



УКРАЇНА

(19) UA (11) 58800 (13) A

(51) 7 A61F9/00, A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГНІЙНОГО ДАКРІОЦИСТИТУ

1

2

(21) 2002108439

(22) 24 10 2002

(24) 15 08 2003

(46) 15 08 2003, Бюл. № 8, 2003 р.

(72) Лучик Василь Іванович

(73) БУКОВИНСЬКА ДЕРЖАВНА МЕДИЧНА АКА-
ДЕМІЯ МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УК-
РАЇНИ(57) Спосіб лікування хронічного гнійного
дакріоциститу шляхом створення сполучення між
слізним мішком і порожниною носа, який

відрізняється тим, що слізний мішок відсікають у ділянці переходу в носослізну протоку і переміщують через трепанаційний отвір в кістковій стінці носа діаметром 8 мм у середній носовий хід, де фіксують швом, накладеним на нижній край його, а в порожнину мішка тимчасово вводять гумову трубку діаметром 4 мм і довжиною 7 см, яку разом з фіксаційним швом через порожнину носа виводять назовні і фіксують лейкопластирем на верхній губі з наступним видаленням гумової трубки та шва на 5-8 день після операції

Винахід відноситься до галузі медицини, зокрема, офтальмології.

Хронічний гнійний дакріоцистит - захворювання, яке розвивається у зв'язку з непрохідністю носослізної протоки. Клінічно проявляється постійною слюзотечею, хронічним гнійним кон'юнктивітом, неприємним відчуттям в оці, зниженням працездатності і завжди є загрозою розвитку серйозних ускладнень - флегмони слізного мішка, повзучої виразки рогівки, флегмони очної ямки, тромбофлебиту вен очної ямки і обличчя тощо. Найкращий лікувальний ефект при хронічному гнійному дакріоциститі досягається відновленням прохідності слізних шляхів шляхом створення сполучення між слізним мішком і порожниною носа - операцією дакріоцисториностомією. Підхід для створення такого сполучення може бути ззовні - зовнішня дакріоцисториностомія та з порожнини носа - ендоназальна дакріоцисториностомія. Ефективнішою та найбільш поширеною є зовнішня дакріоцисториностомія. Вперше зовнішня дакріоцисториностомія була розроблена у 1910 році А. Тоті [1]. Операція Тоті виявилась технічно недосконалою, у зв'язку з чим з'явилися численні її модифікації.

Аналогом винаходу є операція Дююї-Дютана-Бурге [2]. Цей спосіб полягає в тому, що створюється сполучення між слізним мішком і порожниною носа за допомогою великого отвору у кістковій стінці носа та зшивання стінок слізного мішка з слизовою оболонкою носа. Недоліками аналога є те, що ця операція є травматичною. Окрім цього,

накладання швів на стінку слізного мішка та слизову оболонку носа в глибині невеликої рани при створенні сполучення між слізним мішком і порожниною носа досить складно, що затуляє тривалість операції і збільшує її травматичність. У випадках невеликого і зміненого слізного мішка та в'ялої слизової оболонки носа не вдається створити сполучення між слізним мішком і порожниною носа.

Прототипом винаходу є спосіб створення сполучення між слізним мішком і порожниною носа без накладання швів шляхом повного вирізування слизової оболонки носа в ділянці отвору в зовнішній стінці носа і втягування в його порожнину шматка медіальної стінки слізного мішка (операція Таумі) [3]. Недоліками прототипа є те, що дакріоцисториностомія за методикою Таумі також травматична, бо кістковий отвір роблять шириною 10 мм і довжиною 15 мм. При втягуванні шматка із стінки слізного мішка в порожнину носа крізь кістковий отвір створюється поріг, який у деякій мірі перешкоджає вільному протіканню слюзи із слізного мішка в порожнину носа. Перед цим порогом донизу створюється лійкоподібний карман із постійним скупченням в ньому слюзи. У випадках невеликого і зміненого слізного мішка не вдається вирізати потрібний шматок із його стінки і втягнути крізь кістковий отвір у порожнину носа. Нерідко вирізаний шматок із стінки слізного мішка скручується і не розправляється, що сприяє зрощенню країв слізного мішка, а в зв'язку з цим не досягається лікувальний ефект операції.

Нами пропонується спосіб, який позбавлений

(13) A

(11) 58800

(19) UA

вказаних недоліків

В основу винаходу поставлена задача розробити надійний, найбільш фізіологічний і наближений до природного шлях відтоку слюзи із слізного мішка в порожнину носа зі зменшенням травматичності оперативного втручання, скороченням його тривалості та зменшенням терміну лікування хворих в післяопераційному періоді

Намічена задача вирішується шляхом удосконалення техніки створення трепанаційного отвору в кістковій стінці носа і зменшення його розмірів, відсікання слізного мішка в ділянці переходу в носослізну протоку з метою переміщення дистальної частини його крізь трепанаційний отвір в середній носовий хід, чим забезпечуються оптимальні, наближені до природних, умови протікання слюзи із слізного мішка в порожнину носа

Основні етапи та послідовність операції

- розріз м'яких тканин в 3-4мм від внутрішнього кута очної щілини косо зверху вниз і назовні вздовж переднього слізного гребінця довжиною до 15мм,

- відшарування слізного мішка від оточуючих тканин переважно в нижній його частині,

- створення отвору в кістці в ділянці нижньої частини ямки слізного мішка електричною трепанфрезною діаметром 8мм,

- вирізування слизової оболонки носа в ділянці трепанаційного отвору,

- відсікання слізного мішка в ділянці переходу в носослізну протоку і вирізування в дистальній частині його скошеного зверху вниз отвору,

- накладання фіксаційного шва на задній край отвору дистальної частини мішка,

- введення в порожнину мішка гумової трубки діаметром 4мм і довжиною до 7 см, яка має отвори в стінці проксимального кінця, що вводиться в мішок,

- переміщення дистальної частини слізного мішка крізь трепанаційний отвір в середній носовий хід з одночасним виведенням фіксаційного шва і нижньої частини гумової трубки через порожнину носа назовні та фіксацією їх лейкопластирем на верхній губі біля входу в ніс,

- накладання пошарових швів на шкірно-м'язову рану

Гумова трубка вводиться тимчасово в порож-

нину слізного мішка з метою розправлення його стінок і притискання зовнішньої поверхні мішка до оточуючих тканин, що сприяє кращому зростанню його з ними зі збереженням порожнини мішка і перешкоджає зростанню його країв в ділянці отвору

Фіксаційний шов тимчасово накладається з метою фіксації дистальної частини мішка в ділянці трепанаційного отвору до зростання зовнішньої поверхні його з оточуючими тканинами

Операція проводиться під місцевою анестезією і закінчується накладанням асептичної пов'язки на рану шкіри, яку в наступний день замінюють накладкою

У післяопераційному періоді щоденно проводять промивання слізних шляхів протягом 5-6 днів

Шви, що накладені на шкіру, знімають на 5-6 день після операції У цей же день видаляють гумову трубку із порожнини слізного мішка та фіксаційний шов, промивають слізні шляхи розчином фурациліну 1 5000 і хворого виписують додому

Приклад практичного використання способу

Запропонований спосіб апробований на 20 хворих У всіх випадках досягнуто позитивний лікувальний ефект із мінімальною травматизацією тканин, добрим косметичним ефектом і скороченням післяопераційного лікування хворих на 3-5 днів у порівнянні із застосуванням способу-прототипа При лікуванні відомим способом позитивний лікувальний ефект досягається у 72-82% випадків [4, 5, 6]

Розроблений спосіб простий у виконанні, найбільш фізіологічний, близький до природного і є широкодоступним для практичного використання

Література

- 1 Toti A // Augenheilk - 1910 Bd 23 - S332-333
- 2 Dupui-Dutemps et Bourguet // Ann d'ocul- 1921 - T 158 - P 241-242
- 3 Тауми А //Вести Офтальм - 1948 -№ 3 - С 39-41 - прототип
- 4 Поляк Б Л // Сборник трудов ВМА им Кирова- 1947 - Т 41 - С 45
- 5 Hudomel J A // Szemeszet- 1960 - № 3 - P 141
- 6 Vattinen S // Acta ophthalm - 1963 - V 41 - P 640-641