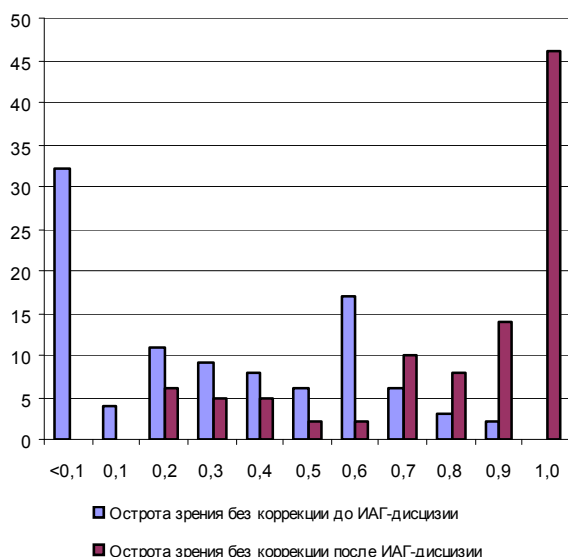


линейной, крестообразной или круговой методик. Параметры излучения: 3-55 импульса мощностью 0,5-1,2 мДж.

Обратил на себя внимание тот факт, что биомикроскопически определяемые как полупрозрачные, и тонкие мембраны, и задние капсулы часто оказывались значительно более лазеропрозрачными чем капсулы, которые выглядят мутными и толстыми.

Все пациенты перенесли лазерное лечение хорошо, случаев реактивного увеита, гипертензии и повреждения оптической части ИОЛ не было.

Повышение остроты зрения в результате лазерной дисцизии произошло во всех 98 случаях, минимально на 0,2, максимально на 0,7 в зависимости от исходного состояния сетчатки, зрительного нерва и стекловидного тела.



Послеоперационное лечение: Дикло-Ф и ципромед по 1 капле 4 раза в день 7 дней.

### Заключение

Таким образом, лазерная дисцизия вторичной катаракты у детей, выполняемая на Nd: YAG офтальмологической системе модели 3000 LE, остается наиболее эффективным, в абсолютном большинстве случаев, методом удаления вторичной катаракты, предупреждает инвалидность и способствует социальной реабилитации.

### Список использованной литературы:

1. Тахчиди Х.П., Егорова Э.В., Толчинская А.И. Интраокулярная коррекция в хирургии осложненной катаракты. – М., 2004. – С.143.

2. Боброва Н.Ф., Хмарук А.Н. Закономерности помутнения задней капсулы хрусталика после факоаспирации различных форм врожденных катаракт у детей различного возраста // Вестник ОГУ. – 2004. – С.70-72.
3. Егорова Э.В., Иошин И.Э., Касимова Д.П. Новые технологии в профилактике помутнения задней капсулы при экстракции осложненной катаракты с имплантацией ИОЛ // Современные технологии хирургии катаракты: Сб. статей по материалам науч.-практич. конф. – М., 2002. – С.84-89.
4. Егорова Э.В., Иошин И.Э., Толчинская А.И. и др. Новый внутриглазной имплантат в профилактике вторичных помутнений капсулы хрусталика // Современные проблемы офтальмологии: Сб. науч.-практич. конф. – Иркутск, 1998. – С.178-179.
5. Зубарева Л.Н. Интраокулярная коррекция в хирургии катаракты у детей: Автореф. дис. докт. мед. наук. – М., 1993. – 50с.
6. Зубарева Л.Н., Хватов В.Н., Вильшанская О.Э. Помутнение задней капсулы хрусталика и его лечение у детей с афакией и артефакцией // Офтальмологический журнал. – 1993. – №2. – С.98-101.
7. Семенов А.Д., Магарамов Д.А., Крыль Л.А. ИАГ – лазерная хирургия вторичной катаракты, полурассосавшейся катаракты и зрачковой мембраны. – Методич. рекомендации. – М., 1989. – С.4-5.

**Канюков В.Н., Корнеев Г.И., Корнеева Е.А.**  
Оренбургский филиал «МНТК  
«Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н.  
Федорова Росмедтехнологии»

## ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ИЗМЕНЕНИЙ МЕДИАЛЬНОГО УГЛА ГЛАЗНОЙ ЩЕЛИ С УЧЕТОМ ВОЗРАСТНЫХ И МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЭПИКАНТУСА

**В работе отражены данные гистологического исследования кусочков кожи эпикантальной складки, удаленных методом щадящей эпикантопластики по В.Н. Канюкову.**

### Актуальность

**Эпикантус** (epicanthus: греч. еpi – над; kanthos – угол глаза) – вертикальная складка кожи полулунной формы между верхним и нижним веками, прикрывающая внутренний угол глазной щели и изменяющая ее форму.

Частота эпикантуса в значительной степени определяется расовой принадлежностью: в азиатской группе колеблется от 40% до 90%, в других расовых группах от 2% до 5% (Jung I. Park, 2000 г.). Причины, ведущие к развитию данной патологии многочисленные. Эпикантусы могут иметь физиологическое происхождение – преимущественно у представителей мон-

голоидной и австрало-негроидной рас; возникнуть как выраженный порок развития; иметь посттравматическое происхождение в результате рубцовых изменений век. По клинко-анатомическому характеру эпикантальная складка может иметь прямое и обратное расположение в зависимости от локализации ее основания. Размер кожной складки может варьировать. При ширине больше 4-5 мм может прикрывать слезное мяско, слезные точки и даже доходить до роговицы.

Также имеется зарубежная классификация, разработанная Duke-Elder, 1952 (Рис. 4, цветная вкладка):

- Ш Е.Supraciliaris;
- Ш Е.Tarsalis;
- Ш Е.Palpebralis;
- Ш Е.Inversus

Врожденный эпикантус может сочетаться с птозом, косоглазием и другой патологией (Рис. 1, 2, 3, цветная вкладка). При такой патологии первым этапом производилось устранение складки медиального угла, что, например, давало возможность оценить угол косоглазия в полном объеме. В последующем поэтапно выполнялась коррекция других изменений.

Лечение данной патологии только оперативное. Разработки в этой области ведутся еще с 50-х годов 20 века, когда предлагались различные виды оперативного лечения, модификация которых проводятся и в настоящее время. Тем не менее, в 25% – 60% случаев возможно развитие вторичной деформации в зоне оперативного вмешательства, связанного с образованием грубого рубца.

Все указанные аспекты этиопатогенеза, разнообразие клинического течения эпикантусов, развитие возможных осложнений требуют совершенствования хирургических методик их лечения с учетом не только особенностей клинических проявлений патологии, но и возрастных морфологических изменений в неправильно сформированной кожной складке глазной щели.

### **Цель**

Целью работы явилось изучение гистоструктуры эпикантусов у пациентов детского возраста (от 1 года до 14 лет) с применением щадящей эпикантопластики.

### **Материал и методы**

У 20 пациентов, которые поступали в ОФ ФГУ МНТК «Микрохирургия глаза» с различными видами эпикантуса, в возрасте от 1 года и до 14 лет, обследовались на зрительные функции, выполнялись измерения длины, толщины и ширины эпикантуса. В дальнейшем, после тщательной подготовки, сбора анамнестических данных, выполнялось оперативное вмешательство по разработанной технологии проф. В.Н. Канюковым (1994 г.). Выбор оперативного вмешательства проводился с учетом классификации эпикантусов, предложенной Duke-Elder, 1952 (Рис. 5, цветная вкладка). Выбор размера, формы и расположение хирургического разреза проводились с учетом возраста пациента и анатомического состояния эпикантуса.

Операция проводилась следующим образом:

Первым этапом выполнялось нанесение разметки с помощью пинцета для локализации эпикантуса.

Вторым этапом иссекалась кожная складка непосредственно по ее границе (по данным разметки) с носовой стороны и со стороны внутреннего угла глазной щели, соединяя данные разрезы вверх и вниз. Кожная складка отсепаровывалась, на рану накладывались узловые швы, количество которых зависело от размера раневой поверхности. В дальнейшем проводилась обработка раны раствором бриллиантовой зелени с последующим наложением асептической повязки.

В послеоперационном периоде назначались инстилляции растворов антибактериальных средств в конъюнктивальную полость (таких, как ципромед, левомицетин, тобрекс) и обработки послеоперационной раны 2 раза в день раствором Бриллиантовой зелени.

Во всех случаях операционные раны заживали первичным натяжением. Было отмечено, что у больных до 10-летнего возраста заживление происходило быстрее, что позволяло снимать швы в более короткие послеоперационные сроки.

Наблюдение пациентов производилось в сроки от 1 мес. до 3 лет. Во всех случаях был достигнут планируемый косметический эффект.

Все удаленные эпикантусы подвергались морфологическому исследованию. Материал фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина с последующим изготовлением серийных гистологических парафиновых срезов. Срезы окрашивались гематоксилином и эози-

ном, пикрофуксином на волокнистые структуры, азур-2-эозином. Для выявления кислых и нейтральных мукополисахаридов применялись гистохимические реакции с альциановым синим и ставилась ШИК-реакция.

С общебиологических позиций выявленные морфологические изменения указывали, что эпикантусы являются пороком развития кожи с неправильным формированием структур эпидермиса и дермы. Менялось количество эпителиальных слоев с их уменьшением и истончением эпидермиса, или активной пролиферации базальных слоев эпителия с образованием глубоких акантотических или папилломатозных разрастаний (Рис. 5, 6, 7, цветная вкладка). Нарушалось ороговение эпидермиса с образованием роговых кист и пробок.

Другой особенностью строения эпикантуса являлось избыточное и неравномерное содержание придатков кожи: саленных желез и волосяных фолликулов и их беспорядочное расположение (рис. 8, цветная вкладка). Сальные железы отличались повышенной функциональной активностью.

Стромальный компонент во многих эпикантусах отличался неоднородностью. Чаше коллагеновые и эластические волокна располагались беспорядочно с явлениями фрагментации и образованием пучков различной толщины. Мезенхимальный состав представлен в основном кислыми мукополисахаридами, в особенности у детей до 10-летнего возраста.

Было установлено, что морфологические изменения в эпикантусах, нарушение тканевой дифференцировки в значительной степени определялись возрастом пациента, длительностью заболевания.

У детей до 5 лет преобладали пролиферативные процессы в эпидермисе, нарушение формирования волокнистого каркаса и мукополисахаридного состава дермы. В старших возрастных группах возрастали процессы дискератоза эпидермиса, активный рост придаток кожи.

### **Заключение**

Морфофункциональные состояния эпикантусов в значительной степени определяются возрастом больного, длительностью существования порока развития кожи. Эти особенности необходимо учитывать при их хирургическом лечении.

Разработанный в ОФ ФГУ МНТК «Микрохирургия глаза» метод эпикантопластики является щадящим, сохраняет анатомо-морфологические параметры оперируемого участка, дает хороший косметический эффект с сохранением функциональности данной зоны, сокращает период послеоперационной реабилитации.

### **Список использованной литературы:**

1. С.В. Грищенко «Эстетическая хирургия возрастных изменений век», Москва, «Медицина». – 2007. – 216 с.
2. А. Каллахан Хирургия глазных болезней, Государственное издательство медицинской литературы, Москва. – 1963. – С. 13-18.
3. И.И. Иванова, В.Н. Канюков «Новый подход к микрохирургии эпикантуса», материалы конференции, №3. – 1994. – С. 54-55.
4. И.И. Иванова, В.Н. Канюков «Схема комплексного лечения больных с нарушением формы глазной щели», сборник материалов конференции, №4. – 1995. – С. 32-33.
5. С.С. Johnson "Epicanthus and Epiblepharon", Arch Ophthalmol, Vol. 96. – 1978. – P. 1030-1033
6. So-Ki Yi, Hye-Won Paik, Paik-Kwon Lee, Deuk-Young Oh et al. "Simple Epicanthoplasty with Minimal Scar", Aesthetic Plastic Surgery, 31. – 2007. – P. 350-353.
7. Yoonho Lee, Euitae Lee, Woon Jin Park "Anchor Epicanthoplasty combined with out-fold type double eyelidplasty for Asian: Do we have to make an additional scar to correct the Asian Epicanthal fold?", Ophtalmic Plastic and Reconstr Surgery, Vol. 18, №1. – 2002. – P.1872-1880.
8. A. Fuente del Campo "A simple procedure for aesthetic correction of the medial epicanthal fold", Aesth. Plastic Surg, 21. – 1997. – P. 381.
9. M.T. Yen, D.R. Gordan, R.L. Anderson "No-Scar Asian Epicanthoplasty", Plastic and Reconstr Surg, Vol. 110, №1. – 2002. – P. 40-44.

**Канюков В.Н., Королихин Ф.С.,  
Скойбеда И.Е., Болотников В.Н.  
Оренбургский филиал ФГУ «МНТК  
«Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н.  
Федорова Росмедтехнологии»**

## **ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ТОШНОТА И РВОТА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ДЛЯ АНЕСТЕЗИИ КОМБИНАЦИИ КЕТАМИНА И ПРОПОФОЛА**

**В данной статье приведены сравнительные результаты эметогенной активности комбинации внутривенных анестетиков кетамин и пропофол с моноанестезией кетамином в офтальмохирургической практике у детей.**

### **Актуальность**

Частым побочным эффектом анестезии являются послеоперационная тошнота и рвота.