



УКРАЇНА

(19) UA (11) 26146 (13) U
(51) МПК (2006)
A61F 9/007МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту**(54) СПОСІБ КОН'ЮНКТИВОДАКРЮЦИСТОРИНОСТОМІЇ (ЛАКОЦИСТОРИНОСТОМІЇ) У ХВОРИХ З ОБЛІТЕРАЦІЄЮ СЛІЗНИХ КАНАЛЬЦІВ І СЛІЗНО-НОСОВОЇ ПРОТОКИ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ЗАПАЛЕННЯ АБО ТРАВМИ**

1

(21) u200703334
(22) 28.03.2007
(24) 10.09.2007
(46) 10.09.2007, Бюл. № 14, 2007 р.
(72) Малецький Анатолій Парфентієвич
(73) Малецький Анатолій Парфентієвич
(57) Спосіб кон'юнктиводакрюцисториностомії (лакоцисториностомії) у хворих з облітерацією слізних каналців і слізної носової протоки після перенесеного запалення або травми, що включає розріз шкіри і кістця, формування кісткового вікна, розтин слізної мішки, слизової носа, кон'юнктиви на ділянці слізної озера і слизової мішки на ділянці устя слізних каналців та її відокремлення, формування тунелю між внутрішнім склепінням і слізним мішком, а також між слізним мішком і по-

2

рожниною носа, накладання фіксуючого шва на зв'язку і швів на рану, який **відрізняється** тим, що перед формуванням тунелю між внутрішнім склепінням і слізним мішком вимірюють товщину тканин від кон'юнктиви на ділянці слізної озера до слизової мішки на ділянці устя слізних каналців, хрестоподібно розтинають кон'юнктиву і слизову мішку на довжину, що дорівнює двом розмірам товщини тканин від внутрішнього склепіння до слизової слізної мішки на ділянці устя, зсувають пелюстки, що утворилися, на 45° в площині, паралельній площині розрізу кон'юнктиви на ділянці слізної озера, пелюстки кон'юнктиви і слизової мішки завертають у бік тунелю і фіксують в кутках між пелюстками.

Корисна модель належить до медицини, конкретно до офтальмології, і може бути використана для лікування хворих з порушенням прохідності слізних каналців і їх устя після травми або перенесеного запалення слізозвідних шляхів.

Сьогодні в офтальмології для відновлення слізозвідного при субтотальній і тотальній облітерації слізних каналців використовуються наступні хірургічні підходи:

А) формування штучного слізної каналця - каналулопластика з використанням аутошкіри (Veiris, 1962), відрізків кровоносних судин (Meuer, 1950; Oslon, Youngs, 1966), ксеногенної очеревина [Круглов І.Н. із співавт., 1961; Кулешов В.І., 1964], кон'юнктиви [Колен А.А., 1951; Weiner, Scheie, 1952], однак ці операції виявилися безспішними, практично ніким не застосовуються і мають лише історичний інтерес.

Б) утворення анастомозу між внутрішнім кон'юнктивальним склепінням і слізним мішком - кон'юнктиводакрюцисториностомія (лакоцисториностомія). Дані операції розрізнялися між собою по способу формування анастомозу. Проста лакоцисториностомія полягала в проколі або тунельному розрізі м'яких тканин від слізної озера до порожнини

мішки з послідовним тривалим дренажуванням або інтубацією освіченого тунелю [Завьялов І.А., 1961], однак співустья вдавалося сформувати в третині випадків, а повного слізозвіднення не було досягнуто через колапс просвіту створеного тунелю. Складніша хірургічна техніка лакоцисториностомії полягала у формуванні анастомозу між внутрішнім кон'юнктивальним склепінням і слізним мішком за допомогою кон'юнктиви і стінки слізної мішки [Stalard, 1940; Jones, 1954; Bangerter 1947; Бойштану В.Г., Пахомова А.І., 1974], з використанням слизової з губи [Мицкевич Л.Д., 1961]. Загальним недоліком цих операцій є зарощування у багатьох хворих сформованого співустья за рахунок проростання грануляції відсутності функціонального слізозвідного ефекту через колапс просвіту створеного тунелю.

Аналіз робіт, присвячених даній проблемі, свідчить про те, що найширше використовують ті хірургічні методики кон'юнктиводакрюцисториностомії, які спрямовані на виконання стінок каналу за допомогою слизової носа і слізної мішки. На думку авторів, це зменшує ризик закриття співустья грануляційною тканиною, а, отже, підвищує ефективність даної операції [Stalard, 1940; Jones, 1954;

(19) UA (11) 26146 (13) U

Bangerter 1947; Бойштяну В.Г., Пахомова А.И., 1974; Мицкевич Л.Д., 1961]. Однак загальним недоліком є те, що у багатьох хворих не досягається функціональний сльозовідвідний ефект через колапс просвіту створеного тунелю і залишається достатньо високим відсоток зарощування сформованого співустья через проростання грануляції з країв анастомозу [Завьялов И.А., 1961; Черкунов Б.Ф., 2001].

Найближчим до запропонованого нами способу є спосіб формування співустья між кон'юнктивальною порожниною і слізним мішком шляхом виведення купола мішка в слізне озеро (Stailard, 1940; Jons, 1954).

Але, описаний спосіб лікування, дозволяючи добитися зниження відсотка зарощування співустья між кон'юнктивальною порожниною і слізним мішком, не дозволяє досягти в переважній більшості випадків функціонального результату через колапс просвіту створеного тунелю або посиленого зростання грануляції з країв анастомозу. У деяких хворих проведення даної операції неможливе через рубцювату деформацію слізного мішка, а також за відсутності купола слізного мішка і самого мішка.

В основу корисної моделі поставлена задача відновлення функціонування сльозовідвідних шляхів у хворих із зарощуванням слізних каналців і слізно-носової протоки після перенесеного запалення або травми.

Поставлене завдання вирішується тим, що у способі кон'юнктиводакриоцистостомії (лакоцистостомії) у хворих з облітерацією слізних каналців і слізно-носової протоки після перенесеного запалення або травми, що полягає в розрізі шкіри і окістя, формуванні кісткового вікна, розтині слізного мішка, слизистої носа, кон'юнктиви в області слізного озера і слизистої мішка на ділянці устя слізних каналців і її відокремленні, формуванні тунелю між внутрішнім склепінням і слізним мішком, а також між слізним мішком і порожниною

носа, накладанні фіксуючого шва на зв'язку і швів на рану, згідно корисній моделі, перед формуванням тунелю між внутрішнім склепінням і слізним мішком вимірюють товщину тканин від кон'юнктиви на ділянці слізного озера до слизистої мішка на ділянці устя слізних каналців, хрестоподібно розтинають кон'юнктиву і слизисту мішка на довжину, що дорівнює двом розмірам товщини тканин від внутрішнього склепіння до слизистої слізного мішка на ділянці устя, зсувають пелюстки, що утворилися, на 45° в площині, паралельній площині розрізу кон'юнктиви на ділянці слізного озера, пелюстки кон'юнктиви і слизистої мішка завертають у бік тунелю і фіксують в куточках між пелюстками.

Технічний результат, при здійсненні корисної моделі, полягає в отриманні можливості покриття стінок каналу слизистими оболонками і поліпшенні його просвіту.

При даному способі формування анастомозу хрестоподібно розтинається кон'юнктива на ділянці слізного озера. Довжина розрізів повинна дорівнювати двом розмірам товщини тканин між кон'юнктивою на ділянці слізного озера і слизистої мішка на ділянці устя слізних каналців. Таким же чином розтинається слизиста мішка на ділянці його устя із зсувом пелюсток, що утворилися, на 45° в площині, яка паралельна площині розрізу кон'юнктиви в області слізного озера. Кон'юнктиву і слизисту слізного мішка відокремлюють по ходу розрізу, після цього трепаном діаметром, відповідним діаметру розрізу кон'юнктиви, формується тунель між внутрішнім склепінням і слізним мішком. Пелюстки кон'юнктиви і слизистої мішка завертають у бік тунелю з подальшою фіксацією їх вершин в куточках між пелюстками, що дозволяє повністю покрити кон'юнктивою і слизистою сформований канал.

Практична реалізація цього способу можлива в умовах операційної.

Причинно-наслідкові зв'язки:

Причина	Наслідок
При формуванні анастомозу між внутрішнім кон'юнктивальним склепінням і слізним мішком хрестоподібно розтинається кон'юнктива і слизиста мішка на довжину, що дорівнює двом розмірам товщини тканин від внутрішнього зведення до слизистої слізного мішка на ділянці устя, із зсувом пелюсток, що утворилися, на 45° в площині, паралельній площині розрізу кон'юнктиви на ділянці слізного озера, пелюстки кон'юнктиви і слизистої мішка завертають у бік тунелю і фіксують в куточках між пелюстками.	Даний спосіб формування анастомозу 1 дозволяє повністю покрити і сформований канал слизистою оболонкою, зменшує ризик зарощування сформованого співустья і покращує функціональний сльозовідвідний ефект за рахунок зменшення ступеня колапсу просвіту створеного анастомозу

Перевага розробленого способу лікування полягає в підвищенні ефективності (якості) лікування хворих при проведенні кон'юнктиводакриоцистостомії з приводу облітерації слізних каналців і слізно-носової протоки після перенесеного запалення або травми.

Таким чином, як витікає із проведеного аналізу, кінцева мета корисної моделі забезпечується сукупністю істотних відмінних ознак.

Опис запропонованого нами способу: кон'юнктиводакриоцистостомія (лакоцистостомія) у хворих з приводу облітерації слізних кана-

лців і слізно-носової протоки. Операційне поле обробляється 2% розчином діамантової зелені, проводиться розріз шкіри і м'яких тканин разом з окістям уздовж внутрішнього краю орбіти завдовжки 18мм. М'які тканини тупо розсовують до появи внутрішньої зв'язки повік, яка чітко виділяється своєю густиною і сухожилним виглядом. На рану накладається ранорозширювач. Розтинається окістя по всій довжині рани на рівні прикріплення зв'язки повік і відшаровується розпатором разом із слізним мішком від бокової стінки носа і від слізної ямки. За допомогою кісткових кусачків формується

кісткове вікно 2,5×2мм в орбітальному паростку верхньої щелепи, передньому слізнному гребінці і в слізній кістці. Передлежачі ґратчасті клітини віддаються.

Після цього розтинається медіальна стінка слізного мішка у вертикальному напрямі уздовж переднього слізного гребінця до самого входу в слізно-носову протоку, потім за допомогою голки з вимірною шкалою вимірюється товщина тканин від кон'юнктиви в на ділянці слізного озера до слизистої мішка на ділянці устя слізних канальців. Розтинається хрестоподібно кон'юнктива на ділянці слізного озера. Довжина розрізів повинна дорівнювати двом розмірам товщини тканин від кон'юнктиви в на ділянці слізного озера до слизистої мішка на ділянці устя слізних канальців і таким же чином розтинається слизиста мішка на ділянці устя із зсувом освічених пелюсток на 45° в площині, паралельній площині розрізу кон'юнктиви в на ділянці слізного озера. Кон'юнктиву і слизисту відокремлюють в напрямку розрізу, після цього трепаном діаметром, відповідним діаметру розрізу кон'юнктиви, формується тунель між внутрішнім склепінням і слізним мішком. Пелюстки

кон'юнктиви і слизистої мішка завертають у бік тунелю з подальшою фіксацією їх вершини в кутках між пелюстками, що дозволяє повністю покрити сформований канал слизистою оболонкою. Потім розтинається слизиста носа і формується задня стінка співусть між слізним мішком і носом за допомогою слизистої мішка і слизистої носа. В сформований канал і в носовий хід вводять хлорвінілову трубку діаметром 4-5мм з фіксацією обох кінців шовковою ниткою на щоді. Потім формують передаю стінку співусть між слізним мішком і порожниною носа за допомогою слизистої мішка і носа. Внутрішня зв'язка повік фіксується в початкове положення за допомогою кетгутового шва, потім накладаються вузлуваті шовкові шви на шкіру рани. Накладається монокулярна пов'язка.

Клінічні випробування проводилися у відділенні офтальмоонкології Інституту очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П.Філатова АМН України.

Таким чином, проведене лікування дозволило усунути сльозотечу шляхом формування нового сльозовідвідного каналу у хворих з порушенням прохідності слізних канальців і їх устя.

Всього під наглядом було 12 пацієнтів.