

**ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПТОЗА ВЕРХНЕГО ВЕКА ПУТЁМ
РАССЛАБЛЕНИЯ ТАРЗАЛЬНОЙ ПЛАСТИНКИ И ПОДШИВАНИЯ К ЛОБНОЙ
МЫШЦЕ**

**TARSAL PLASTINKANI BO'SHATISH VA FRONTAL MUSHAKKA TIKISH ORQALI
YUQORI KO'Z QOVOG'INING PTOZINI JARROHLIK YO'LI BILAN
KORREKTSIYALASH**

**SURGICAL CORRECTION OF UPPER EYELID PTOSIS BY RELAXING THE TARSAL
PLATE AND SUTURING TO THE FRONTAL MUSCLE**

Ахмедов Ш.С. – PhD

<https://orcid.org/0009-0006-7561-6928>

Central Asian Medical University, Фергана

Ахмедов Ш.С. (2025). ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПТОЗА ВЕРХНЕГО ВЕКА ПУТЁМ РАССЛАБЛЕНИЯ ТАРЗАЛЬНОЙ ПЛАСТИНКИ И ПОДШИВАНИЯ К ЛОБНОЙ МЫШЦЕ. In ActaCAMU (Vol. 9, Number 9, pp. 21–25). Zenodo. <https://doi.org/10.5281/zenodo.15151961>

Аннотация: В статье описывается новая методика операции хирургической коррекции блефароптоза путём расслабления тарзальной пластинки и подшивания непосредственно к лобной мышце в подборвочной части. Рассматриваются преимущества данной операции по сравнению с подвесными методиками при блефароптозе. Методика применялась у больных как с врождёнными, так и с приобретёнными блефароптозами с неудовлетворительной функцией леватора. Всего по данной методике прооперированно 44 больных (54 глаза).

Ключевые слова: Блефароптоз, хирургическая коррекция блефароптоза, лобная мышца, тарзальная пластинка, статическое сопротивление тарзальной пластинки, расслабление тарзальной пластинки.

Annotatsiya: Maqolada tarsal plastinkani bo'shatish va qosh ostidagi frontal mushakni to'g'ridan-to'g'ri tikish orqali blefaroptozni jarrohlik tuzatishning yangi usuli tasvirlangan. Blefaroptozni osib qo'yish usullariga nisbatan ushbu operatsiyaning afzalliklari ko'rib chiqiladi. Usul tug'ma va orttirilgan blefaroptozli, qoniqarsiz levator funktsiyasi bo'lgan bemorlarda qo'llanilgan. Ushbu usul yordamida jami 44 bemor (54 ko'z) operatsiya qilindi.

Kalit so'zlar: Blefaroptoz, blefaroptozni jarrohlik tuzatish, frontal mushak, tarsal plastinka, tarsal plastinkaning statik qarshiligi, tarsal plastinkaning bo'shashishi.

Abstract: The article describes a new technique of surgical correction of blepharoptosis by means of tarsal plate relaxation and suturing directly to the frontal muscle in the subbrow area. The advantages of this operation in comparison with suspension techniques for blepharoptosis are considered. The technique was used in patients with both congenital and acquired blepharoptosis with unsatisfactory levator function. A total of 44 patients (54 eyes) were operated on using this technique.

Keywords: Blepharoptosis, surgical correction of blepharoptosis, frontal muscle, tarsal plate, static resistance of the tarsal plate, relaxation of the tarsal plate.

Актуальность: Самые распространённые существующие методики хирургической коррекции блефароптоза в основном делятся на 2 группы: 1) методики с укорочением леватора века; 2) методики с подвешиванием к брови различными подвесками. Вторая группа методик выполняется в случаях неудовлетворительной или полном отсутствии функции леватора века в основном при 3 степени или при полном блефароптозе. Частота рецидивов и

послеоперационных осложнений после выполнения подвесных методик привело к критическому отношению окулопластических хирургов к этой группе операций, которые неохотно идут к этим методикам. Так, по данным Захаровой Т.А., Коротких С.А., Степанова Е.А. из 31 выполненной операции по поводу блефароптоза всего у 1 больного была выполнена операция подвешивающего типа, с последующим развитием рецидива. Причём, прооперированно больных с неудовлетворительной функцией леватора 13 [3]. По данным Иволгиной И.В. хороший результат после подвешивающих операций составил 65,18%, удовлетворительный-34,82% [4]. Согласно данным Катаева М.Г., Захаровой М.А. после операций подвешивающего типа в течение первых полутора лет дистанция подвески постепенно увеличивалась, что снижало функциональный эффект. Операция подвески придаёт по данным авторов маскообразный вид [5]. Подвешивающие операции не лишены недостатков в виде гипокоррекции, гиперкоррекции, раневой инфекции, гранулемы, лагофтальма, эрозии роговицы и т. д. [2]. В предыдущих статьях мы указывали на основные причины осложнений после операций подвешивающего типа [1]. Это: усиление статических противоположно направленных векторных сил, наличие связующего звена между тарзальной пластинкой и лобной мышцей, снижение динамических векторных сил.

Методика операции: Исходя из вышеизложенного нами предложена следующая методика операции для больных с неудовлетворительной функцией леватора века. Предварительно производится разметка кожи верхнего века по линии разрезов на месте кожной складки. Операция выполняется у взрослых под местной анестезией 1% раствора лидокаина с добавлением адреналина 1:100000, у детей- под внутривенным наркозом и местной анестезией вышеуказанным раствором. Иссекается полоска кожи верхнего века по линии разметки. Площадь иссекаемой кожной складки зависит от степени растяжения кожи века. Волокна круговой мышцы глаза разъединяются вдоль волокон. Далее пересекается перегородка кожи. Острым и тупым путём отсепаровывается передняя поверхность тарзальной пластинки. Далее в подбровной области острым путём волокна круговой мышцы глаза отделяются от кожи вплоть до уровня нижнего края брови. На этом уровне волокна круговой мышцы переплетаются с волокнами лобной мышцы. Круговая мышца глаза и нижние волокна лобной мышцы отделяются от перегородки века по задней поверхности. Тарзальная пластинка по краям лимбов радужной оболочки пересекается поперёк от апоневроза леватора до ресничного края. После снижения сопротивления тарзальной пластинки накладываются 2 П-образных шва между подбровной частью лобной мышцы и средней частью тарзальной пластинки нитью пролен 6/0. После достаточной коррекции ресничного края и подъёма верхнего века иссекаются часть пресептальных и преорбитальных волокон круговой мышцы глаза. Операцию заканчиваем формированием кожной складки (Рис.1-8.).



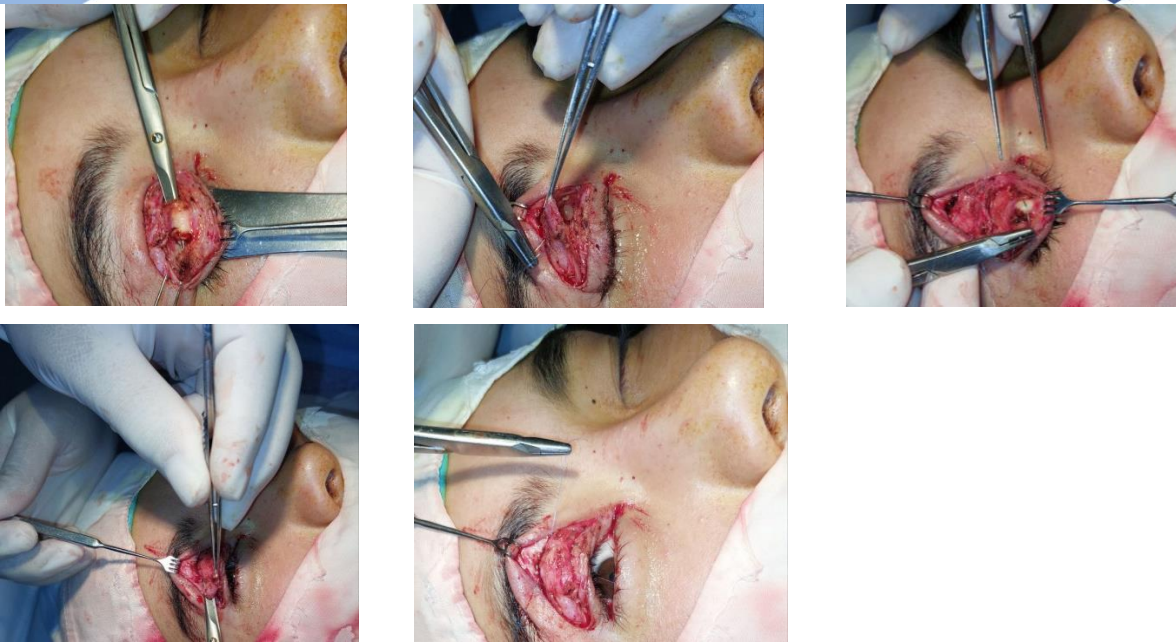


Рис. 1-8.

Преимущества операции: После расслабления тарзальной пластинки исчезает необходимость тянуть её как можно выше в надбровную область и появляется возможность подшить её непосредственно к нижним волокнам лобной мышцы без подвески, что делает эту связь более прочной. Степень растяжимости волокон лобной мышцы более высокая, что снижает риск развития лагофтальма и улучшает отдалённые результаты.

Материалы и методы: По данной методике нами прооперировано 44 больных (53 глаза). Операции проведены в частных клиниках Ферганской долины «Biotest medical», «Меридиан», «Focus medico center», «Нурли Хаёт». Из них детей прооперировано 25, женщин 10, мужчин 9. На правом глазе произведено 23 операций, на левом -30 операций.

Таблица 1.

Распределение больных по нозологии.

| Нозология | Больных | | Глаз | |
|----------------|---------|-------|------|-------|
| | абс | % | абс | % |
| Врожд. неосл. | 10 | 22,73 | 11 | 20,75 |
| Врожд. осл. | 28 | 63,64 | 34 | 64,2 |
| Миастенический | 4 | 9 | 6 | 11,3 |
| Ятрогенный | 1 | 2,27 | 1 | 1,89 |
| Нейрогенный | 1 | 2,27 | 1 | 1,89 |
| Итого: | 44 | 100 | 53 | 100 |

Операции производились больным как с врождёнными, так и с приобретёнными блефароптозами. Из них с врождёнными неосложнёнными формами блефароптозов 10 больных (11 глаз), врождёнными осложнёнными формами 28 больных (34 глаз), миастеническими блефароптозами 4 больных (6 глаз), ятрогенным блефароптозом 1 больной (1 глаз), нейрогенным блефароптозом 1 глаз (1 больной). Таб.1. Как видно из таблицы из всех прооперированных больных основной процент составили больные с врождёнными осложнёнными формами блефароптоза, далее больные с неосложнёнными формами врождённого блефароптоза. Таким образом, данная методика операций произведена в основном детям с врождёнными чаще осложнёнными формами блефароптозов.

Глаз со 2 степенью блефароптоза прооперировано 15 (28,3%), с 3 степенью блефароптоза- 38 (71,7%). Больных с показаниями к данной операции с 1 степенью блефароптоза не было. Функция леватора века определялась по методике Берке (6). Для

операции в основном отбиралась группа больных с неудовлетворительной функцией леватора века (0-4мм) 52 глаза (98,1%), 1 (1,9%) глаз с удовлетворительной функцией леватора века (6мм) с нейрогенным блефароптозом.

Результаты и обсуждение: Результаты операций определяли по следующим критериям (3): 1. В случае одностороннего блефароптоза результат считался хорошим, если глазные щели были равными, удовлетворительным – если птозированное веко после коррекции было ниже на 1-1,5 мм, слабым – если разница со здоровой стороной составляла 2-3 мм. При двустороннем блефароптозе результат считался хорошим если зрачок был полностью открыт, удовлетворительным – если веки прикрывали зрачки на 1/3, слабым – если зрачки были прикрыты на 1/2 и ниже. Из числа всех прооперированных больных по данной методике в 51 (96,2%) случае мы добились хорошего результата, в 2 (3,8%) случаях результат оказался слабым, что потребовало повторной операции по данной методике. Причиной слабого результата считаем, отрыв нитей от тарзальной пластинки в раннем послеоперационном периоде из-за грубых механических воздействий на веко до формирования крепкого рубца между тарзальной пластинкой и лобной мышцей.

Пример: Больная Маьмурова Дилнавоз 2013 г.р. ист. бол. 180/102. Оперирована в клинике «Biotest medical» Дата поступления: 07.07.2020г. Дата выписки:08.07.2020г. Д-з: Врождённый неосложнённый птоз левого верхнего века 3 степени. Болеет с рождения. Лечилась консервативно. Ранее не оперирована. Общее состояние больной относительно удовлетворительное. Больная правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы и видимые слизистые чистые. В лёгких везикулярное дыхание. Тоны сердца, ясные ритмичные. Р-с: 88 в мин. А/Д -90/60 мм. рт. ст. Язык влажный, живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез не нарушены. Местный статус: Ширина глазной щели-4 мм, MRD1- -2.5мм, функция леватора века -3мм, складка левого верхнего века отсутствует, симптом Бэла хорошо выражен, глазные яблоки подвижны, брови подвижны. Лабораторные анализы: Нб-142; эр.-4,8; цв.пок.-0,88,лей.-7,4; тром.-280тыс.; СОЭ-12.Коагулограмма: Протромбиновое время-14 сек; ПТИ-118 сек; МНО-1,15; фибриноген-2,2; время кровотечения по Дюке-245. Биохимические исследования: глюкоза крови-3,7; мочевины-2,8; креатинин-42; билирубин общий-16; свободный-0; связанный-16; АЛТ-0,40; АСТ-0,20. Больной 07.07.2020г. произведена операция: Поперечное рассечение тарзальной пластинки в центральной части и наложение П-образных швов между тарзальной пластинкой и лобной мышцей. Послеоперационный период гладкий. Послеоперационная рана зажила первичным натяжением. Швы сняты на 7 сутки. Рис.9-10.



Рис. 9-10. Больная до и через 3 месяца после операции.

Выводы:

1. Преимуществом новой методики операции являются: её лёгкая выполнимость, не требующая дорогостоящего оборудования и специализированных клиник.

2. Отсутствие дополнительного подвесного звена между тарзальной пластинкой и лобной мышцей позволяет образовать более прочную связь между ними и улучшить отдалённые результаты.

3. Снижение сопротивления тарзальной пластинки путём поперечного пересечения позволяет крепить тарзальную пластинку более низко, что снижает статические составляющие векторных сил и увеличивая динамические составляющие, что позволяет по возможности сохранить смыкательную функцию века.

4. Результаты данной операции у больных с блефароптозом с неудовлетворительной функцией леватора и тяжёлыми степенями птоза оказались более эффективными по сравнению с подвесными методиками, что позволяет эту методику сделать операцией выбора у этой категории больных.

Литература.

1. Ахмедов Ш.С, Хамедов Ф.М, Нуриддинов А.С, «Биомеханические векторные изменения после корригирующих операций птоза верхнего века», «Интернаука», №28(157), 2020, стр.26-28
2. Джарулла-Заде И.Ч., «К вопросу хирургии птоза верхнего века», Офтальмология, 2016/1(20), стр.63-67
3. Т.А. Захарова, С.А. Коротких, Е.А. Степанова, «Результаты хирургического лечения врождённого птоза у детей», , Системная интеграция в здравоохранении, №1 (1), август 2008, стр.42-44
4. И. В. Иволгина, «Хирургическое лечение птоза верхнего века. Выбор метода операции», Вестник ТГУ, т.21, вып.6,2016, стр.2259-2263.
5. Катаев М.Г., Захарова М.А. «Хирургическая коррекция блефароптоза при синдроме Маркуса Гунна: серия случаев», Офтальмология, 9(110), сентябрь, 2017, том2, стр.99-102.
6. В. В. Потёмкин, Е.В. Гольцман, «Алгоритм объективного осмотра пациента с блефароптозом», Офтальмологические ведомости, 2019г., Т.12, №1, стр.45-51.