



# Новый способ хирургического лечения птоза верхнего века у детей

К.И. Тараскова, В.Ю. Кокорев, к.м.н., И.А. Лоскутов, д.м.н.

Адрес для переписки: Ксения Игоревна Тараскова, kstaraskova@mail.ru

Для цитирования: Тараскова К.И., Кокорев В.Ю., Лоскутов И.А. Новый способ хирургического лечения птоза верхнего века у детей. Эффективная фармакотерапия. 2024; 20 (47): 70–72.

DOI 10.33978/2307-3586-2024-20-47-70-72

*Существует шесть различных способов хирургического лечения птоза у детей, но каждый из них имеет клинически значимые послеоперационные недостатки. Среди основных осложнений, с которыми сталкивается хирург, – послеоперационный лагофтальм, опущение век при взгляде вниз, алотравматичная резекция хряща, дополнительное рубцевание на коже верхнего века, массивное операционное кровотечение, нарушение трофики тканей. Подобные осложнения сопровождаются недостаточным послеоперационным косметическим и функциональным результатом. Таким образом, необходим новый способ хирургического лечения птоза верхнего века, лишенный указанных недостатков.*

**Ключевые слова:** врожденный птоз, складка леватора, лагофтальм

## Введение

Врожденный птоз – редкое заболевание, характеризующееся опущением верхнего века, которое присутствует с рождения и является клиническим состоянием, сохраняющимся в отсутствие лечения [1]. Его проявление варьируется: односторонний или двусторонний, прогрессирующий или не прогрессирующий, изолированный или комплексный, возникающий в сочетании с другими симптомами, врожденный или приобретенный (часто сопутствующий нервно-мышечным расстройствам), осложненный и неосложненный [2]. Блефароптоз запускает каскад офтальмопатологий, которые нарушают зрительные функции и приводят к необратимым последствиям и потере зрения. Речь идет о нарушении рефракционных функций глаза, аномалии поверхности роговицы и ее формы, которые могут привести к нарушению формирования бинокулярного зрения и развитию амблиопии у детей, а следовательно, косоглазия. Кроме того, птоз является значительным косметическим дефектом лица, вызывает дискомфорт у пациента и может повлечь за собой нарушение осанки и неправильное положение головы [3].

## Патогенез

Причины врожденного птоза связаны как с аномалиями развития глазодвигательных мышц, так и с нарушением иннервации. Мышечная причина птоза связана с замещением фиброзной и жировой тканью мышцы-леватора и апоневротических тканей [4].

Врожденный фиброз экстраокулярных мышц – это группа заболеваний, для которых характерны общие признаки: паралитический страбизм или другие ограниченные движения глаз, офтальмоплегия и птоз. Несмотря на то что у пациентов наблюдается гетерогенный фенотип, все они страдают птозом и офтальмоплегией. К распространенным симптомам также относятся когнитивные нарушения, дисморфизм лица и аномалии пальцев [5]. В эту группу заболеваний могут входить синдром Дуэйна и синдром подмигивающей челюсти Маркуса Ганна.

Врожденный птоз может быть результатом неврологических дисфункций или нарушения нервно-мышечного соединения мышцы, поднимающей верхнее веко [6].

Еще одной из причин птоза является дисфункция симпатической нервной системы, например при синдроме Горнера или других формах косоглазия, включая врожденную эзотропию или экзотропию [1].

Послеоперационный приобретенный птоз может наблюдаться у пациентов, перенесших орбитотомию.

## Хирургическое лечение

Для хирургического лечения птоза верхнего века в основном используются методики, основанные на функции леватора [7]:

- подвешивание верхнего века к лобной мышце;
- объединение верхней прямой мышцы с верхним веком;
- резекция леватора верхнего века;
- резекция хряща верхнего века;



- максимальная резекция леватора с резекцией хряща верхнего века;
- поднятие ресничного края верхнего века.

Одним из хирургических подходов к лечению пациентов с врожденным птозом и сниженной функцией леватора является традиционная фронтальная перевязка [8]. К недостаткам способа относятся риск развития лагофтальма и опущения век при взгляде вниз. Часто в целях хирургического лечения птоза верхнего века для коррекции птоза у пациентов с функцией леватора более 5 мм используются резекция и продвижение апоневроза леватора [9]. Недостатки подхода с небольшим разрезом связаны с ограниченным обзором операционного поля.

Устранение птоза верхнего века также проводят методом дозированной мышечно-конъюнктивальной резекции хряща верхнего века [10]. Однако малотравматичный хирургический метод резекции хряща при серьезном опущении верхнего века далеко не всегда приводит к удовлетворительному косметическому результату.

В практике стробологов существует альтернатива резекции леватора верхнего века – создание его складки. Был представлен новый способ хирургического лечения птоза верхнего века, включающий иссечение полулунного лоскута кожи верхнего века по намеченному контуру, формирование складки леватора с ее прикреплением к хрящу верхнего века. У данного способа также имеются недостатки. В частности, формирование пальпебральной складки в конечном итоге приводит к дополнительному рубцеванию на коже верхнего века, что сопровождается недостаточным косметическим и функциональным результатом.

Таким образом, существует потребность в новом способе хирургического лечения птоза верхнего века, лишенном указанных недостатков, позволяющем максимально бережно воздействовать на леватор верхнего века и добиваться стойкого косметического эффекта без нарушения функции.

Для достижения технического результата при хирургическом лечении птоза верхнего века, включающем формирование трансконъюнктивального доступа с отслойкой пальпебральной и бульбарной конъюнктивы века с помощью инъекции анестетика, формирование складки леватора с прикреплением ее к хрящу верхнего века, разрез конъюнктивы у внутреннего края хряща, выделение леватора верхнего

века во фронтальной плоскости тупым способом, прошивание леватора тремя П-образными швами, когда свободные края нитей от швов проводят между хрящом и кожей века на ресничный край и завязывают нити узловыми швами на прокладки для предупреждения прорезывания швов, предлагается выделять леватор глубиной 15–20 мм от места его прикрепления к внутреннему краю хряща верхнего века. П-образные швы накладывают на глубине 15–20 мм от места прикрепления леватора, делая отступ от центрального П-образного шва на 2 мм вправо и влево, регулируют натяжение складки леватора через наложенные П-образные швы с оценкой положения ресничного края по отношению к верхнему краю зрачка до расстояния 0–1 мм между ними, оставляют свободные концы нитей от узловых швов на ресничном крае длиной 2–5 мм [11].

Техническими результатами предлагаемого способа являются:

- ✓ повышение эффективности лечения птоза верхнего века за счет отсутствия основного разреза на коже верхнего века, что минимизирует риск объемного кровотечения и делает операцию малоинвазивной;
- ✓ значительное сокращение времени проведения операции и нахождения пациента в состоянии наркоза;
- ✓ отсутствие травматизации леватора верхнего века;
- ✓ техническая возможность проведения докоррекции;
- ✓ снижение вероятности послеоперационных осложнений.

Способ прост, малотравматичен и может быть использован у пациентов любого возраста в отсутствие противопоказаний к вмешательству.

### Клинический случай 1

Пациентка О., 8 лет.

Диагноз: врожденный полный блефароптоз на левом глазу (рис. 1А).

Диагностика: расширение глазной щели: взгляд прямо – на 3,5 мм, взгляд вверх – на 1,5 мм, взгляд вниз – на 3,0 мм.

Ребенок был прооперирован новым способом.

Результат через две недели после оперативного вмешательства данным способом: быстрый, стойкий косметический эффект, структура и трофика верхнего века не нарушены (рис. 1Б).



Рис. 1. Ребенок О. 8 лет с диагнозом врожденного полного блефароптоза на левом глазу: А – состояние перед хирургическим лечением; Б – через две недели после применения нового хирургического способа лечения птоза у детей

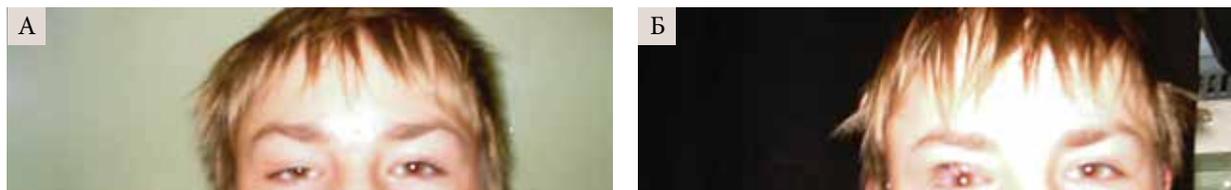


Рис. 2. Ребенок Н. 12 лет с диагнозом врожденного осложненного блефароптоза на правом глазу: А – состояние до хирургического лечения; Б – через две недели после применения нового хирургического способа лечения птоза у детей

### Клинический случай 2

Пациент Н., 12 лет.

Диагноз: врожденный осложненный блефароптоз на правом глазу (рис. 2А).

Диагностика: расширение глазной щели: взгляд прямо – на 3,5 мм, взгляд вверх – на 1,5 мм, взгляд

книзу – на 3,0 мм. Ребенок был прооперирован новым способом.

Результат через две недели после оперативного вмешательства: быстрый, стойкий косметический эффект, структура и трофика верхнего века не нарушены (рис. 2Б). ☺

### Литература

1. Marengo M., Macchi I., Macchi I., et al. Clinical presentation and management of congenital ptosis. *Clin. Ophthalmol.* 2017; 11: 453–463.
2. Pavone P., Cho S.Y., Praticò A.D., et al. Ptosis in childhood: a clinical sign of several disorders: case series reports and literature review. *Medicine (Baltimore)*. 2018; 97 (36): e12124.
3. Sakol P.J., Mannor G., Massaro B.M. Congenital and acquired blepharoptosis. *Curr. Opin. Ophthalmol.* 1999; 10 (5): 335–339.
4. Hoşal B.M., Ayer N.G., Zilelioğlu G., Elhan A.H. Ultrasound biomicroscopy of the levator aponeurosis in congenital and aponeurotic blepharoptosis. *Ophthalmic Plast Reconstr. Surg.* 2004; 20 (4): 308–311.
5. Mackey D.A., Chan W.M., Chan C., et al. Congenital fibrosis of the vertically acting extraocular muscles maps to the FEOM3 locus. *Hum. Genet.* 2002; 110 (5): 510–512.
6. Traboulsi E.I. Congenital abnormalities of cranial nerve development: overview, molecular mechanisms, and further evidence of heterogeneity and complexity of syndromes with congenital limitation of eye movements. *Trans Am. Ophthalmol. Soc.* 2004; 102: 373–389.
7. Кокорев В.Ю., Рябцева А.А. Новое в диагностике и лечении врожденного блефароптоза. *Клиническая медицина.* 2009; 10 (2): 76–78.
8. Ben Simon G.J., Macedo A.A., Schwarcz R.M., et al. Frontalis suspension for upper eyelid ptosis: evaluation of different surgical designs and suture material. *Am. J. Ophthalmol.* 2005; 140 (5): 877–885.
9. Hatt M., Anderson R.L. Ptosis surgery: anterior approach for levator aponeurosis shortening. *Ophthalmologica.* 1979; 179 (2): 94–98.
10. Бикбов М.М., Ишбулатов Р.Ш., Лукьянова Е.Э. Результаты хирургического лечения птоза верхнего века методом дозированной мышечно-конъюнктивальной резекции хряща верхнего века. *Acta Biomedica Scientifica.* 2023; 8 (1): 134–139.
11. Кокорев В.Ю., Тараскова К.И. Способ хирургического лечения птоза верхнего века. Патент № 2828586.

### A New Method of Surgical Treatment of Upper Eyelid Ptosis in Children

K.I. Taraskova, V.Yu. Kokarev, PhD, I.A. Loskutov, PhD

M.F. Vladimirsky Moscow Regional Scientific Research Institute

Contact person: Kseniya I. Taraskova, kstaraskova@mail.ru

*There are six different methods of surgical treatment of ptosis in children, but each of them has clinically significant postoperative disadvantages. Among the main complications faced by the surgeon are postoperative lagophthalmos, drooping eyelids when looking down, atraumatic cartilage resection, additional scarring on the skin of the upper eyelid, massive surgical bleeding, tissue trophic disorder. Such complications are accompanied by insufficient postoperative cosmetic and functional results. Thus, a new method of surgical treatment of upper eyelid ptosis is needed, devoid of these disadvantages.*

**Keywords:** congenital ptosis, levator fold, lagophthalmos