

Оглавление

Предисловие к четвертому изданию	6
Предисловие к третьему изданию	7
Предисловие ко второму изданию	8
Предисловие к первому изданию	9
Благодарности	10
Глава 1. Анатомия.....	11
Глава 2. Основные методики офтальмологической пластической хирургии.....	40
Глава 3. Предоперационная оценка.....	67
Глава 4. Анестезия	83
Глава 5. Инструменты	90
Глава 6. Энтропион	95
Глава 7. Эктропион	119
Глава 8. Аномальное положение ресниц.....	157
Глава 9. Птоз.....	164
Глава 10. Блефаропластика	217
Глава 11. Ретракция века	262
Глава 12. Эвисцерация, энуклеация, экзентерация	290
Глава 13. Анофтальмическая глазница	304
Глава 14. Пластика века — закрытие края века.....	337
Глава 15. Пластика века — передняя пластинка.....	350
Глава 16. Пластика века — задняя пластинка.....	389
Глава 17. Пластика века — передняя и задняя пластинки	403
Глава 18. Дополнительная информация	409
Предметный указатель	433

Инструменты

Введение

В данной главе представлено описание базового набора инструментов для офтальмоло-

гической пластической хирургии. К ним могут прибавиться дополнительные инструменты для конкретных процедур.

5.1. Основные инструменты (рис. 5.1)



Рис. 5.1. Базовый набор инструментов для офтальмологической пластической хирургии

5.2. Пинцеты (рис. 5.2)



Рис. 5.2. Пинцеты (Сент-Мартина, Джейла, Листера, Мурфида)

5.3. Зажим Путтермана (рис. 5.3)



Рис. 5.3. Зажим Путтермана

5.4. Маркер, скальпель, лезвия (рис. 5.4)

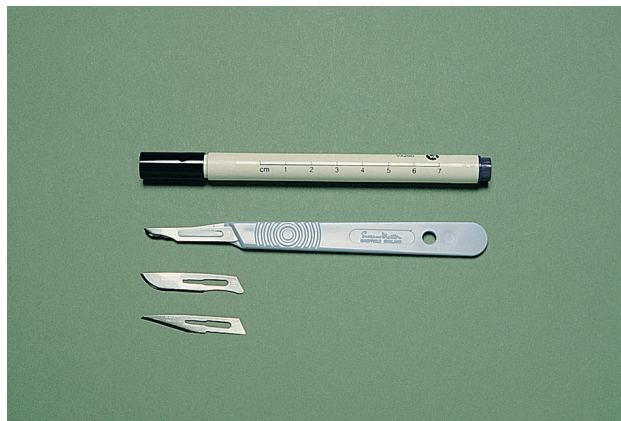


Рис. 5.4. Маркер и лезвия скальпеля

5.5. Стандартный шовный материал (рис. 5.5)

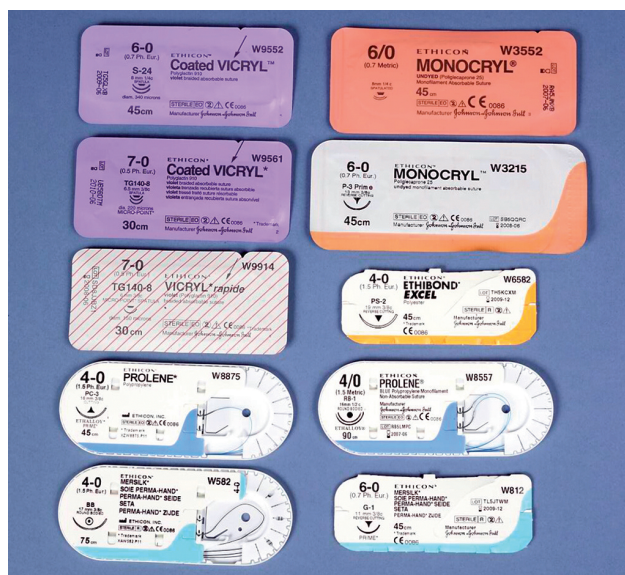


Рис. 5.5. Стандартный шовный материал

5.6. Расширитель для носовой полости и костные щипцы (рис. 5.6)



Рис. 5.6. Расширитель для носовой полости и костные щипцы

5.7. Набор для извлечения широкой фасции (рис. 5.7)



Рис. 5.7. Инструменты для извлечения аутогенной широкой фасции

5.8. Гибкие ретракторы (рис. 5.8)



Рис. 5.8. Гибкие ретракторы

5.9. Набор с проволокой для трансназального доступа (рис. 5.9)

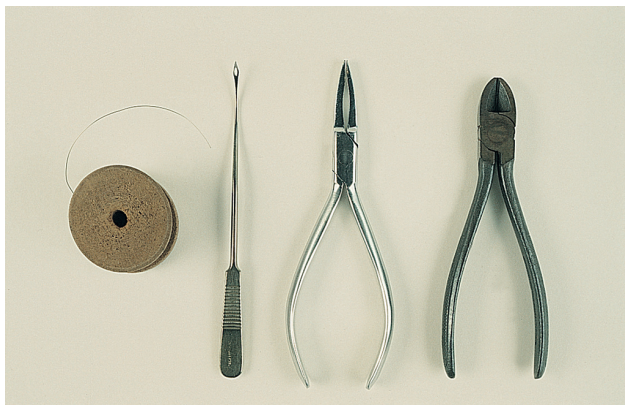


Рис. 5.9. Инструменты для работы с трансназальной проволокой

5.10. Бор с пневмоприводом и осцилляторная пила с лезвиями (рис. 5.10)



Рис. 5.10. Бор с пневмоприводом и осцилляторная пила

5.11. Нож Уотсона для получения расщепленного кожного лоскута с лезвием и досками (рис. 5.11)



Рис. 5.11. Нож Уотсона для получения расщепленного кожного лоскута и доски

См. также зажим Крукшанк (п. 6.11, а).

5.12. Дерматом (рис. 5.12)

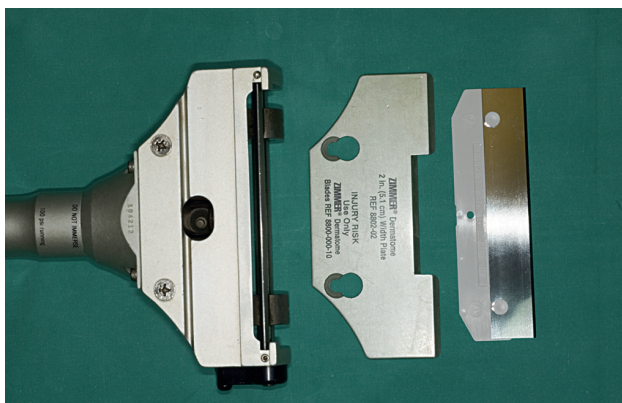


Рис. 5.12. Пневматический дерматом, упор 2 (5,1 см) и лезвие

5.13. Примерочные протезы для глазницы и инжектор для введения имплантата в глазницу (рис. 5.13)



Рис. 5.13. Инжектор глазного яблока и примерочные протезы различных размеров

5.14. Ложка Бунге и ножницы для энуклеации (рис. 5.14)



Рис. 5.14. Ложка Бунге и ножницы для энуклеации

Энтропион

Введение

Энтропион верхних и нижних век вызывает боль и постепенно приводит к рубцеванию роговицы. При слабой слезной пленке изменения происходят еще более стремительно.

Классификация:

- инволюционный;
- рубцовый;
- врожденный.

Несмотря на то что рубцовый энтропион менее распространен, чем инволюционный, его все же следует исключать на раннем этапе обследования. Сначала проверяют конъюнктиву на предмет рубцовых изменений. В случае их обнаружения сначала устанавливают причину и только потом рассматривают возможность хирургического вмешательства (раздел Б).

При отсутствии рубцовых изменений выполняют проверку на предмет поперечного гребня мышц, который при инволюционном энтропионе возникает из-за пресеptальной части круговой мышцы глаза, перекрывающей претарзальную часть круговой мышцы в нижнем веке (раздел А).

Врожденный энтропион (раздел В) встречается редко. Его диагностируют при полном завороте края века и тарзальной пластинки.

Эпиблефарон часто встречается у маленьких детей. Тарзальная пластинка находится в нормальном положении, а складка кожи и мышца, особенно в медиальной части, заставляют ресницы загигаться внутрь. Обычно эпиблефарон не требует лечения, однако у азиатов дополнительный эффект монголоидной складки может усилить энтропион, особенно на нижнем веке, что требует хирургической коррекции.

Инволюционный энтропион

Выбор операции

Сначала оценивают слабость нижнего века по горизонтали (см. п. 3.16). Если она минимальна, то простое восстановление путем ушивания (п. 6.1) может быть вполне эффективным, но при этом лишь временным решением, эффект от которого продлится около 18 мес. Более длительная коррекция достигается с помощью процедуры Квикерта (п. 6.3), которая позволяет исправить больше этиологических факторов при инволюционном энтропионе, включая излишнюю горизонтальную слабость. Процедура Уиса (Wies) (п. 6.2) не позволяет скорректировать горизонтальную слабость, и при ее применении показатель рецидивов выше, чем при выполнении процедуры Квикерта, но ниже, чем при пластике простым наложением швов. Если энтропион (или эктропион — см. главу 7) сопровождается существенной горизонтальной слабостью, то следует оценить кантальные сухожилия (см. п. 3.17). Если какое-то из них очень слабое, сначала может потребоваться его стабилизация.

Если медиальное кантальное сухожилие слабое, но при этом нижнее веко нормально расположено по вертикали и у пациента не наблюдается никаких симптомов, стабилизация медиального кантального сухожилия не требуется. Тем не менее, если край века смещен книзу и у пациента наблюдаются характерные симптомы, обычно сопровождающиеся слезотечением, медиальное кантальное сухожилие следует стабилизировать или подтянуть путем проведения шва через конъюнктиву (п. 7.7) в кожу (п. 7.15) или путем медиального клиновидного иссечения (п. 7.8).

Если латеральное кантальное сухожилие слабое, но при этом угол глазной щели и нижнее веко расположены нормально и у пациента не наблюдаются характерные симптомы, стабилизация не требуется. При этом, если угол глазной щели закруглен или смещен в

медиальном или нижнем положении и у пациента наблюдаются характерные симптомы, требуется хирургическая коррекция сухожилия. В таком случае оптимальным решением обычно служит латеральное укорочение тарзальной пластинки (п. 7.2). В некоторых случаях может потребоваться репозиционирование латерального кантального сухожилия полностью (п. 10.5, у—ч).

Если наблюдается лишь легкая или умеренная слабость кантальных сухожилий или остаточная слабость после их стабилизации, следует прибегнуть к процедуре Квикерта (п. 6.3).

Процедура Джонса (п. 6.4) заключается в коррекции ретракторов нижнего века. Ее можно применять в качестве первичной процедуры при инволюционном энтропионе, но в основном ее проводят в случае рецидива инволюционного энтропиона при отсутствии иных очевидных причин. Может также потребоваться коррекция слабости нижнего века.

6.1. Пластика наложением швов

Пластика инволюционного энтропиона путем наложения швов может быть эффективной, но, как правило, временной мерой.

Ее также можно применять у детей и подростков азиатского происхождения с врожденным эпиблефароном или энтропионом.

6.1, а

Сначала делают подкожное и субконъюнктивальное введение местного анестетика. Затем накладывают три рассасывающихся шва 4/0 или 6/0 двумя иглами на концах одной нити насквозь на латеральные две трети века. Каждая нить проходит наискось, на 1–2 мм ниже нижней тарзальной границы, и выходит на 2–4 мм ниже ресниц. В случае энтропиона крайне легкой степени нити можно прово-

дить практически горизонтально через веко, начиная непосредственно под хрящом века и проникая в кожу чуть выше, на входе в конъюнктиву.

6.1,б

Нити затягивают так, чтобы создать небольшой эктропион века. Швы оставляют до тех пор, пока они не рассосутся и не выпадут сами.

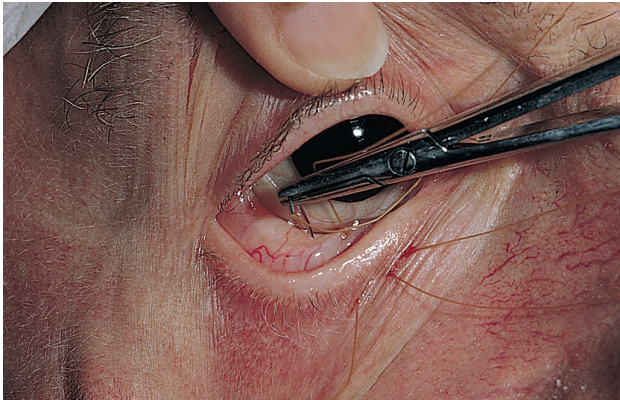


Рис. 6.1, а. Нити проводят из конъюнктивы, под тарзальной пластинкой, к коже, на 2–4 мм ниже ресниц

6.1,в,г

Пациентам азиатского происхождения швы накладывают на медиальные две трети века.

6.1,д

Швы завязывают так, как показано на рис. 6.1, б.

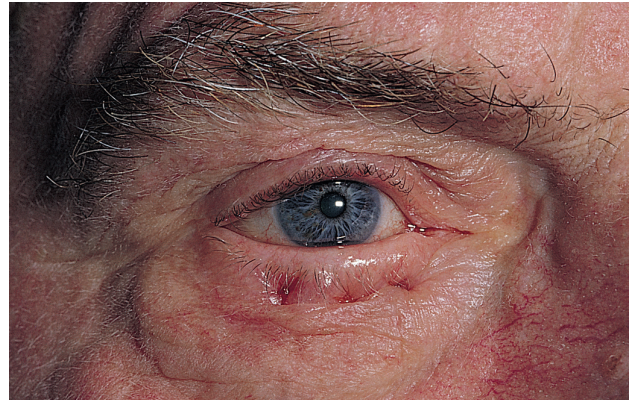


Рис. 6.1, б. Наложение швов для создания небольшого эктропиона

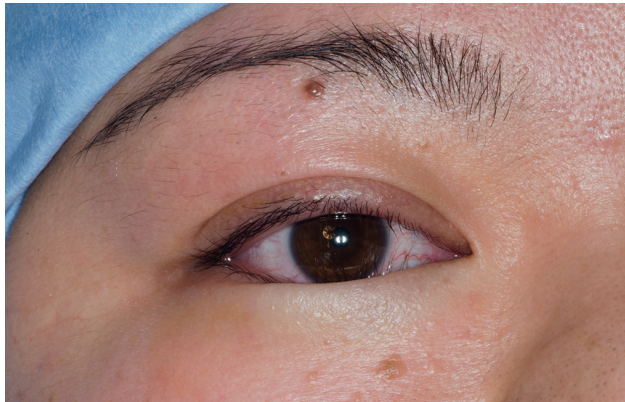


Рис. 6.1, в. Устойчивый эпиблефарон у молодой пациентки азиатского происхождения



Рис. 6.1, г. Наложение швов

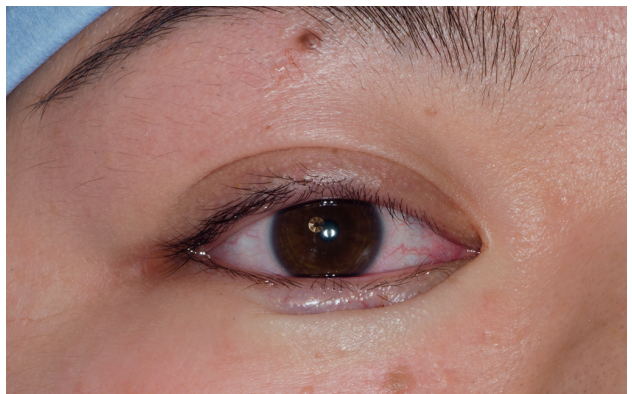


Рис. 6.1, д. Через 3 нед после наложения швов

Осложнения и их контроль

Наложение швов слишком глубоко в своде или выведение нитей слишком близко к ресницам, а также слишком тугое затягивание могут привести к избыточной коррекции. Если энтропион сохраняется спустя неделю после операции, необходимо снять один или несколько швов.

6.2. Процедура Уиса (рис. 6.2)

Данную процедуру применяют при отсутствии чрезмерной горизонтальной слабости века. Она весьма необычна, и, как правило, предпочитают прибегать к к процедуре Квикерта (п. 6.3).



Рис. 6.2, а. Полнослойный колющий разрез с каждого конца ранее выполненного разреза

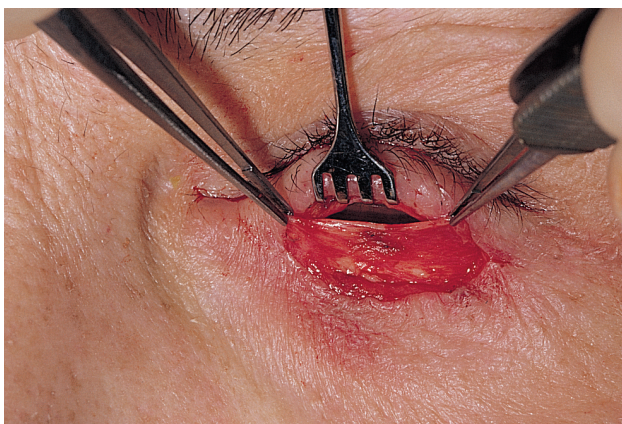


Рис. 6.2, в. Идентификация ретракторов нижнего века

Полное пошаговое описание процедуры и рисунки представлены на сайте www.expertconsult.com.

6.2, а

Сначала намечают контур кожного разреза на 4 мм ниже ресниц в медиальной части и на 5 мм ниже ресниц в латеральной части, затем выполняют разрез. Используя защиту для века, на каждом конце выполненного разреза делают колющий разрез сквозь всю толщину века.

6.2, б

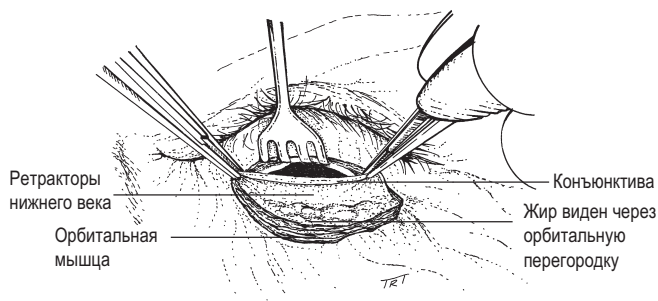
Одно лезвие остроконечных ножниц просовывают через оба колющих разреза и завершают полнослойный поперечный разрез.

6.2, в

Проверяют нижний край разреза. Охваченные слои сзади вперед: конъюнктив, ретракторы нижнего века (видны как белый слой ткани, обычно легко идентифици-



Рис. 6.2, б. Завершение полнослойного разреза с помощью ножниц



руются), круговая мышца глаза и кожа (см. рис. 11.8, а–в).

6.2, г

Накладывают три рассасывающихся шва 4/0 или 6/0 двумя иглами на концах одной нити сквозь конъюнктиву и ретрактор нижнего века, на 2 мм ниже края разреза.

6.2, д

Нити проводят в круговую мышцу глаза перед тарзальной пластинкой в верхнем крае раны и выводят сквозь кожу на 2 мм ниже ресниц.

6.2, е

Нити затягивают так, чтобы создать небольшой эктропион века. Кожу закрывают швом 6/0. Кожные швы снимают через 5 дней,

а выворачивающие швы — через 10 дней либо раньше (в случае выраженной избыточной коррекции).

Осложнения и их контроль

Наложение выворачивающих швов слишком глубоко в своде или их выведение слишком близко к ресницам может привести к избыточной коррекции. Такое осложнение еще более вероятно, если вовремя не выявлена значимая горизонтальная слабость века. Если избыточная коррекция сохраняется спустя неделю после операции, необходимо снять один или несколько швов. При отсутствии каких-либо улучшений следует оценить горизонтальную слабость и рассмотреть возможность укорочения века (см. п. 14.1, 14.2).

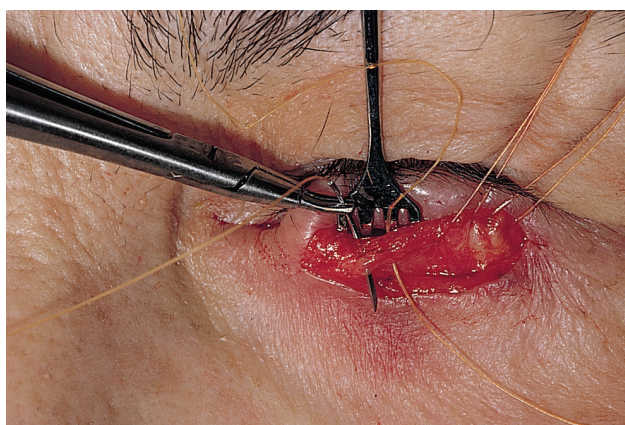


Рис. 6.2, г. Швы 4/0, накладываемые двумя иглами на концах одной нити, через конъюнктиву и ретракторы нижнего века

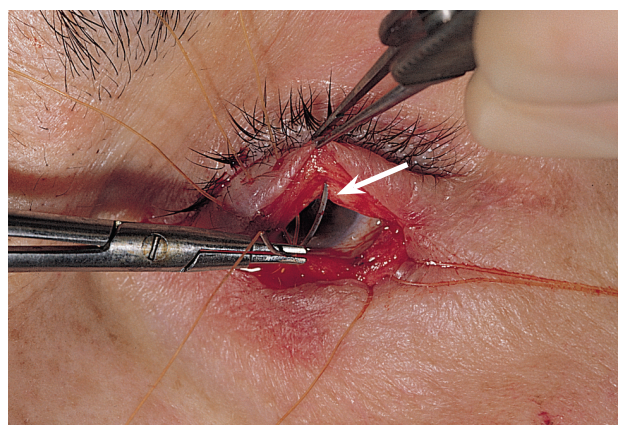


Рис. 6.2, д Нити, проходящие спереди тарзальной пластинки (показано стрелкой) и выходящие под ресницами



Рис. 6.2, е. Наложение швов для создания небольшого эктропиона

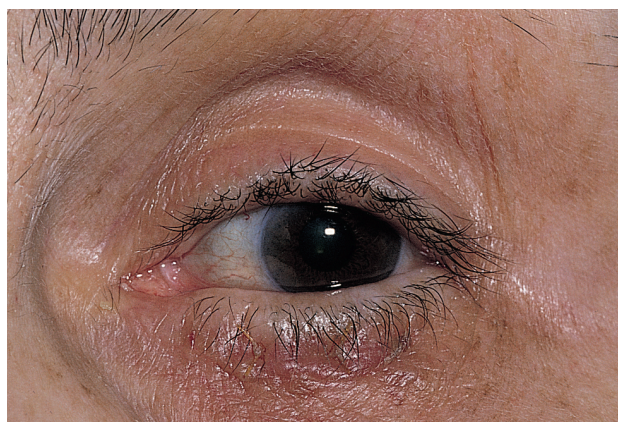


Рис. 6.2, е (после операции). Через 10 дней после операции Уиса наложенные выворачивающие швы еще находятся на своем месте

6.3. Процедура Квикерта

При наличии горизонтальной слабости века данная процедура является более предпочтительной, чем процедура Уиса.

6.3, а

Сначала намечают контур вертикального разреза длиной 5–6 мм, под прямыми углами к краю века, на расстоянии 5 мм медиально к латеральному углу глаза.

От нижнего конца проведенной линии намечают горизонтальный разрез в медиальном направлении, параллельно краю века, вплоть до нижней слезной точки и на расстоянии 4–5 мм от края века. Затем разрез удлиняют латерально (не придерживаясь изгиба края

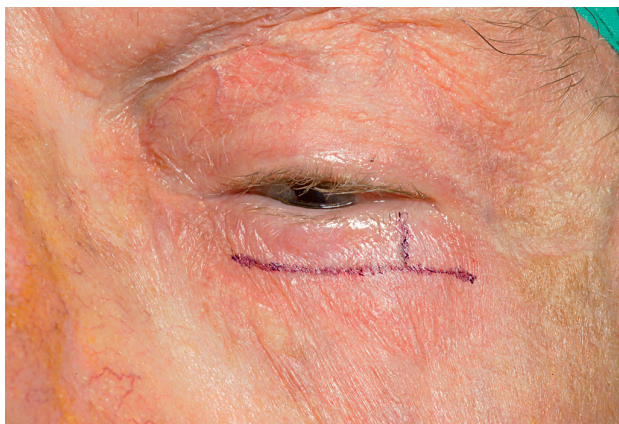


Рис. 6.3, а. Намеченный контур разреза

века) вплоть до латерального угла глаза. С помощью ножниц выполняют полнослойные разрезы, начиная с вертикального контура.

В результате получают две полосы края века, включая всю высоту тарзальной пластинки.

6.3, б

Одну полосу нахлестывают на другую (с умеренным натяжением), чтобы определить размер отсечения для коррекции горизонтальной слабости.

6.3, в

Излишний участок кожи отсекают от медиальной полосы.

6.3, г

Край века закрывают обычным способом (п. 14.1–14.3).

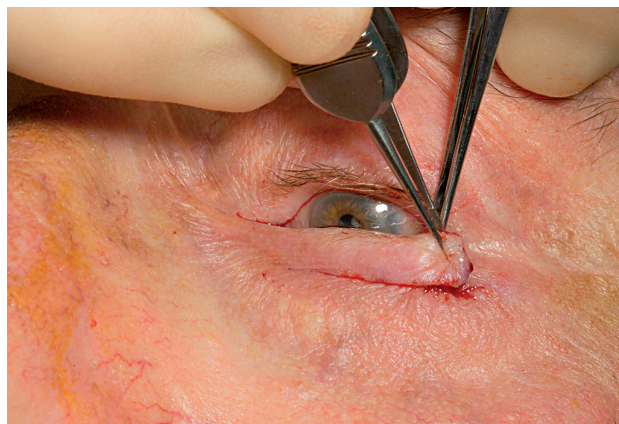


Рис. 6.3, б. Наложение полосы края века внахлест для определения степени укорочения века

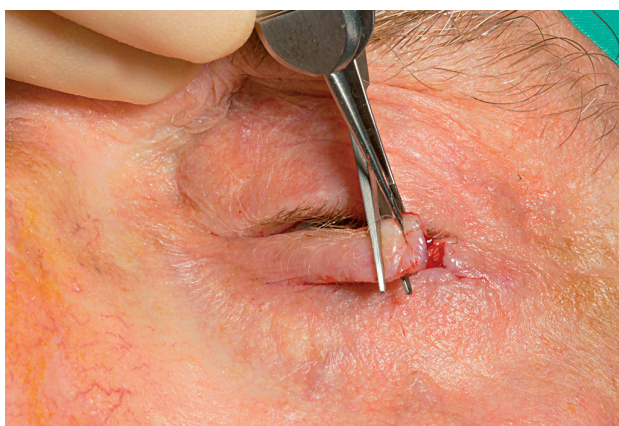


Рис. 6.3, в. Отсечение лишнего участка века



Рис. 6.3, г. Закрытая полоска края века