

## **БЛЕФАРОПЛАСТИКА С ПОМОЩЬЮ РАДИОХИРУРГИЧЕСКОГО ПРИБОРА**

Жур. "Косметическая дерматология", Т. 8, № 2, 1995\*

Блефаропластика - широко распространенное косметическое хирургическое вмешательство для удаления избыточной кожи на верхнем веке и жировой ткани, набухшей под нижним веком. Свойство жировых тел выпячиваться из под глазничной перегородки нижнего века приводит к образованию "мешков под глазами", в то время как избыточная кожа на верхних веках образует "капюшон". И то, и другое придает человеку усталый вид. Коррекция этих косметических дефектов предполагает хирургическое вмешательство, требующее рассечения глазничной перегородки или, при трансконъюнктивальном доступе, капсулопальпебральной фасции.

Радиохирургическая техника великолепно подходит для выполнения разрезов при блефаропластике. Радиохирургический прибор "Сургитрон™" фирмы "Ellman International" имеет несколько рабочих режимов, а именно: фильтрованный сигнал для разреза; полностью выпрямленный сигнал для одновременных разреза и коагуляции; частично выпрямленный сигнал для коагуляции и гемостаза.

В настоящей статье описано применение радиохирургического оборудования. Детальное описание хирургических техник для проведения всей операции встречается во многих других источниках.

### **ТЕХНИКА**

До начала инфильтрации местной анестезии необходимо билатерально маркировать границы разрезов для того, чтобы удаление кожи было адекватным и симметричным. При трансконъюнктивальном доступе к нижнему веку жировые карманы очерчиваются в их "выпяченном" состоянии, что в ходе операции будет служить напоминанием хирургу. Затем пациента просят занять положение лежа на спине и устанавливают на место антенную пластину. Операция проводится под местной анестезией или в комбинации местной анестезии с предварительным приемом седативных средств.

После начала действия анестезии на кожу или конъюнктиву можно выполнять разрез в рабочем режиме фильтрованной волны. При достижении нужной плоскости - глазничной перегородки при кожном доступе или капсулопальпебральной фасции при трансконъюнктивальном доступе, производится разрез, и при мягком давлении на глазное яблоко появляется жировая ткань. После адекватного обнажения жировая ткань аккуратно поднимается и вырезается тонким электродом. Эта манипуляция может выполняться в рабочем режиме разреза или разреза и коагуляции. При работе в режиме разреза и коагуляции одновременно с разрезом происходит коагуляция тонких сосудов.

В конце операции проводится обыкновенное закрытие раны.

### **ВЫВОДЫ**

У радиохирургического оборудования существуют следующие преимущества перед лазером: прибор весит всего несколько килограммов, портативен, его стоимость очень невысокая. Напротив, СО<sub>2</sub>-лазер стоит очень дорого, массивен, требует серьезного обслуживания, и, кроме того, при работе с лазером существует потенциальный риск неверно направленных/отраженных лучей.

При работе с радиохирургическим прибором получается точный разрез с минимальным разрушением прилегающих тканей, поскольку активный электрод сохраняется холодным во время работы. Нужно отметить, что радиохирургический разрез производится без давления на ткань. При сопротивлении ткани проникновению

\* Emil Bisaccia, M.D., F.A.C.P., Dwight A. Scarborough, M.D. Blepharoplasty with Radiosurgical Instrumentation. In: Cosmetic Dermatology. Vol.8, No.2, February 1995.

радиоволн в клетке образуется теплота, за счет которой клеточная жидкость испаряется, и клетка разрушается, не повреждая при этом другие слои клеток. Подобным образом и осуществляется разрез.

Помимо прочего, при помощи радиоволн можно без обугливания закрывать мелкие кровеносные сосуды. При коагуляции или электрохирургии тепло вырабатывается на кончике активного электрода, закрытие происходит при помощи перемещенной теплоты, в результате чего повреждаются прилегающие ткани.

Радиохирургический прибор обладает всеми преимуществами лазера, но выгодно отличается от последнего меньшей стоимостью и минимальным возможным риском при работе.

### Список литературы

1. Bisaccia E, Scarborough DA, Swensen R: A technique for blepharoplasty without incising or "puncturing" orbital septum. *J Dermatol Surg Oncol* 16(4):360, 1990.
2. Waldman S: Transconjunctival blepharoplasty: Minimizing the risks of lower lid blepharoplasty. *Facial Plast Surg* 10:27-41, 1994.
3. Bisaccia E, Scarborough DA: An overview of the transconjunctival approach to blepharoplasty. *Cos Derm* 7(7):12-16, 1994.
4. Scarborough DA, Bisaccia E: Choosing the appropriate anesthesia for dermatologic surgery. *Cos Derm* 4(9):8-11, 1991.
5. Goldberg, RA, Lessner AM, Shorr N, et al.: The transconjunctival approach to the orbital floor and orbital fat: A prospective study. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg* 6:241-246, 1990.
6. Mittelman H, Apfelberg DM: Carbon dioxide laser blepharoplasty - Advantages and disadvantages. *Ann Plast Surg* 24:1-6, 1990.