

НАШ ОПЫТ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА ПРИДАТОЧНОМАППАРАТЕ ГЛАЗА У ДЕТЕЙ

Иванова В.Ф., Курак З.В., Поболь О.Л.
Белорусский государственный медицинский университет,
4-ая детская больница, г. Минск.

Необходимость в пластической хирургии придаточного аппарата глаза и орбиты у детей высокая (1,2,3.). В глазном отделении 4-ой ДКБ г. Минска дети с патологией придаточного аппарата глаза составляли 51,6% в 2008г. и 49,4% в 2009г. Наиболее часто наблюдали патологию слезных органов - 23,9% в 2008г. и 29,7% в 2009г.; патология век составила 14,44% (2008г.) и 17,38% (2009г.), патология конъюнктивы - 1,2%; (2008г.) и 1,7% (2009г.). Анофтальм/микрофтальм 0,2% (2008г.) и 0,14% (2009г.), в среднем в год в консультативном кабинете выявляем 6-7 детей с анофтальмом.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ – представить отдельные виды врожденной, травматической и осложненной патологии придаточного аппарата глаза и орбиты, при которых мы чаще производим офтальмопластические операции.

Работа основана на опыте лечения 250 детей в возрасте одного месяца до 18 лет.

Самая многочисленная группа детей была с врожденным и приобретенным блефароптозом. Дети с блефароптозом составляют около 4-6% больных, поступающих на плановые операции в стационар. При определении оптимального срока лечения и выбора метода операции учитывали степень птоза, амблиопии, возраст ребенка, функцию леватора. Если птоз не вызывал снижения функции органа зрения, к раннему устранению его не стремились, так как в раннем возрасте ткани легкоранимы, структуры верхнего века недостаточно дифференцированы.

Блефароптоз исправляли преимущественно методом укорочения леватора в различных модификациях. Подвешивание к брови применяли редко, хотя многие авторы рекомендуют случаи с плохой функцией леватора корригировать лобным подвешиванием. Мы наблюдали адекватную коррекцию птоза даже у детей с отсутствием функции леватора, используя поперечную связку орбиты для внутреннего подвешивания. Подвешивание к лобной мышце выполняли аллосухожильными швами у детей с полным отсутствием функции леватора при офтальмоплегии, у очень маленьких детей при угрозе амблиопии как паллиативную операцию, а также у больных с неудовлетворительным эффектом после резекции леватора при замещении его фиброзно-жировой тканью. Если после подвешивания амплитуда движения века становилась больше, повторяли операцию на леваторе, используя сухожильные нити, подвешивающие веко, для укрепления волокон измененного леватора.

При апоневротическом птозе с хорошей функцией леватора производили резекцию и/или фиксацию апоневроза леватора к хрящу. При удовлетворительной функции леватора резецировали максимальное количество апоневроза леватора и, при необходимости, участок мышцы леватора с прикреплением к хрящу. При плохой функции леватора производили максимальную резекцию мышцы леватора и мышцу леватора и связку Уитналла репрекрепляли к хрящу.

При посттравматических птозах производили тщательную ревизию леватора и рефиксацию, или резекцию и фиксацию леватора, к хрящу.

При синдроме Маркуса-Гунна при птозе 1 степени в покое жевательных мышц воздерживались от операции. При птозе 2 степени в покое жевательных мышц производили резекцию леватора. При птозе 3 степени в покое жевательных мышц выполняли максимальную резекцию леватора с наложением погружного аллосухожильного шва для подвешивания к лобной мышце. При синдроме Маркуса-Гунна синкинез может быть сохранен после хирургического лечения.

При пальпебральном синдроме у 10 детей (3-4 лет) на обоих глазах производили подвешивание верхнего века аллосухожильными швами к лобной мышце. У 5 из этих детей также одновременно выполняли пластику эпикантуса и наружную кантопластику аллосухожильными швами. Непосредственный эффект операции был удовлетворительный, отдаленное наблюдение выявило нестойкость эффекта операции из-за провисания аллосухожильных швов вследствие слабости тканей. В настоящее время (30 детей) при исправлении блефароптоза при пальпебральном синдроме производим максимальную резекцию леватора, веко поднимается лучше, результат долговечнее.

Для исправления эпикантуса при пальпебральном синдроме применяли двойную зет-пластику и укорочение внутренней связки. Однако укорочение передней ветви внутренней связки приводит к неполному прилеганию век к главному яблоку у внутреннего угла. В настоящее время для устранения эпикантуса и удлинения глазной щели мы применяем эпикантопластику по способу М.Г.Катаева(4), большое внимание уделяем формированию веко-носовой ямки, иссечению эпикантального сухожильного тяжа, идущего от медиальной части тарзальной пластинки нижнего века, а также фиксации кожи веко-носовой ямки к надкостнице. В качестве клинического примера приводим результаты исправления эпикантуса при пальпебральном синдроме. Рис 1.

Мы наблюдали девочку 8 лет, которой 2 года назад по поводу флегмоны левой орбиты, вследствие пансинусита, произведена верхняя, медиальная и нижняя орбитотомии. Девочка поступила с рубцами век, полным птозом верхнего века и грубым эпикантусом. Была произведена ревизия, резекция и рефиксация леватора, формирование пальпебральной складочки. Вторым этапом произведена эпикантопластика. Рис 2.

Пластика век при колобомах зависела от клинической ситуации, колобомы до четверти длины века устраняли методом прямого сближения край в край, при рубцово-измененных тонких тканях века применяли дублирование по Уиллеру. При пластике колобом до половины длины века и больше дополнительно производили наружную кантотомию с кантолизом, смещали полукруглый лоскут с треугольником по Бурову. Рис3.

У девочки с врожденной колобомой, занимающей половину верхнего века, симблефаромом, нарастанием элидермиса на верхнюю часть роговицы была произведена пластика колобомы с кантолизом, боковым смещением кожного лоскута, разделение симблефарона с замещением бульбарной конъюнктивы собственной конъюнктивой, а тарзальноконъюнктивальный слой замещен дермальной пластинкой. (Уфа.) Непосредственный эффект был удовлетворительный, однако через 3 месяца дермальная пластинка лизировалась.

Расщелины лица, сопровождающиеся деформацией внутреннего угла глаза, выворотом, колобомой нижнего века требуют предварительной челюстно-лицевой хирургии.

Наиболее обширные и грубые симблефароны наблюдали при ожогах жидкостью для очистки канализационных труб, взрыве карбида, патронов, ожоге марганцовкой. В зависимости от обширности симблефарона производили пластику дефекта местными тканями, экстракорнеальную кератопластику кератопластику, аллоплантом для пластики конъюнктивы, ауто трансплантатом слизистой губы, донорским керато-конъюнктивальным трансплантатом. Мы считаем наиболее оптимальным материалом для пластики симблефарона аутослизистую полости рта в сочетании с пластикой местными тканями. В конце операции в конъюнктивальную полость вводили фрагмент гемостатической губки для предотвращения зарращения и правильного формирования сводов. В результате у большинства больных удалось добиться достаточных сводов для увеличения объема движений глазного яблока.

Одной из причин симблефарона может быть иссечение липодермоида в пределах здоровых тканей. Липодермоид порок эмбриогенеза, диффузно прорастает в конъюнктиву, тенонову капсулу, эписклеру, экстраокулярные мышцы, орбитальные ткани, слезная железа и ее протоки поражаются также. Тотальное иссечение липодермоида приводит к развитию косоглазия, птоза верхнего века, алакримии, симблефарону. Необходимо производить «скульптурную» пластику, сохраняя функциональные структуры. Рис 4.

Липодермоид связан с врожденными пороками, примером может служить синдром Гольденхара. Рис 5.

Последствия травм и ожогов были разнообразны. Рубцовые деформации век устраняли иссечением или рассечением рубцов, пластикой местными тканями. Травматический заворот век устраняли при сглаженном заднем ребре, отсутствии лагофтальма по Уиссу. При наличии заднего ребра, отсутствии интермаргинального пространства, наличии трихиазы выполняли операцию Сапезко, причем в интермаргинальное пространство чаще укладывали не послойный лоскут аутослизистой губы, а послойный трансплантат свежей или высушенной аллороговицы в виде полоски шириной 2 мм. При выраженном трихиазе и врожденном дистихиазе его устраняли с помощью вертикального скользящего тарзokonъюнктивального лоскута, сдвигая лоскут, чтобы он выступал за край века на 1-2мм. При укорочении задних пластинок век производили пластику слизистой губы.

При смещении угла глазной щели угол глаза и, по возможности, связку фиксировали к надкостнице орбитального края.

Для пластики рубцового выворота век применяли метод бокового смещения кожи, орбикулярной мышцы, резекцию века. Для устранения дефекта века использовали пластику свободным кожным лоскутом, взятым с тыльной поверхности уха. Приводим одно из наших наблюдений, девочка 6 лет поступила с последствием тяжелого термического ожога лица (ожог раскаленной дверью печки в 6-месячном возрасте.) Диагноз при поступлении: Рубцовый выворот верхнего века, лагофтальм, эпикантус, келоидные рубцы надбровной области, кожи лба, помутнение роговицы, сходящееся косоглазие, амблиопия очень высокой степени ОД. Рис 6. При поступлении вывернутое верхнее веко оттянуто рубцами, ресничный край верхнего века подтянут к верхнему краю орбиты, из-за недостатка кожи произошел выворот хряща. 1-ым этапом произведена пластика дефекта кожи верхнего века свободным кожным лоскутом. 2-ой этап - пластика рубцового эпикантуса, 3-ий этап – исправление сходящегося косоглазия. 4-ым этапом произведена пластика брови лоскутом с волосистой части головы. В отдаленный срок (2 года) после операции кожный лоскут не отличается по цвету от окружающей кожи, мягкий, обеспечивает необходимую подвижность века.

Рубцовую деформацию придаточного аппарата глаза мы наблюдали после хирургического лечения обширных гемангиом век и орбиты у 6 детей из 50 оперированных. Удаление гемангиомы производили максимально щадяще, при поверхностных гемангиомах дефект закрывали стягиванием краев кожной раны, при больших гемангиомах производили пластику местными тканями. В отдаленные сроки потребовались корригирующие операции – устранение косоглазия(3), коррекция края века(2), пластика частичного блефароптоза (2). Рис 7.

Трудная задача лечение нейрофиброматоза век и орбиты, при повторных операциях необходимо удалять лишнюю ткань, сохраняя функциональные структуры. Рис 8.

Ежегодно мы наблюдаем 6-7 детей с врожденным микрофтальмом/анофтальмом, который является результатом нарушения закладки в эмбрио-и органогенезе. Микрофтальм обычно односторонний, в 10% случаев связан с другими краниофациальными нарушениями, может быть частью генетически детерминированных расстройств. Орбиты при рождении сформированы достаточно, но

не развиваются. Пока кости черепа растут, орбиту и конъюнктивальный мешок можно растянуть ступеньчатым протезированием. Однако протезы большие, с трудом проходят через глазную щель, вызывают заворот век. В МНИИГБ им. Гельмгольца М.Г. Катаевым у старших детей с микрофтальмом применяют энуклеацию рудиментарного глаза с формированием подвижных сводов и объемной культи.(5).

Мы наблюдаем 2-х мальчиков с редкой патологией кистозным глазом или колобоматозным микрофтальмом.

У мальчика в возрасте 7 дней обнаружили микрофтальм ОД, на УЗИ вдоль нижней стенки орбиты полость, заполненная комплексом сигналов, характерных для мягких тканей орбиты. Через месяц глазная щель сомкнута, выбухание, синюшность нижнего века, микрофтальмичный глаз смещен вверх. На МРТ большое кистозное образование орбиты, смещающее ОД вверх и вперед. Киста была удалена через разрез конъюнктивы в нижнем своде, нижняя и наружная прямые мышцы временно тенотомированы. Киста удалена в капсуле, исходила из глазного яблока, после отделения кисты округлое отверстие диаметром 2 мм на склере закрыто послойным трансплантатом силиковысушенной роговицы. Гистологическое исследование: киста диаметром 15мм. на одних участках образована сосудистой оболочкой с прилегающей к ней склерой, на других – дегенеративно-измененной сетчаткой.

Второго мальчика мы наблюдаем в течение 2 лет, маленькая киста связана с достаточно развитым глазным яблоком (ПЗО=16мм.) и мы считаем, что она способствует росту орбиты.

Причиной кисты является нарушение закрытия эмбриональной зародышевой щели

Выводы.

Патология придаточного аппарата глаза у детей, требующая пластической хирургии весьма разнообразна.

Правильный выбор операции дает возможность получить косметический и функциональный эффект, удовлетворяющий как больного, так и врача.

Литература

1. Катаев М.Г. Вестн. офтальмол.-2006.-№2.-с.13-17.
2. Катаев М.Г. Офтальмопластика при особо сложной патологии, ее эффективность и прогноз. Автореф. дис д-ра мед. Наук - Москва, 1998г.-26с.
3. Fox S/A/Ophthalmic Plastic Surgery. New York. 1976.
4. Катаев М.Г. Филатова И.А. Пальпебральный синдром. Пособие для врачей - Москва-12с..2000.
5. Катаев М.Г., О.А. Горбачева. Новые технологии в пластической хирургии придаточного аппарата при травмах глаза и орбиты в условиях чрезвычайных ситуаций и катастроф. Материалы конференции.- Москва., 2007.-с.39-40.

АННОТАЦИЯ

Представлены отдельные виды врожденной, травматической и осложненной патологии придаточного аппарата глаза и орбиты, при которых в глазном отделении 4 ДКБ чаще

выполняются офтальмопластические операции.

Работа основана на опыте лечения 250 детей в возрасте от 1 месяца до 18 лет. Патология придаточного аппарата глаза у детей, требующая пластической хирургии весьма разнообразна.

Правильный выбор операции дает возможность получить косметический и функциональный эффект, удовлетворяющий как больного, так и врача.