Пластическая хирургия и эстетическая медицина
2026, №4, вып. 2, с. 9–12
https://doi.org/10.17116/plast.hirurgia20260429
URL: https://www.mediasphera.ru/issues/plasticheskaya-khirurgiya-i-esteticheskaya-meditsina/2026/4-2/1268673462026022009

Plastic Surgery and Aesthetic Medicine
2026, no 4, issue 2, pp. 9–12

Выбор хирургической тактики при птозе верхнего века: типичные ошибки и алгоритм их предотвращения

© Ольга Станиславовна Громова[1, 3], Ирина Анатольевна Филатова[2], Наталья Евгеньевна Мантурова[1, 3]

[1]ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия;
[2]ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр глазных болезней им. Гельмгольца» Минздрава России, Москва, Россия;
[3]АО «Институт пластической хирургии и косметологии», Москва, Россия

РЕЗЮМЕ
Хирургическая коррекция птоза верхнего века остается сложной задачей офтальмопластической хирургии, где ведущей причиной неудовлетворительных исходов является неверный выбор метода вмешательства. В исследование включены 112 пациентов, среди которых 34 (30,4%) ранее были оперированы в других медицинских учреждениях и поступили для ревизионных вмешательств. Анализ показал, что тактические ошибки сводились к двум ключевым несоответствиям: выполнению апоневротической пластики или резекции леватора у пациентов с врожденным миогенным птозом и низкой функцией мышцы, а также назначению подвески при апоневротическом птозе с сохранной функцией мышцы. Дополнительные причины неудач включали использование коньюнктивального доступа при отрицательной пробе с фенилэфрином и операции при нераспознанном псевдоптозе. Все пациенты группы «исправления ошибок» были успешно прооперированы повторно. Результаты подтверждают, что строгая диагностика, количественная оценка функции мышцы, интерпретация фармакологической пробы и прогнозирование реакции контралатерального века являются ключевыми условиями правильного выбора метода и снижения частоты осложнений.

Ключевые слова: *птоз верхнего века, хирургическая коррекция, фронтальная подвеска, тактические ошибки, офтальмология.*

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:
Громова О.С. — https://orcid.org/0000-0003-0380-8737
Филатова И.А. — https://orcid.org/0000-0002-5930-117X
Мантурова Н.Е. — https://orcid.org/0000-0003-4281-1947
Автор, ответственный за переписку: Громова Ольга Станиславовна — e-mail: okodoc92@mail.ru

КАК ЦИТИРОВАТЬ:
Громова О.С., Филатова И.А., Мантурова Н.Е. Выбор хирургической тактики при птозе верхнего века: типичные ошибки и алгоритм их предотвращения. *Пластическая хирургия и эстетическая медицина*. 2026;4-2:9–12.
https://doi.org/10.17116/plast.hirurgia20260429

Surgical approach for upper eyelid ptosis: typical errors and algorithm for their prevention

© O.S. Gromova[1, 3], I.A. Filatova[2], N.E. Manturova[1, 3]

[1]Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia;
[2]Helmholtz National Research Center of Eye Diseases, Moscow, Russia;
[3]Institute of Plastic Surgery and Cosmetology, Moscow, Russia

ABSTRACT
Surgical correction of upper eyelid ptosis is still a complex challenge in oculoplastic surgery with inappropriate surgical technique as the primary cause of unsatisfactory outcomes. This study included 112 patients, 34 (30.4%) of whom previously underwent surgery in other hospitals and presented for revision procedures. Analysis revealed that tactical errors implied two key mismatches: aponeurotic repair or levator resection in patients with congenital myogenic ptosis and poor levator function, as well as suspension procedure (sling) in case of aponeurotic ptosis where levator function remained intact. Other causes of failure included conjunctival approach in patients with negative phenylephrine test and surgery in patients with unrecognized false ptosis. All patients in the revision group underwent successful redo procedure. Our findings confirm that rigorous diagnostic assessment, quantitative evaluation of levator function, accurate interpretation of pharmacological testing and prediction of contralateral eyelid response are essential prerequisites for correct surgical approach with minimal incidence of complications.

Keywords: *upper eyelid ptosis, surgical correction, frontal suspension (sling), tactical errors, ophthalmology.*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:
Gromova O.S. — https://orcid.org/0000-0003-0380-8737
Filatova I.A. — https://orcid.org/0000-0002-5930-117X
Manturova N.E. — https://orcid.org/0000-0003-4281-1947
Corresponding author: Gromova O.S. — e-mail: okodoc92@mail.ru

TO CITE THIS ARTICLE:
Gromova O.S., Filatova I.A., Manturova N.E. Surgical approach for upper eyelid ptosis: typical errors and algorithm for their prevention. *Plastic Surgery and Aesthetic Medicine.* 2026;4-2:9–12. (In Russ.). https://doi.org/10.17116/plast.hirurgia20260429

Введение

Хирургическая коррекция птоза верхнего века остается одной из наиболее сложных задач офтальмопластической хирургии. В большинстве случаев неудовлетворительные исходы связаны не с техникой операции, а с изначально неверным выбором метода. Ошибка возникает на этапе предоперационной диагностики и планирования, когда выбранная методика не соответствует этиологии птоза и функции мышцы, поднимающей верхнее веко. Наиболее типичными причинами являются смешение врожденного и приобретенного птоза, неправильная количественная оценка функции мышцы, поднимающей верхнее веко, игнорирование пробы с фенилэфрином, выбор метода при нераспознанном псевдоптозе. Наиболее частыми тактическими промахами становятся два противоположных сценария: 1) применение фронтальной фиксации у пациентов с сохранной функцией мышцы, поднимающей верхнее веко, когда показана резекция или пластика леватора; 2) выбор пластики или резекции леватора у пациентов с крайне низкой функцией мышцы, когда изначально показана подвешивающая операция.

Цель исследования — анализ частоты и характера ошибок выбора метода хирургической коррекции птоза верхнего века в клинической серии, описание их последствий и формулировка последовательности действий, позволяющей снизить риск подобных ошибок.

Материал и методы

В исследование включены 112 пациентов (75 (67%) женщин и 37 (33%) мужчин), прооперированных по поводу птоза верхнего века. Из них 34 (30,4%) пациента ранее уже перенесли операции в других медицинских учреждениях, при этом первичные медицинские документы в большинстве случаев не были предоставлены. Эти наблюдения составили группу повторных операций, в данной группе нами выполнялись ревизионные и реконструктивные вмешательства, направленные на устранение последствий неверного выбора метода. Этиологическое распределение было следующим: врожденный миогенный птоз — 58% случаев, врожденный нейрогенный и синкинетический птоз — 9% случаев, приобретенный апоневротический птоз — 17% случаев, приобретенные нейрогенные, миогенные, механические, травматические и рубцовые формы птоза — 16% случаев.

Функция мышцы, поднимающей верхнее веко, при стандартизированном измерении распределилась следующим образом: хорошая — 12% случаев, пограничная — 21% случаев, низкая — 67% случаев.

Для коррекции птоза применяли все основные методики: через конъюнктивальный доступ с резекцией мышцы Мюллера — 6% случаев, пластика апоневроза леватора — 21% случаев, резекция леватора через внешний доступ — 18% случаев, фронтальная фиксация (подвеска) — 55% случаев.

Ошибкой тактического выбора считалось использование метода, не соответствующего этиологии и функции мышцы, поднимающей верхнее веко, либо игнорирование отрицательной пробы с фенилэфрином при планировании вмешательства через конъюнктивальный доступ.

Результаты

Повторные операции потребовались 34 (30,4%) пациентам. Из всей когорты доля реопераций из-за неверного выбора вмешательства на леваторе при врожденном миогенном птозе составила 19,6%, из-за ошибочной подвески при апоневротическом птозе — 8,0%, отсроченные ревизии детских подвесок — 2,7% случаев.

Ранний послеоперационный лагофтальм имел место у 13% глаз, он носил транзиторный характер и регрессировал в течение 2—4 нед. Жалобы на сухость глаза наблюдали у 12% глаз, они разрешались в течение 1 мес на фоне инстилляций слезозаменителей. Клинически значимая асимметрия зарегистрирована у 8% глаз. Инфекционные осложнения после подвесок отмечены в 2% случаев, успешное лечение при этом достигалось только после полного удаления подвесочного материала.

Сравнение частоты апоневротических птозов (17%) и частоты выполненных пластик или резекций леватора (39%) показало наличие избыточного применения данных методик, что подтверждает случаи предоперационной диагностической ошибки.

На основании результатов исследования предлагается следующий алгоритм выбора метода хирургической коррекции птоза верхнего века

Шаг 1. Это истинный птоз или псевдоптоз?

Если у пациента выявляются дерматохалязис, опущение брови, энофтальм или гипотропия, речь

идет о псевдоптозе. В этой ситуации хирургия века не показана, необходимо устранить первопричину. Если подобных факторов нет, диагноз соответствует истинному птозу, переход к следующему шагу.

Шаг 2. Птоз врожденный или приобретенный?

Если птоз возник с рождения, определяется его подтип: миогенный, нейрогенный или синкинетический (jaw-winking). Если птоз приобретенный, устанавливается его характер: апоневротический, нейрогенный, миогенный, механический, травматический или рубцовый.

Шаг 3. Оценка функции мышцы, поднимающей верхнее веко.

Измеряется амплитуда движения века при фиксированной брови.

— При низкой функции (<4 мм) операция на леваторе нецелесообразна, основной метод — фронтальная подвеска.
— При пограничной функции (4—7 мм) выбор зависит от функции леватора на парном здоровом глазу: при подвижности здорового века в пределах 10—15 мм стоит выполнить резекцию леватора, при значительном отличии в функции верхнего века (подвижность здорового века 15—20 мм) предпочтительна подвешивающая операция.
— При хорошей функции (⩾8 мм) в случае врожденного миогенного птоза целесообразны операции на леваторе — резекция или пластика, в случае приобретенного апоневротического птоза целесообразна пластика апоневроза леватора.

Шаг 4. Особенности врожденного птоза.

Если обнаружен феномен Маркуса—Гунна (jaw-winking), показано иссечение леватора с последующей фронтальной фиксацией при выраженной ампитуде синкинеза, при минимальном синкинезе и выраженном птозе целесообразна резекция леватора. Вопрос следует решать индивидуально и в случае минимального птоза и синкинеза стоит отказаться от хирургического вмешательства.

Шаг 5. Особенности приобретенного птоза.

Апоневротический птоз при сохранной функции мышцы требует резекции или пластики апоневроза леватора. Ошибкой будет выполнение подвески. При нейрогенных и миогенных формах птоза коррекция века допустима только после стабилизации основного заболевания. При механических, травматических и рубцовых формах птоза сначала устраняется причина механического ограничения и только затем проводится коррекция века. При низкой функции мышцы (<4 мм) у пациента с приобретенным птозом необходимо исключить ошибку диагностики (врожденный миогенный вариант), так как простая апоневротическая пластика окажется неэффективной.

Шаг 6. Легкий птоз и проба с фенилэфрином.

Если маржинальная рефлекторная дистанция снижена на 1—2 мм и требуется подъем не более 2 мм, проводится проба с фенилэфрином. При положительном ответе допустимо выполнение коррекции через конъюнктивальный доступ с резекцией мышцы Мюллера. Если проба отрицательная или необходим больший подъем, данная методика противопоказана.

Шаг 7. Финальная проверка безопасности.

Перед окончательным выбором метода хирург оценивает возможность полного смыкания век и состояние глазной поверхности, в том числе выраженность феномена Белла. Если есть риск лагофтальма с угрозой роговице, целевая позиция века должна быть пересмотрена.

Обсуждение

Анализ полученных данных показывает, что основной причиной неудовлетворительных исходов при хирургии птоза верхнего века является несоответствие метода реальной клинической ситуации. Врожденный миогенный птоз при низкой функции мышцы требует фронтальной фиксации, тогда как попытка выполнения пластики или резекции леватора предсказуемо приводит к недокоррекции и повторным вмешательствам. Приобретенный апоневротический птоз при сохранной функции мышцы требует резекции или пластики апоневроза леватора, тогда как подвеска у этих пациентов ведет к ограничению подвижности века, лагофтальму и необходимости последующей коррекции.

Коррекция через конъюнктивальный доступ с резекцией мышцы Мюллера показана при легкой степени птоза и положительном ответе на пробу с фенилэфрином. Применение метода при отрицательной пробе закономерно ведет к недокоррекции.

Отдельного внимания требует исключение псевдоптоза: при дерматохалязисе или птозе брови вмешательство на веке не устраняет причину жалоб

и приводит к неудовлетворенности результатом. Важным остается и прогнозирование реакции второго века в соответствии с законом Херинга, что позволяет предупредить позднюю асимметрию.

Технические погрешности, особенно при подвесках, также вносят вклад в осложнения. Использование жестких материалов, таких как «леска» или грубые синтетические нити, неправильная фиксация в мягких тканях вместо тарзальной пластинки и миграция подвесочного материала приводят к рубцеванию и инфекционным осложнениям. Радикальное удаление инородных элементов подвески, особенно при ее инфицировании, является обязательным условием успешного лечения.

Заключение

В серии из 112 пациентов, прооперированных по поводу птоза верхнего века, главной причиной повторных операций и неудовлетворительных исходов стали ошибки предоперационной диагностики и тактического выбора метода. Наиболее характерными промахами были пластика или резекция левато-ра у пациентов с врожденным миогенным птозом и низкой функцией мышцы, поднимающей верхнее веко, и подвеска у пациентов с приобретенным апоневротическим птозом и сохранной функцией мышцы, поднимающей верхнее веко. Дополнительные источники неудач включали использование конъюнктивального доступа при отрицательной пробе с фенилэфрином и операции при нераспознанном псевдоптозе.

Снижение частоты подобных ошибок возможно только при последовательной диагностике, включающей четкую классификацию птоза по этиологии, количественную оценку функции мышцы, фиксацию исходной и целевой позиции века, правильную интерпретацию фармакологической пробы, исключение псевдоптоза и моделирование реакции контралатерального века. Такая системная тактика позволяет повысить предсказуемость результата, уменьшить число осложнений и улучшить удовлетворенность пациентов исходом лечения.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Funding. The study had no sponsorship.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare no conflicts of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Громова О.С., Мантурова Н.Е., Журкина М.П. Сравнительный анализ материалов, используемых в хирургии птоза верхнего века. *Пластическая хирургия и эстетическая медицина*. 2024;(4-2):67-71.
Gromova OS, Manturova NE, Zhurkina MP. Comparison of materials used in upper eyelid ptosis surgery. *Plastic Surgery and Aesthetic Medicine*. 2024;(4-2):67-71. (In Russ., In Engl.).
https://doi.org/10.17116/plast.hirurgia202404267

2. Громова О.С., Филатова И.А., Мантурова Н.Е. Персонализированное планирование коррекции птоза верхнего века: расчетная модель на основе анатомо-функциональных параметров. *Пластическая хирургия и эстетическая медицина*. 2025;(2-2):35-40.
Gromova OS, Filatova IA, Manturova NE. Personalized planning of upper eyelid ptosis correction: a model based on anatomical and functional parameters. *Plastic Surgery and Aesthetic Medicine*. 2025;(2-2):35-40. (In Russ., In Engl.).
https://doi.org/10.17116/plast.hirurgia202502235

3. Катаев М.Г., Бирюкова Ю.Е. Исходы операций подвешивающего типа при птозе верхнего века с использованием различных материалов. *Современные технологии в офтальмологии*. 2016;3:102-105.
Kataev MG, Biryukova YuE. Iskhody operatsij podveshivayushchego tipa pri ptoze verkhnego veka s ispol'zovaniem razlichnykh materialov. *Sovremennye tekhnologii v oftal'mologii*. 2016;3:102-105. (In Russ.).

4. Филатова И.А., Шеметов С.А. Анализ осложнений из-за неверной тактики хирургического лечения птоза верхнего века. *Российская педиатрическая офтальмология*. 2016;11(2):89-92.
Filatova IA, Shemetov SA. The analysis of complications due to the erroneous strategy of the surgical treatment of the upper lid ptosis. *Russian Pediatric Ophthalmology*. 2016;11(2):89-92. (In Russ.).
https://doi.org/10.18821/1993-1859-2016-11-2-89-92

5. Филатова И.А., Кондратьева Ю.П., Шеметов С.А., Трефилова М.С. Новый метод диагностики при птозе верхнего века. *Офтальмология*. 2023;20(3):502-507.
Filatova IA, Kondratieva YuP, Shemetov SA, Trefilova MS. A New Diagnostic Method for Ptosis of the Upper Eyelid. *Ophthalmology in Russia*. 2023;20(3):502-507. (In Russ.).
https://doi.org/10.18008/1816-5095-2023-3-502-507

6. AboZaid EM, Bauomy HM, Abul Naga A-BF. Evaluation of Maximum Levator Resection in Correction of Blepharoptosis with Poor Levator Function. *Al-Azhar International Medical Journal*. 2024;5(8):33.
https://doi.org/10.58675/2682-339X.2609

7. Crum AV, Gensure RH. *Congenital Ptosis*. In: Servat JJ, Black EH, Nesi FA, Gladstone GJ, Calvano CJ, eds. Smith and Nesi's Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery. Cham: Springer; 2021.
https://doi.org/10.1007/978-3-030-41720-8_14

Поступила 09.10.2025
Received 09.10.2025
Принята к печати 02.06.2026
Accepted 02.06.2026