

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ЭПИКАНТУСА

В данной работе отображены данные о клинике различных форм эпикантуса, а также их морфологические особенности. Представлен метод щадящей эпикантопластики, разработанный и внедренный в ОФ ФГУ МНТК «Микрохирургия глаза» под руководством В.Н.Канюкова.

Актуальность

Разработка новых методов в пластической хирургии в офтальмологии в настоящее время является одной из приоритетных задач. Современные представления о микрохирургии требуют нового подхода к хирургической коррекции эпикантуса. Специалисты стремятся уменьшить травматизм при операциях путем минимизации хирургического доступа, использовать более совершенный инструментарий и шовный материал, а также сократить длительность хирургического вмешательства, что, соответственно, влияет как на заживление послеоперационной раны, так и на количество осложнений и достигаемый косметический эффект.

Эпикантус (epicanthus: epi– на, поверх + kanthos– угол глаза) – полулунная вертикальная складка кожи между верхним и нижним веками, частично закрывающая внутренний угол глазной щели и изменяющая ее форму. Нередко эта патология сочетается с птозом, сращением краев век в области латерального угла глаза, косоглазием. Эпикантус часто встречается у представителей монголоидной расы. Может развиваться как врожденная патология при хромосомных нарушениях (например, при синдроме Дауна) и носить приобретенный характер при посттравматических повреждениях области внутреннего угла глаза.

Лечение данной патологии только оперативное. Разработки в данной области ведутся еще с 1950-х годов, когда предлагались различные виды оперативного лечения. В своих работах авторы, опираясь на различные мнения о структуре эпикантуса, предлагали варианты оперативного вмешательства. Например, Г.Г.Логинов [4] утверждал, что причиной развития данной патологии является удлинение внутренней связки, и следствием этого слу-

жит увеличение кожи на спинке носа. Соответственно и оперативное вмешательство он выполнял непосредственно на внутренней связке век. А.Каллахан [5] считал, что эпикантус, являясь наследственной патологией, представляет собой недостаток кожи у внутреннего угла глазной щели. Классифицируя его по видам и размерам, он внедрял либо z-образное перемещение лоскута на ножке, либо операцию Спэта и Блэра (когда высота складки кожи выше и ниже угла век неодинаковы). А также существовало третье мнение (А.В.Ходин, А.А.Крюков, С.С.Головин) о том, что эпикантус – это избыток кожи [4]. До сих пор ведутся разработки в области хирургии этой патологии. Внедряются такие операции, как модифицированная Z–эпикантопластика [6], простая эпикантопластика с минимальным разрезом [7]. Однако все эти методы имели недостатки: обширный разрез с последующим образованием грубого рубца, сложная тактика, рецидивы, либо длительный послеоперационный и реабилитационный периоды. Хирургические вмешательства производились без учета морфологической структуры эпикантуса, особенности которой могли повлиять на разработку методов хирургического лечения и профилактики осложнений.

Цель

Целью данной работы явилось изучение особенностей клиники и морфологического строения различных видов эпикантуса и на основе полученных данных разработка и внедрение нового метода щадящей эпикантопластики.

Материалы и методы

Десять пациентов, которые поступали в ФГУ МНТК «Микрохирургия глаза» с раз-

личными видами эпикантуса, обследовались на зрительные функции, им выполнялись измерения длины, толщины и ширины эпикантуса. Для точного расчета размеров эпикантуса и определения объема оперативного вмешательства, использовался циркуль-измеритель изогнутый. Данный циркуль изготовлен из титана, общая длина его составляет 87 мм, измерительная шкала – 20 мм с шагом 1 мм.

В дальнейшем, после тщательной подготовки, сбора анамнестических данных, выполнялось оперативное вмешательство по разработанной технологии проф. В.Н.Канюкова, 1994 г.

Операция проводилась в три этапа.

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 узловы швы, количество которых зависело от размера раневой поверхности (что соответствовало размерам эпикантуса).

Третьим, завершающим, этапом являлась обработка раны раствором бриллиантовой зелени и наложением асептической повязки.

В послеоперационном периоде назначались инстилляциии растворов антибактериальных средств в конъюнктивальную полость (Ципромед, Левомецетин, Тобрекс) и обработки послеоперационной раны 2 раза в день раствором Бриллиантовой зелени.

Операционный материал фиксировали в 10%-ном растворе нейтрального формалина с последующим изготовлением серийных гистологических парафиновых срезов. Срезы окрашивались гематоксилином и эозином, пикрофуксином на волокнистые структуры, азур-2-эозином, альциановым синим для выявления мукополисахаридов.

Результаты и обсуждение

Было установлено, что эпикантусы анатомически имеют различные размеры. Длина,

толщина и ширина кожной складки эпикантуса варьировала в пределах соответственно: 6-18мм; 2-3мм; 2-5мм. Неравномерные анатомические размеры эпикантуса сопровождались различными косметическими вариациями. Эпикантусы более 12 мм в длину и 4 мм в ширину могли приводить к неправильному выставлению диагноза – сходящееся косоглазие, так как это лишь «кажущееся» изменение из-за большого расстояния между внутренними углами глазных щелей и широко закрывающейся медиальной части глазного яблока.

Гистологическое исследование оперативно удаленных эпикантусов показало, что они имеют различное строение. Можно однозначно утверждать, что эпикантус является пороком развития кожи. На это указывает неправильно сформированные основные структурные компоненты кожи. Эпидермис в большинстве случаев характеризовался повышенным ороговением с образованием роговых кист и пробок (рис.2).

Внимание обращала выраженная пролиферация базальных слоев эпидермиса с образованием глубоких акантотических разрастаний в дерму (рис. 1.). Папилломатозные разрастания дермы встречались редко.

Другой особенностью строения эпикантуса являлось избыточное и неравномерное содержание сальных желез и волосяных фолликулов, их беспорядочное расположение. 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 в глубоких слоях дермы эпикантуса. Соотношение между волокнистыми структурами, мукополисахаридным составом, а также придатками кожи были неодинаковы в различных эпикантусах.

Заключение

Применяемый хирургический метод лечения эпикантуса, разработанный в ОФ ФГУ

МНТК «Микрохирургия глаза», несмотря на то, что он является наиболее щадящим, сохраняет анатомо-морфологические параметры оперируемого участка, дает хороший косметический эффект с сохранением функцио-

нальности данной зоны, сокращает период послеоперационной реабилитации. Однако желательнее этот метод корректировать с особенностями анатомо-гистологического строения эпикантуса.

Список использованной литературы:

1. Канюков В.Н., Иванова И.И. «Новый подход к микрохирургии эпикантуса» // в сб.: Новые технологии микрохирургии глаза.-№3.-Оренбург:ИЧП «Агентство «Пресса»». – 1994г. – С.54–55.
2. Канюков В.Н., Иванова И.И. «Схема комплексного лечения больных с нарушением формы глазной щели» // в сб.: Новые технологии микрохирургии глаза.-№4.-Оренбург:ИЧП «Агентство «Пресса»».-1995г. – С.32-33.
3. Краснова М.Л., Беляева В.С. «Руководство по глазной хирургии», издание второе, переработанное и дополненное, М.: «Медицина», 1988г.
4. «Операция для исправления эпикантуса» / Логинов Г.Г. // Вестник офтальмологии,– том XXXII,2, Медгиз-Москва, 1953г. – С.37-38.
5. Каллахан А. «Хирургия глазных болезней», М.: Государственное издательство медицинской литературы, – 1963. – С.13-18.
6. Modified Z-Epicanthoplasty in the Asian Eyelid / Jung I.Park // Arch Facial Plast Surg.-2000.-Vol.2.-Pp.43-47.
7. Simple Epicanthoplasty with Minimal Scar / So-Ki Yi, Hye-Won Paik, Paik-Kwon Lee // Aesth Plast Surg.-2007.-31:Pp.350-353

Иллюстрации на стр. 193