

**ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПТОЗА ВЕРХНЕГО ВЕКА  
ПУТЁМ РАССЛАБЛЕНИЯ ТАРЗАЛЬНОЙ ПЛАСТИНКИ  
И СОЗДАНИЯ ДУПЛИКАТУРЫ С ЛЕВАТОРОМ ВЕКА****Ш. С. Ахмедов**

Central Asian Medical University, Фергана, Узбекистан

**Ключевые слова:** блефароптоз, леватор века, хирургическая коррекция блефароптоза, статическое сопротивление тарзальной пластинки, расслабление тарзальной пластинки.

**Таянч сўзлар:** блефароптоз, кўз ковокларининг леватори, блефароптозни жарроҳлик тузатиш, тарсал пластинканинг статик қаршилиги, тарсал пластинканинг бўшашиши.

**Key words:** blepharoptosis, eyelid levator, surgical correction of blepharoptosis, static resistance of the tarsal plate, relaxation of the tarsal plate.

В статье описана новая методика операции по хирургической коррекции блефароптоза путём предварительного пересечения тарзальной пластинки и создания дубликатуры с леватором века. Методика применялась у больных как с врождёнными, так и с приобретёнными птозами век. Рассмотрена эффективность и преимущества новой методики по сравнению с традиционными операциями с укорочением леватора века. Всего прооперировано 144 века, из них в контрольной группе 66 глаз, в основной группе 78 глаз.

**ЙОҚОРИ ҚОВОҚНИНГ ПТОЗИНИ ТАРЗАЛ ПЛАСТИНКАНИ БЎШАШТИРИШ ҲАМДА  
ҚОВОҚ ЛЕВАТОРИ БИЛАН ДУБЛИКАТ ЯРАТИШ ОРҚАЛИ ЖАРРОҲЛИК ЙЎЛИ БИЛАН  
КОРРЕКЦИЯЛАШ ТАЖРИБАСИ****Ш. С. Ахмедов**

Central Asian Medical University, Фарғона, Ўзбекистон

Мақолада тарсал пластинкани олдиндан кесиб оқиш ва кўз ковоғининг леватори билан дубликация яратиш орқали блефароптозни жарроҳлик тузатишнинг янги жарроҳлик усули тасвирланган. Усул туғма ва орттирилган кўз ковоклари птози бўлган беморларда қўлланилган. Кўз ковоғини леваторни қисқартириш билан анъанавий операцияларга нисбатан янги техниканинг самарадорлиги ва афзалликлари кўриб чиқилади. Ҳаммаси бўлиб 144 та кўз ковоклари операция қилинди, улардан 66 таси назорат гуруҳида, 78 таси асосий гуруҳда.

**EXPERIENCE OF SURGICAL CORRECTION OF UPPER EYELID PTOSIS BY RELAXING  
THE TARSAL PLATE AND CREATING A DUPLICATURE WITH THE LEVATOR OF THE EYELID****Sh. S. Akhmedov**

Central Asian Medical University, Fergana, Uzbekistan

The article describes a new surgical technique for the surgical correction of blepharoptosis by preliminary crossing the tarsal plate and creating a duplication with the eyelid levator. The technique was used in patients with both congenital and acquired eyelid ptosis. The effectiveness and advantages of the new technique in comparison with traditional operations with shortening of the eyelid levator are considered. A total of 144 eyelids were operated on, of which 66 eyes were in the control group, and 78 eyes in the main group.

**Введение.** На сегодня операции с укорочением леватора века при достаточно сохранной её функции с целью хирургической коррекции блефароптоза являются самыми распространёнными. К ним можно отнести методики с созданием дубликатуры леватора века, методики с резекцией леватора века, методики с одномоментной резекцией леватора и тарзальной пластинки. Среди этой группы методик достаточно эффективной считаются методики с резекцией леватора века. Однако эта группа методик не лишена недостатков. Так, число успешных операций по данным различных авторов методом пластики апоневроза леватора достигается от 70% до 95%. Реоперации на леваторе составляют 8,7 – 18% [4]. В прошлых статьях мы указывали на причины блефароптоза и осложнения после хирургической коррекции блефароптоза при операциях на леваторе века с точки зрения векторных составляющих движения века [1, 2]. Исходя из этого можно считать, нерешённым проблему растяжимости укороченной мышцы леватора века и статическое сопротивление тарзальной пластинки приводящим к лагофтальму или к рецидиву птоза из-за выраженного бокового натяжения и прорезания швов. Укорочение с созданием дубликатуры леватора века имеет ограниченное применение из-за слабого подъёма века только при лёгких формах птозов век при незначительном сопротивлении тарзальной пластинки.

**Целью исследования являются:**

1) улучшение эффективности хирургической коррекции блефароптоза с возможно мини-

- мальным послеоперационным нарушением смыкательной функции века и развитием лагофтальма;
- 2) изучить подшивание расслабленной по оригинальной методике тарзальной пластинки к леватору века в зависимости от функции леватора века. Определить показания к данной операции.

**Материалы и методы:** вся работа по хирургической коррекции птоза верхнего века затрагивает период с 2015 по 2022 г. По оригинальной методике с подшиванием расслабленной тарзальной пластинки к леватору века с созданием дубликатуры нами прооперирован 71 больной (78 глаз). Операции проводились в клиниках «Fartuna YUR» (2 больных, 3 глаза), «Biotest Medical» (30 больных, 34 глаз), клинике «Меридиан» (28 больных, 30 глаз), «Focus medico center» (10 больных, 11 глаз). Из них на правом веке проведено 29 операций, на левом веке 49 операций. Больные с врождённым птозом верхнего века составили 62 человек, гравитационным птозом 2, Маркус Гуна 1, нейрогенным птозом 2, глазной формой миастении 2, посттравматическим птозом 2. Операции при блефароптозе 1 степени произведены на 31 веках, операции при блефароптозе 2 степени произведены на 36 веках, 3 степени 11 веках. Всем больным произведены общеклинические методы обследования, произведен сбор анамнеза, объективное обследование, лабораторные методы обследования (общий анализ крови, биохимические обследования крови, коагулограмма). В местном статусе у больных измерены ширина глазной щели, функция леватора, роговичный световой рефлекс, высота складки века, выраженность складки века, положение века при взгляде вниз, феномен Бела, подвижность глазных яблок, подвижность бровей. Определялась степень птоза века. Всем больным производилось дооперационное и послеоперационное фотографирование. В контрольную группу включили 42 больных (66 глаз). Из них взрослых 40 человек, мужчин 9, женщин 31, детей 2 человека. В контрольной группе произведено операций на правом глазе 37, на левом 29. Больным контрольной группы произведены операции с различными укорачивающими леватор века методиками существующих на сегодня операций (создание дубликатуры леватора века, резекция леватора века, резекция тарзальной пластинки, одномоментная резекция леватора века и тарзальной пластинки). Учитывая большое распространение на сегодня эстетической блефаропластики в контрольную группу, мы решили включить больных с сенильным блефароптозом с эстетической блефаропластикой. Все больные были распределены нами по нозологии и функции леватора на группы (таб. 1).

**Результаты и их обсуждение.** Функция леватора века определялась по методу Берке. Больные по функции леватора века были разделены на 4 группы: 1) с отличной функцией леватора века (выше 12 мм); 2) с хорошей функцией леватора (8-12 мм); 3) с удовлетворительной функцией леватора (5-7 мм); 4) с неудовлетворительной функцией леватора (0-4 мм). В таблице 1 видно, что в основной группе больше прооперировано глаз с врождёнными формами птозов век и составили 48,6% (70 глаз). Из них с осложнёнными блефароптозами 15,3% (22 глаза): с хорошей функцией - 5,6% (8 глаз), с

Таблица 1.

Распределение больных по нозологии и функции леватора века.

Нозология	Основная группа						Контрольная группа							
	Функция леватора													
	х	%	у	%	н	%	о	%	х	%	у	%	н	%
Врождённый									6	4,2	2	1,4	3	2,1
Врождённый осложнённый	8	5,6	12	8,3	2	1,4								
Врождённый неосложнённый	17	11,8	27	18,8	4	2,8								
Миастения			2	1,4										
Нейрогенный			2	1,4					2	1,4				
Гравитационный					2	1,4								
Сенильный							2	1,4	43	29,9	6	4,2		
Посттравматический			2	1,4							1	0,7	1	0,7
Итого:	25	17,4	45	31,3	8	5,6	2	1,4	51	35,4	9	6,3	4	2,8

Таблица 2.

**Распределение больных по степени блефароптоза.**

Группы больных:	Степень птоза:					
	1		2		3	
	гл	%	гл	%	гл	%
<b>Основная</b>	31	21,5	36	25	11	7,6
<b>Контрольная</b>	47	32,6	14	9,7	5	3,5
<b>Итого</b>	78	54,2	30	20,8	18	12,5

удовлетворительной функцией - 8,3% (12 глаз), с неудовлетворительной функцией 1,4% (2 глаза). С неосложнёнными формами прооперированно 33,3% (48 глаз). Из них с хорошей функцией леватора века - 11,8% (17 глаз), с удовлетворительной функцией леватора века 8,3% (12 глаз), с неудовлетворительной функцией леватора века - 2,8% (4 глаза). Больные с другими формами блефароптозов составили меньшую группу: нейрогенный с удовлетворительной функцией леватора 1,4% (2 глаза), миастенический с удовлетворительной функцией леватора - 1,4% (2 глаза), посттравматический с удовлетворительной функцией леватора 1,4% (2 глаза).

В контрольной группе в основном прооперированно глаз с сенильным блефароптозом (35,4%, 51 глаз). Из них количество век с отличной функцией леватора составило 1,4% (2 глаза), с хорошей функцией леватора века 29,9% (43 глаза), с удовлетворительной функцией леватора 4,2% (6 глаз), с неудовлетворительной функцией леватора - 2,8%. Процент прооперированных глаз с врождёнными блефароптозами в контрольной группе составил 7,6% (11 глаз). Из них с хорошей функцией леватора 4,2% (6 глаз), с удовлетворительной функцией - 1,4% (2 глаза), с неудовлетворительной функцией – 2,1% (3 глаза). Как видно из таблицы по оригинальной методике в основном произведены операции больным удовлетворительной функцией леватора века (45 глаз, 31,3%). По степени птоза века больные распределены на 3 группы (таб.2).

Из таблицы видно, что в основной группе больше всего прооперировано глаз со 2 степенью блефароптоза (25%, 36 глаз), с 1 степенью блефароптоза – 21,5% (31 глаз), с 3 степенью блефароптоза – 7,6% (11 глаз). В контрольной группе основную часть прооперированных глаз составили с 1 степенью птоза век (32,6%), больные со 2 степенью блефароптоза составили 9,7%, с 3 степенью – 3,5%.

Методика операции: У взрослых операции проводились под местной анестезией 1% р-ром лидокаина с добавлением адреналина 0,001% в разведении 1:100000. Детей оперировали под общим внутривенным наркозом и местной анестезией вышеуказанным раствором. Производилась разметка кожи птозированного века по линии разреза с учётом степени растяжения кожи. После инфильтрации кожи века р-ром адреналина высекалась полоска кожи по размеченной линии. Далее аккуратно вдоль волокон пересекалась круговая мышца глаза. Пересекалась перегородка века. Периорбитальный жир или частично резецировался, или отводился кверху. Обнажалась передняя поверхность леватора века. Далее книзу остро и тупо под волокнами круговой мышцы глаза выделялась тарзальная пластинка вплоть до ресничного края. На уровнях краёв лимбов производилось поперечное пересечение тарзальной пластинки с целью её расслабления. Создавалась дубликатура путём наложения двух П-образных швов нитями пролен 6/0 между тарзальной пластинкой и леватором. После достаточной коррекции птоза накладывались узловые швы между противоположными краями кожной раны и леватором века с целью создания складки. В случае нейрогенного птоза или при отрицательном симптоме Бела производилась блефароррафия на 6 дней. Основные швы снимали на 7 сутки. В послеоперационном периоде все больные находились под наблюдением окулистов с целью профилактики послеоперационных осложнений со стороны глаза. Больные в течении 3 месяцев носили тёмные солнцезащитные очки. По возможности производилось фотографирование 1 раз в месяц.

**Оценка результатов операций:** Результаты операций определяли по следующим критериям [3]: в случае одностороннего блефароптоза результат считался хорошим, если глазные щели были равными, удовлетворительным – если птозированное веко после коррекции было ниже на 1-1,5 мм, слабым – если разница со здоровой стороной составляла

Таблица 3.

**Результаты хирургической коррекции блефароптозов век в контрольной и основной группах.**

Группы	хороший		удовлетворительный		слабый	
	абс.	%	абс	%	абс	%
основная	69	47,9	1	0,69	8	5,6
контрольная	18	12,5	4	2,8	44	30,6
Итого:	87	60,4	5	3,5	52	36,1

2-3 мм. При двустороннем блефароптозе результат считался хорошим если зрачок был полностью открыт, удовлетворительным – если веки прикрывали зрачки на 1/3, слабым – если зрачки были прикрыты на 1/2 и ниже (Таб. 3).

Процент выводился из учёта всех прооперированных глаз (144 глаза). Исходя из таблицы видно, что в контрольной группе хорошего результата удалось добиться в 12,5% случаях (18 глаз), тогда как процент неудовлетворительных результатов составил 30,6% (44 глаза). Причём у одной больной (2 глаза) хорошая коррекция была достигнута обычной эстетической блефаропластикой, в 1 случае (1 глаз) хороший результат был достигнут после операции с резекцией леватора века и тарзальной пластинки, в 15 случаях хороший результат был достигнут при создании дубликатуры леватора века при сенильных блефароптозах 1 степени. Во всех остальных случаях хорошего результата добиться не удалось. Следует отметить, что так широко распространённая эстетическая блефаропластика без учёта блефароптоза в основном не привела к коррекции сенильного птоза, хотя наложение П-образных швов на леватор века с созданием дубликатуры дали хороший результат. Резекция леватора века и тарзальной пластинки при врождённых птозах век из 6 случаев в 2 случаях дали хороший результат, в 1 случае дала удовлетворительный результат, в 3 случаях результат оказался слабым. В основной группе больных хорошего результата удалось добиться в 47,9% случаях (69 глаз). Неудовлетворительный результат наблюдался в 5,6% случаях (8 глаз). При анализе результатов операций обнаружено, что неудовлетворительные результаты операций наблюдались при использовании леватора века с неудовлетворительной её функцией при врождённых блефароптозах (из 8 случаев в 6). При удовлетворительной и хорошей функции леватора века методика оказалась эффективной и дала хорошие результаты. Дальнейшие наблюдения показали, что после операции лагофтальм был временным и незначительным. К концу месяца смыкательная функция века полностью восстанавливалась. Веки выглядели естественно без эстетических изъянов.

*Пример:* Больная Исмоилова Наима, 1987 г.р. (рис. 27-31). История болезни 326/123. Диагноз: Приобретённый миастенический птоз левого верхнего века 2 степени. Болеет около 5-6 лет до поступления. Заболевание началось постепенно без всяких причин. Обращалась по поводу заболевания в различные учреждения. Общее состояние больной при поступлении относительно удовлетворительное. Больная правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы и видимые слизистые чистые. В лёгких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные ритмичные. Пульс – 76 удар. в мин. АД – 120/70 мм рт.ст. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез не нарушены. Местно: Отмечается видимый птоз левого века. МРД 1-0, функция леватора левого века 6 мм, ширина левой глазной щели – 8 мм, складка левого века отсутствует, степень птоза – 2, феномен Бэла хорошо выраженный. Гемоглобин – 117; эритроциты – 4,4; цветной показатель – 0,8; лейкоциты – 6,8; тромбоциты – 280 тыс.; СОЭ – 7; глюкоза крови – 4,8; мочевины – 38; креатинин – 52; билирубин общий – 12; свободный – 10; связанный – 2; АЛТ – 0,45; АСТ – 0,20. 16.03.2018 года произведена операция – хирургическая коррекция птоза левого века путём рассечения тарзальной пластинки в центральной части и создания дубликатуры между тарзальной пластинкой и леватором века (Рис. 1-5).

В раннем послеоперационном периоде у больной наблюдался незначительный лагофтальм (1,5 мм), который прошёл самостоятельно. Через 3 года после операции результат сохраняется и оценивается как стойкий. Смыкательная функция века не нарушена.

**Выводы:** Исходя из результатов операций можно сделать следующие выводы:

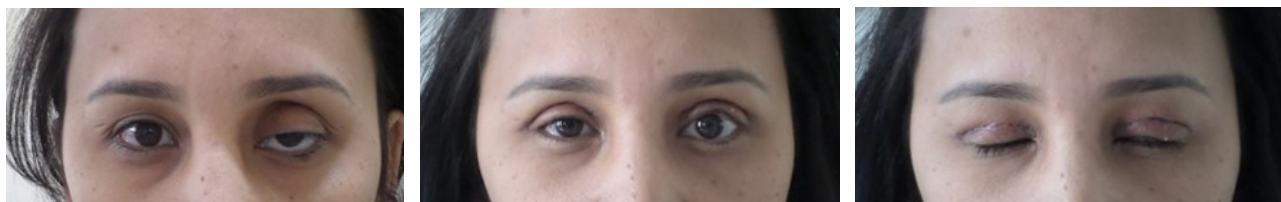


Рис. 1. До операции.

Рис. 2. Через 6 дней после операции.

Рис. 3. Через 6 дней после операции

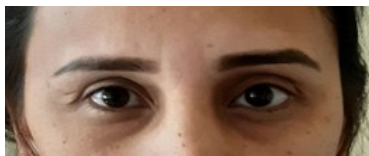


Рис. 4. Через 3 года

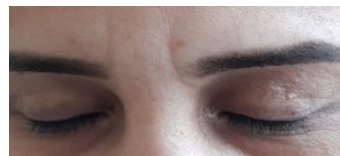


Рис. 5. Через 3 года

1. Методика создания дубликатуры леватора века после предварительного расслабления тарзальной пластинки является эффективной с хорошими эстетическими и функциональными результатами.

2. Методика малотравматична, проста в исполнении и малозатратна.

3. Эффективность её высока как при приобретённых птозах, так и при врождённых птозах с удовлетворительной и хорошей функцией леватора века.

4. Методика неэффективна при блефароптозах с неудовлетворительной функцией леватора века, что требует отказа от её использования и перехода на лобную мышцу.

5. При сенильных блефароптозах недостаточно выполнение эстетической блефаропластики, необходимо учитывать данную патологию и корректировать птоз путём наложения П-образных швов на леватор века с целью улучшения поля зрения.

#### Использованная литература:

1. Ахмедов Ш.С., Хамедов Ф.М., Нуриддинов А.С. Биомеханические составляющие движения верхнего века в норме и при птозе // Ж. «Интернаука». 2020. №23 (152). ч. 1. С. 27-29.
2. Ахмедов Ш.С., Хамедов Ф.М., Нуриддинов А.С. Биомеханические векторные изменения после корректирующих операций птоза верхнего века // Ж. «Интернаука». 2020. №28 (157). С. 26-28.
3. С.А. Бабаев, А.М. Кадилова, Е.Ч. Орипова Эффективность шовного материала премилена в хирургии врожденного блефароптоза // Вестник врача, № 1, 2018. С.20-22.
4. Захарова Т.А., Коротких С.А., Степанова Е.А. Результаты хирургического лечения врождённого птоза у детей // Ж. Клиническая медицина, системная интеграция в здравоохранении 2008. №1 (1). С. 42-44.
5. Филатова И.А., Шеметов С.А. Анализ осложнений из-за неверной тактики хирургического лечения птоза верхнего века // Ж. Российская педиатрическая офтальмология. 2016, №11(2). С. 89-92.