

Винахід відноситься до медицини, переважно до пластичної хірургії, і може бути використаний для видалення зморшок, підняття зовнішніх кутів очей і поліпшення зовнішнього вигляду периорбітальної зони обличчя при вікових змінах і уроджених опущеннях кутів очей.

Відомий спосіб кантопексії при блефаропластиці, що містить передопераційну розмітку на нижніх і верхніх повіках, з позначенням операційних розрізів, векторів переміщення отриманих шматків шкіри, гемостаз електрокоагуляцією, у відповідності з яким, здійснюється висічення фігурного шматка шкіри з наступною фіксацією шкіряними косметичними швами [1].

Сукупність цих дій значно підвищує травматичність хірургічного втручання та потребує додаткової корекції периорбітальної зони в ранньому післяопераційному періоді. Це зумовлено тим, що відшарування, натяг та зменшення шкірно-жирового шматка виконується із поверхневих розрізів, які не збігаються з лініями Лангерганса і не забезпечують належну тривалу фіксацію. Усе це зумовлює низьку ефективність вищенаведеного способу.

Причиною, що стримує досягнення очікуваного технічного результату є недостатній і нетривалий косметичний ефект, висока частота вивороту нижніх повік, опущення зовнішнього кута ока, наявність видимих рубців та довгий період реабілітації.

Також відомий спосіб кантопексії при блефаропластиці, що містить передопераційну розмітку на нижніх і верхніх повіках, з позначенням операційних розрізів, векторів переміщення отриманих шматків шкіри, гемостаз електрокоагуляцією, у відповідності з яким, здійснюється переміщення і фіксація зовнішнього кута ока і шматка нижньої повіки швами пролена 5/0 до окістя лобної кістки [2].

До недоліків, що стримують досягнення очікуваного технічного результату належить недостатній косметичний ефект та потреба додаткової корекції повік і рубця в ранньому післяопераційному періоді. Це викликано тим, що проводиться маніпулювання в хірургічно небезпечній ділянці, підвищується травматичність операції та відшарування, натяг та зменшення шкірно-жирового шматка виконується із розрізів по межі війкового краю нижньої повіки. Це також зумовлює низьку ефективність вищенаведеного способу.

Означені заходи, безумовно, є малоефективними в порівнянні з рішенням задачі, що заявляється.

Найбільш близьким до винаходу, що заявляється, є спосіб кантопексії при блефаропластиці, що містить передопераційну розмітку на нижніх і верхніх повіках, з позначенням операційних розрізів, векторів переміщення отриманих шматків шкіри, гемостаз електрокоагуляцією, у відповідності з яким, здійснюється видалення надлишків шкіри на верхніх і нижніх повіках шляхом зовнішніх розрізів, переміщення і фіксація зовнішнього кута ока швами пролена 4/0 до окістя лобної кістки [3].

Алі відоме рішення задачі також стримує досягнення очікуваного технічного результату, бо в ранньому післяопераційному періоді необхідним являється додаткова корекція рубців середнім чи глибоким шліфуванням (пілінгом) чи хірургічною корекцією, що зумовлює низьку ефективність вищенаведеного способу кантопексії при блефаропластиці.

В основу винаходу поставлено задачу створити такий спосіб кантопексії при блефаропластиці, який шляхом анатомічного інтракон'юнктивального розрізу і фіксації зовнішнього кута ока і шматка нижньої повіки до окістя лобної кістки дозволить виконати ремоделювання периорбітальної зони і підняття зовнішнього кута ока (кантопексію), що забезпечує підвищення ефективності при використанні.

Вищезазначений технічний результат досягається тим, що при використанні відомого способу кантопексії при блефаропластиці, що містить передопераційну розмітку на повіках, з позначенням операційних розрізів, векторів переміщення кута ока, гемостаз електрокоагуляцією, додатково шляхом анатомічної препаровки м'язових волокон кругового м'яза ока, здійснюють переміщення зовнішнього кута ока нагору і назад, а шляхом накладення зануреного матрацного шва фіксують його до окістя лобної кістки.

Створений спосіб кантопексії при блефаропластиці дозволяє отримати максимальний косметичний ефект, скоротити терміни післяопераційної реабілітації в значно більшій мірі (на 85-95%) ніж за прототипом при мінімальній операційній травмі та вилучити необхідність додаткової корекції периорбітальної зони в ранньому післяопераційному періоді.

Відомості, що підтверджують можливість здійснення винаходу з досягненням вищезазначеного технічного результату полягають у наступному.

Для здійснення способу за декілька годин до операції виконується маркіровка майбутніх розрізів та векторів підйому зовнішнього кута ока і натягу шкіри нижніх повік у вертикальному положенні хворого. Після обробки операційної зони та гідропрепаровки 1% розчином лідокаїна виконується інтракон'юнктивальний розріз та відшарування шкірно-жирового шматка в намічених межах. Гемостаз. Круговий м'яз ока розділяється тупим шляхом до оголення окістя лобної кістки. Шов пролена 5/0 на двох ріжучих голках фіксує окістя орбіти знизу нагору і попереду назад з війковим хрящем у зоні проекції зовнішнього кута ока. Фіксуючим швом здійснюється підйом зовнішнього кута ока і натяг шкіри нижньої повіки, при цьому вузол шва фіксується під окістям. Рана слизуватої оболонки повіки зшивається швами шовку 5/0 та 4/0 за допомогою атравматичної голки. Асептична пов'язка на рану.

Приклад. Пацієнтка С., 39 років, звернулася зі скаргами на вікові прояви в області нижніх повік - зморшки у вигляді "гусячих лапок", виразність слізної борозни, опущення зовнішнього кута ока.

Операція: після маркірування у вертикальному положенні, обробки операційного поля розчином кутасепта і гідропрепаровки тканин розчином лідокаїна 1% - 20,0 здійснено інтракон'юнктивальний розріз у вигляді букви V, направленою основою до зовнішнього кута ока. Анатомічна препаровка кругового м'яза ока до окістя орбітальної кістки. Препаровка окістя хірургічним распатором. Гемостаз електрокоагуляцією і розчином перекису водню 4%. Швом пролена 5/0 на атравматичній ріжучій голці знизу нагору і попереду назад фіксоване окістя орбіти з війковим хрящем у зоні проекції зовнішнього кута ока. Фіксуючим швом вироблено підйом зовнішнього кута ока і натяг шкіри нижньої повіки, вузол шва фіксований під окістям. Рана слизуватої оболонки повіки ушита швами шовку 5/0 та на атравматичній голці. Асептична пов'язка. Місцево на рану - холод.

Післяопераційний період протікав гладко, загоєння первинним натягом. Набряки мінімальні. Шви зняті на 5-ту добу. При огляді на 10-ту добу результат гарний, на 15-ту - відмінний.

Сукупність вищезначених заходів дозволяє зменшити травматичність хірургічного втручання, уникнути

видимих післяопераційних рубців та отримати природну форму молодої нижньої повіки завдяки переміщенню зовнішнього кута ока нагору і назад з фіксацією нової позиції проленовими швами 5/0.

Тож, заходи заявника, що запропоновані у винаході, значно перевершують досягнення об'єктів-аналогів, що дозволяє отримати максимальний косметичний ефект, уникнути видимих післяопераційних рубців, скоротити терміни післяопераційної реабілітації та вилучити необхідність додаткової корекції нижньої повіки в ранньому післяопераційному періоді, що підтверджується прикладом конкретного використання.

Джерела інформації:

1. Hinderer U.T. Blepharocanthoplasty and eyebrow lift // *Plast. Reconstr. Surg.* - 1975. - Vol. 56. - P. 482.
2. Фришберг И.А. Выбор оперативной техники в зависимости от показаний к косметической блефаропластике // *Acta chir. Plast.* - 1980. - Vol. 22, №2 - С. 1-4.
3. Codner M., McCord C., Hester T. The lateral cantoplasty // *Operative Techniques in Plastic and Reconstructive Surgery.* - 1998. - Vol. 5, №2. - P. 90-98.