

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МИКРОХИРУРГИЧЕСКИХ СПОСОБОВ КОСМЕТИЧЕСКОЙ БЛЕФАРОПЛАСТИКИ

*В. В. Лантух, Т. Ю. Ким, Н. О. Пытель, Е. И. Дмитриева, М. В. Анисимова, Д. И. Конкина,
Г. И. Осипов*

*ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава
России (г. Новосибирск)*

Проанализированы ближайшие и отдаленные результаты микрохирургической эстетической блефаропластики у 123-х пациентов, преимущественно женщин, в возрасте от 35-ти до 50-ти лет. Ближайшие результаты микрохирургической эстетической блефаропластики у всех прооперированных пациентов являются вполне удовлетворительными, и только у 3-х (2,43 %) пациентов из обследованной группы результат оказался не вполне удовлетворительным. Причиной послужили остаточные грыжи на нижних веках у одной пациентки (0,81 %) и избышек кожи на верхних веках у двух пациенток (1,62 %). Анализ отдаленных результатов микрохирургической эстетической блефаропластики после трехлетнего наблюдения не выявил неудовлетворенных операцией пациентов. Только через 5 лет 4-м пациентам (3,25 %) потребовались повторные вмешательства в связи с продолжающимися инволюционными изменениями кожи век.

Ключевые слова: эстетическая микрохирургическая блефаропластика, ближайшие и отдаленные результаты.

Лантух Владимир Васильевич — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой офтальмологии ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», рабочий телефон: 8 (383) 213-80-08, e-mail: vladimir_l@ngs.ru

Ким Татьяна Юрьевна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры офтальмологии ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», рабочий телефон: 8 (383) 226-69-73, e-mail: iristk@ngs.ru

Пытель Наталья Олеговна — ассистент кафедры офтальмологии ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», рабочий телефон: 8 (383) 226-69-73, e-mail: natali_bird2010@mail.ru

Дмитриева Елена Игоревна — ассистент кафедры офтальмологии ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», рабочий телефон: 8 (383)

226-69-73, e-mail: dr.dmitrieva@yandex.ru

Анисимова Марина Владимировна — ассистент кафедры офтальмологии ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», рабочий телефон: 8 (383) 226-69-73

Конкина Дина Ивановна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры офтальмологии ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», рабочий телефон: 8 (383) 226-69-73, e-mail: konkinadi@mail.ru

Осипов Геннадий Иванович — доктор медицинских наук, ассистент кафедры офтальмологии ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», рабочий телефон: 8 (383) 226-69-73

Введение. Эстетическая, или косметическая, блефаропластика относится к одному из самых тонких и технически сложных косметических вмешательств на лице. При этом для каждого пациента обычно вырабатывается свой подход. Существует несколько универсальных принципов, которые рекомендуется использовать при выборе методики операции. Так, по мнению Роналда Л. Моя и Эдгара Ф. Финчера (2009), для успешного исхода операции необходим тщательный предоперационный анализ существующих изменений век, полное функциональное обследование пациента до операции, разнообразие используемых хирургом технологий и симметричность в объемах резецируемой кожи и жира. Совершенно достоверно доказано, что нет и не может быть единого способа операции, приемлемого для всех клинических случаев. Опыт и мастерство хирурга определяется не только его личной хирургической техникой, но также умением правильно отобрать и применить ту или иную методику вмешательства на веках. По мнению А. Е. Белоусова [1], микрохирургическая техника в пластической хирургии обеспечивает наивысший до настоящего времени уровень выполнения операций, так как предусматривает использование средств оптического увеличения и сверхтонкого шовного материала, за счет чего открываются принципиально новые возможности в любой области эстетической хирургии.

К сожалению, анализ данных литературы свидетельствует о том, что обычные методики эстетической блефаропластики достаточно травматичны и сопряжены с угрозой серьезных осложнений как во время операции, так и в отдаленные сроки. Методик микрохирургической блефаропластики до сих пор не разработано, не определены показания для тех или иных видов микрохирургических вмешательств на веках. Это и определило основную *цель работы*: разработать и внедрить в клиническую практику новые технологии микрохирургической коррекции эстетических дефектов век и оценить их клиническую эффективность.

Материалы и методы исследования. Нами проанализированы результаты микрохирургической эстетической блефаропластики у 123-х больных, преимущественно женщин, в возрасте от 35-ти до 50-ти лет. Использовались только оригинальные и запатентованные методики микрохирургической блефаропластики [2-7]. Все пациенты наблюдались в ближайшем и отдаленном периоде после эстетической блефаропластики. Началом отдаленного периода считался 13-й месяц после проведения операции. Всем больным производились общие и биохимические исследования крови и мочи, ЭКГ, серологические исследования крови на сифилис и ВИЧ-антитела, а также рентгеноскопия грудной клетки. При предоперационном обследовании применялись стандартные

общепринятые методики: щипковый метод, метод ретракции и тест глубокой складки. Мы разработали специальную предоперационную карту, куда заносили все обнаруженные изменения.

Все больные в зависимости от степени инволюционных изменений распределялись на 4 группы. В первую группу вошли пациенты самого молодого возраста (обычно от 35-ти до 40 лет). Кожная складка у них при использовании метода щипка обычно не превышала 0,5 см. Вторая группа была сформирована из пациентов 41–50 лет, и ширина кожной складки у них обычно колебалась от 0,5 до 1,0 см. В третью группу вошли пациенты с кожной складкой до 1,2 см. Это были больные, как правило, в возрасте от 46-ти до 54-х лет. И четвертая группа — пациенты 55-ти лет и старше. У них обычно складка кожи колебалась от 1,3 см и больше.

Обследование пациентов проводилось сидя и лежа при взгляде прямо и вверх, а также тогда, когда глаза у них были закрыты. При этом определялись истинные грыжевые выпячивания, оценивалось состояние круговой мышцы глаза, а также наружной и внутренней связок век. Тест с наклоном головы использовался для дифференциальной диагностики истинных грыж от хронического отека и лимфостаза. Фотографии пациентов делались в разных проекциях как до, так и в различные сроки после операции. Результаты фотографий сравнивались между собой. Кроме того, всем больным проводилось тщательное офтальмологическое обследование: определялась острота зрения с коррекцией, поле зрения, рефракто- и офтальмометрия, проводилось исследование внутриглазного давления и тест Ширмера. При первой и последующих консультациях мы старались установить — насколько проблемы внешности влияют на качество жизни пациента. Перед зеркалом объясняли ход будущих разрезов, альтернативные методики, информировали пациента о возможных результатах и осложнениях. Противопоказанием для таких операций мы считали неуравновешенность психики и предъявление завышенных требований пациентами. Колеблющихся больных также старались не уговаривать. Не производились операции у лиц с общими хроническими соматическими заболеваниями и у лиц с хроническими глазными заболеваниями.

Результаты исследования. Пациент являлся в клинику утром в день операции. Мы старались, чтобы от времени начала премедикации (делается в предоперационной палате инъекция анестетика типа Баралгина 2,0 и Седуксена 1,0) проходило не более получаса. Операции делались по технологии, изложенной в соответствующих патентах [2–7]. Все операции проводились только микрохирургическими методиками с использованием операционного микроскопа фирмы «Карл Цейсс» и импортного микрохирургического инструментария под 8–12-кратным увеличением. Операции выполнялись только под местной анестезией: 1 % раствором Лидокаина (2,0 с добавлением 0,1 Адреналина 1 : 1000 для каждого века). Инъекция проводилась из одной точки в виде поверхностной инфильтрационной анестезии между кожей и мышцей глаза. Обычно выбор метода операции зависел от степени инволюционных изменений кожи век и зоны орбиты. Вначале делалась разметка маркером (тонкий маркер 0,5 мм), и намечались полосы избыточной кожи. Отмечался нижний край складки нависающего века (обычно в 9–11 мм выше ресничного края). С помощью специального микропинцета отмечался верхний край складки и маркировался в виде череды точек. Ширина удаляемого кожно-мышечного лоскута верхнего века обычно составляла 1/3 высоты века и колебалась от 7 до 15 мм.

Операция на верхнем веке заключалась в том, что после разреза кожи тонким

микроскальпелем по намеченному ранее контуру изогнутыми ножницами удаляли маркированную полоску кожи вместе с подлежащей мышцей. Фасциальная перегородка вскрывалась в центре. Умеренно давили пальцем через нижнее веко на глазное яблоко. В этот момент происходило смещение внутриорбитальных грыж кпереди. Через тарзоорбитальную фасцию осторожно вскрывался центральный жировой карман. Выпадающий в рану жир оттягивался микропинцетом, отсекался и коагулировался микрокаутером. Тупо отсепаровывались ткани в медиальном углу, где и находится жировой карман. Он тупо вскрывался микроножницами, и аналогичным образом удалялся избыток жировой ткани. Причем цвет жира в обоих карманах значительно отличался. Если в центральном кармане он был желтого цвета, то в медиальном — почти белого. Грыжевые мешки удалялись очень экономно, так как их полное удаление может создать вид запавших глаз. Формирование складки верхнего века и адаптация кожно-мышечной раны верхнего века проводилась с помощью обвивного шва из нейлона 10 нулей [3, 5].

Операция на нижнем веке начиналась с разметки линии разреза. Вначале она намечалась под слезной точкой и далее проходила на расстоянии 2 мм от ресничного края и продолжалась на 1,0–1,5 см за наружный угол глаза, обычно по средней или нижней борозде «гусиной лапки». По окончании разметки пациента осматривали в положении сидя с закрытыми глазами для определения правильной симметричности разметки. Затем проводился глубокий кожно-мышечный надрез по наружному краю разметки над наружным краем орбиты. В образовавшийся карман вводили ножницы, и кожно-мышечный лоскут тупо отсепаровывался от грыжевых мешков. Затем делался сквозной кожно-мышечный разрез по линии, намеченной под ресницами нижнего века. Экономно удалялись грыжевые мешки и кожно-мышечная полоска по нижнему краю раны. Ширина иссекаемого лоскута кожи зависела от ее избытка. На рану накладывался обвивной шов из нейлона 10 нулей. Последний снимался под микроскопом через 5 дней после блефаропластики. После операции местно делали внутримышечную инъекцию 0,3 мл 1 % Гентамицина 0,3 мл 0,1 % Дексаметазона в наружную часть орбитальной мышцы обоих глаз[4].

Все операции делались в индивидуальной операционной хирурга. Их длительность колебалась от 35 мин до нескольких часов в случаях, если блефаропластика сопровождалась другими омолаживающими операциями на лице (химический пилинг, золотое армирование, локальная липосакция). Большинство пациентов оперировались одновременно на верхних и нижних веках.

У 6-ти больных (4,88 %) был диагностирован частичный инволюционный птоз. В таких случаях мы одновременно с блефаропластикой использовали собственную методику по устранению птоза [2]. Если до операции была диагностирована асимметрия бровей, то на стороне опущения иссекался менее широкий лоскут, чем на противоположной стороне. Если при осуществлении блефаропластики у азиатских женщин был выражен эпикантус (4 пациента — 3,25 %), то одновременно проводилась операция по устранению эпикантуса по собственной методике [7].

После операции больные оставались в стационаре в течение 4–6 часов. На область глаз накладывались специальные охлажденные заполненные глицерином пластиковые пакеты. Пациенты уезжали домой с сопровождающим на машине и там продолжали прикладывать холодные пакеты. Утром следующего дня они приезжали на перевязки. При их опросе и осмотре особое внимание мы обращали на такие факторы как боль, острота зрения, лагофthalm, выворот век, отек слизистой, отек роговицы, нарушение

движения глазных яблок, птоз, гематома век, отек мягких тканей век, анизокория.

У большинства наших пациентов болевого синдрома практически не было. Иногда наблюдалось незначительное снижение зрения в виде затуманивания, что мы объясняли применением антибактериальных капель и мази. Легкий лагофтальм держался после операции обычно не более 2-х суток. При умеренном отеке нижнего века иногда наблюдалось незначительное смещение нижнего века книзу, обычно проходящее в течение недели. Отек конъюнктивы встречался редко и быстро купировался закапыванием капель с антибиотиками (Левомецетин 0,25 %). Отек роговицы хорошо снимался закладыванием 20 % геля Солкосерила. Классической эрозии роговицы, характерной для таких операций, не наблюдалось ни в одном случае.

В своей практике после операции блефаропластики мы ни разу не встретились с мышечными нарушениями и ретробульбарной гематомой. Отек конъюнктивы и мягких тканей обычно исчезал через 1-2 недели. У курящих женщин он длился дольше. Швы снимали через 4-5 дней.

В отдаленном послеоперационном периоде гиперэффект после операции (круглый глаз) в классическом варианте мы не наблюдали. В легком варианте — в 3-х случаях (2,43 %). Он прошел после назначенного курса (10 процедур) массажа век. Гипоэффект удаления кожи век также не наблюдался, так как окончательная коррекция величины иссекаемой полоски проводилась непосредственно перед ее иссечением. Гипоэффект после трансконъюнктивной блефаропластики имелся в двух случаях (1,62 %) и гиперэффект — в одном (0,81 %). У одной пациентки с выраженными грыжами нижних век до операции и остаточными грыжами после трансконъюнктивной блефаропластики произведено иссечение грыж чрезкожным методом. В нашей практике после микрохирургической блефаропластики мы ни в одном случае не имели такого грозного осложнения как выворот нижнего века, который является следствием избыточного иссечения кожи нижнего века. Гипертрофические рубцы на веках по линии шва мы наблюдали в 8-ми случаях (6,50 %). Это одно из поздних осложнений. Для профилактики этого осложнения мы сразу же после операции делаем всем пациентам инъекцию кортикостероида вместе с антибиотиком внутримышечно. Поэтому указанные рубцы были не слишком заметны. Все рубцы после использования микрохирургических технологий были практически не видны уже через 10 дней после операции. Результаты послеоперационных наблюдений и опрос прооперированных пациентов в первые 6-12 месяцев после операции позволили нам убедиться в том, что все они были довольны проведенным лечением. Что касается устойчивости косметического эффекта после операции, то он, по нашим материалам, составляет 4-5 лет. Причем, чем в более пожилом возрасте был прооперирован пациент, тем меньше был этот срок. Результаты операции зависели как от индивидуальных инволюционных процессов и старения кожи, так и от того, как регулярно пациенты ухаживают за кожей вокруг глаз.

Обсуждение результатов. Давно известно, что не существует какого-либо универсального метода блефаропластики, пригодного для всех пациентов. Это связано с особенностями строения глазной щели, степенью выраженности жировых грыж и положением бровей. Отсюда следует, что только индивидуальный подход с набором основных методик, имеющихся в арсенале хирурга, поможет избежать возможных осложнений и неудовольствия больных. Поэтому разработка индивидуальных показаний к операции и новых технологий, особенно микрохирургического плана, являются чрезвычайно важными факторами для достижения наилучшего эстетического результата в долговременном плане. Немаловажно и то, что микрохирургический подход

к эстетической блефаропластике позволяет минимизировать операционную травму, а использование микрохирургического шовного материала позволяет получить значительно более тонкий, практически невидимый рубец уже в ближайшие сроки после операции.

Следует отметить, что блефаропластика с формированием складки верхнего века имела значительно более длительный эстетический результат, чем операция с простым иссечением кожно-мышечного лоскута [5]. В целом большинство пациентов были довольны операцией в ближайший период. После трехлетнего наблюдения таких пациентов было 85 %. В последние годы мы стали использовать методики, в которых основное внимание уделяли не иссечению тканей, а их перемещению. При использовании таких методик недовольных пациентов мы уже практически не встречали.

Таким образом, разработанные микрохирургические вмешательства на веках для эстетической пластики удовлетворяют самым высоким требованиям как собственно в эстетическом, так и в функциональном планах. В связи с перечисленными факторами можно сказать, что разработанные новые методики микрохирургической эстетической блефаропластики заметно отличаются от общепринятых операций и переводят все вмешательства в плоскость высококачественной микрохирургии.

Выводы

1. Ближайшие результаты микрохирургической эстетической блефаропластики у всех прооперированных пациентов являются вполне удовлетворительными, и только у 3-х (2,43 %) пациентов из обследованной группы результат оказался не вполне удовлетворительным. Причиной послужили остаточные грыжи на нижних веках у одной пациентки (0,81 %) и излишек кожи на верхних веках у двух пациентов (1,62 %).
2. Анализ отдаленных результатов микрохирургической эстетической блефаропластики после трехлетнего наблюдения не выявил неудовлетворенных пациентов. Только через 5 лет 4-м пациентам (3,25 %) потребовались повторные вмешательства в связи с продолжающимися инволюционными изменениями в тканях век.
3. Операции эстетической блефаропластики, выполненные по разработанным новым микрохирургическим технологиям, деликатны, не вызывают грубого рубцевания, устраняют сочетанную патологию в виде птоза и эпикантуса, формируют долговременную эстетически приемлемую складку верхнего века и корригируют провисание наружной связки века. Все предложенные методики позволяют добиться хороших ближайших и отдаленных косметических результатов и значительно сокращают послеоперационную реабилитацию.

Список литературы

1. Белоусов А. Е. Пластическая, реконструктивная и эстетическая хирургия / А. Е. Белоусов. — СПб. : Изд-во «Гиппократ». — 743 с.
2. Патент № 98121784 Российская Федерация. Способ лечения птоза верхнего века / Лантух В. В. ; 03.12.1998.
3. Патент № 2139022 Российская Федерация. Способ косметической блефаропластики верхних век / Лантух В. В. ; 10.10.1999.
4. Патент № 2139021 Российская Федерация. Способ косметической блефаропластики нижних век / Лантух В. В. ; 10.10.1999.
5. Патент № 2170073 Российская Федерация. Способ формирования складки кожи верхнего века / Лантух В. В. ; 10.07.2001.

6. Патент № 2153867 Российская Федерация. Способ эстетической блефаропластики / Лантух В. В., Лантух Е. В. ; 14.08.2001.
7. Патент № 2167632 Российская Федерация. Способ хирургического лечения эпикантуса / Лантух В. В. ; 27.05.2001.
8. Мой Р. Л. Блефаропластика / Р. Л. Мой, Э. Ф. Финчер. — М. : Изд-во «Рид Элсивер», 2009. — 143 с.

IMPROVEMENT OF MICROSURGICAL METHODS OF COSMETIC BLEPHAROPLASTY

[V. V. Lantukh, T. Y. Kim, N. O. Pytel, E. I. Dmitriyeva, M. V. Anisimova, D. I. Konkina, G. I. Osipov](#)

SBEI HPE «Novosibirsk State Medical University of Ministry of Health» (Novosibirsk)

The immediate and remote results of microsurgical esthetic blepharoplasty at 123 35-50-year-old patients, mainly women, are analyzed. The immediate results of microsurgical esthetic blepharoplasty at all operated patients are quite satisfactory, and only at the 3rd of (2,43%) patients from the surveyed group the result was not quite satisfactory. The reason was residual hernias on lower eyelids at one patient (0,81 %) and surplus of skin on upper eyelids at two patients (1,62 %). The analysis of the remote results of microsurgical esthetic blepharoplasty after three years' observation didn't reveal any unsatisfied with operation patients. Only in 5 years the 4 patients (3,25 %) needed repeated interventions in connection with the continuing involutational changes of skin of eyelid.

Keywords: esthetic microsurgical blepharoplasty, immediate and remote results.

About authors:

Lantukh Vladimir Vasilyevich — doctor of medical sciences, professor, head of ophthalmology chair at SBEI HPE «Novosibirsk State Medical University» of Ministry of Health, office phone: 8 (383) 226-69-73, e-mail: vladimir_l@ngs.ru

Kim Tatyana Yurevna — candidate of medical science, assistant professor of ophthalmology chair at SBEI HPE «Novosibirsk State Medical University» of Ministry of Health, office phone: 8 (383) 226-69-73, e-mail: Iristk@ngs.ru

Pytel Natalya Olegovna — assistant of ophthalmology chair at SBEI HPE «Novosibirsk State Medical University» of Ministry of Health, office phone: 8 (383) 226-69-73, e-mail: natali_bird2010@mail.ru

Dmitriyeva Elena Igorevna — assistant of ophthalmology chair at SBEI HPE «Novosibirsk State Medical University» of Ministry of Health, office phone: 8 (383) 226-69-73, e-mail: dr.dmitrieva@yandex.ru

Anisimova Marina Vladimirovna — assistant of ophthalmology chair at SBEI HPE «Novosibirsk State Medical University» of Ministry of Health, office phone: 8 (383) 226-69-73

Konkina Dina Ivanovna — candidate of medical science, assistant professor of ophthalmology chair at SBEI HPE «Novosibirsk State Medical University» of Ministry of Health, office phone: 8 (383) 226-69-73, e-mail: konkinadi@mail.ru

Osipov Gennady Ivanovich — doctor of medical science, assistant of ophthalmology chair at SBEI HPE «Novosibirsk State Medical University» of Ministry of Health, office phone: 8 (383) 226-69-73

List of the Literature:

1. Belousov A. E. Plastic, reconstructive and esthetic surgery / A. E. Belousov. — SPb. : Hippocrates publishing house. — 743 p.
2. Patent N 98121784 Russian Federation. Method of treatment of blepharoptosis / Lantukh V. V. ; 03.12.1998.
3. Patent N 2139022 Russian Federation. Method of cosmetic blepharoplasty of upper eyelids / Lantukh V. V. ; 10.10.1999.
4. Patent N 2139021 Russian Federation. Method of cosmetic blepharoplasty of lower eyelids / Lantukh V. V. ; 10.10.1999.
5. Patent N 2170073 Russian Federation. Method of formation of skin line of upper eyelid / Lantukh V. V.; 10.07.2001.
6. Patent N 2153867 Russian Federation. Method of esthetic blepharoplasty / Lantukh V. V., Lantukh E. V. ; 14.08.2001.
7. Patent N 2167632 Russian Federation. Method of surgical treatment of epicanthus / Lantukh V. V. ; 27.05.2001.
8. Moi R. L. Blepharoplasty / R. L. Moi, E. F. Fincher. — M. : Reed Elsvier publishing house, 2009. — 143 p.