Клинические случаи в офтальмологии. 2025;2(9): 15–19.
Clinical cases in ophthalmology. 2025;2(9): 5–19.

УДК 617.7
doi: 10.25276/2949-4494-2025-2-15-19

Послеоперационные осложнения хирургического лечения блефарохалязиса

С.О. Чернова[1], И.А. Червоняк[2]

[1]*Городская клиническая больница №1, Челябинск*
[2]*МЕДИНВЕСТ, Москва*

РЕФЕРАТ

Цель. Демонстрация клинического случая послеоперационного осложнения массивного пульсирующего кровотечения после коррекции блефарохалязиса, анализ тактики и эффективности оказанной медицинской помощи, этапы восстановления пациента. **Методы.** Проанализированы данные анамнеза, истории болезни, данные исследований, консультаций, описана тактика оказания медицинской помощи при возникновении данного состояния и ведение пациента в условиях круглосуточного стационара, представлены отдаленные результаты лечения. **Результаты.** Выбранная тактика оказания неотложной помощи помогла избежать отдаленных осложнений и быстро добиться стабилизации процесса. **Выводы.** Представленный клинический случай демонстрирует важность тщательной подготовки пациента к операциям на придаточном аппарате глаза, к степени компенсации сопутствующей общесоматической патологии, а также необходимость повышать комплаентность пациентов.

Ключевые слова: *блефарохалязис, хирургическое лечение, кровотечение, клинический случай*

Для цитирования: Чернова С.О., Червоняк И.А. Послеоперационные осложнения хирургического лечения блефарохалязиса. Клинические случаи в офтальмологии. 2025;2(9): 15–19. doi: 10.25276/2949-4494-2025-2-15-19
Автор, ответственный за переписку: Светлана Олеговна Чернова, chernova12so@gmail.com

ABSTRACT

Postoperative complications of surgical treatment of blepharochalasis

S.O. Chernova[1], I.A. Chervonyak[2]

[1]*City Clinical Hospital No. 1, Chelyabinsk, Russian Federation*
[2]*MEDINVEST, Moscow, Russian Federation*

Purpose. To demonstrate a clinical case of a postoperative complication massive pulsating bleeding after of blepharochalasis correction, analyze the tactics and effectiveness of medical care provided, and the stages of patient recovery. **Methods.** anamnesis data, medical history, research data, consultations are analyzed, tactics of providing medical care in case of this condition and patient management in a 24-hour hospital are described, long-term treatment results are presented. **Results.** The chosen tactics of emergency care helped to avoid long-term complications and quickly achieve stabilization of the process. **Conclusion.** The presented clinical case demonstrates the importance for careful preparation of the patient for operations on the accessory apparatus of the eye, to the degree of compensation for concomitant somatic pathology, as well as the need to increase patient compliance.

Key words: *blepharochalasis, surgical treatment, bleeding, clinical case*

For citation: Chernova S.O., Chervonyak I.A. Postoperative complications of surgical treatment of blepharochalasis. Clinical cases in ophthalmology. 2025;2(9): 15–19. doi: 10.25276/2949-4494-2025-2-15-19
Corresponding author: Svetlana O. Chernova, chernova12so@gmail.com

© Чернова С.О., Червоняк И.А., 2025

CC BY 4.0

АКТУАЛЬНОСТЬ

Блефарохалязис (от греческого blepharochalasis — провисание век) — это нависание избыточной складки верхнего века на фоне атрофии кожи, которая перекрывает ресничный край, а иногда и часть глазничной щели у наружного угла глаза.

Причинами данного состояния могут являться:

• Инволюционные изменения век. С возрастом у пациентов нарастают проявления старческого эластоза и атрофические изменения кожных покровов, снижается тонус круговой мышцы глаза.

• Индивидуальные особенности строения кожи. Риску возникновения болезни подвержены лица со сниженной эластичностью кожных покровов.

• Длительный отек век различного генеза. К отеку век могут приводить такие состояния, как аллергическое поражение, иммунно-опосредованные заболевания, различные инфекционные заболевания глаз.

• Синдром Лаффера – Ашера. У лиц с этим генетическим синдромом помимо блефарохалазиса наблюдаются увеличение щитовидной железы и дубликатура слизистой оболочки верхней губы. Первые симптомы выявляются в переходном возрасте.

Метод коррекции блефарохалязиса — это хирургическое эстетическое устранение данного состояния. Техника проведения вмешательства стандартна и заключается в удалении излишков кожи, иногда требуется удаление жировых пакетов, может сочетаться с кантопластикой. Операция проводится под местной анестезией, время операции 1–1,5 ч [1, 2, 6, 7].

Осложнениями данной операции являются лагофтальм, синдром сухого глаза, редко — ретробульбарная гематома, кровотечение из операционной раны, диастаз тканей, гнойно-септические осложнения [3–5].

ЦЕЛЬ

Демонстрация клинического случая послеоперационного осложнения коррекции блефарохалязиса — массивное пульсирующее кровотечение из операционной раны. Анализ тактики и эффективности оказанной медицинской помощи, этапы восстановления пациента.

МЕТОДЫ

Проанализированы данные анамнеза, истории болезни, данные исследований, консультаций, описана тактика оказания медицинской помощи при возникновении данного состояния и ведение пациента в условиях круглосуточного стационара, представлены отдаленные результаты лечения.

Клинический случай

Пациентка В., 65 лет *(рис. 1)*, обратилась с жалобами на наличие нависающей кожной складки верхних век обоих глаз, которая значительно сужает обзор в верхней части поля зрения, мешает полноценно открыть глаза, создает эстетический дискомфорт. Кроме этого, отмечается заворот ресниц в сторону глазного яблока, покраснение глаз и периодическое рефлекторное слезотечение.

Из анамнеза известно, что складка кожи верхних век формировалась медленно, в течение длительного периода времени, закрывая постепенно глазную щель сверху снаружи. Пациентка получает анти-VEGF терапию по поводу влажной формы возрастной макулярной дегенерации (ВМД) левого глаза.

При проведении комплексного офтальмологического обследования выявлено: OU — глазная щель симметрично сужена за счет нависания кожной складки верхнего века с височной стороны. Кожная складка спускается ниже реберного края, прикрывает роговицу на 1 мм. Экскурсия верхнего века снижена, в наружной части глазной щели — заворот ресниц, происходит периодический контакт с конъюнктивой. Движение глаз в полном объеме. Конъюнктива глазного яблока бледно-розовая, отделяемого нет. Роговица гладкая, прозрачная. Передняя камера средней глубины, равномерная влага передней камеры прозрачная. Радужка субатрофичная, зрачок 3 мм в диаметре, округлой формы, реакция на свет ослаблена. Хрусталик — начальные корковые помутнения. Стекловидное тело прозрачное. Глазное дно: диск зрительного нерва бледно-розового цвета, контуры четкие, физиологическая экскавация, ангиосклероз, OD — в макулярной зоне диспигментация, на периферии без особенностей, OS — в макулярной зоне отек, на периферии без особенностей. Острота зрения OD=1,0, OS=0,02, не корригирует. Внутриглазное давление OD/OS — 16/16 мм рт.ст.

Диагноз — инволюционный блефарохалазис верхних век обоих глаз. ВМД обоих глаз, сухая форма правого глаза, экссудативная форма левого глаза, состояние на фоне антиангиогенного лечения (афлибирепт 2 мг 0,05 мл №5). Начальная катаракта обоих глаз. Гиперметропия средней степени обоих глаз.

Пациентке предложено оперативное лечение — хирургическое устранение блафарохалязиса верхних век обоих глаз. Она прошла стандартное предоперационное обследование, из представленных заключений обращал на себя внимание общий анализ крови *(табл.)*, а именно высокий уровень гемоглобина, эритроцитов, сниженный средний

объем эритроцитов (встречается на фоне приема препаратов, снижающих тромбообразование).

Заключение терапевта: Гипертоническая болезнь 2, артериальная гипертензия 0 риск 4. Назначения: периндоприла эрбумин 2 мг (Пернидоприл) 4 мг 1 раз в день утром, Ацетилсалициловая кислота + Магния гидроксид 75 мг+15,2 мг (кардиомагнил) 1 таблетка утром. Аллергические реакции на лекарственные препараты отрицает. За 10 дней до оперативного лечения лечащим врачом рекомендована отмена кардиомагнила (антиагрегантных) препаратов.

Рис. 1. Пациентка В. до операции

Предоперационный осмотр. Общее состояние удовлетворительное, артериальное давление (АД) — 130/75 мм рт.ст., частота сердечных сокращений — 75 уд/мин, частота дыхательных движений — 16. Кожные покровы чистые, розовые, обычной влажности.

Сделана разметка зоны операции, за 30 мин до операции внутримышечно введен раствор этамзилата 125 мг/мл 4 мл. Под местной анестезией (р-р 2% лидокаин + р-р адреналин 0,1% в разведении 1:100 000 по 3–4 мл в каждое веко) выполнена коррекция блефарохалязиса по классической методике: по разметке отсепарован и удален острыми ножницами кожный лоскут, электрокоагуляция ложа, операционная рана просушена, ушита непрерывным внутрикожным швом. Круговая мышца и тарзоорбитальная фасция не вскрыта. Операция прошла без особенностей. Наложена асептическая повязка. В послеоперационной палате наложена холодовая повязка.

Через 40 мин после операции пациентка пожаловалась на кровотечение из послеоперационной раны левого глаза, онемение века. При осмотре: массивное, пульсирующее кровотечение из кровеносных сосудов послеоперационной раны, нарастающая гематома тканей верхнего века левого глаза. Глазная щель полностью сомкнута, болезненна при пальпации.

При детальном расспросе пациентка отметила, что не отменила антиагреганты (кардиомагнил), как было рекомендовано на предварительной консультации, базовые гипотензивные препараты не приняла в день операции, о чем сознательно умолчала.

Пациентка экстренно взята в операционную, проведена ревизия послеоперационной раны: снят непрерывный внутрикожный шов, местный гемостаз тупфером с раствором этамзилата 125 мг/мл, кровоточащий сосуд взят на зажим,

Таблица

Данные общеклинического анализа крови пациентки В.

Показатель	Значение	Ед. изм.	Норма
Гематокрит	42,9	%	35,8–50,6
Гемоглобин	150	г/л	115–141
Коэф. больших тромбоцитов	32,4	%	17,2–46,3
Лейкоциты	6,07	109/л	3,89–9,23
СОЭ	4,0	Мм/ч	2–15
Средняя концентрация HGB в RBC (MCHC)	350	г/л	306–338
Среднее содержание HGB в RBC (MCH)	25,2	пг	27,7–34,5
Средний объем тромбоцитов (MPV)	10,9	фл	9,1–12,6
Средний объем эритроцитов (MCV)	80,8	фл	88–104
Тромбокрит (PCT)	0,32	%	0,1–0,4
Тромбоциты (PLT)	294	109/л	138–344
Ширина распределение тромбоцитов по объему (PDW)	14,1	фл	9,3–16,7
Ширина распределения RBC (RDW-CV)	13,9	%	11–15,6
Ширина распределения RBC (RDW-SD)	40,4	фл	35–52
Эритроциты RBC	5,31	1012/л	3,61–5,10

Рис. 2. Пациентка В. Второй день после операции: а) выраженный отек верхнего века левого глаза. Глазная щель полностью сомкнута, веко неподвижное; б) при пальпации веко болезненное мягкое. Периодически кровянистое отделяемое

Рис. 3. Пациентка В. на 3-й день после операции, уменьшение выраженности отека верхнего века левого глаза, глазная щель приоткрылась

прошит узловыми швами. На кожу наложено 8 узловых швов, установлен дренаж. Системная гемостатическая терапия: внутривенно раствор этамзилата 125 мг/мл 4 мл, аминокапроновая кислота однократно [1–3].

Осмотр терапевта: АД 160/80 мм рт.ст. Дальнейшее лечение проходило совместно с терапевтом. Контроль АД — каждый час в течение первых суток.

Местно назначена стандартная антибактериальная и противовоспалительная терапия. Системно получала антибактериальную (цефтриаксон 1,0 2 р/д) и гемостатическую терапию (р-р этамзилата 125 мг/мл 2 мл 2 р/д, транексам 500 мг 2 р/д), гипотензивную терапию: внутрь моксонидин 0,4 мг сублингвально при повышении АД, эналаприл 10 мг 2 р/д, глюканат кальция 50 мг 2 таблетки 3 р/д за 1 ч до еды и через 1 ч после еды. Назначена отмена кардиомагнила на 10 дней [3, 6, 7].

Эпизоды кровотечения при повышении АД из послеоперационной раны верхнего века левого глаза сохранялись 2 суток. За период наблюдения в стационаре АД держалось на уровне 120–140/75–85 мм рт.ст. Двукратно зафиксированы эпизоды повышения АД до 159/85 мм рт.ст.

Артериальное давление стало стабильным к вечеру 2-го дня, на 3-й день периодические кровотечения из послеоперационной раны левого глаза прекратились.

Осмотр проводился каждый день.

1-й день после операции *(рис. 2 а, б)*: выраженный отек мягких тканей верхнего века левого глаза за счет внутрикожной гематомы, кровянистое отделяемое по дренажу. Болезненность при пальпации. Движение глаза сохранено, зрение не ухудшилось.

3-й день после операции *(рис. 3)*: уменьшение выраженности отека верхнего века левого глаза, глазная щель приоткрылась, послеоперационная рана покрыта геморрагическими корочками, свежего кровянистого отделяемого нет. АД стабильное — 130/70 мм рт.ст. Выписана с рекомендациями: минимальная физическая активность, избегать наклонов корпуса и головы вниз, отказаться от горячих бань и ванн, принимать пищу и напитки теплыми.

Прием препаратов для стабилизации АД, назначенные терапевтом, —эналаприл 10 мг 2 р/д, периндоприл 1 р/д, контроль АД, при высоких цифрах АД принимать моксонидин 4 мг.

Продолжить прием Транексам 500 мг 2 р/д еще 3 дня и глюканат кальция 50 мг 2 таблетки 3 р/д за 1 ч до еды и через 1 ч после еды 1 месяц.

Через 1 неделю после операции *(рис. 4)*: при пальпации уплотнения под кожей век неподвижны. Кожа века спокойная, температура кожи нормальная. Отмечается остаточный отек века, птоз 4 мм, субконъюнктивальное кровоизлияние. Пациентка направлена на электрофорез с лидазой №10. После курса процедур уплотнений не отмечалось.

Через 2 недели после операции швы сняты, на кожу верхних век обоих глаз назначена мазь для рассасывания рубцов имофераза 2 р/д 1 месяц.

Контрольный осмотр через 1 месяц *(рис. 5)*.

На полное восстановление уйдет до 6–8 месяцев, так как кровоизлияние было массивное и сохраняется умеренный птоз как следствие кровоизлияния и сдавливания структур верхнего века.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Данная тактика оказания неотложной помощи, лечение совместно с терапевтом, контроль АД, проведенная физиотерапия, контроль пациента в динамике *(рис. 2–5)* помогли избежать отдаленных осложнений и быстро добиться стабилизации процесса.

Рис. 4. Пациентка В. на 7-й день после операции. Умеренная отечность верхнего века левого глаза, птоз, субконъюнктивальное кровоизлияние

Рис. 5. Пациентка В. через 1 месяц после операции

ВЫВОДЫ

Массивное пульсирующее кровотечение из операционной раны при коррекции блефарохалязиса является редким интра- и/или послеоперационным осложнением. Вероятность его развития выше у коморбидных пациентов с хронической сердечно-сосудистой патологией, патологией системы гемостаза. Представленный клинический случай демонстрирует важность внимания офтальмохирургов к тщательной подготовке пациента к операциям на придаточном аппарате глаза, несмотря на их малую инвазивность и отсутствие крупных кровеносных сосудов в области вмешательства, к сбору анамнеза, к степени компенсации сопутствующей патологии, а также необходимость повышать комплаентность пациентов. Отсутствие хорошей компенсации общесоматического состояния перед офтальмологическим хирургическим вмешательством может привести к осложнениям и продолжительному послеоперационному реабилитационному периоду.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Хреш П.С., Загельбаум Б.М., Кремерс С.Л. Офтальмохирургия. М.: Медицинская литература; 2020. [Hresh PS, Zagelbaum BM, Kremers SL. Ophthalmic surgery. Moscow: Meditsinskaya literature; 2020. (In Russ.)]
2. Мулдашев Э.Р., Кульбаев Н.Д., Нураева А.Б. и др. Пластическая офтальмохирургия. Пластика век, орбиты, анофтальмический синдром. Регенеративная медицина. Уфа: ГУП «Государственное республиканское издательство «Башкортостан»; 2014. С. 77–137. [Muldashev ER, Kulbaev ND, Nuraeva AB, et al. Plastic ophthalmic surgery. Eyelid surgery, orbits, anophthalmic syndrome. Regenerative medicine. Ufa: GUP «Gosudarstvennoe respublikanskoe izdatel'stvo «Bashkortostan»; 2014. P. 77–137. (In Russ.)]
3. Грищенко С.В. Эстетическая хирургия возрастных изменений век. М.; 2007. [Grishchenko SV. Aesthetic surgery of age-related eyelid changes. Moscow; 2007. (In Russ.)]
4. Хаппе В. Офтальмология. Под ред. Амирова А.Н. М.: МЕДпресс-информ; 2004. [Happe V. Ophthalmology. Moscow: MEDpress-inform; 2004. (In Russ.)]
5. Bergin DJ, McCord CD, Berger T, Friedberg H, Waterhouse W. Blepharochalasis. Br J Ophthalmol. 1988;72(11): 863–867.
6. Wolfort FG, Poblete JV. Ptosis after blepharoplasty. Ann Plast Surg. 1995;34(3): 264–266. doi: 10.1097/00000637-199503000-00007
7. Zhou J, Ding J, Li D. Blepharocholasis: clinical and epidemiological characteristics, surgical strategy and prognosis – a retrospective cohort study with 93 cases. BMC Ophthalmol. 2021;21: 313. doi: 10.1186/s12886-021-02049-4

Информация об авторах
Светлана Олеговна Чернова, врач-офтальмолог, chernova12so@gmail.com, https://orcid.org/0009-0003-8636-6467
Ирина Александровна Червоняк, к.м.н., врач-офтальмолог, главный врач, chervonyakirina@mail.ru

Финансирование: Авторы не получали конкретный грант на это исследование от какого-либо финансирующего агентства в государственном, коммерческом и некоммерческом секторах.
Согласие пациента на публикацию: Получено.
Конфликт интересов: Отсутствует.

Поступила: 06.02.2025
Переработана: 06.05.2025
Принята к печати: 20.05.2025