ГБОУ ВПО Красноярский Государственный медицинский университет им. Проф. В.Ф. Войно - Ясенецкого Министерства здравоохранения и социального развития.

Кафедра общей хирургии проф. Им. М.И Гульмана.

Заведующий кафедрой: д.м.н.проф Винник Юрий Семенович

Преподаватель: Кочетова Людмила Викторовна

**РЕФЕРАТ**

**Тема:** Техника проведения операций в области верхних и нижних век. Возможные осложнения после проведения блефаропластики, их предупреждение.

**Выполнила: Врач – ординатор**

**Спасюк Мария Павловна**

**Красноярск 2020**

СОДЕРЖАНИЕ

Введение ………………………………………………………………………….3

Хирургическая техника…………………………………………………………4

Осложнения……………………………………………………………………...12

ВВЕДЕНИЕ

Блефаропластика или пластика век - это пластическая операция на верхних и (или) нижних веках в ходе которой улучшается внешний вид век, и устраняются или уменьшаются возрастные изменения вокруг глаз. Блефаропластика может проводиться как изолированная процедура или в комбинации с другими эстетическими операциями. Блефаропластика позволяет убрать мешки под глазами, складки и морщины вокруг глаз. Глаза являются эстетическим центром лица, поэтому блефаропластика применяется, как для улучшения внешнего вида в целом, так и для устранения признаков старения в этой области. Блефаропластика придаёт лицу более молодой, энергичный и отдохнувший вид.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТЕХНИКА

Наиболее часто в клинической практике используют следующие варианты блефаропластики.

Вариант 1. Классическая квадрилатеральная, включающая удаление избытка кожи, жировых выпячиваний из области верхнего века, а также избытка кожи и жировых выпячиваний из области нижнего века. В некоторых случаях удаляют полоску мышцы.

Вариант 2. Билатеральная нижняя, предусматривающая удаление только избытка жировой ткани.

Вариант 3. Билатеральная верхняя, в ходе которой удаляют иногда только жировую ткань и небольшую полоску кожи, а иногда объем операции расширяют до 1-го варианта.

Вариант 4. «Закрытая» блефаропластика, которую выполняют из чресконъюнктивального доступа при выпячивании инфраорбитального жира.

Маркировка.

Верхнее веко. Пациент находится в положении лежа с открытыми глазами. С помощью очень тонкой маркировочной ручки хирург размечает нижний край нависающей складки века, который расположен примерно на 9 мм выше ресничного края. Линия разметки границ иссечения кожи при верхней блефаропластике.



Разметку продолжают в положении пациента сидя со слегка прикрытыми глазами. С помощью пинцета определяют верхний край нависающей кожной складки и маркируют его по всей длине. Наружный край разреза должен по направлению продолжать линию края нижнего века при закрытых глазах.

Результат операции определяется объемом не удаляемых, а остающихся тканей. Следует руководствоваться правилом, в соответствии с которым после иссечения избытка кожи расстояние от нижнего края брови до разреза не должно быть меньше 15 мм, а от ресничного края века до разреза — менее 9—10 мм.

Нижнее веко. Линию разреза маркируют, начиная под слезной точкой. Далее доступ идет на расстоянии 1,5—2 мм от ресничного края и выходит на 1—1,5 см за наружный угол глаза по средней борозде «гусиной лапки» или несколько ниже нее.



По окончании разметки пациента осматривают в положении сидя с закрытыми глазами для того, чтобы убедиться, что все доступы размечены симметрично.

 Анестезия. Минимальный объем раствора местного анестетика с добавлением раствора адреналина в разведении 1:100 000 вводят тонкой иглой между кожей и мышцей.

Пластика верхнего века. После разреза кожи удаляют маркировашгую полоску кожи. При необходимости углубления верхпеглазничной ямки может быть удалена небольшая полоска мышцы.

В центральной зоне доступа разъединяют вдоль волокон круговую мышцу на протяжении 3—4 мм, после чего проходят через лежащую под ней глазничную фасциальную перегородку. В результате этого инструмент проникает в центральный карман.

Обнаружение стенки кармана значительно облегчает надавливание пальцем через нижнее веко на глазное яблоко, что повышает давление внутри орбиты и приводит к смещению внутриорбиталыюй жировой ткани кпереди. Если в этом положении вскрыть стенку грыжевого кармана, то жировая ткань выпячивается в рану, где ее фиксируют пинцетом и мобилизуют (тупым путем) аккуратными движениями сомкнутых ножниц. Выделенный участок жировой ткани пережимают зажимом, отсекают, и коагулируют срез ткани биполярным коагулятором.

Таким же путем через дополнительный микродоступ в мышечном слое удаляют жировую ткань из внутреннего кармана. Последняя отличается более светлым цветом.

После окончательной остановки кровотечения с помощью биполярного микропинцета рану закрывают путем наложения непрерывного кожного шва, который может быть обвивным или дермо-дермальным.

Следует помнить о том, что при изолированной верхней блефаропластике избыточное удаление жировых грыж хирургическим путем создает провал над глазным яблоком. Иссечение избытка кожи верхнего века уменьшает расстояние между ресницами и бровью, в результате чего усиливается контраст между цветом, толщиной и текстурой поверхности кожи верхних век и брови. Наконец, в будущем при подтяжке бровей может возникнуть лагофтальм.

Пластика нижнего века. После разреза кожи ее нижний край отделяют от мышечного слоя на определенное расстояние, которое зависит от состояния тканей нижнего века (дряблость кожи, наличие ее избытка и морщин). При выраженной дряблости кожи это расстояние в средних и наружных отделах века может достигать 1,5—2 см. Затем волокна мышцы аккуратно разделяют на протяжении 3—4 мм на уровне центрального жирового кармана. Жировую ткань идентифицируют под фасциальной перегородкой и поэтапно удаляют. Важно отметить, что участок разделения мышцы должен располагаться на удалении 3—4 мм от края разреза кожи нижнего века, что максимально сохраняет тонус претарзального участка круговой мышцы глаза.



Аналогичную процедуру выполняют в области внутреннего и наружного карманов. Важным правилом иссечения избытка жировой клетчатки под нижним веком является сохранение достаточного объема внутриорбитальной жировой ткани до уровня края глазницы. В противном случае может сформироваться углубление с контурированием нижнего края орбиты.

Особенно важным и ответственным этапом операции является точная оценка границ иссечения избытка кожи века. При открытых глазах пациента и при открытом рте отслоенный лоскут кожи свободно расправляют, после чего маркируют границу иссечения кожи по уровню верхнего края раны. Избежать ошибок и их тяжелых последствий при выполнении этой процедуры у пациентов, находящихся в состоянии наркоза, помогает прием, описанный R.Ellenbogen в 1992 г. Он заключается в том, что перед маркировкой границ иссечения избытка кожи край нижнего века подтягивают за ранее наложенный держалочный шов до уровня, при котором начинает перекрываться нижний сектор зрачка. В этом положении и размечают линии удаления избытка кожи.

 Следует отметить, что отслойка кожи нижнего века над мышцей сопровождается значительной травматизацией тканей Раневая поверхность кровоточит, что после коагуляции источников кровотечения усиливает послеоперационный отек, а в последующем и рубцевание тканей. Повышается вероятность развития гематомы и эктропиона.

С этой точки зрения, определенными преимуществами обладает формирование кожно-мышечного лоскута нижнего века по JJReidy. Этот метод позволяет за счет подъема от линии разреза кожно-мышечного лоскута получить широкий доступ к глазничной перегородке, а следовательно, и к грыжевым выпячиваниям орбитального жира при менее значительной травматизации тканей .При этом избыток лоскута иссекают единым блоком с волокнами круговой мышцы глаза.

В заключение операции на мышечный слой накладывают удаляемый непрерывный шов нитью N° 6/0 (эталон, пролен), а на кожу—Внутридермальный шов также нитью № 6/0. Отметим, что доступ по J.Redy имеет свои недостатки, которые связаны с возможностью временной атонии нижней порции круговой мышцы глаза и опасностью денервации ее претарзальной части (особенно при пересечении мышцы за пределами наружного угла глазной щели). Все это увеличивает риск возникновения эктропиона.

 Закрытая блефаропластика. Данный метод применяют при наличии жировых грыж нижних век у относительно молодых пациентов, когда удаление участков кожи не показано. В этом случае на конъюнктиве нижнего века (не доходя 2 мм до дна конъюнктивального мешка) делают горизонтальный линейный разрез длиной 1,5 см, из которого легко обнаруживают и удаляют избытки жировой ткани из всех трех грыжевых карманов нижнего века. Рану ушивают внуриконъюнктивально удаляемым швом нитью N° 6/0.

Особые виды нижней блефаропластики.

Исходя из современных взглядов на патогенез возрастных изменений век, R.Dc La Plaza в 1985 г. предложил операцию вправления жировых выпячиваний в полость орбиты. Операцию выполняют из типичного разреза с рассечением мышечного слоя и формированием кожно-мышечного лоскута. После обнаружения жировых мешков их отделяют от нижнего края орбиты и капсулопальпебральной фасции. Последние сшивают между собой непрерывным швом нитью № 6/0 с захватыванием в шов надкостницы. При этом жировую ткань вправляют в полость орбиты и устраняют энофтальм.



Этапы вправления жировых грыж нижних век по R. De La Plaza. а — формирование кожно-мышечного лоскута и доступ к капсулопальпебральной фасции; 6-выделекие жировых скоплений; в — выделение капсулопальпебральной фасции на достаточное для сшивания с нижним краем глазницы расстояние; г — вправление жировых скоплений полость глазницы и наложение непрерывного шва между капсулопальпебральной фасцией и нижним краем глазницы. 1 — жировые скопления; 2 — капсулопальпебральная фасция; 3 — нижний край глазницы; 4 — круговая мыши глаза; 5 — глазничная перегородка; 6 —нижняя тарзальная мышца; 7 — тарзальная пластинка; 8 — нижняя косая мышца; 9 — конъюнктива.

Авторы данной методики обращают внимание на то, что наложение этого шва требует максимальной осторожности и точного расчета. С одной стороны, в шов не должна быть захвачена нижняя косая мышца, а с другой-наложение шва слишком высоко от мышцы приводит к снижению высоты фасции и к развитию эктропиона. В заключение операции иссекают избыток кожи и накладывают швы. Несомненные преимущества при вправлении жировых грыж нижних век дает трансконъюнктивальный доступ к капсулопальпебральной фасции, так как он позволяет выполнить необходимые манипуляции практически бескровно, избежать повреждения круговой мышцы глаза и орбитальной перегородки, а также предупредить образование эктропиона. Особенности блефаропластики при сочетанных операциях в области лба. Как известно, при подтяжке кожи лба происходит подъем бровей вверх, а также смещение мягких тканей в наружной окологлазничной области в вертикальном направлении. Результатом этих перемещений, особенно при супрапериостальной подтяжке тканей, чаще всего является уменьшение псевдокожиого халазиона верхнего века, что в некоторых агучаях устраняет необходимость иссечения кожи верхних век. Если в этом случае необходимо избавиться от жировых грыж, то их можно легко удалить из коронарного доступа.

Особенности блефаропластики при сочетанных операциях в области лба. Как известно, при подтяжке кожи лба происходит подъем бровей вверх, а также смещение мягких тканей в наружной окологлазничной области в вертикальном направлении. Результатом этих перемещений, особенно при супрапериостальной подтяжке тканей, чаще всего является уменьшение псевдокожиого халазиона верхнего века, что в некоторых агучаях устраняет необходимость иссечения кожи верхних век. Если в этом случае необходимо избавиться от жировых грыж, то их можно легко удалить из коронарного доступа.

Еще одна проблема сочетанных операций — возникновение затруднений при оценке границ удаления избытка кожи век при выполнении блефаропластики и подтяжки кожи лба. Причинами этого являются: во-первых, смещение брови и тканей верхнего века вверх. При выполнении супрапериостальной подтяжки тканей верхних двух третей лица происходит смещение вверх подглазничных тканей и нижнего века (особенно его наружной части). Во-вторых, введенный в ткани лба раствор анестетика может распространяться на верхние веки, объективно увеличивая риск возникновения ошибок. Критерием истины, как всегда, являются опыт, точный расчет и осторожность хирурга.

Одним из путей решения этой проблемы является особый вариант предоперационной разметки границ удаления избытка кожи верхних век. Он заключается в том, что маркировку границ иссекаемой на верхнем веке кожи осуществляют при брови, смещенной рукой ассистента в положение подтяжки. На нижних веках важную роль играет использование описанных выше приемов, позволяющих уменьшить вероятность возникновения ошибок. В крайнем случае можно отсрочить блефаропластику на 3—4 мес.

Другой крайностью, в которую может впасть менее опытный хирург, является оставление на веках заметного избытка кожи. Если после квадрилатеральной блефаропластики и наложения швов на кожу края век полностью сомкнуты, то избыток кожи удален недостаточно. При нормальном удалении избытка кожи края век остаются слегка разомкнутыми. Неизбежно возникающее после операции обратное движение подтянутых тканей в сочетании со спадением отека возвращает края век в положение соприкосновения.

Вполне понятно, что блефаропластику следует выполнять как последний этап комплексного вмешательства после супрапериостальной подтяжки двух верхних третей лица и различных вариантов подтяжки кожи лица. Особые комбинации пластических процедур используют при наличии энофтальма. Его профилактика достигается путем применения следующих хирургических приемов: 1) усиление поддержки глазного яблока путем наружной кантопексии; 2) вправление жировых грыж нижних век; 3) дополнительная поддержка нижнего орбитального жира за счет смещения мягких тканей верхнечелюстной области в краниальном направлении во время супрапериостальной подтяжки тканей верхних двух третей лица.

Проблема устранения подглазничной борозды. Подглазничная борозда имеет возрастное происхождение, а ее гозникновение связано с опущением мягких тканей щеки, включая верхнечелюстную подкожную жировую клетчатку. В результате этого образуется косметический дефект, для устранения которого используют следующие типы операций:

1) перемещение верхнечелюстного жирового тела вверх за счет подтяжки ПМФС;

 2) уменьшение жировых грыж нижних век за счет их вправления и наружной кантопексии;

3) заполнение контурного дефекта тканей путем перемещения жировой клетчатки грыжевых выпячиваний в подглазничную борозду;

4) использование имплантата.

Чаще всего в клинической практике используют технику подтяжки ПМФС с перемещением в зону подглазничной борозды мягких тканей, расположенных над верхней челюстью (в ходе выполнения супрапериостальной подтяжки тканей верхних двух третей лица). При этом контуры подглазничной борозды сглаживаются, а выбухание жировых тел уменьшается.

Еще одним вариантом операции, направленной на сглаживание подглазничной складки, является перемещение клетчатки грыжевых жировых выпячиваний нижнего века. Данное вмешательство показано прежде всего при значительном птозе премолярно расположенных мягких тканей, часто сочетающемся с энофтальмом, когда нижний край глазницы отчетливо выступает под кожей. Удаление жировой ткани из грыжевых карманов может только усугубить эту картину. Решением данной проблемы является перемещение в каудальном направлении жировой ткани, выделенной из грыжевых карманов (на край глазницы) с ее фиксацией швами в этом положении.

Послеоперационное лечение. В конце операции глаза промывают изотоническим раствором натрия хлорида и закладывают за веки глазную мазь. На 2 ч накладывают охлаждающие гелесодержащие маски. Во избежание эпителизации каналов вокруг шовных нитей последние снимают на 3—5-й день. Все корочки по ходу швов отходят к концу недели, и на 10-й день больным разрешают накладывать макияж.

В некоторых случаях нить временного фиксирующего шва, накладываемого за край нижнего века в начале операции, фиксируют пластырем на лбу в положении умеренной подтяжки края нижнего века. Это является еще одной мерой, направленной на профилактику эктропиона. Шов снимают утром следующего дня.



Схема вправления жировых грыж нижних век из трансконъюнктивального доступа. а — трансконъюнктивальный доступ к внутриорбитальной жировой клетчатке; б — состояние после наложения шва между капсулопальпебральной фасцией и нижним краем глазницы. 1 — конъюнктива; 2 — нижняя тарзальная мышца; 3 — капсулопальпебральная фасция; 4 — жировая грыжа; 5 — трансконъюнктивальный разрез; б — место шва. Стрелки показывают направление смешения внутриглазничных анатомических образований.

ОСЛОЖНЕНИЯ

Эктропион. Наличие открытых участков склеры как результат иссечения избыточного количества кожи и последующей деформации века может привести к развитию эктропиона, который является наиболее частым осложнением блефаропластики. Если недостаток кожи обнаружен на операционном столе, то целесообразна пластика дефекта полнослойным кожным лоскутом, взятым с верхнего века. Если проблема констатирована после вмешательства, то возможно консервативное лечение: активная гимнастика и массаж для повышения тонуса круговой мышцы глаза, а также наложение поддерживающих швов на веко. При сохраняющемся и выраженном эктропионе требуется хирургическая коррекция.

Одним из эффективных методов профилактики эктропиона является выполнение пациентом в послеоперационном периоде специальных упражнений. Пациент фиксирует указательными пальцами края нижних век и осторожно поднимает их вверх, одновременно «закатывая» глаза. Веки удерживают в смещенном положении в течение нескольких секунд, после чего отпускают. Данную процедуру начинают с 3-го дня после операции (по 3—4 упражнения 5 раз в день в течение первых 2 нед).

Подкожная гематома. Гематома, обнаруженная в послеоперационном периоде, редко требует активного вмешательства. Чаще всего кровь удается удалить путем пункции, реже — раздвинув края раны на небольшом участке. Показанием к срочной операции является напряженная гематома, связанная с кровотечением из относительно крупного сосуда. Неудаленные гематомы способствуют избыточному рубцеванию тканей с уплотнением век и образованием длительно не рассасывающихся плотных узлов под кожей.

Слезоточивость обусловлена смещением слезных точек кнаружи в результате отека. Ддителыьая слезоточивость может быть вызваш сужением канальцев в результате рубцевания тканей. Эго осложнение возникает при грубом обращеши с тканями, в частности с круговой мышцей и капсулопальпебральной фасцией в области внутреннего угла глаза.

 Диплопия может возникать через несколько часов после операции и является следствием нарушения функции двигательных мышц глазного яблока. Чаще всего страдает нижняя косая мышца, что происходит при вмешательстве в глубоких слоях век (например, при вправлении или уменьшении объема жировых грыж). Данный симптом самостоятельно проходит в течение 2—3 нед.

Сухой кератоконъюнктивит — очень редкое осложнение, которое не является прямым следствием операции, но может быть ею спровоцировано. Лечение конъюнктивита заключается в длительном применении специальных глазных капель — «искусственных слез». Ретробульбарная гематома проявляется болью, выпячиванием и ограничением движений глазного яблока с уплотнением тканей вследствие повреждения относительно крупного сосуда. В этих случаях необходимы осмотр офтальмологом, контроль за кровообращением в сетчатке, тонометрия с последующей выработкой плана лечения.

Ретробульбарная гематома проявляется болью, выпячиванием и ограничением движений глазного яблока с уплотнением тканей вследствие повреждения относительно крупного сосуда. В этих случаях необходимы осмотр офтальмологом, контроль за кровообращением в сетчатке, тонометрия с последующей выработкой плана лечения.

Последнее, как правило, начинают с декомпрессии линии швов. При необходимости выполняют ревизию раны. Во всех случаях назначают противоотечную инфузионную терапию. В редких случаях при нарастании внугриорбитального давления может возникнуть временная потеря зрения, в более тяжелой ситуации может произойти тромбоз артерий сетчатки и развиться острая глаукома.

Хирургические вмешательства на веках являются в омолаживающей хирургии лица технически наиболее тонкими и сложными. Планируя их, хирург должен помнить, что универсального метода устранения косметических дефектов век не существует. Сделать правильный выбор и реализовать разработанный для каждого пациента план операции помогает использование следующих принципов:

1) тщательный предоперационный анализ существующих деформаций;

2) установление сопутствующих проблем (нарушения зрения, тики, опущение век и пр.);

3) четкое представление о том, что операция даст, а чего не даст, и выбор того варианта вмешательства, который будет максимально эффективен для устранения деформации;

4) одна и та же техника операции не может быть использована для всех пациентов;

5) важнейшим правилом блефаропластики является симметричность в разрезах кожи и объемах удаления жировой ткани; если хирург удаляет кожи меньше, чем следовало бы, то пусть это будет с обеих сторон, а не с одной; объяснить это пациенту будет возможно; если же это будет лишь с одной стороны, то пациента не удовлетворят никакие объяснения;

6) при повторной блефаропластике целесообразна ультраконсервативность в удалении жировой ткани и участков кожи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Эстетическая блефаропластика. Автор Сергей Обрубов, Владимир Виссарионов. 2006
2. Эстетическая хирургия возрастных изменений век. С.В. Грищенко
3. Пластическая хирургия лица и шеи. Автор
4. И.В. Сергиенко, Э.А. Петросян, А.А. Кулаков, Н.Э. Петросян