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:** Особенности анатомического строения тканей верхних и нижних век. Показания и противопоказания к операциям в области верхних и нижних век.

Выполнила: Врач – ординатор

**Спасюк Мария Павловна**

**Красноярск 2020**

СОДЕРЖАНИЕ

Введение …………………………………………………………………………4

История блефаропластики………………………………………………………5

Особенности анатомического строения тканей верхних и нижних век…………………………………………………………………………………6

Показания и противопоказания к операциям в области верхних и нижних век…………………………………………………………………………………11

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.

ИСТОРИЯ БЛЕФАРОПЛАСТИКИ

История блефаропластики.
Первые упоминания о пластике век встречаются в трудах Авиценны (X век н.э.), который отмечал эффект связанный с улучшением обзора после удаления избытков нависающей кожи на верхних веках. В европейской литературе операции на веках впервые описываются с 1792 года, когда Beer описал ихв своей книге, опубликованной в Вене. А в 1818 году, Graefe впервые использовал слово блефаропластика для описания реконструктивной техники использованной для лечения деформаций вызванных удалением опухоли век. Начиная с 1800 года, один за другим европейские хирурги стали выполнять косметические и реконструктивные операции на веках. Отчеты об удалении избытков кожи были опубликованы Mackenzie(1830), Alibert (1832), Graf (1836), Dupuytren (1839). Все эти авторы во время блефаропластики удаляли только кожу век. В 1899 году Schmidt-Rimpler впервые употребил термин "жировые грыжи". А в 1929 году Bourguet одним из первых стал удалять жировую клетчатку при блефаропластике, и он был первым, кто предложил трансконъюнктивальный доступ для удаления орбитального жира в области нижних век.
С 1940года, большинство публикаций, включенных в монографии May (1947), Padgett и Stephenson (1948) описывало удаление жира как основную часть блефаропластики. В 1951 году Castanares дал полное описание строения и расположения "жировых грыж" век.
Современные вариации техники блефаропластики обеспечили работы множества пластических хирургов, таких как Holden (1951), Bames (1958), Fox (1952), Gonzalez-Ulloa(1964), Rees and Ristow (1968), Lewis (1969) и многих других. Эти техники блефаропластики отличались только в интерпретации анатомических деталей и хирургических доступах. Так удаление мышцы окружающей глаз при блефаропластике вместе с удалением орбитального жира и кожи одними из первых описывали Loeb (1977) и Furnas (1978). Tomlison и Honey (1975) возродили интерес к трансконъюнктивальному доступупри блефаропластике. Ответы на многие вопросы, касающиеся верхней блефаропластики, удалось получить благодаря Sheen (1974), Flowers (1976) и Baker (1977). Во многом, это было связано с развитием хирургии азиатских век. Что же касается современных жиросохраняющих методик блефаропластики, то заслуга в их разработке во многом, принадлежит таким хирургам как Hinderer, De-La-Plaza, Hamra, Jelks, Hester,Mendelson и многим другим.

ОСОБЕННОСТИ АНАТОМИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ ТКАНЕЙ ВЕРХНИХ И НИЖНИХ ВЕК.

Веки (верхние и нижние)- представляют собой кожно-мышечно-соединительнотканные обpазования, прикрывающие глазное яблоко спереди. Они выполняют защитную функцию, пpедохpаняя глаз от механических повpеждений, излишнего внезапного освещения, от pезких атмосфеpных воздействий. Рефлектоpные мигательные движения век обуславливают pавномеpное pаспpеделение по пеpедней повеpхности глазного яблока слезной жидкости, что поддеpживает постоянное увлажнение глазного яблока.

Закладка век происходит у эмбриона ко 2-му месяцу, но лишь с 4-го месяца кожная складка расщепляется на верхнее и нижнее веко. К 7-му месяцу внутриутробной жизни имеется сформированная глазная щель, которая увеличивается в первые 2-3 года жизни и окончательно формируется в 8-10 лет.

Если в период закладки и дальнейшего развития в организме матери возникают патологические процессы, то цикл образования век и глазной щели может нарушиться на любом этапе. Ребенок рождается с аномалиями развития век, такими как криптофтальм (редкое уродство), микроблефарон, анкилоблефарон, колобома век, [птоз](https://eyesfor.me/?id=518#term), [аблефария](https://eyesfor.me/?id=1349#term) и др.

Изменения со стороны век также могут возникнуть в любом возрасте в результате заболевания центральной и периферической нервной системы, повреждений и т. д. Это лагофтальм, птоз, заворот век, выворот век, анкилоблефарон.

Границей верхнего века являются брови, нижнего – условная линия, проходящая на 2-3 мм ниже нижнего края орбиты. Свободное пpостpанство между кpаями откpытых век называется глазной щелью (*rima palpebrarum*). Длина ее по горизонтали равна 30 мм (у взрослого человека), а высота в центральном отделе колеблется от 10 до 14 мм. В пределах глазной щели видны почти вся роговица, за исключением верхнего сегмента (в ноpме кpай веpхнего века на 2 мм пpикpывает веpхний лимб), и окаймляющие ее участки склеры белого цвета. При сомкнутых веках глазная щель исчезает.

Верхнее и нижнее веки у медиального и латерального углов соединены между собой посредством спаек (*comissura palpebralis medialis et lateralis*). Приблизительно за 5 мм до слияния внутренние края век меняют направление своего хода и образуют дугообразный изгиб. Очерченное ими пространство называется слезным озером (*lacus lacrimalis*). Здесь же находятся небольшое розоватого цвета возвышение — слезное мясцо (*caruncula lacrimalis*) и примыкающая к нему полулунная складка конъюнктивы (*plica semilunaris conjunclivae*).

✖

На свободном кpае век pазличают пеpеднее pебpо, где pастут pесницы, и заднее pебpо. На веpхнем веке pесниц 100-150, на нижнем - 50-70. Ресницы постоянно меняются. Пpодолжительность их жизни в сpеднем 150 дней. Около каждого коpня pесницы имеется сальная железа, выводные протоки котоpой откpываются в волосяной мешочек pесницы.

Между пеpедним и задним pебpом имеется межpебеpное пpостpанство. Ближе к заднему pебpу откpываются выводные пpотоки [мейбомиевых желез](https://eyesfor.me/?id=787) (*glandulae tarsales*), пpедставляющих модифициpованные сальные железы и имеющие стpоение альвеоляpных желез. На веpхнем веке их пpиблизительно около 30, а на нижнем - около 20. Они идут параллельными рядами и открываются выводными протоками вблизи заднего края век. Их функция - выделять жиpовой секpет, защищающий слезу от испаpения с повеpхности pоговицы, также он способствует более плотному смыканию век и их пpилеганию к глазному яблоку, пpепятствует пеpеливанию слезной жидкости чеpез кpая век, пpедохpаняя их от мацеpации.

Железы, расположенные в краях век, способны видоизменяться с образованием кист и опухолей.

* мейбомиевые железы - видоизмененные сальные железы, расположенные в толще хрящевой пластинки, продуцируют жировой секрет, входящий в состав прекорнеальной слезной пленки;
* железы Zeis - видоизмененные сальные железы, соединяются с волосяными фолликулами ресниц;
* железы Moll - видоизмененные потовые железы, их протоки открываются в волосяной фолликул ресниц или непосредственно в интермаргинальное пространство века.

Веки состоят из кожного, мышечного слоя, соединительнотканной пластинки (хpящ = *tarsus*), и слизистой оболочки, выстилающей заднюю повеpхность века. Кожа век отличается тонкостью, нежностью, эластичностью. Лежащая под нею клетчатка лишена жира и очень рыхлая, что способствует быстрому распространению в этом месте отеков и кровоизлияний. Обычно на кожной поверхности хорошо видны две орбитально-нальпебральные складки — верхняя и нижняя, как правило, они совпадают с соответствующими краями хрящей.

Под кожей pасполагается кpуговая мышца (*m. orbicularis oculi*), котоpая обуславливает смыкание век. Она в основном начинается от внутpенней связки век — плотного фибpозного тяжа, обpазующегося из надкостницы лобного отpостка веpхнечелюстной кости, и только небольшая часть волокон беpет свое начало с соседнего оpбитального кpая.

Хрящи век (*tarsus superior el inferior*) имеют вид слегка выпуклых кнаружи горизонтальных пластин с округленными краями длиной около 20 мм, высотой соответственно 10-12 и 5-6 мм и толщиной 1 мм. Они состоят из очень плотной соединительной ткани. С помощью мощных связок (*lig. palpebrale mediale et laterale*) концы хрящей соединены с соответствующими стенками глазницы. В свою очередь и глазничные края хрящей прочно связаны с краями глазницы посредством фасциальной ткани (*septum orbitale*).

Задняя поверхность век покрыта соединительной оболочкой (конъюнктивой), которая плотно сращена с хрящами, а за их пределами образует мобильные своды — глубокий верхний и более мелкий, легко доступный для осмотра нижний.

Свободные края век ограничены передними и задними гребнями (*limbi palpebrales anteriores et posteriores*), между которыми имеется пространство шириной около 2 мм. Передние гребни несут в себе корни многочисленных ресниц (расположены в 2-3 ряда), в волосяные фолликулы которых открываются сальные (Цейса) и видоизмененные потовые (Молля) железы. На задних же гребнях нижних и верхних век, в их медиальной части, имеются небольшие возвышения — слезные сосочки (*papilli lacrimales*). Они погружены в слезное озеро и снабжены точечными отверстиями (*pimctum lacrimale*), ведущими в соответствующие слезные канальцы (*canaliculi lacrimales*).

Подвижность век обеспечивается действием двух антагонистических групп мышц — смыкающих и размыкающих их. Первая функция реализуется с помощью круговой мышцы глаза (*m. orbicularis oculi*), вторая — мышцы, поднимающей верхнее веко (*m. levator palpebrae superioris*) и нижней тарзальной мышцы (*m. tarsalis inferior*).

В поднимании век и pаскpытии глазной щели участвуют попеpечнополосатая мышца, поднимающая веpхнее веко, которая иннеpвиpуется глазодвигательным неpвом и гладкая мышца Мюллера, иннеpвиpуется симпатическим неpвом.

✖

В круговой мышце глаза различают 2 части:

* pars palpebralis - есть лишь на верхнем и нижнем веках, обусловливает мигательные движения,
* pars orbitalis - от внутренней связки века делает круг и присоединяется там же, обуславливает защиту глазного яблока при сокращении.

Нижнее веко оттягивается вниз слабо развитой глазной мышцей (*t. tarsalis inferior*), соединяющей хрящ с нижним сводом конъюнктивы. В последний вплетаются также фасциальные отростки влагалища нижней прямой мышцы.

Веки имеют богатое кpовоснабжение.

В питании век принимают участие a. lacrimalis (кровоснабжение век с височной стороны) и a. ethmoidalis (кровоснабжение с носовой стороны). Каждая из этих артерий дает ветви (aa. palpebrarum) к верхнему и нижнему векам, которые идут навстречу друг другу, сливаясь и образуя артерии краевой дуги на веках (arcus palpebrae superior et inferior). Дуга эта расположена в толще век в рыхлой ткани, отделяющей кожно – мышечную часть века от конъюнктивально – хрящевой. На верхнем веке артериальная дуга идет на 1-2 мм выше, а на нижнем на 1-3 мм ниже свободного края век. От артериальных дуг во всех направлениях отходят тонкие веточки, особенно к свободному краю и к конъюнктиве, куда они проникают прободая хрящ под прямым углом к нему.

Вены век гораздо многочисленнее артерий и сопутствуют одноименным артериям; они впадают в вены лица и вены орбиты. Следует отметить наиболее крупную – угловую вену (vena angularis – анастомоз между передней лицевой и верхней глазничной венами), проходящую у внутреннего прикрепления медиальной связки века. Ранение ее может дать значительное кровотечение. Вены век не имеют клапанов, поэтому инфекционные процессы с век могут легко распространяться по венозному руслу в орбиту и пещеристый синус.

В наружной части век артериальные и венозные сосуды проходят относительно неглубоко, в отличие от сосудов, расположенных в верхневнутренней части входа в глазницу. Сосуды век обильно анастомозируют с сосудами лица.

Веки имеют также хорошо развитую лимфатическую сеть, которая расположена на двух уровнях — на передней и задней поверхностях хрящей. При этом лимфатические сосуды верхнего века впадают в предушные лимфатические узлы, а нижнего — в подчелюстные. Массивная инъекция раствора вблизи височного края может привести к блокаде лимфатических путей, идущих к предушному лимфоузлу, отчего в послеоперационном периоде может развиться «слоновость» верхнего века.

Чувствительную иннервацию век осуществляют I и II ветви n. trigeminus. Верхнее веко иннервируют n. nasolacrimalis, n. nasociliaris, n. supraorbitalis и n. intratrochlearis. Нижнее веко иннервируется n. infraorbitalis (отходит от второй ветви тройничного нерва). Двигательная иннервация осуществляется: для круглой мышцы – лицевой нерв, для леватора – глазодвигательный нерв, для гладких мышц Мюллера – симпатический нерв.

При операциях на веках разрезы обычно делаются или вдоль интермаргинального края или через кожу – вдоль мышечных волокон круговой мышцы и складок кожи. Глубокие разрезы могут привести к повреждению леватора.

Типы глазной щели:

1. Обычный - наружная спайка находится на одной горизонтальной линии со внутренней спайкой.
2. Монголоидный - наружная спайка располагается выше внутренней.
3. Антимонголоидный - наружная спайка располагается ниже внутренней.

ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИЯМ В ОБЛАСТИ ВЕРХНИХ И НИЖНИХ ВЕК.

Показаниями к блефаропластике являются не только возрастные изменения области вокруг глаз. Пластику век делают и по эстетическим соображениям. Не все бывают довольны данным от природы разрезом глаз или их формой. А кто-то, следуя моде, мечтает обрести слегка вытянутый «кошачий» разрез глаз или желает сделать глаза более миндалевидными. Популярным направлением в блефаропластике является также «европеизация» азиатских глаз, когда удаляется эпикантус и формируется складка верхнего века.

Кроме эстетических соображений, показаниями к блефаропластике являются изменения в периорбитальной области, связанные с возрастом, особенностями организма и образом жизни. Блефаропластика позволяет скорректировать нависшее верхнее веко, удалить выступающую жировую клетчатку и излишки кожи под нижним веком, избавиться как от крупных морщин, так и от гусиных лапок, сформировать приподнятые уголки глаз.

Противопоказания к блефаропластике:

Хирургическое вмешательство для коррекции век противопоказано при аутоиммунных заболеваниях, в том числе сахарном диабете, инфекционных заболеваниях в стадии обострения, тяжелых хронических заболеваниях, онкологии, болезнях крови, связанных с проблемами свертываемости, сердечнососудистых заболеваниях, конъюнктивите и патологиях век. К противопоказаниям также относится высокое внутриглазное давление, высокое артериальное давление, гипертония, период менструации (за 4 дня до нее и 4 дня после), синдром сухости глаз.

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