезболиванием. Намечают полулунный кожный лоскут, предназначенный для иссечения. При этом нижний разрез проводят отступя 3-4 мм от ресничного края века, а верхний разрез с учётом степени блефарохлазиса - ориентировочно в 5-10 мм от зоны роста брови. Кожный лоскут иссекают с помощью стандартного микрохирургического лезвия и ножниц. Проводят центральный аллосухожильный шов с помощью хирургической иглы (20мм). При этом прошивают верхний край хряща верхнего века. Далее выводят шов у верхнего края брови. Через тот же прокол выполняют горизонтальное проведение шва в лобной зоне длиной 5-7 мм. Аналогичным образом прошивают верхний край хряща вторым концом шва в 5 мм от первого и выводят во второй прокол в лобной зоне. Целесообразно незначительно расширить этот прокол. Концы швов подтягивают, поднимая этим верхнее веко. Дозировка подъёма является наиболее сложным моментом операции, так как имеется опасность спровоцировать лягофтальм (подтягивание обычно до верхнего края зрачка). Однако в нашей практике мы ни разу не наблюдали подобного осложнения. Наоборот имеется тенденция к послеоперационному гипоеффекту. Концы швов тщательно завязывают и обрезают в 5-7 мм от узла, что позволяет в случае необходимости в дальнейшем менять их натяжение, частично распуская или подтягивая узел. Оставшиеся кончики заправляют под кожу в зоне прокола, а на сам прокол накладывают микрохирургический шов. В зависимости от степени птоза проводят от 1 до 3 аллосухожильных швов. Наложение этих швов позволяет стянуть края кожного разреза, благодаря чему можно зашить его микрохирургическим швом, не несущим стягивающих нагрузок. Внутренний аллосухожильный шов имеет замкнутый четырёхугольный контур, что предохраняет его от смещения в позднем послеоперационном периоде. В дальнейшем он замещается собственной соединительной тканью и укрепляет тарзоорбитальную фасцию, что страхует от рецидивов блефарохлазиса.

При птозах с сохранение слабой функции мышцы, поднимающей верхнее веко, дополнительно формировалась её дубликатура. Основная техника опера-

ции аналогична ранее описанной. Иссечение кожного лоскута облегчает доступ к леватору и в незначительной степени способствует поднятию века. После отсепаровки мышцы с помощью матрасного шва из нерассасывающегося материала формируют дубликатуру, направленную внутрь и захватывающую 15-20 мм. Формирование дубликатуры леватора вызывает меньшую травму, чем его резекция. Наложение внутренних аллосухожильных швов, кроме непосредственной задачи соединения века с лобной мышцей, за счёт поднятия века облегчает работу укороченного леватора.

## **Результаты и обсуждение**

---

Операция по поводу птоза с отсутствием функции леватора была проведена нами в клинике глазных болезней НИЖГМА на базе Нижегородской областной клинической больницы им. Н.А. Семашко у 39 больных на 50 глазах и в глазном отделении Нижегородской детской клинической больницы у 6 детей на 6 глазах ( всего 56 операций у 45 больных). Возраст детей – от 3 до 11 лет, взрослых – от 18 до 56 лет. В 4 случаях вмешательство было выполнено как повторное, после безуспешного хирургического лечения с использованием других методик (в частности, операции Гесса). 43 пациента лечились в стационарных условиях; двое были прооперированы амбулаторно. На следующий день после вмешательства у большинства больных наблюдался умеренный отёк верхнего века и у ряда – кровоизлияние в мягкие ткани век. Отёк обычно спадал к 3 дню, а кровоизлияние полностью рассасывалось к 7-12 дню. Количество послеоперационных койко-дней составляло от 3 до 9 в зависимости от удалённости места проживания пациента.

Высокий косметический и функциональный эффект был достигнут у 40 больных (51 глаз), причём результаты оставались стойкими в позднем послеоперационном периоде. У одной больной с почти полным птозом (1 глаз), возникшем после нейрохирургического вмешательства, результат был недостаточным. В дальнейшем мы посчитали целесообразным воздерживаться от проведения вмешательств у данной категории больных.

У трех больных (3 глаза) наблюдался умеренный гипоеффект. Однако двое больных были удовлетворены полученным результатом. У одной больной в последующем был проведён дополнительный аллосухожильный шов. В одном случае в позднем послеоперационном периоде возникло расхождение единственного шва после контузии глаза, что также потребовало наложения у этого больного нового шва.

Операция с наложением дубликатуры леватора была произведена в клинике глазных болезней у пяти больных (7 глаз) и позволила добиться у всех пациентов хороших результатов.

## **Выводы**

---

Предложенные вмешательства с использованием аллосухожильных швов являются относительно мало травматичными, позволяют достигнуть высокого косметического и функционального эффекта и могут быть рекомендованы для лечения больных с блефароптозами.