УДК 617-089.844

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ ПТОЗОМ ВЕРХНЕГО ВЕКА

Захарова Т.А., Блохина С.И., Ткаченко Т.Я.

ГБУЗ СО ДКБВЛ НПЦ «Бонум»

Представлены алгоритмы и формализованные правила выбора тактики хирургической реабилитации врожденного блефароптоза у детей с использованием классификации клинических состояний в зависимости от сложности ситуации.

Ключевые слова: врожденный блефароптоз, хирургическая реабилитация, классификация клинических состояний, тактика оказания медицинской помощи детям с различными формами птоза.

Differentiated approach to the surgical rehabilitation of children with congenital ptosis of the upper eyelid

Zakharova T.A., Blokhina S.I., Tkachenko T.Ya.

State financed Health Institution Sverdlovsk region Children's Clinical Hospital of remedial treatment Scientific-Practical Centre "Bonum", Ekaterinburg, Russia

In article are presented algorithms and formalized rules of choice of tactics of surgical rehabilitation of congenital blepharoptosis in children with use of the classification of clinical cases.
Keywords: congenital blepharoptosis, surgical rehabilitation, classification of clinical conditions, the tactics of medical care of children with various forms of ptosis.

Птоз верхнего века – это аномально низкое положение верхнего века [1]. Блефароптоз может быть врожденным или приобретенным.

Среди врожденных дефектов придаточного аппарата глаза птоз верхнего века занимает первое место. По литературным данным около 9 % пациентов детских офтальмологических стационаров страдают данной патологией [2 - 5].

Врожденный блефароптоз оказывает отрицательное воздействие на нормальное функциональное развитие органа зрения: появляется амблиопия различной степени тяжести, расстройство бинокулярного зрения и ограничение поля зрения, в результате чего у ребенка формируется вынужденное положение головы и нарушение осанки. Кроме того, птоз верхнего века представляет собой проблему косметического и эстетического характера, что в свою очередь неблагоприятно отражается на психическом развитии ребенка. Более всего ухудшают внешний вид маленького пациента осложненные формы врожденного птоза верхнего века, регистрируемые, по данным разных авторов, до

44,35% случаев [6, 7]. Эстетические дефекты от опущения верхнего века зачастую сочетаются с различными видами косоглазия, неподвижностью глазного яблока, другими аномалиями придаточного аппарата глаза.

На сегодняшний день существует более 100 видов оперативных методик устранения блефароптоза, но до сих пор процент гипоэффектов составляет от 17 до 40% [7 – 9] от общего числа оперированных больных. Поэтому вопрос поиска новых способов хирургического лечения птоза остается актуальным. При лечении осложненных птозов неудовлетворительные результаты встречаются еще чаще и достигают 44% случаев [8, 10-13]. Это обстоятельство требует поиска наиболее оптимальных и результативных хирургических способов лечения врожденного птоза верхнего века.

Мы считаем, что дифференцированный подход в зависимости от сложности врожденного птоза верхнего века у детей позволяет более полно использовать резервы пациента и возможности хирурга с целью получения оптимального результата в каждом случае.

Для выбора тактики оказания помощи пациенту с различными формами птоза необходимо, в первую очередь, оценить сложность ситуации, которая определяется возможностью проверки остроты зрения (рис.1).

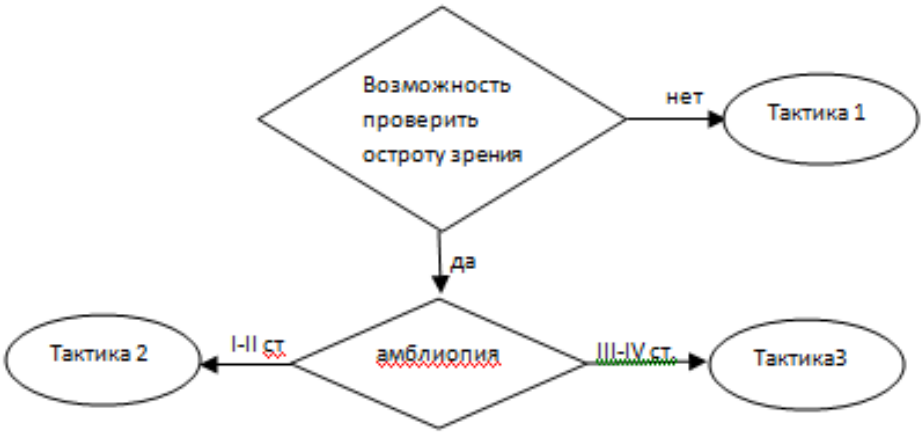


Рис.1. Выбор тактики оказания помощи пациенту с различными формами птоза

Тактика 1 применяется при невозможности проверки зрения (наличия степени амблиопии) у пациента, но при возможности оценки функции и состояния глазодвигательного аппарата и мышцы, поднимающей верхнее веко (рис. 2.).

Последующие действия при применении тактики 1 определяются возможностью проверки зрения (наличия и степени амблиопии) у пациента и состоянием глазодвигательного аппарата.

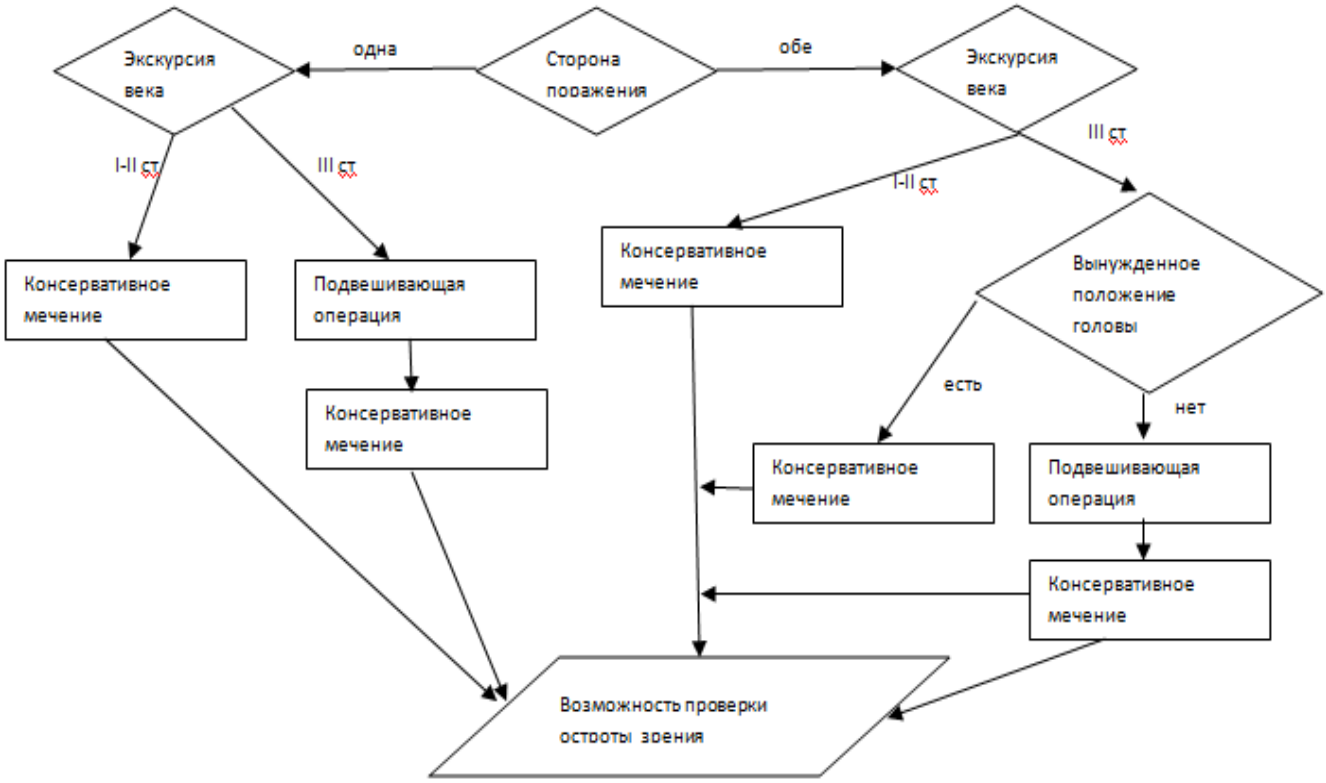


Рис 2. Тактика оказания помощи пациенту при невозможности проверки зрения

Тактика 2, схема которой представлена на рис 3, направлена на лечение врожденного птоза верхнего века при возможности проверки остроты зрения у пациента с амблиопией I - II ст.

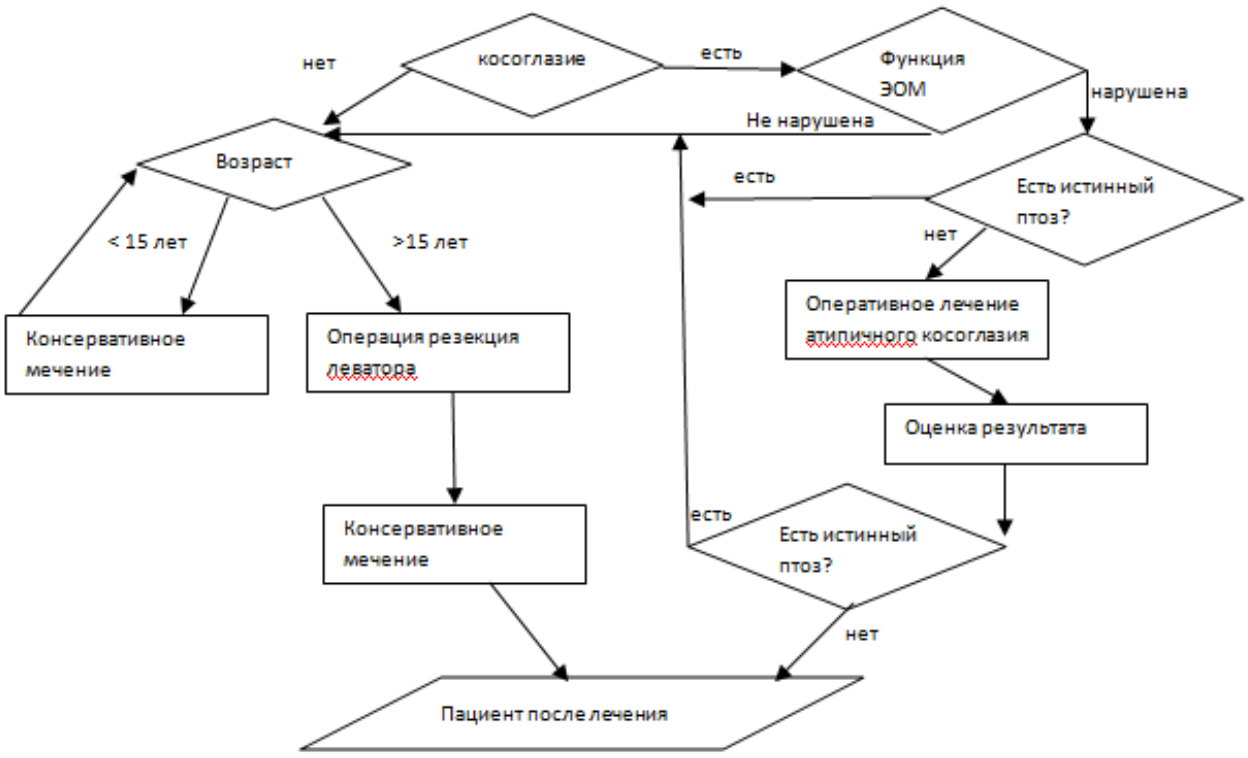


Рис 3. Тактика оказания помощи пациенту при при амблиопии I-II ст.

Тактика 3 (рис. 4) отражает лечение врожденного птоза верхнего века при возможности проверки остроты зрения у ребенка с амблиопией III - IV ст.

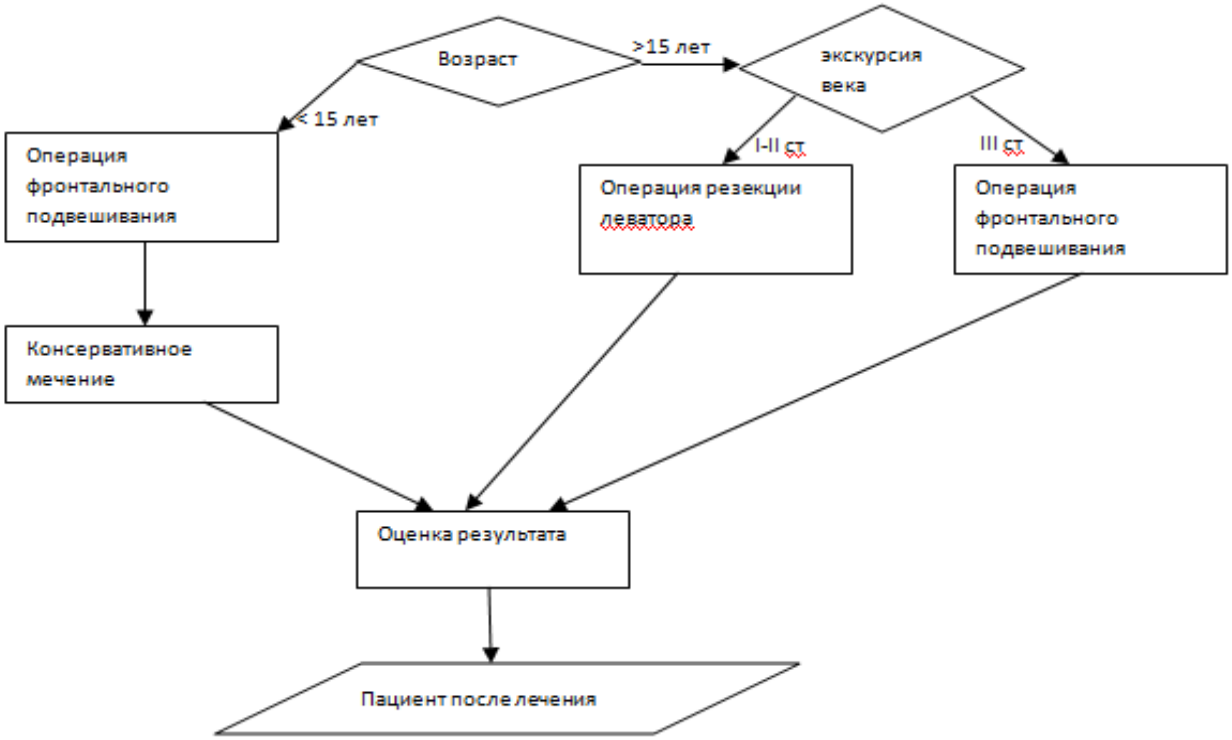


Рис. 4. Тактика оказания помощи пациенту при при амблиопии III-IV ст.

Дифференцированный подход к хирургической реабилитации детей с врожденным птозом верхнего века включает в себя разработанную нами классификацию клинических состояний и пакет формализованных правил ведения пациентов. Данные рекомендации могут быть использованы специалистам при первичном консультировании, а также при выборе метода хирургического лечения и послеоперационной реабилитации.

На основании анамнеза, диагностических критериев, с учетом возраста ребенка проведено распределение всех видов птоза верхнего века на 5 классов по степени тяжести и определены подходы к их хирургическому лечению. Предложенная авторская классификация клинических состояний и выбор соответствующего метода хирургического лечения представлены в табл. 1, 2.

Таблица 1

Классификация клинических состояний при врожденном птозе верхнего века у детей

Критерии	Классы				
	I	II	III	IV	V
Степень амблиопии	0 – II	0 – II	0 – II	III – IV	III – IV
Экскурсия верхнего века в мм	Более 5 мм	Менее 5 мм	Менее 5 мм	Более 5 мм	Менее 5 мм
Функция глазодвигатель-ного аппарата	Нет нарушений	Нет нарушений	Есть нарушения	Нет нарушений	Есть нарушения
Область зрачка прикрыта верхним веком	До ½	Более ½	Любая	Любая	Более ½
Возраст пациента	С 3-х лет	С 3-х лет	С 3-х лет	С 2-х лет	С 2-х лет

Таблица 2

Выбор метода хирургического лечения в зависимости от класса клинического состояния

Класс клинической ситуации	Метод хирургического лечения
I, II	Фронтальное подвешивание как первый этап реабилитации с 3-х летнего возраста. Показана резекция леватора в 15- летнем возрасте под местной анестезией
III	Первым этапом показано оперативное лечение на экстраокулярных мышцах. Если имеет место паретическое косоглазие, то показано фронтальное подвешивание как первый этап реабилитации, а затем оперативное лечение на экстраокулярных мышцах.
IV	Фронтальное подвешивание как первый этап реабилитации
V	Фронтальное подвешивание как первый этап реабилитации. Показано оперативное лечение на экстраокулярных мышцах.

В зависимости от класса клинических состояний определены подходы к консервативному лечению (табл. 3).

Таблица3

Консервативное лечение в зависимости от класса клинических состояний

Критерии/ Потребность в консервативном лечении	Классы				
	I	II	III	IV	V
Степень амблиопии Экскурсия в мм Глазодвигатель-ный аппарат Область зрачка прикрыта ВВ Возраст	0 – II Более 5 мм Нет нарушений До ½ С 3-х лет	0 – II Менее 5 мм Нет нарушений Более ½ С 3-х лет	0 – II Менее 5 мм Есть нарушения Любая С 3-х лет	III – IV Более 5 мм Нет нарушений Любая С 3-х лет	III – IV Менее 5 мм Есть нарушения Более ½ С 3-х лет
Консервативное лечение	Плеоптическое лечение. Кинезиотейпи-рование	Плеоптическое лечение Кинезиотейпи-рование	Плеопто-ортопти-ческое лечение	Плеоптическое лечение Кинезиотейпи-рование	Плеопто-ортопти-ческое лечение

Варианты тактики поведения врача в соответствие с клиническими состояниями при врожденном птозе верхнего века у детей позволяют упростить выбор на основе созданных формализованных правил.

Правила хирургической реабилитации простого птоза верхнего века следующие.

Правило 1. Если у ребёнка с рождения имеет место полный односторонний птоз, то осуществляется подвешивание пораженного верхнего века лейкопластырной повязкой, или применяется метод кинезиотейпирования, или выполняется окклюзия здорового глаза для профилактики амблиопии.

Правило 2. Если имеют место признаки амблиопии, непереносимость к процедуре подвешивания верхнего века, то проводится хирургическое лечение в возрасте от 2 лет (фронтальное подвешивание как этап хирургической реабилитации).

Правило 3. Если нет признаков амблиопии и отмечается хорошая переносимость процедуры подвешивания верхнего века или окклюзии, то проводится хирургическое лечение в возрасте от 15 лет (резекция леватора и формирование пальпебральной складки).

Правило 4. Если после проведения хирургического вмешательства в возрасте от 3 до 6 лет (при выполнении резекции леватора и формирования пальпебральной складки) нет функциональных нарушений, а сохраняется только косметический дефект, то в возрасте 15 лет выполняется косметическая коррекция под местной анестезией.

Правило 5. Если имеет место птоз с низкой и (или) остаточной функцией леватора у детей, то назначается витаминотерапия (В1, В6), электростимуляция мышцы – леватора, частотой 1-2 раза в год с момента установления диагноза.

Если имеет место нарушение рефракции, то проводится соответствующая коррекция.

Если имеют место признаки амблиопии, непереносимость к процедуре подвешивания верхнего века, то проводится хирургическое лечение в возрасте от 2 лет (фронтальное подвешивание как этап хирургической реабилитации).

Правило 6. Если у ребёнка с рождения имеет место полный двухсторонний птоз и формируется вынужденное положение головы, но нет признаков амблиопии, то проводится хирургическое лечение в возрасте от 15 лет (резекция леватора и формирование пальпебральной складки).

Если же имеют место признаки амблиопии, то проводится хирургическое лечение в возрасте от 2 лет (фронтальное подвешивание как этап хирургической реабилитации). Завершающая коррекция - после 15 лет.

Правила хирургической реабилитации осложненного птоза верхнего века учитывают несколько клинических ситуаций.

Правило 1. Если у ребёнка с рождения имеет место птоз, осложненный страбизмом, то одновременно проводят диагностические и лечебные процедуры по поводу косоглазия и птоза, направленные на профилактику амблиопии. Оперативное лечение осуществляется в несколько этапов. Первым этапом выполняют операции по поводу косоглазия по стандартным методикам. Второй этап - устранение птоза верхнего века по вышеизложенным правилам. Коррекция косметических дефектов показана после 15 лет.

Правило 2. При пальпебральном синдроме консервативное лечение проводится по поводу нарушений рефракции. Хирургическое вмешательство осуществляется, как и при простом птозе верхнего века, по стандартным методикам в несколько этапов. Коррекция косметических дефектов выполняется после 12 лет (коррекция птоза, эпикантуса, латерального эктропиона, удлинение глазной щели).

Правило 3. Если у ребёнка с рождения имеет место синкинетический птоз (синдром Маркуса - Гуна), то хирургическое вмешательство с косметической целью выполняется в возрасте после 15 лет (резекция леватора с формированием пальпебральной складки или тарзомиоэктомию).

Правило 4. Если у ребёнка с рождения имеет место птоз, осложненный офтальмоплегией, то оперативное лечение проводится в несколько этапов. Первым этапом проводят операции по поводу птоза верхнего века (фронтальное подвешивание),

затем вторым этапом, в возрасте от 2 -3 лет, - операции по поводу косоглазия по стандартным методикам. Последний этап - коррекция косметических недостатков после 15 лет.

Правило 5. Если у ребёнка с рождения имеет место псевдоптоз, или ложный птоз, то оперативное лечение проводится на экстраокулярных мышцах в возрасте от 3-х лет. Коррекция косметических дефектов - после 15 лет.

Таким образом, предложенный перечень правил хирургической реабилитации и консервативного лечения врожденного птоза у детей, с учетом возрастных стандартов выполняет роль системного подсказчика и может быть использован либо в форме клинических рекомендаций, либо в качестве основы для разработки медицинской экспертной информационной системы. Подобный системный подсказчик особенно важен для начинающего специалиста при выборе правильной тактики хирургической реабилитации детей с различными формами врожденного блефароптоза.

Проведенный сравнительный анализ результатов хирургической реабилитации по традиционным и предложенным методикам доказал эффективность авторских способов хирургического лечения блефароптоза (95,8% против 72,1% по традиционным методикам). Хотелось бы также подчеркнуть, что клинические состояния такие, как функция леватора, работа глазодвигательного аппарата, степень амблиопии и возраст пациента – это комплекс надежных критериев для выработки тактики устранения птоза и хирургической реабилитации, позволяющей получить хорошие функциональные и косметические исходы.

Список литературы

1. Кански Дж.Дж. Клиническая офтальмология. Систематизированный подход. - М., 2006.
2. Азнабаев М.Т. Новые методы и эффективность микрохирургии катаракт у детей / Автореферат … дисс. канд.мед. наук. - Уфа, 1969.
3. Бархаш С. А., Хриненко В. П. Оперативное лечение различных форм птозов у детей укорочением леватора // Тезисы докладов I Всероссийской конференции по вопросам детской офтальмологии. — М., 1976. С. 279-282.
4. Катаев М.Г., Филатова И.А., Демир Д.Д. Сравнительная эффективность подвешивания и укорочения и укорочения леватора в хирургическом лечении пальпебрального синдрома / Под ред. Е.Е.Сомова // Актуальные проблемы детской офтальмологии. – С.-Пб., 1995. С. 82.
5. Epstein G., Putterman A. Super-maximum levator resection for severe unilateral congenjtal blepharoptosis // Ophthalmic Surgery. Vol. 15. № 12. 1984. Pp. 971-979.

6. Рябцева А.А., Кокорев В.Ю. Новое в диагностике и лечении врожденного блефароптоза // РМЖ «Клиническая Офтальмология». №2. 2009. С. 76.

7. Хриненко В.П. Клинические особенности, методы и результаты оперативного лечения врожденных птозов у детей // Офтальмологический журнал. №5. 1977. С. 329-334

8. Катаев М.Г., Оруджов Н.З. Новый способ хирургического лечения птоза верхнего века // Российская педиатрическая офтальмология. № 3. 2008.С.34-36.

9. Марышев Ю.А. Врожденный блефароптоз. Этапность хирургического лечения. - Красноярск, 1989. С. 102-103.

10. Кащенко Т.П., Катаев,М.Г., Шарипова С.К. Клиника, диагностика и лечение косоглазия, сочетанного с птозом // Вестник офтальмологии. Т. 122. № 3. 2006. С. 14-17.

11. Cates C.A., Tyers A.G. // Eye. Vol. 15, Pt 6. 2001. P. 129.

12. Kersten R.C., Bernardini F.P., Khouri L., Moin M. Unilateral frontalis sling for the surgical correction of unilateral poor-function ptosis // Ophthalmic plastic reconstructive surgery. Vol. 21. № 6. 2005. Pp. 412-416.

13. Whitehouse G.M., Grigg J.R., Martin F.J. Congenital ptosis: results of surgical management // Aust. N. Z. J. Ophthalmol. Vol. 23. № 4. 1995. Pp. 309-314.

Захарова Татьяна Арсеньевна – к.м.н., заведующая офтальмологическим отделением, врач офтальмолог ГБУЗ СО ДКБВЛ НПЦ «Бонум», 620149, Екатеринбург, ул. Бардина, 9а, тел: (343)240-42-68 bonum@bonum.info