

Канюков В.Н., Уваров А.М.*

Оренбургский филиал ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. академика С.Н. Федорова Росмедтехнологии»

*МУ «Городская больница №1», поликлиника №3, г. Нижневартовск

АУТОПЛАСТИЧЕСКОЕ УСТРАНЕНИЕ ТРИХИАЗА МЕТОДОМ РОТАЦИИ ВОЛОСЯНЫХ МЕШОЧКОВ

Авторами предложена оригинальная методика исправления трихиаза ротацией волосяных мешочков ресниц. Методика изучена в эксперименте и клинике с помощью компьютерного моделирования и математически обоснована.

Актуальность

Трихиаз – неправильный рост ресниц, чаще в сторону глазного яблока, приводит не только к тягостным субъективным ощущениям, но и последующим патологическим изменениям в структуре век, конъюнктиве, роговой оболочке.

Одно из последствий трихиаза - изменение механизма продукции слезы, её объёма. Как известно, в обычном режиме, слезу продуцируют бокаловидные клетки конъюнктивы. Лишь при попадании инородного тела в полость глаза, в особенности на роговицу, а также при сильных эмоциях, вызывающих плач, в продуцирование включается слёзная железа. При трихиазе, который можно расценить как «хроническое инородное тело», она работает практически непрерывно. Работа бокаловидных клеток блокируется, а слезная железа функционирует в режиме «постоянного напряжения». Существовая годами, формируется, как бы, искусственный «синдром сухого глаза». После прекращения воздействия ресниц на роговицу слёзная железа прекращает функционировать и обнаруживается несостоятельность работы бокаловидных клеток. Пациента начинает беспокоить сухость в глазах.

Но иногда обнаруживается и гипертрофия самой железы, что, предположительно, может привести к различным неблагоприятным изменениям в ней.

Ранее трихиаз возникал, главным образом, как следствие трахомы. Рубцовые деформации краёв век и конъюнктивы приводили к изменениям направления роста ресниц на значительном протяжении. Для исправления требовались объёмные оперативные вмешательства, зачастую с пластикой аутоотканью (хрящ, слизистая с губы), либо

гомотканью (консервированный апоневроз, хрящ, роговица). В развитие этого направления Оренбургским филиалом ФГУ МНТК «МГ» разработана технология: «Способ устранения трихиаза методом аутопластического расширения интермаргинального пространства посредством ротации ромбовидных сегментов хряща». (В.Н. Канюков, №4911780; от 14.02. 1991г).

Являясь определённым этапом в решении проблемы трихиаза, указанная технология, наряду с принятыми в домикрохирургическую эру операциями, используется редко.

Целью нашего исследования послужило математическое обоснование, компьютерное моделирование, экспериментальное изучение и клиническое подтверждение методики исправления трихиаза ротацией волосяных мешочков ресниц.

Материал и методы

В самом начале выявлена глубина проникновения в толщу века органокомплекса: ресница + волосяной мешочек +сосудистый пучок (артерия+вена), которая варьировала от 4 до 6 мм. Этого оказалось достаточно для запланированных манипуляций на ресницах с любым отдалением от наружного края века. Компьютерное моделирование подтвердило правильность математического обоснования операций на каждой из неправильно растущей ресниц. Они возможны в 2-х вариантах:

А) ротация органокомплекса вокруг своей оси с изменением направления загиба ресницы.

Б) формирование нового ложа для органокомплекса с радикальным изменением направления роста ресницы.

Технология оперативного вмешательства заключалась в следующем: анестезия эпibuльбарная и проводниковая. Обработка операционного поля по принятой в ФГУ МНТК «МГ» методике.

Вариант А: Показанием к операции ротации вокруг своей оси является неправильный рост ресницы по наружному краю века, либо максимально близко к нему в интермаргинальном пространстве. На край века накладывается окончатый зажим-пинцет. Фиксация поворота осуществляется одним швом чаще 10*0 позади органокомплекса. Послеоперационное ведение больного аналогично вар.Б.

Вариант Б: На край века накладвается окончатый зажим-пинцет. На неправильно растущую ресницу одевается трепан 2мм и вращательными движениями трепанируется на глубину 5-6мм. Поперёк наружного края века сагиттальный разрез с выходом к основанию сосудистого пучка. Микропинцетом органоблок укладывается в ложе – разрез. Поверх его двумя швами 10*0 края разреза сшиваются.

Закапываются капли р-ров Левомецитина 0.25%, Рибофлаваина 0.02%, Альбуцида 20%, закладывается, прогретая под электрической лампой, тетрациклиновая 1% мазь. Повязка. Перевязки ежедневно. Снятие швов на 6-й день.

Техника операции

На 1-м этапе использовался трепан диаметром 2мм, что обосновано в случаях с единственно растущей ресницей, расположенной преимущественно в центре интермаргинального пространства, либо ближе к наружному краю.

На 2-м этапе при 2-х и более, плотно расположенных друг к другу неправильно растущих ресницах, трепан 2мм захватывает большее пространство, чем это требуется для выделения и ротации органокомплекса (рес-

ница + волосяной мешочек + сосудистый пучок). При этом в зону оперативного вмешательства неизбежно будет вовлекаться и травмироваться соседний органокомплекс. Попытка вовлечения в одну трепанационную зону 2-х органокомплексов неизбежно приведёт к повреждению сосудистого пучка любой, а, возможно, и обеих ресниц. В целях проверки нами было проведено компьютерное моделирование ситуации, которое подтвердило правильность наших опасений. Такой исход нежелателен из-за рецидивов трихиаза, либо локальной аллопеции, что, несомненно, дискредитирует метод. Эти резонные доводы послужили базой для поиска других, более щадящих форм оперативного вмешательства на отдельном органокомплексе.

Нами были апробированы и внедрены в практику варианты с треугольным и ланцетовидным выделением органокомплекса.

На 3-м этапе проведена сравнительная оценка выбранных вариантов.

Результаты и обсуждение

Пациенты, оперированные по – поводу трихиаза, наблюдались на протяжении более 1 года. Рецидивов заболевания не отмечалось. Первоначальное значительное облегчение состояния отмечали все пациенты. Однако в отдалённом послеоперационном течении у значительного числа пациентов можно отметить сохранение, а у некоторых даже усиление жалоб на сухость в глазах, чувство «песка», сохранение гиперемии конъюнктивы, небольшой хемоз. Такая, необъяснимая на первый взгляд клиника, плохо поддающаяся терапии, заставила провести определение объёма вырабатываемой слезы. Для диагностики использовался «тест Ширмера» (таблица 1).

Полученные результаты заставили переосмыслить патогенез взаимодействия патологического комплекса «Ресница (как ино-

Таблица 1. «Тест Ширмера» оперированных больных по – поводу трихиаза.

оперировано	Жал. на сухость в глазах	тестировано	Секретия снижена.	% к общему числу опер-х	% к числу с жал. на сухость в глазах
94	43	28	24	25.5	55.8

родное тело) – роговица». Длительно существуя, она, вероятно, вмещивается и нарушает нормальную продукцию слезы.

Кроме формирования искусственного «синдрома сухого глаза», иногда обнаруживается и гипертрофия самой железы, что предположительно может привести к различным неблагоприятным изменениям в ней.

Сравнительная характеристика методов лечения трихиаза приведены в таблицах 2, 3.

Заключение

– Техника предлагаемых операций выгодно отличается от лазер-, термо- и диатермокоагуляций отсутствием грубых деформаций века.

– Придание нового направления роста ресниц исключает рецидив трихиаза, что

характерно как для простой эпиляции, так и для лазеркоагуляции.

– Сохранение ресницы как органа снижает выраженность локальной алопеции.

– Предлагаемая техника оперативного лечения отвечает требованиям современного состояния трихиаза.

– Своевременность оперативного лечения трихиаза является профилактикой развития «синдрома сухого глаза».

– Устранение трихиаза предлагаемой методикой – профилактика лимфостаза

– Операция технологически упрощена настолько, что специальной подготовки хирурга не требуется.

– Упрощение операции позволяет проводить её амбулаторно, что экономически выгодно.

Таблица 2. Консервативное лечение трихиаза.

Виды лечения.	Средства, медикаменты, место оказания помощи.	Показания к данному виду лечения.	Недостатки данного вида лечения.
Медикаментозное.	Мази. Гель. Масла (растит). Жиры (животные). (Может проводиться самостоятельно).	1. Нежелание б-ого оперироваться. 2. Тяжёлое общее состояние. 3. Невозможность получения квалифицированной хирургической помощи.	1. Не устраняют причину. 2. Действуют временно. 3. Снижают остроту зрения.
Фиксация века лейкопластырем.	Обычный пластырь. Гомеопатический. (Может проводиться самостоятельно).	1. Нежелание б-ого оперироваться. 2. Тяжёлое общее состояние. 3. Невозможность получения квалифицированной хирургической помощи.	1. Не устраняют причину. 2. Действуют временно. 3. Обычный пластырь вызывает мацерацию кожи века
Эпиляция.	1. Эпиляционный пинцет. 2. Может проводиться самостоятельно. 3. Чаще проводится в медучреждении.	1. Нежелание б-ого оперироваться. 2. Тяжёлое общее состояние. 3. Невозможность получения квалифицированной хирургической помощи.	1. Не устраняют причину. 2. Действуют временно.
Контактные линзы.	1. Первичный подбор проводит врач. 2. Более показаны с сочетанием с аметропией.	1. Нежелание б-ого оперироваться. 2. Тяжёлое общее состояние. 3. Невозможность получения квалифицированной хирургической помощи.	1. Не устраняют причину. 2. Действуют временно. 3. Требуют ухода, наблюдения врача, периодической замены, финансовых затрат.

Таблица 3. Хирургическое лечение трихиаза.

Разделы	Показания к операции. (обоснование выбора)	Виды вмешательства.	Эффективность.	Недостатки данного вида вмешательств.
Исправление трихиаза с удалением неправильно растущих ресниц.	- единичные ресницы; - расположены вдали друг от друга; - невозможность объемной операции общего состояния.	Термокоагуляция волосяной луковицы	80-85%	Рубцовая деформация. Рецидивы. Алопеция.
		Диатермокоагуляция волосяной луковицы	90- 95%	Рубцовая деформация. Рецидивы. Алопеция.
		Лазеркоагуляция волосяной луковицы	Менее 30%	Рубцовая деформация. Рецидивы. Алопеция.
Исправление трихиаза с сохранением ресниц.	- грубая деформация век; - значительно выраженный трихиаз; - новый подход к принципам исправления трихиаза.	- пластика аутохрящом.	95-97%	Утолщение краев век-косметический дефект Доп вмешательство на веке. Длительность операции.
		Пластика слизистой с губы.	93-95%	Утолщение краев век-косметический дефект Доп вмешательство на слизистой губы. Длительность операции.
		Пластика консерв. апоневрозом.	90-95%	Утолщение краев век-косметический дефект Необходимость запаса консервир. апоневроза Длительность операции.
		Ротация ромбовидных сегментов хряща.	99-100%	Доп вмешательство на веке. Длительность операции.
		Ротация волосяных мешочков	100%	Возможна при любом виде трихиаза, но при значительном количестве ресниц, лучше делать поэтапно.

Список использованной литературы:

1. Руководство по глазной хирургии. Под ред. Краснова М.М., Беляева В.С. Москва, Медицина 1988.- 624с.
2. Егорова Э.В. с соавт. Технология хирургических вмешательств при обширных посттравматических дефектах и деформациях в области век \ Матер. 111 Евро-Азиатской конф. по офтальмохирургии. – 2003.- Екатеринбург. – С. 33.
3. Камилов Х. М., Ходжаев Д. Х., Каланходжаев Б. А. К оперативному лечению заворотов век и трихиаза \ Материалы 3-ей Евро-Азиатской конф. по офтальмохирургии. – Екатеринбург.- 2003. - С. 227
4. Катаев М. Г., Филатова И. А. Хирургическая тактика в отношении профилактики и лечения симблефарона \ Матер. 1 Евро-Азиатской конф. по офтальмохирургии. Екатеринбург.-1998.- С.120-121.
5. Электронный атлас глазных болезней. Трихиаз, исход трахомы. Клиника «Сфера».www.sfe.ru/atlas_zat.php. Москва, Студенческая 26/3
6. Stan C., Bedeoan S. Eroziuni corneene recidivante ereditare. Ophthalmology. 2001.– №4. – P. 13–14.