Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования. КрасГМУ им. Проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

[Кафедра общей хирургии им. проф. М.И. Гульмана](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=dept&id=304)

РЕФЕРАТ НА ТЕМУ:

Блефаропластика

Заведующий кафедрой: ДМН, профессор Винник Юрий Семенович

 Выполнил: Ординатор 2 года обучения

Коновалов Сергей Геннадьевич

2021г.

##

Возрастные изменения тканей век

Чаще всего возраст накладывает свой отпечаток на веки, образуя мешочки под глазами и морщины. Часто пациенты спрашивают: «Все ли типы мешков под глазами поддаются коррекции?». Нет, не все. Некоторые из них представляют собой обычную припухлость век. Различные виды аллергии, заболевания почек или щитовидной железы нередко вызывают припухлость век, которая излечивается с помощью приема соответствующих медикаментов. Перед операцией необходимо пройти всестороннее медицинское обследование и сделать все лабораторные анализы.

В некоторых семьях дефект кожи век считается наследственным и может проявиться уже у подростков. В большинстве случаев эту операцию делают после 30 лет.

Операции в области верхних и нижних век — космети­ческая блефаропластика — занимают видное место в рабо­те хирурга-косметолога. Глаза участвуют в экспрессии лица. Однако то, что мы обычно подразумеваем под терми­ном «выражение глаз», в меньшей мере относится к само­му глазному яблоку (может наблюдаться лишь сужение или расширение зрачков), а в большей степени — к поло­жению, форме и величине глазной щели, коже век, под­кожным тканям, ресницам, бровям и др. Выраженный характер «гусиных лапок», или «линий смеха», в комбина­ции с истончением и отвисанием кожи век в виде мешков, опущение наружных углов глаз и бровей являются для многих людей нежелательными и приводят их в косметологические клиники.

Изменения тканей в области век часто не являются возрастной патологией, так как встречаются в любом возрасте. Так, в детском возрасте припухание век может быть связано с гипертрофией круговой мышцы глаза, естественной отечностью тканей после сна, но может яв­ляться и признаком патологических изменений на фоне аллергии, заболеваний сердечной мышцы, почек.

Любые отеки тканей век, возникающие при болезнях, интоксикациях или физиологических циклических процес­сах (менструации), способствуют растяжению кожи, ос­лаблению ее связей с подлежащими образованиями и по­явлению отвисаний и складок. Эта клиническая картина прогрессирует с развитием возрастных дегенеративных изменений в самой коже лица.

Еще в трудах Авиценны (980—1036) указывалось, что удаление избытков кожи в области верхних век способствует улучшению зрения. С 1792 г. в хирургических учебниках появляются описа­ния и изображения кожных складок в области верхних век. Примерно с этого же времени европейские хирурги успешно развивают и внедряют хирургию век. Первые публикации об оперативном удалении избытков кожи век связаны с именами W. McKenzie (1830), J. Alibert (1832), G. Dupuytren (1839). Однако современная косметическая блефаропластика начинает развиваться в начале XX сто­летия (Bourguet J., 1921; Noel A., 1926; Bettman A., 1928; Barsky A., 1938), когда публикуется большое количество сообщений об удалении избытков кожи век вместе с око­логлазничной клетчаткой.

Анатомические особенности век

В основном форма глаза и век опреде­ляется строением орбиты: характером ее края, постанов­кой орбиты, формой переносья, расстоянием между гла­зами и шириной надбровья. Так, при остром крае надглазничной части орбиты наблюдаются тонкое веко, выступающий впе­ред глаз. Закругленный же край орбиты обусловливает выбухание верхнего века, которое в этом случае нависает в наружном углу над глазом.

На форму наружной части верхнего века и степень его выбухания или западения влияет угол смыкания лобно-клиновидного отростка скуловой кости со скуловым от­ростком лобной кости. Чем больше этот угол, т. е. чем больше нависание верхнего края орбиты, тем сильнее вы­бухание внешней части верхнего века. При низких орби­тах такое нависание века порой совершенно скрывает под собой внешний (наружный) угол глаза.

Так как форма глазницы и ее размеры не соответству­ют форме и размерам глазного яблока, между ним и кост­ными стенками образуются свободные пространства, располагающиеся вблизи углов глаз. Величина и форма этих пространств также влияют на форму век.

Знание особенностей строения костного скелета и их влияния на форму век необходимо в клинике для диагно­стики избытков кожи и дифференциальной диагностики их с жировыми грыжами. Например, выступающий край ор­биты может быть принят за грыжу век (псевдогрыжи). В то же время существование свободных пространств ме­жду орбитой и глазным яблоком помогает понять некото­рые механизмы образования жировых грыж. Эти пространства можно рассматривать как слабое место полости глаза, через которое и выбухает внутриглазничная жировая клетчатка. Так можно объяснить возникновение жировых грыж у детей?

Между орбитой и глаз­ным яблоком име­ется пять щелевидных отверстий, через которые жир может приходить в кон­такт с перегородкой глаза.

1. Верхненаружное отверстие — между краем орбиты и верхней поверхностью m. Levator. 2. Верхневнутреннее отверстие — между сухожилием верх­ней косой мышцы и медиальной связкой глаза.

3. Нижняя внутренняя щель—между внутренней связкой глаза и на­чалом нижней косой мышцы.

4. Нижнее отверстие—ме­жду нижней косой мышцей, ее растяжением и дном орби­ты.

5. Нижняя наружная щель—между растяжением нижней косой мышцы и наружной связкой глаза.

Внутри глазницы жировая клетчатка мягкой подушкой окутывает со всех сторон глазное яблоко, предохраняя его от повреждений. Количество клетчатки и степень развития ее не поддаются определению, но принято считать внутриорбитальный жир стабильным. Наряду с наблюдениями об уменьшении жировой клет­чатки при сильном истощении есть также данные о том, что в случаях смерти от истощения количество жира вну­три орбиты оставалось совершенно нормальным.

Жировая клетчатка глазницы занимает главным обра­зом заднюю половину орбиты, которая ограничена мышеч­ным конусом, но определенное количество ее располагает­ся между мышцами и периорбитой. Более мелкие жиро­вые дольки заполняют пространство между мышцами, нервами и сосудами.

С точки зрения хирургии, очень важна инкапсуляция жира в отдельных пакетах. При этом следует различать три отдельных пакета в области нижних век и два пакета в области верхних век. Тем не менее, есть сторонники теории существования двух пакетов на каждом веке.

Верхняя косая мышца глаза вследствие своего поло­жения делит жировую клетчатку на один наружный и один внутренний пакеты. Наружный пакет простирается до слезной железы и окружает ее. Нижняя косая мышца гла­за делит жир на внутренний и центральный пакеты. На­ружный пакет образуется двумя фасциальными образова­ниями —

наружной щечной связкой и фасциальной рас­тяжкой от брюшка нижней прямой мышцы к поддержи­вающей связке. Верхний и нижний внутренние пакеты отделяются внутренней прямой мышцей глаза и его щеч­ной связкой.

В соответствии с расположением жира меняется его внешний вид и консистенция. В центральных и наружных пакетах нижних век и наружном пакете верхних век жир светло-желтого цвета, крупнодольчатый и несколько раз­жиженный. Во внутренних пакетах жир беловатый, мелко­дольчатый и более плотный на ощупь. Гистологически это соответствует большему развитию фиброзной стромы в медиальных скоплениях внутриорбитального жира.

Знание расположения орбитального жира необходимо для выбора правильной техники вмешательств на веках, в частности, удаления избытков этого жира через неболь­шие отверстия в круговой мышце глаза непосредственно над скоплениями жира, что уменьшает травму мышцы по сравнению с полным разделением ее волокон по всей дли­не от одного угла глаза до другого. Кстати, здесь орби­тальная фасция слабее.

Орбитальная фасция является прочной и неэластичной пластинкой соединительной ткани толщиной 1 мм. Фасция начинается от надкостницы орбитального края и внедря­ется в апоневроз m. levator на верхнем веке и капсуло-пальпебральную фасцию на нижнем веке. В наружных от­делах она значительно слабее, что способствует образо­ванию грыжеподобного мешка.

Этиология и патогенез изменений тканей век

J. Beers (1807) впервые отметил, что «чрезмерная рас­слабленность и растянутость тканей, покрывающих веки, является вторичным явлением после воспаления глаз». G. Dupuytren (1839) писал, что «эту странную болезнь можно найти у молодых девушек лимфатической консти­туции, с бледной кожей, светлыми волосами и крупными чертами». G. Sichel (1870) впервые вводит термин «ато­нический птоз век».

J. Bourguet (1928) и Н. Holden (1951) считали, что грыжи возникают в результате проникновения жира через особые слабые места — люки — в окологлазничной фасции. Е. Eitner (1928) установил, что при данной патологии про­исходит не расслоение фасции, а ее растяжение и выбу­хание, обусловленное окологлазничным жиром, под дейст­вием давления глазного яблока и что это не является при­знаком старения.

Среди причин, влияющих на образование грыж А. Г. Гофрен (1969) M. Gonzalez-Ulloa и Е. Stevens (1961) и другие авторы выделяют следующие моменты: увеличе­ние количества окологлазничной жировой ткани, ослабле­ние орбитальной фасции, миопрагию круговой мышцы гла­за и растяжение кожи. Были высказаны предложения о том, что первичным фактором следует считать растяже­ние кожи, которое способствует выбуханию спаянной с ней фасции и подлежащей клетчатки. Такое механисти­ческое представление кажется очень упрощенным и совершенно не объясняет появление грыж век у детей и молодых людей. Более убедительным является положение Н. Barnes (1958) и R. Stark (1962) о существовании так называемой семейной тенденции к локализованным липодистрофиям. P. Panneton (1936) подтвердил передачу это­го наследственного признака (51 из 79 членов семьи).

В то же время нельзя исключить и ряд моментов фи­зиологического характера, не связанных со строением стенки века, например увеличение или уменьшение внутриглазного давления. При патологическом уменьшении тка­невой жидкости не только снижается внутриглазное дав­ление (а тем самым и напряжение глазного яблока), но и уменьшается количество крови, содержащейся в окружаю­щих тканях, что приводит к западению глазного яблока. При повышении глазного давления яблоко выбухает боль­ше. Подобные движения глаза при относительно постоян­ном объеме окологлазничной клетчатки не могут не влиять на ее перемещение. Другими словами, в процессе грыжеобразования в области век играет роль не только сла­бость стенки глазницы, но и повышенное давление в ее полости, что сближает эти процессы с процессами обра­зования грыж в других областях тела.

Против термина «жировые грыжи» выступает Т. Rees (1973) на том основании, что в данном случае нет нару­шения мышечной стенки и подкожного выбухания жира. Однако можно возразить, что если эти высказывания спра­ведливы по отношению к мышце глаза, то они не относят­ся к содержимому полости, так как выпадение содержи­мого одной из полостей тела через слабое место является по своей сути грыжей. Кроме того, термин «грыжа» очень удобен для практического использования, указывая на определенный патогенез процесса и общую направлен­ность коррекции — удаление выпадающих масс и укрепле­ние стенки века.

Существование различных терминов для обозначения одного проявления затрудняет решение некоторых вопро­сов косметической блефаропластики. Еще в 1880 г. F. Hotz пытался провести дифференциальную диагностику между атоническим птозом и простыми избытками кожи, кото­рые являются возрастными изменениями. При этом он указывал, что при атоническом птозе не сохраняется связь между кожей и верхним краем хряща века в отличие от сохранности кожной складки при возрастных проявлени­ях. Е. Fuchs (1896) считал, что это соединение, а также соединения кожи с верхним краем орбиты настолько ослаблены, что кожа при поднятии верхнего века не дви­жется вслед за ним, а нависает над складкой.

Клинические проявления изменения тканей в области век

В области верхних век наблюдаются как врожденные, так и приобретенные складки кожи. В месте перехода верхнего века в кожу крыши глазницы образуется так называемая надглазничная складка, выраженность кото­рой бывает различной в зависимости от строения верх­него века и орбиты глаза. Кроме этого, можно выделить еще несколько типов складок: верхнюю — надбороздчатую (орбитальную), расположенную в самой верхней части века выше надглазничной; среднюю — подбороздчатую (пальпебральную), начинающуюся ниже надглазничной; нижнюю — тарзальную, начинающуюся еще ниже. С воз­растом тарзальная складка становится все более выра­женной и бывает больше развита в наружной части века, где нередко свисает, закрывая наружный угол глаза.

На верхних веках следует различать простую складку и «монгольскую», которую иногда называют эпикантусом. Если простая складка на всем протяжении расположена параллельно краю века, то медиальный край «монголь­ской» складки постепенно сближается с краем века и на­правляется вниз, доходя до нижнего века или образуя по бокам корня носа складочки, спускающиеся даже ниже уровня нижнего века. При значительном развитии «мон­гольская» складка прикрывает внутренний угол глаза, слезное мясцо и начало слезных путей. В отличие от «мон­гольских» складок у типичных монголоидов «монгольская» складка у европеоидов с возрастом уменьшается и может совсем исчезнуть. «Монгольская» складка и узкий разрез глаз у азиатских народностей являются защитными при­способлениями в неблагоприятных климатических услови­ях (повышенная инсоляция, ветер и т. п.). При простых складках цвет кожи верхних век практически не меняет­ся. Она лишь становится более тонкой и подвижной.

Кроме простых складок, в области верхних век встре­чается блефарохолазис — своеобразная атрофия кожи. Кожа век при этом сильно истончена, растянута, красно­ватого цвета из-за обилия расширенных подкожных вен; она свисает в виде обширной складки над ресницами, пе­рекрывает часть глазной щели и создает впечатление пто­за век. При блефарохалазисе обычно отмечаются растя­жение тарзоорбитальной фасции, недостаточно прочное соединение кожи с мышцей, поднимающей верхнее веко, а иногда и опущение слезной железы. Подобное расслабление подчас приводит к тому, что окологлазничная клет­чатка как бы вываливается в образовавшийся мешок («жировая грыжа»).

При проведении дифференциальной диагностики сле­дует помнить о том, что избытки кожи при блефарохалазисе занимают преимущественно наружные отделы века. Истинные же жировые грыжи чаще образуются во вну­тренних отделах век. При надавливании на глазное яблоко увеличивается мешковидное выпячивание при жировых грыжах.

При лимфатическом отеке кожа век бледная, полупро­зрачная и не имеет бороздок. При надавливании пальцем на такой мешок остается вдавление. Опущение слезных желез характеризуется опухолевидным образованием тестовидной консистенции без четких границ в наружных от­делах верхних век. Иногда оно четко контурируется при очень тонкой коже век.

Избытки кожи верхних век могут быть одно- и двусто­ронними. При этом двустороннее нависание кожи до­вольно часто бывает асимметричным, причем справа оно чаще более выраженное, чем слева. Односторонние избыт­ки кожи являются обычно следствием травм, воспалитель­ных заболеваний, односторонних застоев крови и лимфы.

Одним из ранних признаков старения кожи лица яв­ляется сморщивание ее в области нижних век. Направле­ние образующихся морщин почти всегда параллельно на­правлению волокон круговой мышцы глаза, поэтому их нельзя считать мимическими. Скорее всего, здесь проявля­ется действие силы тяжести, которая по мере расслабле­ния кожи действует все интенсивнее. В пользу такого ме­ханизма свидетельствует тот факт, что мелкие морщины и складки кожи нижних век имеют сходящийся характер у внутреннего угла и расходящийся — в наружных отделах века, где ткани больше растягиваются.

Иногда после воспалительных заболеваний век, сопро­вождающихся отеками, остаются значительные складки кожи даже у молодых людей. В этих случаях расслабле­ние жировой клетчатки щек приводит к тому, что кожа нижних век опускается ниже нижнеорбитальной складки. Сама же кожа в области века выглядит более или менее гладкой.

В большинстве случаев при расслаблении кожи сред­ней степени выраженности установки нижнего века в мак­симально верхнее положение бывает достаточно, чтобы все складки кожи расправились. Этот прием является диагностическим и помогает точнее определить возможность выполнения оперативного вмешательства.

Жировые грыжи нижних век четче контурируются при тонкой коже век и взгляде вверх, что связано с движени­ем глазного яблока, которое как бы выталкивает кнаружи клетчатку. Наиболее часто грыжи нижних век располага­ются в средних и внутренних отделах. Значительно реже они отмечаются в наружных отделах век. Грыжи встреча­ются в любом возрасте, они подвержены небольшой коли­чественной динамике в течение дня или различное время года, но самостоятельно полностью не исчезают. Двусто­ронние жировые грыжи нижних век, так же как и верхних, могут быть асимметричными.

Планирование операции и отбор пациентов

При отборе пациентов для косметической блефаропластики действуют все общие правила, изложенные в общей части книги. Перед операциями в области век целесооб­разно проведение консультаций опытным окулистом для исключения заболеваний глаз и их придатков, учитывая, что хирургу приходится иметь дело с пациентами старшей возрастной группы. По мнению Т. Rees (1973), хрониче­ская глаукома не является абсолютным противопоказани­ем к блефаропластике.

Поскольку целью вмешательств чаще всего является устранение избытков кожи, правильное и наиболее полное их выявление становится главным моментом при определении показаний к операции. Веки представляют собой образования со свободным и подвижным краем и нахо­дятся в движении. Это приводит к тому, что кожа при движении век смещается и постоянно находится в более или менее расправленном или сокращенном состоянии. В связи, с этим непреложным правилом при определении избытков кожи является выполнение измерений в положении, когда кожа находится в состоянии максимального естест­венного расправления, т. е. в максимально нижней точке для края верхнего века или максимально верхней точке для края нижнего века. Для верхних век такое положение создается при спокойно сомкнутых веках, для нижних — при взгляде вверх.

Эффективность лечения в определенной мере зависит от состояния кожи век. Операцию предпочтительнее про­изводить при тонкой коже, которая легко повторяет кон­туры орбитальной области. Менее пластичная толстая («тяжелая») кожа, не обладающая этими свойствами в достаточной мере, сглаживает естественный рельеф по­верхности и придает лицу некоторую маскообразность, по которой легко определить «оперированные» веки.

Более заметные послеоперационные рубцы остаются на плотной, глянцевитой коже век, особенно при наличии глу­боких морщин, устранить которые можно лишь частично с помощью механической или химической дермабразии.

В отношении борозд кожи век пациент должен быть поставлен в известность о том, что в их происхождении активное участие принимают мимические мышцы лица, потому устранить борозды можно лишь частично или вре­менно с помощью определенных хирургических при­емов.

Часто встречаются различия в положении и форме бровей, разреза глаз, о чем пациент должен быть постав­лен в известность. Безусловно, помочь при определении этих различий может измерение расстояния от нижнего края брови до ресничного края верхнего века, длины и ширины глазной щели, угла между линией соединения зрачков и направлением глазной щели и т. п.

Расслабление тканей вокруг век оказывает влияние на величину излишков кожи век. Это свидетельствует о том, что вмешательство в области век должно быть произве­дено как второй этап или одновременно с другими опера­циями (на лбу, щеках и др.).

Фотографирование пациента в фасном положении до и после операции обязательно и в настоящее время яв­ляется единственным и главным аргументом врача в спор­ных случаях и при различном толковании эффекта лече­ния пациентом и врачом.

Техника выполнения блефаропластики

Современная косметическая блефаропластика склады­вается из следующих основных этапов:

а) устранения из­лишков кожи верхних век с жировыми грыжами или без них;

б) устранения излишков кожи нижних век с жиро­выми грыжами или без них;

в) перемещения опущенного наружного угла глаз;

г) устранение жировых грыж век без излишков кожи;

д) создание естественной складки кожи верхних век;

е) укрепление или подъем бровей.

Эти этапы могут быть произведены одновременно в опре­деленной последовательности. Нет еди­ного способа устранения косметических недостатков в строении век, пригодного для всех клинических случаев. При этом опыт и мастерство хирурга, работающего с тка­нями век, определяются не только его квалификацией, но и умением правильно оценить клинические проявления, правильно выбрать и применить ту хирургическую методи­ку, которая даст наибольший косметический эффект в каждом конкретном случае.

Большинство хирургов при операциях на верхних веках пользуются разрезами, напоминающими по своей форме серп или эллипс. У некоторых авторов концы это­го «серпа» острые с обеих сторон, у других — плоские, у третьих — с уплощением у наружной тре­ти века. При очень больших избытках кожи предлагают продлевать кожные разрезы на висок.

При маркировке линия разреза не обязательно должна соответствовать складке кожи, важнее, чтобы она находи­лась от ресничного края на расстоянии не менее 7 мм, а чаще 9—10. При пигмен­тированной коже, высоком расположении складки или запавшем веке лучший результат дает низкий (надресничный) разрез.

В пределах намеченного контура обычно иссекают толь­ко кожу, но при утолщенных веках возможно иссечение полоски подкожных тканей, включающих круговую мышцу глаза и подмышечную клетчатку. Но к такому изменению вида орбитальной области пациенты не всегда стремятся. В любом случае этот способ может быть рекомендован только при строгих показаниях.

При излишней резекции кожи у внутренних углов глаз могут развиться рубцовые тяжи, идущие до корня носа, а при недостаточном иссечении — остаточные излишки ко­жи. В связи с этим появились предложения соединять раз­резы на обеих сторонах через спинку носа, изгибающиеся под углом разрезы наподобие при­меняемых при коррекции концевых выбуханий, W- и Y-пла-стику.

В области нижних век обычно используют парамаргинальные разрезы от одного угла глаза к другому вдоль края век и отступя от него на 2—3 мм. При выраженном птозе кожи нижних век предложены разрезы по пальпебрально-орбитальной. Применение подобных досту­пов нецелесообразно из-за образования видимых рубцов. Кроме того, обширные растяжения кожи век с переходом отвисания на щеки встречаются редко. Разрезы кожи ниж­них век проводят вдоль края век примерно на 1 —1,5 см за наружный угол глаза, по средней борозде «гусиной лапки» или несколько ниже ее.

Лишь немногие хирурги предлагали устранять избытки кожи на нижних веках, так же, как на верхних, т. е. без отслойки. Однако большинство авторов пользуются отслойкой кожи либо над круговой мышцей, либо вместе с мышцей (кожно-мышечный лоскут). Применение кожно-мышечного ло­скута, предложенного J. Reidy (1960), явилось более рациональным способом уменьшения послеоперационного отека и кровоизлияний. Это было подтверждено и другими. Такой лоскут, по мнению большин­ства авторов, следует применять только у молодых людей, у которых практически не проводят иссечения тканей из-за сохранения ими высокой упругости. Во всех остальных случаях следует производить отслойку кожи, что влечет за собой ее вторичное сморщивание наподобие свободного кожного лоскута, при этом более высока вероятность об­разования выворота. Следует согласиться с мнением М. Spiга (1977), который считает, что нет разницы в конечном результате при отслойке только кожи или кожно-мышечного лоскута и что имеются отличия только технического характера. Естественно, что отслойка над мышцей, а не в подмышечной рыхлой клетчатке вызывает большую трав­му тканей, повышенную кровоточивость со всеми вытекаю­щими отсюда последствиями (отек, гематома, выворот нижнего века и др.).

Есть предложения использовать кру­говую мышцу нижнего века для предотвращения выворо­та, подшивая ее к надкостнице орбиты непосредственно над наружным углом глаза, а иногда и собирая расслаб­ленную мышцу в складки. D. Furnas (1978) и J. Adamson (1979) выкраивали из избытка тканей нижних век деэпидермизированный треугольный лоскут и, проведя его под перемычкой кожи у наружного угла глаза, вшивали на ра­невую поверхность верхнего века. В результате, по мне­нию авторов, не только укрепляется нижнее веко, но и предотвращается образование выворота.

Е. Berry (1974) измерял ширину иссекаемой кожи по­сле отслойки и расправления ее по отношению к линии разреза. Предполагаемую линию иссечения накладывают на линию разреза, лоскут отворачивают и измеряют его внутреннюю ширину, которая не должна быть больше на­ружной в 1/2 раза. Если это расстояние меньше, то иссе­чение на этом уровне приведет к образованию дефекта кожи, если больше, то не весь избыток кожи будет уда­лен. Подобные измерения могут стать важным объектив­ным критерием при определении избытков кожи нижних век, если их целесообразность будет подтверждена и дру­гими авторами.

Натяжение кожи нижних век производят только по на­правлению вверх и кнаружи для предупреждения выворо­та и образования кожной складки между веками по типу эпикантуса у наружных углов глаз.

Для зашивания раны без натяжения и равномерного распределения кожи нижних век Е. Eitner (1928), J. Joseph (1931) предлагали иссекать треугольник кожи у наружно­го угла глаз. При этом разрез можно направлять по сред­ней складке «гусиной лапки» или под углом в 135—145°.

Несмотря на высказанное S. Fomon (1960) мнение о том, что в настоящее время устранение морщин и грыж век не является проблемой, следует отметить, что прежде существовавшие методы операций в области век не гаран­тировали от образования эпикантуса или выворота нижних век. От этих осложнений не спасало даже подшивание кожи нижнего века к надкостнице.

В 1961 г. М. Gonzalez-Ulloa описал оригинальный спо­соб одномоментного вмешательства на обоих веках с вы­делением треугольного лоскута у наружного угла глаза, который при натяжении его вверх и кнаружи предотвра­щает развитие указанных выше осложнений. Рядом авто­ров эта методика была при­знана наиболее целесообразной и почти универсальной.

При жировых грыжах век хирурги пользовались на­ружными или внутриконъюнктивальными разре­зами, причем применение последних, по дан­ным самих авторов, оправдано только у молодых людей при отсутствии избытков кожи нижних век, что ограничи­вает применение метода.

Не худшие результаты отмечены и при удалении жиро­вых грыж у молодых людей путем прокола скальпелем над скоплениями жира и последующего удаления.

Различно отношение хирургов к круговой мышце глаза и орбитальной фасции. Так, например, Э. Эйтнер (1936) предлагал рассекать фасцию в горизонтальном направле­нии, а после удаления жира сшивал ее с наложением листков друг на друга. Круговую же мышцу он рассекал поперек, так как горизонтальное рассечение, по его мнению, якобы способствует вывороту нижних век. Подобных предложений в известной нам литературе больше не встре­чалось.

После устранения жировых грыж разъединенные в го­ризонтальном направлении пучки круговой мышцы глаза ряд авторов соединяли, другие же считают, что во­локна мышцы хорошо срастаются самостоятельно. При слабости круговой мышцы глаза ее можно ушивать П-образными швами с тем расчетом, что­бы часть мышцы, перемещаясь на место удаленного жира, укрепила таким образом мышечную стенку века.

Сейчас многие авторы считают что не следует накладывать швы на мыш­цу, тем более что действие ее направлено на быстрое смы­кание щелей в ней с образованием более нежного и тон­кого рубца. Кроме того, наложенные на мышцу швы дли­тельное время могут контурироваться под кожей, являясь в то же время очагами неспецифического воспаления.

Часто при косметической блефаропластике необходимо произвести коррекцию опущенных наружных углов глаз. Как вариант может быть произведена операция Гонзалец—Уллоа: выделяют и перемещают вверх и кнаружи треугольник кожи, включающий наружный угол глаза. Поч­ти одновременно появилось и предложение J. Lewis (1969) производить обычную Z-пластику наружных углов глаз. Правда, в дальнейшем сам автор отказался от нее и предложил подшивать к надкостнице орбиты круговую мышцу глаза в области наружных углов глаз.

При всех этих способах происходит скорее расправле­ние кожи у наружных углов глаз, чем собственно смеще­ние наружного угла, прикрепленного к орбите плотной на­ружной связкой. Пожалуй, если говорить об истинном перемещении наружных углов глаз, то единственным опи­санным методом коррекции является выделение наружной связки глаза и перемещение ее кверху по орбите на 4–8 мм с последующей фиксацией в этом месте, как это предлагает U. Hinderer (1975).

При выполнении блефаропластики после базедовой бо­лезни или других процессов, вызывающих экзофтальм, щели в мышце и орбитальной фасции способствуют «пе­редней орбитальной декомпрессии». Конечный результат операции у пациентов, которым производили ушивание орбитальной фасции, не отличался от результатов операции, при которых фасцию ушивали.

Создание складки кожи верхних век также становится проблемой при ее полном отсутствии (монголоидные ве­ки) или нечеткой выраженности (например, при блефарохалазисе). Описанные в литературе способы часто очень травматичны, оставляют рубец, за­метный при сомкнутых веках или опасны развитием паралича мышцы, поднимаю­щей верхнее веко. Чрезвычайно важным недостатком указанных методов является недостаточное внимание к созданию условий, препятствующих смещению созданной складки книзу с течением времени.

Наконец, задачей косметической блефаропластики, не­сомненно, является устранение влияния на орбитальную область окружающих тканей и образований (тяжесть щек, опущение бровей), что приводит к выводу о том, что блефаропластику необходимо производить как последний этап после натяжения кожи лица, поднятия бровей и т. д.

Пластика верхних век

Линию разреза кожи намечают краской в положении пациента сидя или стоя. Нижняя граница разреза идет по естественной (пальпебральной) складке, которая соответ­ствует верхнему краю хряща века, от одного угла глаза к другому. Если складка видна нечетко, то ее легче опре­делить при открытых глазах. Верхняя линия разреза идет от внутреннего угла глаза по основанию складки кожи, которая образуется если взять весь избыток кожи браншами мягкого пинцета, что, однако, не должно приво­дить к смещению края века кверху и обнажению склеры глазного яблока.

При соединении разрезов угол должен быть острее в медиальных отделах, где излишки кожи минимальные и более тупым в наружных отделах, где избытков кожи больше всего. Во избежание образования заметного по­слеоперационного рубца разрезы кожи не следует прово­дить далеко за пределы наружного угла глаза.

Если кожный разрез верхнего века доходит до кантальной складки, то впоследствии может образоваться кожный тяж наподобие эпикантуса из-за смещения кожи у угла глаза контракцией послеоперационного рубца.

Во время операций в области век необходимо помнить о толщине кожи. При отслойке кожи век хирург должен следить за тем, чтобы концы ножниц шли параллельно по­верхности, а сами движения были плавными и мягкими. Источение кожи век, особенно в медиальных отделах, бывает настолько выраженным, что инструменты просве­чивают через нее. Вследствие этого все манипуляции долж­ны быть осторожными и по возможности кратковременны­ми, чтобы уменьшить травму тканей.

Прослойка клетчатки в области век очень незначитель­на. Правильной отслойке способствует инфильтрация ане­стезирующим раствором, которая как бы увеличивает расстояние между кожей и круговой мышцей глаза. Вслед­ствие более рыхлого строения клетчатки верхних век по сравнению с клетчаткой нижних век отслойка кожи верх­них век проходит легче и более бескровно.

При осторожном иссечении избытков кожи верхних век кровотечение из раны обычно небольшое. Мы обычно ог­раничиваемся тем, что с небольшим давлением прикла­дываем салфетку, смоченную холодным изотоническим рас­твором хлорида натрия до тех пор, пока идет операция на другой стороне. В редких случаях можно применять и электрокоагуляцию.

При наличии жировых грыж волокна круговой мыш­цы осторожно расслаивают тупым путем в медиальном и среднем отделах узким зажимом. Разделение волокон мышцы производят до тех пор, пока в просвете не пока­жется орбитальная фасция, через которую виднеется жел­товатый жир. Фасцию приподнимают пинцетом и надсе­кают. Избыточный орбитальный жир выпадает при этом в рану. Избыток жира четче выявляется при мягком надавливании на глазное яблоко. Жир иссекают без подтя­гивания наружу, так как при этом возможен надрыв тка­ни с развитием кровотечения в орбиту, которое трудно ликвидировать. Иногда на культю полезно наложить про­шивную лигатуру. Швы на фасцию и круговую мышцу не имеет смысла накладывать, так как фасцию при этом лег­ко укоротить, а волокна мышцы прекрасно слипаются с образованием тонкого рубца.

На кожу накладывают один из наружных хирургиче­ских швов самым тонким нерассасывающимся материа­лом внутрикожно или накожно. Края раны должны сводиться без особого напряжения. Не следует бояться небольшого обнажения склеры глаза, так как после расса­сывания отека веко занимает обычное положение, но и стремиться к постоянному обнажению склеры при заши­вании не следует.

Подобную операцию целесообразно выполнять у лиц с хорошо контурированными верхними веками, тонкой кожей и высоким расположением бровей и складки кожи. Однако при выраженных избытках кожи у внутренних углов глаз уместно применять способ Сильвера, позволяющий удалить в 2 раза больше кожи, чем при обычных разре­зах, или проводить иссечение кожи наподобие «стоячего конуса» (треугольник Бурова). При утолщении тканей век и коротком верхнем веке мы иссекаем допол­нительно полоску подкожной рыхлой клетчатки, круговой мышцы глаза и подмышечной клетчатки, чтобы прибли­зить кожу к хрящу века.

При блефарохалазисе в ряде случаев, кроме обычного удаления избытков кожи верхних век, требуется создание исчезнувшей складки кожи и коррекция выступающей в рану слезной железы. Последняя не резеци­руется, а заправляется под край орбиты и укрепляется путем мышечной пластики круговой мышцей глаза (мышечно-надкостничный шов).

Для создания естественной складки кожи верхних век проводится низкий надресничный разрез, отступя 2—3 мм от края века, и отслаивается кожа века кверху на 1,5—2 см выше намеченной линии будущей складки (ее предварительно трассируют швами из цветного материа­ла). Далее иссекается полоска подкожных образований вплоть до хряща, покрытого апоневрозом леватора века и накладывается непрерывный шелковый шов между дер­мой отслоенной кожи по линии складки и сухожильным растяжением леватора по верхнему краю хряща века. Избытки кожи после этого удаляют обычным иссечением и на кожную рану накладывают наружный шов.

Как видно из описания, этот метод обладает опреде­ленными преимуществами по сравнению с описанными в литературе:

а) делают низкий надресничный разрез, остав­ляющий малозаметный послеоперационный рубец;

б) ис­пользуют широкий и удобный доступ для манипулирова­ния на подкожных образованиях;

в) накладывают вну­тренний шов между кожей и мышцей таким образом, что складка кожи не контурируется при сомкнутых веках и достигается максимальный косметический эффект. По­скольку этот шов не зависит от кожного разреза, его можно накладывать на любом уровне века и легко корри­гировать возникающие асимметрии складки;

г) создают широкое подкожное сращение между кожей и хрящом от линии разреза до линии складки, препятствующее сме­щению складки книзу;

д) производят коррекцию избыт­ков кожи в конце операции, когда уже произведена ре­конструкция века.

Для предупреждения смещения брови книзу после ис­сечения кожи верхних век и зрительного уменьшения рас­стояния между краем века и нижней границей брови, что неблагоприятно с эстетической точки зрения, мы рекомендуем пользоваться разработанной в МНИИ косметологии способом укрепления брови во время косметической блефаропластики. Этот способ состоит в обычном иссечении избытков кожи верхних век, которое производят, как опи­сано ранее, но ширина иссекаемой полоски кожи должна быть на 2—3 мм меньше (в расчете на смещение брови кверху). В средней части брови ближе к наружной трети ее проводим небольшой надрез кожи с сохранением воло­сяных фолликулов. От верхнего края раны верхних век до нижнего края брови проводим отслойку кожи и гемо­стаз. Пальцами бровь смещаем кверху и в этом положении через надрез в брови проводим иглу с нитью (капрон № 2-0) за надкостницу и выводим в отслоенное простран­ство, а затем снова проводим через надкостницу в верхний надрез кожи, где завязываем узел. При этом обеспе­чивается не только более плотная связь брови с надкост­ницей, но и смещение брови кверху на несколько милли­метров. Техника выполнения этой операции проста, отме­чается выраженный косметический эффект, особенно при птозе брови.

Пластика нижних век

Если при операциях на верхних веках не­большая ошибка в определении излишков кожи практи­чески ничем не угрожает, то радикальное иссе­чение тканей нижних век может привести к вывороту, уст­ранить который очень трудно. Кожный разрез в области нижних век должен всегда проходить ниже слезной точки, чтобы не вызвать ее выворота в послеоперационном пери­оде, что приведет к длительному слезотечению.

При ослаблении тургора тканей нижних век выделя­ют кожно-мышечные лоскуты в бессосудистом межфасциальном пространстве, что приводит к меньшей травме тканей, чем при других видах отслойки.

Гемостаз практически необходим только по краю над­сеченной круговой мышцы. Лоскут опрокидывают и уда­ляют жировые грыжи, так как это было описано выше. Следует отметить, что удаление жира в среднем и вну­треннем отделах происходит относительно легко вслед­ствие поверхностного расположения грыж. Доступ к на­ружному скоплению затрудняется расслоением плотного слоя орбитальной фасции, под которой залегает жир. Кор­рекцию наружных грыж производят очень редко. Все ма­нипуляции с орбитальным жиром — выделение пакета, расслоение, подтягивание, коагуляция и др.— необходимо проводить крайне осторожно под контролем глаза, чтобы избежать внутриорбитального кровотечения.

При наклонности кожи нижних век к образованию избытков с появлением легкой складчатости можно применять обычный угловой разрез или операцию Льюиса. Она давает неплохие ре­зультаты, но простота ее кажущаяся. Моменты, способствующие успешному выполнению вмешательства:

а) кожа верхних век иногда от­личается по цвету от кожи нижних век, поэтому пере­становка треугольников становится нецелесообразной;

б) основание верхнего треугольника не должно быть стро­го вертикальным, а скорее скошенным, что способствует вшиванию вершины нижнего треугольника в направлении вверх и кнаружи для повышения косметического эффекта вмешательства;

в) верхний треугольник на нижнем веке вшивают с определенным натяжением, так как в против­ном случае он сокращается и начинает выделяться на по­верхности.

Следует согласиться с мнением Т. Rees (1973), что при операции Льюиса производят больше разрезов, чем при применении обычной техники, и что при ней за­труднительны последующие вмешательства или повтор­ные операции.

Избытки кожи средней степени можно удалить также через обычный подресничный разрез кожи с треугольным изгибом книзу в 135° за наружным углом глаза. Следует отметить, что в точке изгиба кожного разреза позднее при заживлении раны создаются неблагоприятные усло­вия. Преобладание сократительной силы и тяжести кожи нижних век по сравнению с кожей верхних способствует тому, что последняя очень легко смещается книзу, образуя эпикантальную складку. При этом соразмерить и учесть эти силы натяжения и контракции не представляется воз­можным. Проведение же кожного разреза в более низ­ком положении косметически неоправданно. Тем не менее этот доступ применяют чаще.

Отслойку производят небольшими ножницами над кру­говой мышцей глаза. Тщательно осуществляют гемостаз, предпочтительно применение электрокоагуляции, не оставляющей под кожей лигатурных утолщений.

Особенно важным становится иссечение избытков кожи нижних век. При открытых глазах и взгляде вверх кожа нижних век должна быть аккуратно расправлена (!), а не натянута, как это принято считать. Избытком кожи при этом будет та часть ее, которая находится выше линии кожного подресничного разреза. Если кожа век тонкая, то линия разреза определяется в виде линейного углубле­ния на кожном лоскуте. Т. Rees (1973) предлагает дру­гой вариант определения избытков кожи: при надавлива­нии на глазное яблоко расправляется сократившаяся ко­жа нижних век и легче определить истинные избытки ее.

При выраженных избытках кожи нижних век, кото­рые простираются ниже орбитальной складки и за на­ружный угол глаза, необходимо произвести обширные раз­резы, позволяющие выполнить отслойку кожи на большом протяжении. В этих условиях неплохих результатов до­стигают при использовании модификации И.А. Фришберга (1969): подресничный разрез продлевают за наружный угол глаза на 0,8—1 см и под острым углом переводят его на естест­венную складку верхнего века, т. е. образуют треугольник кожи. От конца разреза на верхнем веке проводят допол­нительные разрезы к точке, лежащей на линии соедине­ния конца брови с вершиной кожного треугольника, и от нее — вниз к вершине этого же треугольника. Участок ко­жи, ограниченный этими дополнительными разрезами, ис­секают.

Наружный треугольник кожи мобилизуют и вшивают в верхнюю (рис. 37) точку разрезов. Мобилизацию тканей проводят в более глубоком слое для обеспечения жизне­деятельности лоскута и с большой осторожностью, чтобы не повредить наружную связку глаза. Если при проведе­нии операции по методике Гонзалец-Уллоа подшивание треугольника (без его мобилизации) встречает сопротив­ление тканей нижнего века и отмечается втягивание в шов кожи бровей, то при использовании модификации И.А. Фришберга треугольник кожи легко перемещается вверх, при мобили­зации его от подлежащих тканей более полно использу­ются пластические свойства кожи и уменьшается натяже­ние по линии швов. При этом сохраняются все положи­тельные свойства способа Гонзалец-Уллоа: перемещение вверх и кнаружи наружного угла глаза, некоторое удли­нение глазной щели и др.

Разумеется, точку вшивания вершины кожного тре­угольника у наружного угла глаза необходимо подбирать на таком уровне, чтобы отслоенная кожа нижнего века смогла закрыть дефект, возникающий при перемещении этого треугольника кверху. При невозможности воспол­нить дефект избытком кожи нижних век треугольник сле­дует вшивать в более низком положении. При операциях на обоих веках могут быть использованы раздельные до­ступы и их варианты или описанные выше комбинирован­ные операции.

Следует остановиться на удалении жировых грыж при отсутствии избытков кожи. При этом мы проводим не­большие проколы-разрезы узким глазным скальпелем с шириной полотна 3—4 мм через кожу и мышцу непосред­ственно над жировым пакетом. Эти разрезы располагают­ся строго по линиям расслабления кожи, что влияет на вид послеоперационных рубцов. В образовавшиеся отвер­стия вводят кончики зажима типа москит и подтягивают орбитальную клетчатку. Удаление жира и ушивание ран производят по общим правилам. Это наименее травмати­ческое вмешательство в области век, дающее высокий кос­метический эффект и обеспечивающее быстрое наступле­ние периода реабилитации. Разумеется, что применение этой операции целесообразно только в молодом (и даже детском) возрасте, когда нет проблемы устранения излиш­ков кожи век.

Особенности послеоперационного периода

После операций на веках повязку применяют скорее с психологической, чем с лечебной целью. Рубцы могут быть скрыты очками. Некоторые авторы предла­гают накладывать давящую повязку только на 3—4 часа, а затем ограничиться адгезивными наклейками, другие рекомендуют под­шивание нижних век ко лбу на 24 часа и сшивание век с умеренно давящей повязкой. При наложении повязки очень важно не нарушить правильное положение век, что приводит к фиксации кожи их в более низком положении. Мы пришли к выводу, что лучшее давящее действие ока­зывает повязка, которую накладывают следующим обра­зом. Всю область нижних век вначале заполняют многослойной марлей строго по контуру века от его ресничного края до нижней орбитальной складки. Эти слои повязки сравнивают контур нижнего века со щекой. Поверх на­кладывают обычную повязку, которую слегка укрепляют полосками липкого пластыря и на 1—2 ч придавливают глухой повязкой в виде цифры восемь.

Повязку удаляют на следующий день и накладывают тонкие защитные полоски марли. По краю век могут от­мечаться небольшие кровотечения, для устранения кото­рых не требуется применение специальных мер. Швы сни­мают обычно через 2—3 дня после операции, корочки по линии рубца — через неделю после смазывания их маслом, для облегчения их удаления. Через 7—10 дней разреша­ют уход за веками косметического характера (тени, кра­ски и т. п.).

Осложнения

При косметической блефаропластике отмечаются вре­менные осложнения, которые проходят самопроизвольно, и длительные, требующие активных вмешательств.

Ретробульбарная гематома и кровотечение в полость орбиты — наиболее грозные осложнения. Они являются следствием повреждения сосуда при анестезии или грубом подтягивании орбитального жира. При ретробульбарном кровотечении спустя 1/2—2 часа после операции может на­ступить потеря зрения вследствие нарушения кровотока в центральной артерии сетчатки. Патогенетически крово­течение будет продолжаться до тех пор, пока давление в поврежденной артерии не сравнится с давлением в полости орбиты. Клинически глазное яблоко не баллотирует, от­мечается плотность и выбухание конъюнктивы, инъециро­вание конъюнктивальных капилляров. Внутри глаза ощу­щается боль, свободные движения глаза ограничены. То­нометрия показывает увеличение давления до 100 мм. рт. ст. (норма—15,5 мм. рт. ст.). В литературе описано более 50 случаев потери зрения после операции, в частности вследствие ретробульбарных кровотечений, сосудистой ишемии, тромбоза артерий сетчатки, острой глаукомы. Отрадно, что слепота при ретробульбарных крово­течениях временная, так как сгустки рассасываются и кровообращение постепенно восстанавливается. Лечению значительно помогает применение гипертонических растворов, диуретические сред­ства, холодные компрессы. Большинство окулистов вы­ступают против проведения в этих случаях кантотомии или парацентеза, ведущих к развитию грыжи радужной оболочки.

Кровотечение из орбитальной клетчатки во время опе­рации следует по возможности остановить электрокоагу­ляцией или наложением лигатуры. Иногда для обнаруже­ния кровоточащего сосуда достаточно слегка надавить на глаз, что приводит к выбуханию клетчатки в рану. Приме­нение давящей повязки при наличии гематомы нецелесо­образно из-за увеличения давления на сетчатку глаза и зрительный нерв. Для предупреждения кровотечения не рекомендуется прием пациентами за 3—4 недели до операции ацетилсалициловой кислоты и антикоагулянтов.

Подкожная гематома диагностируется по синюшности и выпячиванию кожи с последующей флюктуацией в цент­ре. В подобных случаях ее необязательно удалять в пер­вый же день. Следует подождать, пока гематома локали­зуется, и опорожнить ее на 7—10-й день через небольшой разрез кожи с надавливанием или через толстую иглу для пункций. Не удаленные гематомы способствуют длитель­ному уплотнению тканей век, медленному рассасыванию узлов под кожей и др. Применение физиотерапевтических процедур ускоряет рассасывание последствий подкожной гематомы.

Слезоточивость является частым осложнением после блефаропластики. Она обусловлена отеком век со сме­щением слезных канальцев по краю век. Длительная сле­зоточивость на протяжении нескольких недель встречается редко, обычно это связано с сужением канальцев или слезного мешка рубцами. В связи с этим во время про­ведения вмешательства следует следить за тем, чтобы операционные разрезы не доходили до внутреннего угла глаза, особенно при выделении кожно-мышечного лоску­та. Необходимо бережно обращаться и с круговой мыш­цей глаза, которая, по словам Т. Rees (1975), является «насосом для истечения слезы».

Сухой кератоконъюнктивит может быть осложнением блефаропластики. Хотя это состояние может не являться прямым следствием вме­шательства, а может быть только спровоцировано им, не­обходимо определять продукцию слезной жидкости до операции специальными тестами, производить тщательный отбор пациентов для операции (указания в анамнезе на глазные заболевания, слабость век с обнажением склеры под радужкой) и применять щадящую хирургическую тех­нику.

Лечение кератоконъюнктивита осуществляют специ­альными каплями — «искусственными слезами» (например, производные поливинилпирролидона), которые применяют длительно.

Диплопия (сдвоенное зрение) может проявиться в те­чение нескольких часов после операции и быть связанной с нарушением деятельности глазных мышц. Однако не исключается длительная диплопия вследствие поврежде­ния наружных мышц (например, нижней косой мышцы, разделяющей средний и внутренний пакеты жировой клет­чатки). Следует очень осторожно выделять в этих местах орбитальную клетчатку, чтобы не повредить мышцу. Из этих же соображений мы никогда не производим тоталь­ное разъединение круговой мышцы глаза, а только непо­средственно над пакетами жировой клетчатки.

У ряда лиц после операции отмечается некоторое от­ставание нижних век от глазного яблока в наружных от­делах. Обычно это состояние самостоятельно проходит че­рез несколько недель, если оно вызвано реактивными из­менениями в ране или рубцовой контрактурой. Длительное существование таких изменений уже служит несомненным признаком выворота нижних век. Его основными причи­нами являются: чрезмерное иссечение кожи, укорочение орбитальной фасции швом, парез круговой мышцы глаза, чрезмерное удаление жировой клетчатки, гематома. При диагностировании выворота ниж­них век вначале следует применить такие консерватив­ные меры, как поддерживающие швы на 72 ч, подтяги­вание нижних век пластырем кверху для расслабления тканей, активная гимнастика для повышения тонуса кру­говой мышцы глаза. При выраженном вывороте нижнего века требуется хирургическая коррекция — пересадка полнослойного кожного лоскута, которую можно производить через 48 часа после первичного вмешательства или спустя 4—6 месяцев. Кожу для подобных операций берут с верхнего века, сосцевидного отростка или из над­ключичной области.

Очень похож на это осложнение «круглый глаз» — со­стояние, удерживающееся в течение нескольких месяцев после операции, но никогда не переходящее в выворот нижних век (Fournier P., 1977). По данным автора, при­чинами образования «круглого глаза» являются:

- резек­ция слишком большого количества кожи нижних век;

- контракция рубцовой ткани;

- чрезмерная масса опу­щенных щек;

- операционная травма круговой мышцы глаза;

- тонкая кожа век, которая в послеоперационном периоде ведет себя подобно свободному лоскуту кожи (об этом свидетельствует постепенное развитие «круглого глаза» в отличие от выворота).

Применение кожно-мышечного лоскута нижних век уменьшает частоту возникнове­ния этого осложнения, а комбинированные разрезы верх­них и нижних век увеличивают, так как возникает цирку­лярная контракция рубцов. Ношение солнцезащитных оч­ков в течение длительного времени нежелательно, так как при этом исключается полноценное функционирование мышцы глаз (зажмуривание). В связи с этим достаточно применять солнцезащитные очки только на время сущест­вования подкожных кровоподтеков и выраженного отека. Как можно раньше следует проводить гимнастику глаз — энергичное сокращение круговой мышцы глаз при некото­ром растягивании пальцами наружных углов. При этом необходимо убедить пациента в том, что подобная гимна­стика не приведет к раннему появлению морщин на коже. Наконец, следует признать вполне разумными предложе­ния не производить резекции кожи пациентам, у которых до операции выявляется «круглый глаз».

Из других осложнений могут отмечаться блефарит, требующий лечения у окулиста, потеря ресниц, проходя­щая самопроизвольно, мелкие кисты по линии рубца, воз­никающие уже через 48 ч вследствие врастания эпидер­миса в шовный канал (этого не происходит при внутрикожном шве). Для профилактики последнего осложнения полезно также раннее снятие наружных швов. Как редкое осложнение описано острое развитие глаукомы через 24 ч после блефаропластики.

Повторные оперативные вмешательства

Показаниями к проведению повторных операций в об­ласти век служат различные проявления и состояния, ко­торые либо не полностью устранены при первичном вмешательстве, либо являются следствием проведенной опе­рации. К первой группе показаний относятся грыжи внутренних отделов верхних век, грыжи нижних век, птоз бровей с образованием избытков кожи в наружной трети век; ко второй группе — рецидив избытков кожи, выворот нижних век различной степени выраженности, мелкие мор­щины кожи, возникающие вследствие ее расслабления и др.

При повторных операциях для хирурга всегда являет­ся неожиданностью тот факт, что для иссечения кожи не хватает ткани, хотя до операции отмечался якобы избы­ток ее, который даже можно захватить браншами пин­цета. Во всех случаях повторные иссечения следует про­изводить крайне осторожно даже на верхних веках, ино­гда может произойти смещение вниз кожи в области брови.

Остаточные или не удаленные жировые грыжи целесо­образнее удалять без отслойки кожи непосредственным доступом через все слои века над скоплением жира, так как обычная отслойка кожи век сложна из-за рубцовых подкожных наслоений и выраженного впоследствии более острого процесса контракции.

Увеличение вертикального размера нижних век при не­больших степенях выворота век следует производить край­не осторожно по отношению к коже, которую отслаивают над мышцей, освобождают расслаблением орбитальной фасции от стягивающих швов и рассечением рубцовых пластов на месте плоской гематомы. При выраженных вы­воротах предпринимают более сложные вмешательства. Птоз бровей следует устранять одновременно с вмеша­тельством в области век или предварительной операцией с иссечением кожи над бровями. На 11 день разрешается применять легкий грим. В течение 6 недель глаза следует предохранять от солнца ношением очков с затемненными стеклами. Омоложивающий эффект очевиден и долговременен. Через несколько недель шрамы полностью исчезают.

# СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Белоусов А.Е. «Пластическая, реконструктивная и эстетическая хирургия» 1998г.

2. Пер Хеден «Энциклопедии пластической хирургии» 2001г.

3. Пшениснов К.П. «Курс пластической хирургии» 2010г.

4. Соколов В.Н., Аветиков Д.С. - Пластическая реконструктивно-восстановительная и косметическая хирургия – 2004г.