Совершенствования хирургического лечения послеожогового выворота верхнего века

Хрусталева Г.М., Нишанов М.Ф.,
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Реконструктивная хирургия рубцовых деформаций, дислокаций и колобом век вследствие травм и ожогов, является одной из актуальных проблем офтальмохирургии. По данным Филатовой И.А. среди всех случаев травм глазной травматизм составляет 1,3%. При этом, на долю взрослого населения приходится 1,5% травм глаза, на долю детей - 0,75%. Частота встречаемости боевых ранений глаз при сочетанных травмах колеблется от 16 до 33%. Ожоговая травма в структуре глазного травматизма по данным отечественных авторов составляет 8-15%, по данным зарубежных авторов - 7,7 - 18%. Исследования Linhart G.W. (2016), Stem J.D. (2025) показали, что поражение органа зрения при ожогах наблюдается реже, чем ожоги век. Так, ожоги конъюнктивы встречаются в 3-11% случаев, ожоги роговицы - в 5%, в то время как ожоги век - в 50-85%, а контрактуры век развиваются в 30-65%.

Цель. Разработка способа хирургического лечения послеожогового выворота верхнего века, который позволит снизить частоту послеоперационных осложнений как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, а также улучшить косметические и функциональные результаты операции.

Материалы и методы. Поставленная задача решена тем, что в способе хирургического лечения послеожогового выворота верхнего века, включающем разрез кожи верхнего века, отсепаровку кожи с рассечением подкожных рубцов до восстановления естественного анатомического положения обоих век, проходящих со стороны кожного разреза через хрящ и конъюнктиву с узловой фиксацией в кожной ране, замещение образовавшихся дефектов кожи верхнего века кожными трансплантатом, которые фиксируют узловыми или непрерывными швами, перед разрезом кожи века, отступя от ресничного края на 2 мм, накладывают 2-3 П - образных шва-держалки, затем проводят окаймляющий разрез кожи века параллельно ресничному краю, на 2 мм выше наложенных швов-держалок, кнутри до края века, которому снаружи придают форму «развилки» со смещением рубцовой ткани от ресничного края; натягивая швы - держалки книзу, надсекают и рассекают рубцы у наружного края раны с постепенным увеличением ширины и глубины раны; затем мобилизованное веко фиксируют в растянутом состоянии прошиванием через кожу за швы-держалки к щеке, образовавшуюся рану на веке закрывают заранее заготовленным кожным трансплантатом, на кожный трансплантат накладывают марлевые тампоны, смоченные раствором адреналина с экспозицией 3 мин, затем, на 6 мм выше ресничного края века, кожный трансплантат фиксируют отдельными швами к коже внахлест, сверху накладывают марлевую турунду, пропитанную мазью бетадин; в раннем послеоперационном периоде операционную зону облучают лазерным аппаратом Согдиана с длиной волны 700 нм, мощностью 2Вт с в импульсе, частотой 810 Гц, ежедневно, 1 раз в день по 2 минуты, в течение 10 суток.

Заявляемый способ осуществляют следующим образом.

Наиболее подходящим донорским местом для забора трансплантата мы считаем внутреннюю поверхность плеча, где кожа по цвету и текстуре близка коже век. Производят забор кожного трансплантата необходимого размера (больше на 5-6 см площади послеожогового дефекта).

Операционное поле трёхкратно обрабатывают 5%-ным гипертоническим растровом натрия хлорида, затем 5%-ным раствором хлоргексидина бикорбоната. С помощью скальпеля берется полнослойный кожный трансплантат для верхного века, донорская рана ушивается, под

анестезией. Отступя от ресничного края века на 2 мм, накладывают 2-3 П- образных шва-держалки, производят окаймляющий разрез параллельно ресничному краю, отступя на 2 мм выше наложенных швов-держалок, кнутри до края века, а снаружи разрезу придается форма развилки. Смещают рубцы от ресничного края, натягивая держалки вниз, затем рубцы разрезу надсекают у наружного края раны, ширина раны постепенно увеличивается и становятся видными сероватого цвета рубцы, располагающиеся в виде тяжей. Последние рассекаются кончиком скальпеля, при этом глазное яблоко защищают шпателем, и фиксируются с наружной стороны век. После полного рассечения стягивающих рубцов, натяжение за держалки перестает передаваться по рубцам на нижний край раны. Мобилизованное веко фиксируют в растянутом состоянии прошиванием через кожу за швы-держалки к щеке, образовавшуюся рану на веке закрывают ранее заготовленным трансплантатом, на трансплантат накладывают марлевые тампоны, смоченные раствором адреналина, на 3 минуты. Далее, на 6 мм выше от расничного края века, кожный трансплантат фиксируют к коже отдельными швами с вколом и выколом внахлест, на поверхностную часть шва накладывают марлевую турунду, пропитанную мазью бетадин, а наложенные нити- держалки подшиты к противоположным краям раны с созданием повязки "Пилот". В раннем послеоперационном периоде операционную зону облучают лазерным аппаратом Согдиана с длиной волны 700 нм, мощностью 2Вт с в импульсе, частотой 810 Гц, ежедневно, 1 раз в день по 2 минуты, в течение 10 суток.

Результаты и их обсуждения. Больная Т-в. 2000 г. История болезни № 252/36 Дата получения травмы - 2025 г. Диагноз: Послеоперационный послеожоговый выворот верхнего века справа.

При поступлении: общее состояние удовлетворительное. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

Местно: в области верхнего века имеется рубец, темно-коричневого цвета.

17.10.2025 г под эндотрахеальным наркозом выполнена операция: «Устранение выворота верхнего века справа». Операционное поле трёхкратно обрабатывали 5% гипертоничсеким растровом натрия хлорида, затем 5% раствором хлоргексидина бикорбоната, с помощью скальпеля произвели полнослойный кожный трансплантат для верхнего века, донорская рана ушита. Под анестезией, отступя от ресничного края на 2 мм, накладывали 3 П - образных шва-держалки и произвели окаймляющий разрез кожи века параллельно ресничному краю, на 2 мм выше наложенных швов-держалок, кнутри до края века, которому снаружи придали форму «развилки» со смещением рубцовой ткани от ресничного края. Натягивая швы - держалки книзу, надсекли и рассекли рубцы у наружного края раны с постепенным увеличением ширины и глубины раны. Затем мобилизованное веко фиксировали в растянутом состоянии прошиванием через кожу за швы-держалки к щеке. Образовавшуюся рану на веке закрыли заранее заготовленным кожным трансплантатом. На кожный трансплантат накладывали марлевые тампоны, смоченные раствором адреналина с экспозицией 3 мин. Затем, на 6 мм выше ресничного края века, кожный трансплантат зафиксировали отдельными швами к коже внахлест, сверху наложили марлевую турунду, пропитанную мазью бетадин. В раннем послеоперационном периоде операционную зону облучали лазерным аппаратом Согдиана с длиной волны 700 нм, мощностью 2Вт с в импульсе, частотой 810 Гц, ежедневно, 1 раз в день по 2 минуты, в течение 10 суток.

Послеоперационный период протекал гладко. Рана зажила первично. На 2-е сутки больная выписана из стационара. Швы сняты на 7-сутки. Осмотрена через 6 месяцев, линия шва соответствует окружающим тканям, рубец нежный, тонкий.

Вывод. Таким образом, разработан способ хирургического лечения послеожогового выворота верхнего века, который позволил снизить частоту послеоперационных осложнений как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, а также улучшил косметические и функциональные результаты операции.