

# Оглавление

Предисловие к изданию на русском языке .....	7
Предисловие к изданию на корейском языке .....	8
Предисловие к изданию на английском языке .....	9
Список сокращений и условных обозначений .....	10
<b>ГЛАВА 1. Ориентальная блефаропластика .....</b>	<b>11</b>
Что нужно знать перед операцией .....	13
Моделирование борозды верхнего века .....	16
Что скрывается за созданием борозды верхнего века .....	19
Техника операции: без разрезов, с разрезом, с иссечением .....	21
Иссечение мягких тканей .....	26
Глубина пальпебральной борозды .....	30
Классификация методов фиксации .....	35
Завязывание узлов .....	43
Кожный шов .....	44
Прочие вопросы .....	47
<b>ГЛАВА 2. Верхняя блефаропластика у пожилых пациентов .....</b>	<b>49</b>
Предоперационное планирование .....	51
Детали операции .....	51
Вспомогательные процедуры .....	62
Прочие вопросы .....	67
Блефаропластика с доступом под бровью .....	69
О чем нужно помнить после проведенной верхней блефаропластики .....	71
<b>ГЛАВА 3. Повторная пластика верхних век .....</b>	<b>73</b>
Рубцы .....	75
Проблемы, связанные с глубиной складки, в том числе с ее отсутствием .....	77
Проблемы, связанные с высотой складки .....	80
Объемная претарзальная область .....	89
Асимметрия .....	90
Множественные складки (тройные складки) .....	91
Западение верхнего века / первичные множественные складки .....	96
Блефароптоз .....	97
Устранение складки верхнего века .....	99
Заключение .....	100

<b>ГЛАВА 4.</b>	<b>Эпикантопластика</b> . . . . .	101
	Показания к операции . . . . .	103
	Техника операции . . . . .	104
	Повторная эпикантопластика . . . . .	109
<b>ГЛАВА 5.</b>	<b>Блефароптоз</b> . . . . .	113
	Классификация блефароптоза . . . . .	115
	Предоперационное обследование . . . . .	115
	Гистологические изменения мышцы, поднимающей верхнее веко, и мышцы Мюллера при блефароптозе . . . . .	118
	Хирургическая классификация блефароптоза . . . . .	119
	Техники операций . . . . .	123
	Другие виды блефароптоза . . . . .	145
	Рецидив птоза . . . . .	146
	Односторонний и асимметричный птоз . . . . .	147
	Частичный птоз верхнего века . . . . .	149
	Сложности точной коррекции птоза . . . . .	149
	Коррекция птоза под общей анестезией . . . . .	152
	Исходы операции и послеоперационное лечение . . . . .	153
	Коррекция птоза и ориентальная блефаропластика . . . . .	155
	Ретракция верхнего века . . . . .	157
<b>ГЛАВА 6.</b>	<b>Блефаропластика нижнего века с лифтингом средней зоны лица</b> . . .	163
	Возрастные изменения и различные решения . . . . .	165
	Анатомия нижнего века . . . . .	166
	Техника операции . . . . .	167
	Периорбитальная жировая клетчатка . . . . .	189
	Ретракция нижнего века . . . . .	192
	Лечение в послеоперационный период . . . . .	197
	Осложнения латеральной кантопластики . . . . .	199
	Энтропион нижнего века . . . . .	202
	Предметный указатель . . . . .	207

## Предисловие к изданию на русском языке

Вы держите в руках книгу, которая уже стала знаковой для пластических хирургов и офтальмологов, занимающихся проблемами эстетической и функциональной хирургии век у ориентальных пациентов. Ее путь к русскоязычному читателю был долгим и проходил через континенты: от клиник Сеула — к операционным США и Европы, и вот теперь — к нам.

Почему это руководство, написанное южнокорейским пластическим хирургом для коллег в Корее, оказалось настолько востребовано в Восточной Азии, на Западе, а теперь и в нашей стране? Ответ кроется в самой природе нашей специальности, с легкостью перешагивающей национальные границы. Доктор Ин-Чан Чо (In-Chang Cho, MD) известен в Восточной Азии, в настоящее время активно практикует в Сеуле, но проблемы, с которыми он сталкивался, — универсальны. Асимметрия, рубцы, неуловимый баланс между функцией и эстетикой, та самая «виртуозная утонченность» — все это знакомо каждому, кто хотя бы раз брал в руки скальпель, работая в периорбитальной области.

В этом русском издании нет «правок» и «адаптаций» в привычном смысле слова. Мы позволили себе лишь одно: тщательно сохранить интонацию автора. В эпоху, когда медицинская литература все чаще превращается в сухой перечень алгоритмов, трансляцию клинреков, авторский текст напоминает нам, что хирургия — это искусство вести диалог с неизвестностью. В предисловии к корейскому изданию доктор Ин-Чан Чо признается в ограниченности собственного опыта, думаю, что это не кокетство, а редкая профессиональная честность.

Нам часто говорят, что русская школа пластической хирургии сильна своей фундаментальностью, а корейская — виртуозностью и технологичностью. Противопоставление школ бессмысленно, тем более что становление русской школы пластической хирургии — свершившийся факт, а некоторые операции отечественных хирургов изумляют технологичностью, блестящей техникой и смекалкой! Хороший хирург учится всю жизнь и не только на чужих, но и на своих ошибках. Особенную ценность представляют издания, содержащие анализ осложнений, ошибочных техник и спорных авторских методик. Хирургам и клиницистам не хватает руководств, ко-

торые объясняли бы не только «как», но и «почему» что-то идет не так. Именно поэтому части рукописи, посвященные повторным операциям, асимметрии и осложнениям, здесь написаны с особой, почти исповедальной прямоотой.

Благодаря тому, что книга прошла через «культурный фильтр» двух переводов — сначала на английский, а затем на русский, — она освободилась от случайных, локальных деталей и сохранила только суть: методологию мышления хирурга. Мы надеемся, что для российского читателя этот текст станет не просто руководством к действию, но и поводом остановиться в бесконечной гонке за стандартами красоты и задать себе главный вопрос, с которого начинается любое настоящее искусство: «Что именно я пытаюсь исправить и не создам ли я новую проблему, решив старую, а может, и не решив первичную?» Проблемы пластической хирургии во многом обусловлены правомерностью ожиданий хирурга и пациента. Задача хирурга — помощь в достижении пациентом реалистичных ожиданий. Большинству из нас, выполнивших тысячи блефаропластик европеоидам, очень непросто оперировать ориентального пациента, нуждающегося не в стандартном удалении кожи и орбитального жира, а в формировании складок другого типа, проведении манипуляций, слегка видоизменяющих полноту век «с учетом предпочтений пациента, социального окружения, с которым ему предстоит контактировать», что обеспечивает большую уверенность.

Искренняя благодарность доктору Чо за то, что он поделился не только своими победами, но и сомнениями. Нельзя не отметить наших корейских и американских коллег, которые проложили путь этой книге. Благодарю коллектив переводчиков, сотрудников НИИ глазных болезней им. М.М. Краснова и сотрудников издательства «ГЭОТАР-Медиа» за скрупулезную работу. И отдельная признательность вам, наш читатель. Если это руководство поможет избежать хотя бы одной повторной операции, которая не потребовалась бы при должном понимании анатомии, эстетики и запросов ориентального пациента, — значит, все усилия по его изданию были не напрасны.

С уважением,  
*Ярослав Олегович Груша*

## Предисловие к изданию на корейском языке

Пластическая хирургия – это не просто медицинская специальность, она сочетает в себе функциональность и эстетику. Именно поэтому результаты работы в этой сфере субъективны и варьируют в зависимости от индивидуальных вкусов. Так пластическая хирургия ведет диалог с Искусством. С самого начала карьеры мне твердили, что окулопластика – невероятно сложная дисциплина. С каждым последующим годом практики я убеждался в этой истине вновь и вновь. Результаты, которые считались удовлетворительными несколько десятков лет назад, сегодня признаются совершенно несостоятельными. Все возрастающие стандарты красоты порождают бесконечные запросы, а техническое совершенство остается недостижимым идеалом.

Хотя сказанное справедливо для всей пластической хирургии в целом, результаты в окулопластике особенно чувствительны к малейшим техническим нюансам – тем, что одновременно и утонченно виртуозны, и виртуозно утонченны.

Книга – несовершенный инструмент для передачи опыта: слова, фотографии и иллюстрации никогда не смогут адекватно передать те тонкие, едва уловимые детали, которые так важны в блефаропластике. Здесь, на восточном побережье Тихого океана, мы, практикующие окулопластику, остро ощущали, что существующие учебники и литература нас часто подводили. Мы добросовестно выполняли операции по предписанным канонам и на собственном горьком опыте узнавали, к чему ведет слепое следование проторенной тропой, – мы не понимали, что на самом деле прокладываем путь по неизведанной территории.

Эта книга создана на основе опыта, который я приобрел в своей скромной практике в Сеуле. Опыт одного человека, безусловно, ограничен и не может считаться эталонным для других, и я прекрасно осознаю пределы собственных познаний, равно как и не утверждаю, что та или иная глава содержит описание единственно верной методики. Однако я верю в то, что четкое изложение собственного мнения служит ступенькой, превращающей умозрительные

догадки в осязаемые гипотезы. Выражая свои, порой не до конца сформировавшиеся, взгляды, я надеюсь вызвать на свет более яркие озарения тех, кто владеет истиной. Я лелею надежду, что коллеги с иным опытом и багажом знаний укажут мне на моменты, которые можно было бы улучшить.

Эта книга не претендует на полный охват всех аспектов окулопластики. Вместо этого она фокусируется на вопросах, которые мало обсуждаются, вызывают разночтения, требуют особого внимания и/или сопряжены с высоким риском осложнений. Многие читатели заметят, что в книге отсутствуют описания некоторых проверенных операций и манипуляций. Я счел, что моего опыта в этих областях недостаточно, чтобы предложить ценное мнение. Кроме того, некоторые детали повторяются в тексте неоднократно. Эта избыточность – не для увеличения объема, а для обеспечения контекста, необходимого для понимания последовательности изложения.

Я надеюсь, что эта книга уберезит новичков от тех горьких уроков, которые мне пришлось усвоить ценой собственных ошибок. Если ей суждено занять скромное место в истории пластической хирургии, то лишь потому, что мне посчастливилось практиковать там и тогда, на рубеже XX века. Если что-то в этой книге заставит читателя улыбнуться и сказать: «Да, я тоже совершал такую ошибку», – я найду утешение в мысли, что все эти 20–30 лет я не был одинок в безбрежном океане неизвестности.

Я хотел бы выразить глубочайшую благодарность моим родителям и жене за их поддержку и вдохновение. Подготовка этой книги была бы невозможна без организационной помощи г-жи Пак Дисук, которая курировала данный проект. Я благодарен также коллегам из издательства Koonja Publishing за многолетнюю поддержку. И последнее, но не по важности: я хочу выразить бесконечную признательность доктору Чэ Дуку Лю, моим учителям в пластической хирургии и коллегам, с которыми меня связывали годы плодотворных дискуссий.

С уважением, *Ин-Чан Чо*

## Предисловие к изданию на английском языке

Если вы читаете эти строки, значит, перевод книги с корейского на английский язык завершен. Все иллюстрации и макеты страниц утверждены и готовы. Книга вышла из-под печатного станка, в твердом переплете и теперь находится в ваших руках. Возможно, вы впервые взяли эту книгу в руки на конференции по пластической хирургии, раздумывая, стоит ли ее приобрести. Если это так, то я могу уверенно сказать: содержание книги в точности соответствует ее названию и на сегодняшний день не существует другого труда, который бы освещал данную тему полнее.

Возможно, это ваша собственная книга, которую вы перечитывали много раз. В таком случае вы, скорее всего, стремитесь понять не только суть текста, но и контекст, в котором появилось это английское издание.

Для пластических хирургов Восточной Азии доктор Чо не нуждается в представлении. Однако, поскольку этот текст на английском, я полагаю, что многие читатели могут быть не знакомы с достижениями доктора Чо в развитии методик блефаропластики, особенно в коррекции тяжелого врожденного птоза и устранении осложнений после операций на веках.

Как и все выдающиеся хирурги и художники, доктор Чо — человек исключительной целеустремленности. Наблюдая за ним, я часто слышал, как он бормочет себе под нос: «Я закончил текущую задачу? Что еще я могу сделать, чтобы занять это образовавшееся время?» За все время нашего знакомства я не припомню ни единого случая, когда бы он выражал ликование по поводу завершения работы, — таково его стремление становиться лучше как хирургу и художнику.

Впервые я встретил доктора Чо в октябре 2009 года. Я был интерном-хирургом в программе UCSF-East Bay в Калифорнии и приехал в Сеул на несколько недель. Я до сих пор помню нашу яркую

беседу, в которой доктор Чо объяснял природу рубцевания и то, как этот фундаментальный физиологический принцип используется при хирургическом формировании супратарзальной складки (хирургия двойного века). Я также помню бесчисленные стопки статей и книг на столе в его кабинете в клинике, которые красноречиво свидетельствовали об огромном желании понять и усовершенствовать искусство блефаропластики.

Прошло несколько лет. В декабре 2014 года доктор Чо позвонил мне и спросил, могу ли я заняться переводом его книги. Лишь немногие на Западе смогут понять всю значимость этого звонка, но для меня предложение перевести данную книгу стало возможностью всей жизни. В конце концов, есть пластические хирурги в отдаленных уголках Восточной Азии, чья практика построена исключительно на отретушированных фотографиях работ доктора Чо.

Работа над переводом стартовала в начале 2015 года и заняла более двух лет. Простой дословный перевод корейского текста на английский оказался невозможен, поскольку сложные описания анатомии и хирургических методик не поддавались прямому переносу. Видя мои трудности, доктор Чо предоставил мне кабинет в своей клинике. Я провел там три месяца, наблюдая за его работой, и только тогда начал по-настоящему понимать исходный текст. То время, проведенное с доктором Чо, и наш совместный труд нашли свое отражение в этом переводе оригинального текста уважаемого хирурга.

Я надеюсь, что эта книга передает искусство блефаропластики так же глубоко, как это было задумано доктором Чо на его родном корейском языке, и прошу прощения у читателя за те места в тексте, где перевод мог оказаться неидеальным.

С уважением, *Арам Хариджан*,  
переводчик книги с корейского языка  
на английский

## Ориентальная блефаропластика

- Что нужно знать перед операцией . . . . .13
- Моделирование борозды верхнего века. . . . .16
- Что скрывается за созданием борозды  
верхнего века . . . . .19
- Техника операции: без разрезов,  
с разрезом, с иссечением . . . . .21
- Иссечение мягких тканей. . . . .26
- Глубина пальпебральной борозды . . . . .30
- Классификация методов фиксации . . . . .35
- Завязывание узлов. . . . .43
- Кожный шов . . . . .44
- Прочие вопросы . . . . .47

## Что нужно знать перед операцией

### Минимальная травматичность при операции — высшая цель хирургии

Если цель операции можно достичь с применением или без применения определенного хирургического маневра, то его использовать не следует. Возможно, это очевидный факт, однако некоторые манипуляции выполняются хирургом исключитель-

но для его психологического спокойствия без какой-либо пользы для пациента. Такой труд не только напрасен, но и приводит к добавлению рубцовой ткани в оперируемой области, чего следует избегать в ходе вмешательства. Пластическая хирургия — это творческая часть медицины, основанная на анатомии и физиологии человека, поэтому все операции должны следовать принципам естественности (рис. 1.1).

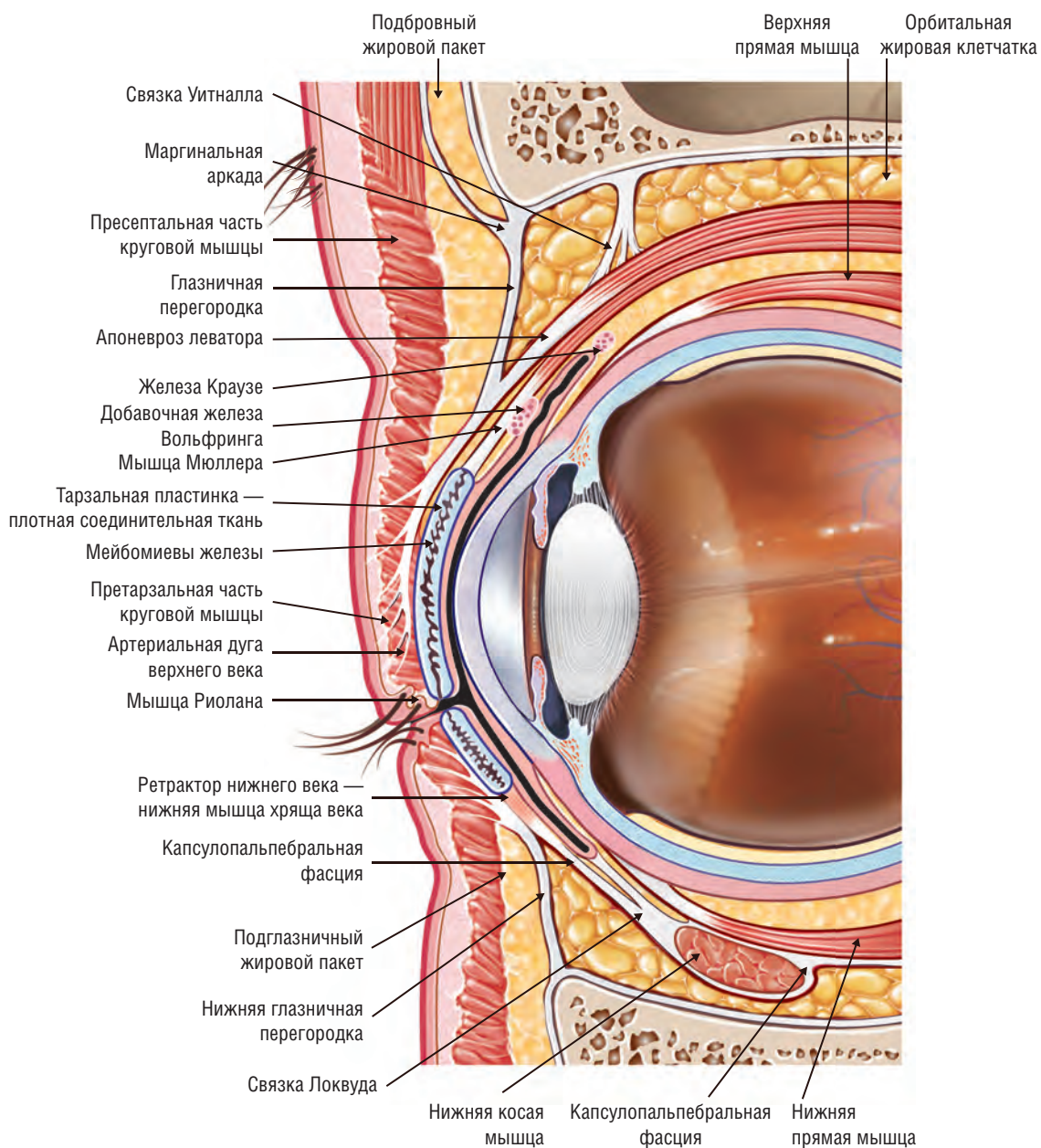


Рис. 1.1. Анатомия век (по Kang J.S.)

## Главный фактор успеха в блефаропластике — признание красоты

Понимание стандарта красоты глаз зависит от многих факторов, включая происхождение, расу, эпоху, индивидуальные предпочтения и ценности. Собственное чувство прекрасного должно согласовываться с объективными и общественно приемлемыми стандартами красоты. Роль хирурга заключается в понимании стремлений к индивидуальной красоте, предоставлении необходимых медицинских знаний для создания безопасного, но желаемого результата. Поэтому универсальный подход к созданию красивых глаз невозможен для успешной блефаропластики. Чтобы развить правильное восприятие красоты, хирург должен знать все особенности глаз пациента, включая взаимосвязь с остальными частями лица. Нельзя забывать о возрасте пациента, его предпочтениях и социальном окружении, с которым он должен будет контактировать.

## Шов никогда не может быть постоянным источником фиксации

Спайки — это то, что будет в конечном этапе удерживать ткани от отделения друг от друга. В течение нескольких недель после операции ткани остаются в новом анатомическом положении благодаря натяжению швов. Сила тяжести и усилия, совершаемые при моргании, приводят к опущению тканей вокруг шва, поэтому хирург во время операции должен помнить о том, что через несколько месяцев сила фиксации ослабнет.

Риск несостоятельности швов выше при вмешательствах на подвижных тканях или тканях, находящихся в состоянии натяжения (например, коррекция ретракции и тяжелого птоза), поэтому необходимо наложение надежных швов с гиперкоррекцией положения края века. Спайки образуются непосредственно между двумя соседними тканями. Если на соприкасающихся поверхностях присутствует жировая клетчатка, то фиксация к твердым тканям, например к кости или тарзальной пластинке, не будет успешной ввиду отсутствия прямого контакта. Такая фиксация ненадежна и со временем станет слабее.

## Ранняя реабилитация

Люди, которые рассматривают возможность хирургического лечения, заинтересованы в минимальном времени реабилитации и скорейшем возвращении к работе и другим социальным обязанностям. Многие воздерживаются от оператив-

ного вмешательства, поскольку опасаются долгого восстановления, которое может затянуться на год. Как же можно сократить время реабилитации? Истинно положение, что скорость восстановления прямо пропорциональна простоте операции. Чем меньше изменений в мягких тканях, тем раньше завершится восстановление. Например, хирург во время вмешательства может создать глубокую борозду с гиперкоррекцией, чтобы предотвратить послеоперационное значительное ослабление тканей. Это приведет к более длительному периоду восстановления, чем после создания поверхностной борозды, предполагающей меньшее ослабление складки. Дополнительно ускорить реабилитацию можно разными медицинскими и физиотерапевтическими методами. Сокращение времени восстановления зависит от совместной работы врача и пациента.

## ДВОЙНАЯ СКЛАДКА ВЕКА

Взгляд человека с естественной двойной складкой внимательный, контактный и выразительный. Однако плохо выполненная блефаропластика может привести к неестественному взгляду, выражение лица таких пациентов может ошибочно восприниматься как недовольство или неодобрение.

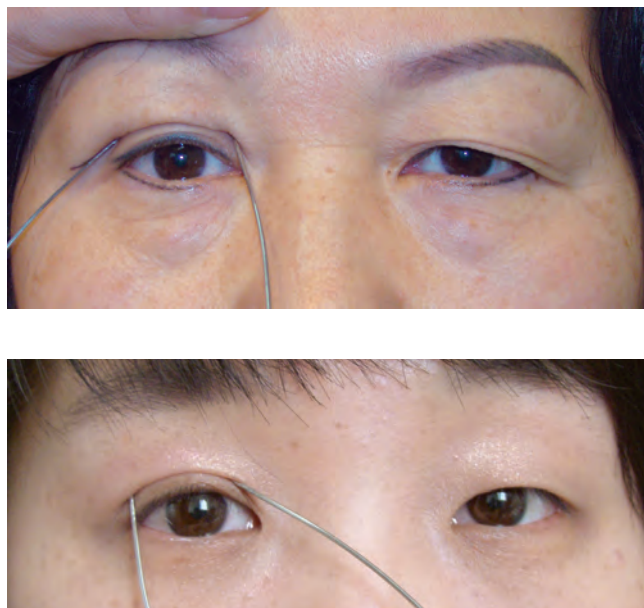
Ориентальная блефаропластика (формирование двойной складки верхнего века) показана, если человек выглядит сонным, робким, у него пронзительный или, наоборот, невыразительный взгляд. Двойная складка наиболее естественно выглядит у пациентов с тонкой кожей век и широкой глазной щелью. У таких людей после формирования высокой складки верхнего века высота борозды получается в результате относительно небольшой, что выглядит естественно. Напротив, складка верхнего века может быть сформирована относительно высоко, а высота борозды будет больше ожидаемой, в результате часть века ниже складки будет выглядеть объемной и неестественной. Таким пациентам хирург должен рекомендовать минимальный объем вмешательств.

## Изменяется ли ширина глазной щели после ориентальной блефаропластики?

От размера глазной щели и количества кожи верхнего века зависит, какие структуры глазного яблока (зрачок, радужка и склера) будут видны при наружном осмотре. Образно говоря, размер окна будет зависеть от непосредственной величины и штор на нем. Если на веке нет борозды, то верхняя граница глазной щели может быть закрыта излишком кожи, в отличие от века с бороздой. Такое состояние называется *псевдоптозом*.

При ориентальной блефаропластике кожу век приподнимают, поэтому глазная щель открывается полностью, и глаза кажутся больше. В зависимости

от того, насколько кожа верхнего века прикрывала глазную щель, настолько после операции увеличится видимость внешних структур глаза (рис. 1.2).



**Рис. 1.2.** Изменения глазной щели после ориентальной блефаропластики. Степень изменения высоты верхнего века определяется количеством избыточной кожи

Также необходимо учитывать вероятное изменение вертикального расстояния (то есть ширины) глазной щели. У людей с нормальной функцией верхнего века ориентальная блефаропластика не приведет к значительному изменению этого показателя. Однако вмешательство может уменьшить его у пациентов с недиагностированной слабостью мышцы, поднимающей верхнее веко. Высокая пальпебральная борозда особенно подчеркивает уменьшение ширины глазной щели. Данное изменение можно оценить интраоперационно. Если положение края верхнего века изначально симметрично на обоих глазах, то создание борозды может привести к уменьшению ширины глазной щели на оперируемом глазу по сравнению с противоположной, еще не прооперированной стороной. При фиксации круговой мышцы к тарзальной пластинке автор наблюдал уменьшение ширины глазной щели от 0 до 1,5 мм. Иногда пациенты жалуются на уменьшение ширины глазной щели. При нормальной функции леватора (мышцы, поднимающей верхнее веко) изменения глазной щели минимальны. Однако если у пациента диагностирована слабая функция леватора, то они могут быть значительными. Существуют две основные причины данного явления. Одна из них заключается в том, что изначально леватор находился в сокращенном состоянии, поскольку избыточная кожа прикрывала

верхнюю часть глазной щели. После ориентальной блефаропластики этот компенсаторный механизм исчезает. С другой стороны, небольшие изменения верхнего века не влияют на здоровую мышцу, но приводят к чрезмерной нагрузке на слабый леватор.

После проведенной ориентальной блефаропластики ширина глазной щели может увеличиться. Выполняя операцию, хирург иссекает мягкие ткани верхнего века, тем самым облегчая его. По этой же причине худеющим людям часто кажется, что их глаза стали больше.



#### КЛЮЧЕВЫЕ МОМЕНТЫ

##### Изменение размера глазной щели после ориентальной блефаропластики

###### Увеличение глазной щели.

1. Поднимается излишняя кожа век.
2. Верхнее веко становится легче при иссечении мягких тканей.

###### Уменьшение глазной щели.

1. Фиксация круговой мышцы к тарзальной пластинке увеличивает нагрузку на леватор.
2. Устранение компенсаторной нагрузки на леватор.
3. Уменьшение высоты бровей, функция леватора перестает компенсироваться.

## Моделирование борозды верхнего века

Во время моделирования борозды верхнего века пациент должен находиться в положении сидя. Высота и форма борозды зависят от множества факторов. Все эти факторы необходимо учитывать при моделировании. Рекомендовано сымитировать послеоперационную форму борозды при помощи стилуса. В этот момент пациент должен находиться в сидячем положении и смотреть в зеркало. Планирование формы борозды требует детального обсуждения с пациентом.

В положении лежа невозможно выявить блефароптоз или блефарохалазис. Высота складки века тоже отличается в зависимости от положения тела, поэтому количество отсекаемой кожи нельзя оценивать, когда пациент лежит. Высота борозды меняется в зависимости от ширины глазной щели. Также влияют освещение в кабинете, поза и настроение пациента. Приведем следующий пример. У пациента в положении сидя ширина глазной щели больше на правом глазу, а в положении лежа — на левом. В таком случае мы моделируем и оцениваем складку века исключительно сидя.

### Типы пальпебральной борозды

Классификацию пальпебральной борозды можно провести в зависимости от ее изгиба, высоты и глубины.

#### КЛАССИФИКАЦИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИЗГИБА

- Внутренний тип складки.
- Внешний тип складки.
- Нейтральный тип складки.

Борозда верхнего века может либо создавать внутренний или внешний типы складок, либо сужаться к носу или быть параллельной. Складка при внеш-

нем типе может быть параллельной или сужающейся к носу, в отличие от внутреннего типа, когда складка исключительно сужающаяся (рис. 1.3).

#### ВНУТРЕННИЙ ТИП СКЛАДКИ

У внутреннего кантуса складка скрывается за край века, расширяясь к наружному углу. Внутренний тип складки является исключительно сужающимся к носу. В зависимости от исходного положения складка внутреннего типа может начинаться более медиально или латерально (рис. 1.4).

При создании складки внутреннего типа не возникает разительных перемен во внешности пациента, в отличие от ситуации при формировании складки внешнего типа. Данный тип складки выглядит естественно, однако не приводит к большому увеличению видимых структур глаза (изменениям в ширине глазной щели) (см. рис. 1.4). Если пациент хочет видеть в результате операции внутренний тип складки, рекомендовано создать пересечение борозды и края века как можно медиальнее (стрелка а на рис. 1.4). В этом случае взгляд будет более выразительным, а глазная щель более открытой.

#### ВНЕШНИЙ ТИП СКЛАДКИ

Складка внешнего типа не пересекается с краем века и может быть сужающейся, параллельной или комбинированной. Сужающаяся к носу складка более узкая у внутреннего угла глаза и более широкая у внешнего (рис. 1.5, а). При сочетании сходящейся и параллельной борозды ширина между краем века сужается к носу и идет параллельно от центра века к внешнему углу глаза (рис. 1.5, б). При параллельном типе расстояние между краем века и бороздой одинаково по всей длине (рис. 1.5, в).



Рис. 1.3. Типы складок: а — внутренний; б — внешний; в — нейтральный (правый глаз), смешанный: внутренний и нейтральный (левый глаз)



**Рис. 1.4.** Подвиды внутреннего типа складки: а — данная борозда века выглядит нежно, утонченно и естественно. Когда край века пересекает складку более медиально, взгляд становится изысканным и элегантным (стрелка а); когда край века пересекает складку более латерально, глазная щель видна меньше (стрелка б); б — продолжительная пальпебральная борозда при складке внутреннего типа; в — у данного пациента складка внутреннего типа выглядит короткой



**Рис. 1.5.** Внешний тип складки. Необходимо создать складку на 2–3 мм выше медиального кантуса: а — складка, сужающаяся к носу. Ширина складки увеличивается к латеральному кантусу. Такой тип возможен при узкой складке; б — сочетание сужающейся и параллельной складки. Ширина между краем века и складкой увеличивается к центру, а затем идет параллельно краю. Такой тип борозды подходит пациентам с нормальной высотой складки верхнего века; в — параллельная борозда. Ширина между складкой и краем века одинакова на всем протяжении. Этот вид борозды выглядит неестественно у азиатских пациентов; г — складка расширяется от медиального к латеральному углу глаза (слева), нейтральный тип складки (справа); д — параллельные борозды с широкой складкой

Внешний тип складок считается элегантным и выразительным. Однако у азиатов такое верхнее веко выглядит не совсем естественно и не соответствует этническим нормам красоты. При сужении складки к медиальному углу глаза можно добиться желаемого результата с сохранением естественного вида, как

при внутреннем типе. Поэтому автор часто рекомендует пациентам из Азии удлинить складку внутреннего типа (см. рис. 1.4, а) или сузить параллельные складки внешнего типа (рис. 1.5, б). Предпочтительнее создавать прерывистую складку, которая начинается на 2–3 мм латеральнее медиального кантуса.

## НЕЙТРАЛЬНЫЙ ТИП СКЛАДКИ

Данный тип складки можно рассматривать как промежуточный вариант между внешним и внутренним. Недостатки ранее описываемых типов складки отсутствуют. При нейтральном типе взгляд становится открытым, но в то же время остается естественным.

При выборе подходящего типа складки для пациента следует учитывать несколько факторов. Один из них — угол наклона глазной щели. Сходящаяся к носу складка хорошо выглядит у пациентов с несколько опущенным латеральным кантусом, в то время как внешний тип складки подходит людям с приподнятым наружным углом глаза. Следующий фактор — высота пальпебральной борозды. Высокая борозда обычно приводит к появлению внешнего типа складки, а низкая — внутреннего. Однако у пациентов указанное соотношение наблюдают не во всех случаях. Если у пациента существует тенденция к образованию внутреннего типа складки, а хирург создаст складку внешнего типа, то медиальная часть пальпебральной борозды будет казаться высокой и неестественной. Таких пациентов нужно предостеречь от создания внешнего типа складки. Увеличение высоты борозды с медиальной стороны века в любом случае будет выглядеть неестественно (рис. 1.6).



**Рис. 1.6.** Борозда верхнего века более высокая с медиальной стороны с сильным изгибом в центре

Иногда пациенты хотят видеть в результате сложное сочетание наружного типа складки с низкой бороздой века. Решить эти проблемы можно несколькими способами.

- При наличии эпикантуса отмечают тенденцию к образованию внутреннего типа складки. Эпикантопластика устранил данную склонность.
- Разрез следует продлить с медиальной стороны.
- С латеральной стороны разрез нужно сделать как можно ниже, чтобы медиальная часть наружного типа складки казалась приподнятой. При таком разрезе тем не менее необходимо избегать крайностей, способных привести к отрицательному углу глазной щели.

Как правило, автор предпочитает создавать внешний или внутренний тип складок, которые близки к нейтральному, поэтому данный выбор не является дилеммой.

### КЛЮЧЕВЫЕ МОМЕНТЫ

Внутренний тип складки	Внешний тип складки
Сужающаяся к носу	Сужающаяся к носу, параллельная либо комбинированная
Выглядит естественно	Может выглядеть неестественно и бросаться в глаза у азиатских пациентов
Медиальный угол глаза может казаться прикрытым	Открытый и элегантный взгляд
Изменения незначительны	Изменения значительны
Подходит пациентам с низким положением латерального кантуса	Подходит людям с приподнятым положением латерального кантуса
Подходит при низкой борозде века (узкая складка)	Подходит при высокой борозде века (широкая складка)

## Высота борозды верхнего века

Необходимо обсудить с пациентом предварительно смоделированную стилусом борозду верхнего века. Пациент должен находиться в сидячем положении. При выборе подходящей высоты борозды нужно обратить внимание на следующие вопросы.

- Высокая складка (большое расстояние между краем века и бороздой) хорошо выглядит, если у пациента тонкая кожа и широкая глазная щель. В противном случае лучше остановить выбор на низких складках.
- Время реабилитации прямо пропорционально размеру складки. После создания высоких складок потребуется длительное восстановление. Автор предполагает, что для полного заживления низких складок на реабилитацию нужно 1 нед, средних — до 2 мес, а высоких — от 4 до 5 мес.
- Один из минусов низкой складки — то, что кожа над бороздой с годами может обвиснуть. После создания высокой складки данной проблемы не возникнет. Можно привести в пример Пабло Пикассо, у которого даже на 9-м десятке лет не было дерматохалазиса.
- При создании высоких складок основная проблема — гипертрофия претарзальной области. Корейцы придумали название такому эффекту — «веки-сосиски». У пациентов с тонкой кожей и небольшим количеством мягких тканей эта проблема не так актуальна, в отличие от людей с большим количеством мягких тканей. Таким пациентам мы не рекомендуем создание высоких складок (см. соответствующий раздел в главе 3).
- Во время предоперационной консультации пациенты смотрят в зеркало на свои веки. Большинство из них непроизвольно открывают

глаза шире, что абсолютно естественно. Тем не менее край века может подняться на 0,5–1,0 мм, из-за чего уменьшается размер складки. Таким образом, складка после операции может оказаться больше, чем планировалось. Поэтому необходимо следить за тем, чтобы верхнее веко находилось в нейтральном положении при моделировании складки века.

При создании двойной складки необходимо учитывать хирургические факторы, а также особенности пациента, а именно:

- толщину кожи;
- сниженную эластичность кожи;
- количество подкожных мягких тканей;
- птоз брови;
- функцию леватора;
- атрофию мягких тканей века.

Если у пациента толстая кожа или объемные мягкие ткани под бороздой, то складка станет толще. Низкая складка формируется у людей с растянутой кожей или сильным птозом бровей. И наоборот, атрофия мягких тканей компенсирует растянутость кожи, и складка становится выше (рис. 1.7). Более тонкая

кожа верхнего века имеет тенденцию к сокращению из-за своей эластичности, что приводит к уменьшению размера складки, особенно у пациентов с нормальной функцией леватора.

Если кожа не растянута, то желаемый размер складки может быть смоделирован при помощи стилуса. Однако у пациентов с сильно растянутой кожей выполнить данную манипуляцию довольно сложно. В таком случае ассистент может приподнять веко, имитируя иссечение ткани, пока хирург создает борозду верхнего века. Бровь должна быть приподнята так, чтобы 80–90% всей кожи было натянуто (см. главу 2 о блефаропластике у пожилых пациентов).

Хирургические факторы, влияющие на размер складки, включают:

- высоту борозды;
- глубину фиксации;
- объем иссекаемой кожи;
- степень коррекции птоза;
- иссечение периорбитального жира.

Данные факторы будут подробнее обсуждаться в главе 3.



**Рис. 1.7.** Когда глаза пациента закрыты (а), борозда правого века кажется выше. Однако при открытых глазах (б) левая борозда кажется выше из-за атрофии мягких тканей

## Что скрывается за созданием борозды верхнего века

Веко состоит из:

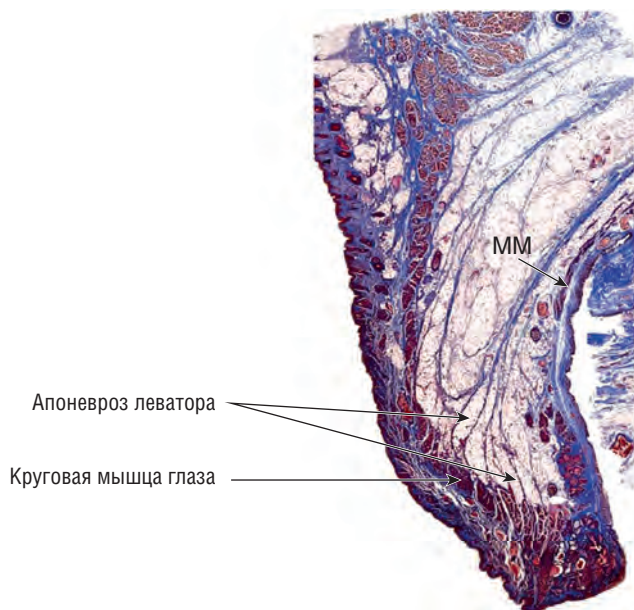
- передней пластинки — кожи, подкожной жировой клетчатки, круговой мышцы глаза;
- средней пластинки — глазничной перегородки, орбитальной жировой клетчатки;
- задней пластинки — апоневроза леватора, леватора, мышцы Мюллера, тарзальной пластинки, конъюнктивы.

Борозда соединяется с апоневрозом леватора между передним лоскутом и задней пластинкой. По результатам электронной микроскопии можно заметить разницу между веком с бороздой или без нее. Апоневроз леватора по-разному вплетается в круговую мышцу глаза (рис. 1.8).

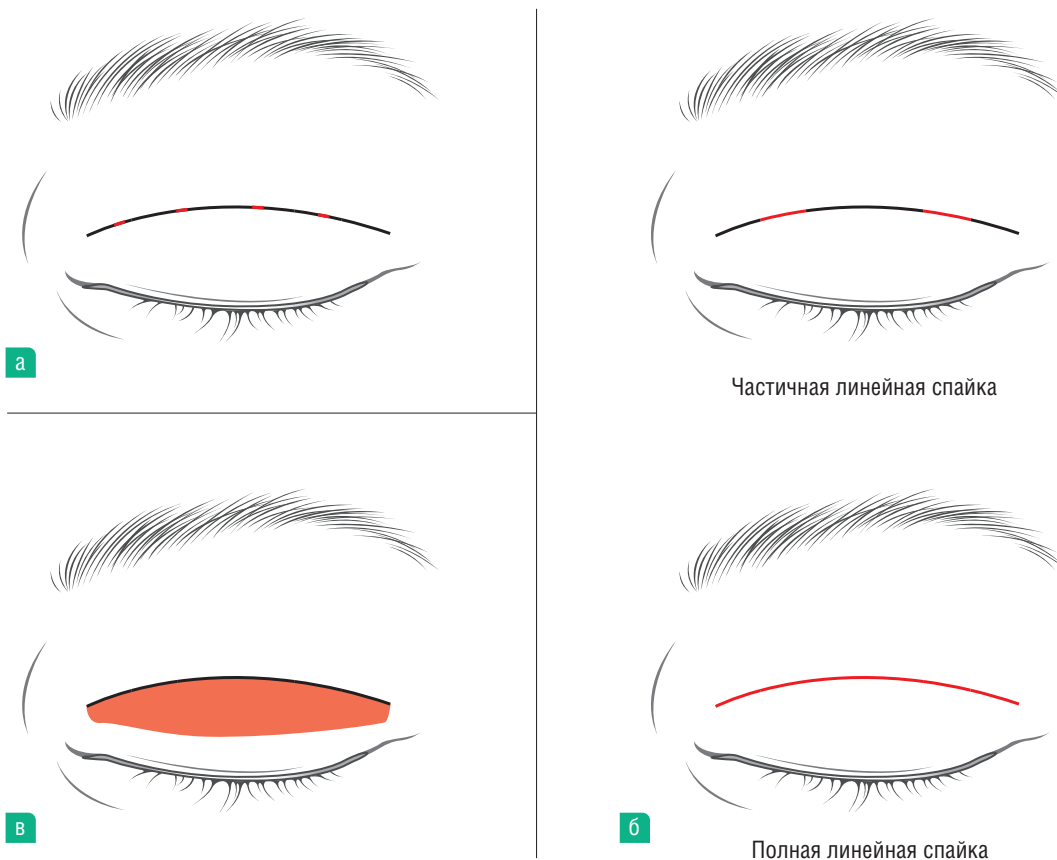
В веках с бороздой ветви апоневроза соединены с дермой большим количеством септ, расположен-

ных между дермой и круговой мышцей. На веке без борозды апоневроз либо не вплетается в круговую мышцу, либо проникает в мышцу слишком низко (см. рис. 1.8). Пальпебральную борозду можно создать хирургическим путем за счет формирования спайки между передним и задним лоскутом.

Спайки, являющиеся следствием хирургических манипуляций, можно разделить на точечные, линейные или плоскостные (рис. 1.9). Наибольшее количество сформированных спаек характерно для плоскостных, а минимальное число соответствует точечным спайкам. Поскольку натяжение при формировании складки распределяется по всей поверхности контактирующих тканей, вероятность опущения складки ниже при создании плоскостных спаек. При точечных кон-



**Рис. 1.8.** При двойной складке века апоневроз леватора вплетен в круговую мышцу глаза и опосредованно связан с кожей (фото взято с кафедры офтальмологии медицинской школы университета Донг-А). ММ — мышца Мюллера



**Рис. 1.9.** Типы спаек: а — точечные; б — линейные; в — плоскостные. Красной линией (областью) выделены спайки между передней и задней пластинками

тактах складка получается более поверхностной, поэтому хирургу необходимо проводить гиперкоррекцию с учетом послеоперационного растяжения тканей. В связи с этим точно сформированные спайки подходят для создания тонкой складки века, которая с меньшей вероятностью подвергнется изменениям.

Линейные спайки можно разделить на частичные и полные. В большинстве случаев при формировании частичных линейных спаек наблюдают минимальный риск опущения складки века при наличии надежной фиксации. Полные линейные спайки нужно создавать при высокой вероятности опущения складки.

Создание плоскостных спаек требуется крайне редко, потому что такое вмешательство высокотравматично и приводит к большому количеству рубцов. Следует избегать формирования подобного рода спаек, за исключением особых обстоятельств. Создание плоскостных спаек необходимо

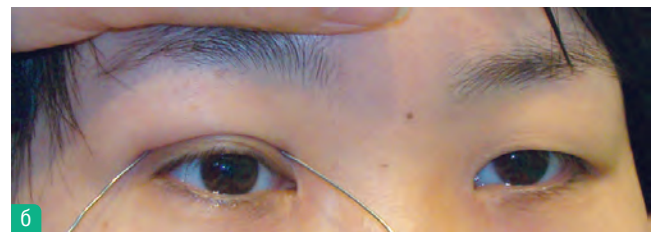
после неудачного вмешательства, когда нижний лоскут спаян с рубцовой тканью. В данном случае хирург должен иссечь спайки и провести подтяжку лоскута, что приведет к образованию плоскостных спаек между передней и задней пластинками (см. с. 77).

## Техника операции: без разрезов, с разрезом, с иссечением

У пожилых пациентов с дерматохалазисом надо иссекать кожу. В более молодом возрасте иссечение требуется только у людей с врожденным избытком кожи. Чтобы понять, нужно ли иссечение кожи, пациента осматривают в положении сидя. С помощью стилуса моделируют складку века. Если при поднятии века отмечают опущение кожи более чем на 3 мм, то ее целесообразно иссечь, в противном случае эта манипуляция бесполезна (рис. 1.10).

### Техника операции: без разрезов или с коротким разрезом

Техника операции без разрезов позволяет сформировать складку века без большого иссечения мягких тканей. К сожалению, данное вмешательство сопряжено с высоким процентом неудач, так как создается минимальное количество спаек. Метод можно применять у пациентов с тонкой кожей с мелкими морщинами, которая легко образует складки. При этом методе выполняют минимальное количество спаек, которые через время ослабевают, поэтому борозду следует делать глубокой (с выворотом).



**Рис. 1.10.** а — Веко без борозды; б — ассистент поднимает брови при моделировании борозды века. Над бороздой кожа не нависает; в — создание борозды без поднятия бровей. Значительное количество кожи прикрывает пальпебральную борозду

### МЕТОД 1. ФИКСАЦИЯ ЧЕРЕЗ ТРИ ПРОКОЛА

Вдоль заранее нарисованной линии делают проколы (шириной в 1–2 мм) в трех точках. Под кожей тарзальную пластинку фиксируют к круговой мышце глаза (рис. 1.11).

### МЕТОД 2. ФИКСАЦИЯ ЧЕРЕЗ ШЕСТЬ ПРОКОЛОВ

Вдоль разметки необходимо сделать шесть парных проколов с интервалом в 5–6 мм. Фиксацию осуществляют наложением шва нейлоновой нитью 7–0 с двумя иглами. Хирург выполняет вкол первой иглой, проводит ее через тарзальную пластинку, затем выкалывает из парного прокола. Вторую иглу проводят через эти же проколы, но прошивают круговую мышцу глаза. Свободные концы завязывают. Таким же образом накладывают остальные швы (рис. 1.12, 1.13).

### Метод двух неполных разрезов

Автор предпочитает использовать эту методику, сочетающую проколы и небольшие разрезы. После выполнения данного вмешательства остаются неза-

