

# Оглавление

|                                                                |           |
|----------------------------------------------------------------|-----------|
| Авторы . . . . .                                               | 5         |
| Предисловие . . . . .                                          | 6         |
| Список сокращений . . . . .                                    | 8         |
| <b>Глава 1. Определение врожденного блефароптоза . . . . .</b> | <b>9</b>  |
| <b>Глава 2. Эпидемиология и этиология блефароптоза . . . .</b> | <b>13</b> |
| <b>Глава 3. Анатомия и патогенез . . . . .</b>                 | <b>16</b> |
| 3.1. Анатомия . . . . .                                        | 16        |
| 3.2. Патогенез . . . . .                                       | 20        |
| <b>Глава 4. Генетика . . . . .</b>                             | <b>23</b> |
| 4.1. Ассоциированные синдромы . . . . .                        | 24        |
| 4.2. Изолированный синдром Дуэйна . . . . .                    | 25        |
| 4.3. Синдром блефарофимоз—птоз—обратный<br>эпикант. . . . .    | 26        |
| 4.4. Синдром лимфедемы-дистихиаза . . . . .                    | 28        |
| 4.5. Врожденный фиброз экстраокулярных<br>мышц . . . . .       | 28        |
| 4.6. Врожденный миастенический синдром . . . . .               | 30        |
| 4.7. Синдром подмигивания Маркуса Гунна . . . . .              | 31        |
| 4.8. Синдром Горнера . . . . .                                 | 32        |
| <b>Глава 5. Клинические проявления и классификация . . . .</b> | <b>34</b> |
| 5.1. Клинические проявления . . . . .                          | 34        |
| 5.2. Классификация . . . . .                                   | 36        |
| <b>Глава 6. Диагностика . . . . .</b>                          | <b>38</b> |
| 6.1. Специфическое обследование птоза . . . . .                | 41        |
| 6.1.1. Определение высоты глазной щели . . . . .               | 42        |
| 6.1.2. Расстояние краевого рефлекса 1 . . . . .                | 43        |
| 6.1.3. Расстояние краевого рефлекса 2 . . . . .                | 44        |
| 6.1.4. Расстояние краевого рефлекса 3 . . . . .                | 44        |

|                                                                                         |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 6.1.5. Определение амплитуды движения<br>верхнего века (метод Берке) .....              | 44        |
| 6.1.6. Определение высоты складки верхнего<br>века .....                                | 46        |
| 6.1.7. Определение предельного расстояния<br>лимба (метод Патермана) .....              | 47        |
| 6.1.8. Феномен Белла .....                                                              | 47        |
| 6.1.9. Тест Херинга .....                                                               | 48        |
| 6.1.10. Фенилэфриновый тест .....                                                       | 49        |
| 6.1.11. Тесты для исключения миастении .....                                            | 50        |
| 6.1.12. Экзофтальмометрия Гертеля .....                                                 | 50        |
| 6.1.13. Тест Pliff .....                                                                | 50        |
| 6.1.14. Динамометрия .....                                                              | 50        |
| <b>Глава 7. Лечение блефароптоза .....</b>                                              | <b>52</b> |
| 7.1. Консервативное лечение блефароптоза .....                                          | 52        |
| 7.2. Хирургическое лечение .....                                                        | 54        |
| 7.3. Хирургические методы лечения в России,<br>согласно клиническим рекомендациям ..... | 59        |
| <b>Глава 8. Новый способ хирургического лечения .....</b>                               | <b>66</b> |
| Заключение .....                                                                        | 76        |
| Список литературы .....                                                                 | 77        |
| Предметный указатель .....                                                              | 81        |

# Предисловие

*С благодарностью моему наставнику — главному внештатному детскому офтальмологу Московской области, кандидату медицинских наук Василию Юрьевичу Кокореву. Спасибо за терпение, любовь к своему делу и глубокие познания тяжелого, но в то же время интересного мира детской офтальмологии.*

*Также выражаю искреннюю признательность за помощь в подготовке книги ординатору первого года кафедры офтальмологии и оптометрии ГБУЗ Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского» Екатерине Сергеевне Зуевич.*

Блефароптоз является одной из основных патологий среди чаще встречаемых нарушений верхнего века в практике как врача-офтальмолога, так и врача-оптометриста. Опущение верхнего века, которое характеризует птоз, может повлиять на внешний вид и ухудшить зрительную функцию, что впоследствии негативно влияет на качество жизни. Существует несколько форм блефароптоза, но наиболее распространенной формой заболевания является приобретенный птоз.

Важно знать новейшие данные диагностики и методы хирургического лечения. Необходимо иметь четкое представление о существующих методах хирургического лечения и различных послеоперационных осложнениях.

В предлагаемой книге подробно разобраны возможные генетические и этиологические причины развития блефароптоза, классификация, методы диагностики,

временное консервативное лечение, возможные варианты хирургического лечения, а также приведен собственный способ хирургического лечения блефароптоза для пациентов всех возрастов.

*Тараскова Ксения Игоревна*



# КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И КЛАССИФИКАЦИЯ

## 5.1. Клинические проявления

*Миогенный птоз.* Врожденный птоз клинически проявляется лагофтальмом при взгляде вниз, а также недостаточным подъемом глазного яблока при взгляде вверх. Приобретенный птоз проявляется хронической прогрессирующей наружной офтальмоopleгией или окулофарингеальной дистрофией (рис. 5.1).

*Апоневротический птоз.* Хорошо развита функция леватора, но складка века высоко расположена, при взгляде вниз может ухудшаться. Как правило, возникает при растяжении или разрыве леватора при обычных изменениях при старении (рис. 5.2).

*Нейрогенный птоз.* Этот вид птоза проявляется синдромом подмигивания Маркуса Гунна (рис. 5.3) (см. главу 4).



**Рис. 5.1.** Пациентка О., 8 лет. Врожденный полный односторонний блефароптоз на левом глазу

*Механический птоз.* Возникает при механических воздействиях на верхнее веко: воспаление верхнего века (халазион), посттравматический отек или новообразование.

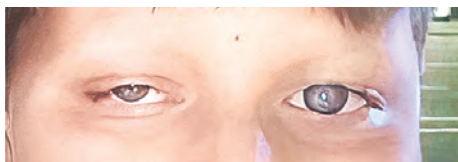
*Травматический птоз.* Травма верхнего века с расщеплением леватора, контузия леватора, ущемление или ишемическое повреждение при переломе верхней стенки глазницы, отрыв или рубцовые изменения (**рис. 5.4, 5.5**).



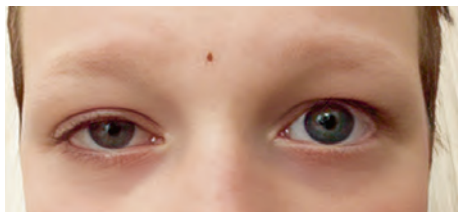
**Рис. 5.2.** Пациентка Л., 80 лет. Жалобы на опущение верхнего века слева, появились 3 года назад



**Рис. 5.3.** Синдром подмигивания Маркуса Гунна, ребенок 5 лет



**Рис. 5.4.** Пациент П., 7 лет. Постравматический симблефарон, вторичный птоз (травма от 2020 г.)



**Рис. 5.5.** Пациент П., 12 лет. Состояние после оперативного вмешательства — рассечения симблефарона на правом глазу. Операция проведена 26.12.2024. Пациент на осмотре спустя 7 дней. Хирурги: заведующий отделением офтальмологии М.В. Черников; врач-офтальмолог К.И. Тараскова. ДКЦ им. Л.М. Рошаля

*Псевдоптоз (ложный птоз).* Ложный птоз, возникший в результате избытка кожи верхнего века (блефарохалазис), показан на **рис. 5.6**.



**Рис. 5.6.** Пациент Н., 7 лет. Псевдоптоз обоих глаз

## 5.2. Классификация

В настоящее время единой, признанной во всем мире классификации блефароптоза не существует, что в значительной мере объясняется недостаточным знанием этиологии и патогенеза всех видов опущений верхнего века. Традиционно птоз верхнего века подразделяют по времени возникновения на врожденный и приобретенный блефароптоз, по локализации — на односторонний и двусторонний.

Выделяют следующие степени проявления птоза:

- легкую (величина птоза 2 мм) — при взгляде прямо верхнее веко прикрывает верхний край зрачка;
- среднюю (величина птоза 3 мм) — край верхнего века достигает середины зрачка;
- тяжелую (птоз 4 мм и более) — верхнее веко закрывает зрачок.

Классификация птозов по этиологии: миогенные (врожденный и приобретенный), нейрогенные (приобретенный, реже врожденный), апоневротические (приобретенные: инволюционный, посткатарактальный), механические (приобретенный и врожденный), в отдельную группу выделяют псевдоптозы.

По течению делят на изолированный блефароптоз и птозы, ассоциированные с другими синдромами (синдромы Горнера, Маркуса Гунна, Грефе, блефарофимоза и др.).

Классификация блефарохалазиса по степени выраженности:

**1-я степень.** Избыток кожи верхнего века отсутствует.

**2-я степень.** Легкий избыток кожи, прикрывающий борозду верхнего века.

**3-я степень.** Умеренный избыток кожи, прикрывающий тарзальную пластинку.

**4-я степень.** Выраженный избыток кожи, накрывающий ресничный край.