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 образование глубоких акантотических или папиломатозных 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: сальных 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. Чаще 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. Гришенко «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. C.C. 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., Скойбедо 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 кетамина и пропофола с моноанестезией кетамином в офтальмохирургической практике у детей.

Актуальность

Частым побочным эффектом анестезии являются послеоперационная тошнота и рвота.

Частота ее составляет до 20-30%. Наиболее часто послеоперационная тошнота и рвота бывает после ингаляционных видов анестезий. Внутривенные анестетики обладают различной эметогенной активностью и по степени ее убывания располагаются в следующем порядке -этамидат, кетамин, метогекситал, тиопентал, пропофол. Максимальный эметогенный эффект у этамидата и минимальный у пропофола.

По сравнению с использованием только ингаляционных или только внутривенных анестетиков использование комбинации закиси азота, опиоида и миорелаксанта вызывает более высокую частоту тошноты и рвоты.

Рвота, кроме прочих нежелательных эффектов, вызывает повышение внутричерепного и внутриглазного давления.

Рвота чаще встречается у детей, чем у взрослых. Пик частоты послеоперационной рвоты достигается в возрасте 11-14 лет. Характер оперативного вмешательства влияет на частоту рвоты независимо от применяемой методики анестезии. У детей высокая частота послеоперационной тошноты и рвоты наблюдается после хирургического лечения косоглазия, после орхидопексии, отопластики, тонзилэктомии.

Кетамин является самым «полноценным» из неингаляционных анестетиков, так как обладает свойствами вызывать утрату сознания, анальгезию и амнезию. Благодаря этому он нашел широкое применение в педиатрической практике. Вместе с тем известны его отрицательные психосоматические эффекты и высокий потенциал послеоперационной тошноты и рвоты.

Появившийся в конце прошлого века внутривенный анестетик пропофол имеет четкие фармакологические и фармакодинамические характеристики, обладает мощным гипнотическим и минимальным эметогенным действием.

Применение этих двух неингаляционных анестетиков в ряде случаев позволяет нивелировать отрицательные эффекты друг друга, при сохранении положительных.

Цель

Сравнение эметогенной активности комбинации внутривенных анестетиков кетамина и пропофола с моноанестезией кетамином в офтальмохирургической практике у детей.

Материал и методы

Нами обследован 31 ребенок в возрасте от 3-х до 14-ти лет, находившихся на оперативном лечении в Оренбургском филиале ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова Росмедтехнологии» по поводу врожденной катаракты, миопии, птоза. Хирургическая коррекция стробизма была исключена из наблюдений как операция, таящая сама в себе высокий потенциал послеоперационной рвоты. Для проведения оперативных вмешательств было произведено следующее анестезиологическое пособие.

Премедикация у всех детей была стандартной и включала в себя холинолитик (атропин 0,01 мг/кг), наркотический анальгетик (промедол 0,2– 0,3 мг/кг в/м или фентанил 1-2 мг/кг в/в) и атарактик (дормикум 0,1 мг/кг).

Детям в возрасте до 9 лет премедикация вводилась внутримышечно, старше 9 лет – внутривенно.

Анестезию у детей до 9 лет осуществляли внутримышечным введением кетамина в дозе 2 мг/кг и внутривенным введением диприванa (пропофола) в дозе 1 мг/кг.

Анестезия у детей старше 9 лет производилась внутривенным введением кетамина в дозе 1 мг/кг и диприванa в дозе 1 мг/кг.

Поддержание анестезии осуществлялось постоянной внутривенной инфузией диприванa со скоростью 8 мг/кг/ч и болюсным внутривенным введением кетамина в дозе 0,5-1 мг/кг через 20-30 минут.

Течение анестезии во всех случаях было гладкое, без осложнений.

В послеоперационном периоде отслеживали наличие тошноты и рвоты сразу после пробуждения, через 2 часа после пробуждения и через 24 часа после оперативного вмешательства. Выявлено 3 случая тошноты (9,7%) и 3 случая рвоты (9,7%). При этом отмечено, что тошнота появлялась не ранее чем через 2 часа после пробуждения, а случаи рвоты наблюдались в период 6-11 часов после пробуждения. Эпизоды тошноты были легкими, рвота однократной после приема пищи. Все случаи тошноты и рвоты исчезли самостоятельно без лечения.

Полученные показатели были сравнены нами с показателями частоты послеоперационной тошноты и рвоты при применении одного лишь кетамина по литературным данным. По

данным различных авторов (1, 2, 3, 4, 5, 6) применение одного кетамина без комбинации с другими анестетиками вызывает в послеоперационном периоде тошноту от 20 до 30% случаев, а рвоту от 15 до 28% случаев, при этом большинство случаев рвоты бывает многократным.

Заключение

Применение кетамина в комбинации с дипривaном помогает снизить количество послеоперационных случаев тошноты и рвоты в офтальмохирургической практике у детей по сравнению с применением кетамина в виде мононаркоза. При этом сами эпизоды тошноты и рвоты протекают в более легкой форме.

Список использованной литературы:

1. Детская анестезиология и реаниматология /Под ред. В.А. Михельсона, В.А. Гребенщикова – М., 2001.
2. Михельсон В.А., Георгиу П.К. Попова Т.Г. Кетаминовый наркоз. – Кишенев, 1987.
3. А.В. Горбаненко, А.И. Левшанков //Анест. и реаниматол. – 1998. – №2. – С.60-62.
4. Б.Д. Бадаев // Анест. И реаниматол. – 1999. – №4. _ С. 30-33
5. В.Л. Ершов, И.Ф. Острейков. //Анест. и реаниматол. – 1999.– №4. – С. 33-35.
6. Ю.В. Никифоров. //Анест. и реаниматол, – 1999. – №5. – С.74-77.
7. А.У. Лекманов, Е.М. Розанов, Ш.М. Мухидинов. //Анест. и реаниматол. – 2000. – №1. – С.4-6.
8. Берлинский В.В., Жданов Г.Г., Мушкин В.В. и др. // Анест. и реаниматол. – 2000. – №3. – С.10-12.
9. Егоров В.М.., Вербук Л.М., Вербук А.М. //Анест. и реанимат. //Анест. и реаниматол. – 1996. – №6. – С. 31-33
10. Беркалов М.Ю., Тимербаев В.Л., Валетова В.В. //Анест. и реаниматол. – 2008. – №1. – С.66-71.
11. И.Ф. Острейков, В.А. Семин, В.Л. Ершов, А.В. Киселев. //Анест. И реаниматол. -1998. – №1. – С. 12-14.
12. Федоров С.Н. Вопросы офтальмологической анестезиологии. – М.,1987.
13. Острейков И.Ф., Миленин В.В., Васильев Я.И. и др. // Анест. И реаниматол. – 2002. – №1. – С.22-25.
14. Михайлов И.Г., Ильина, Острейков И.Ф. //Анест. и реаниматол. – 2006. – №1. – С.30-33.
15. Давыдов В.В., Неймарк М.И. //Анест. и реаниматол. – 2004. – №4. – С.37-41.
16. Берлинский В.В., Берлинский В.Д. //Анест. и реаниматол. – 1995. – №5. – С. 38-40.
17. А.М. Овечкин, Ю.В. Гагарина. //Анест. и реаниматол. – 2002. – №3. – С.52-55.

Канюков В.Н., Екимов А.К., Петросян Э.А.
Оренбургский филиал ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова Росмедтехнологии»

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ И ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ В ИЗУЧЕНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ОФТАЛЬМОПАТОЛОГИЕЙ

В данной статье оценка качества жизни (КЖ) измерялась с помощью опросника ВОЗКЖ – 100, разработанного ВОЗ. Приведены результаты исследования возрастных различий в оценке КЖ пациентов с катарактой и изменения оценок КЖ, которые происходят после операции.

Актуальность

Под воздействием изменяющихся условий жизни постепенно меняется образ жизни человека, что непосредственно оказывает свое воздействие на состояние здоровья и психологический статус.

Уставом Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) дано определение здоровья: «Здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней, физических дефектов».

Качество жизни, как непосредственно связанное со здоровьем, было признано важной медико-социальной проблемой, особенно в отношении инвалидов и больных, страдающих хроническими заболеваниями, в том числе с патологией органа зрения.

Определение здоровья, данное ВОЗ, служит основой для формирования и развития понятия КЖ человека. В соответствии с этим КЖ включает в себя факторы, ранжирующиеся «от физического благополучия через психическое здоровье к социальным взаимоотношениям, относительной независимости и качеству среды обитания» (ВОЗ, 1992).

К одним из наиболее значимых проблем, по мнению экспертов ВОЗ, относится и проблема ухудшения зрении, слабовидения (ВОЗ, Евро бюро, 1991/93). Так, по данным D. N. Fernando (1995), большинство