

В. Б. Лищенко

МЕТОДИКА ФОРМИРОВАНИЯ КОСТНОГО ОКНА ПРИ НАРУЖНОЙ ДАКРИОЦИСТОРИНОСТОМИИ

Институт глазных болезней и тканевой терапии

им. акад. В. П. Филатова АМН Украины

Трепанация кости является одним из основных и ответственных этапов при наружной дакриоцисториностомии (НДЦРС). Необходимость упростить и сделать более щадящей технику удаления кости объясняет большое количество модификаций данного этапа операции. Стремлением усовершенствовать безмолотковый способ образования костного отверстия обусловлены разработки разных конструкций ручных фрез, зубных боров, электродрели, трепанопрезы, [4; 8; 9]. Некоторые офтальмологи для образования костного окна рекомендуют применять распатор и костные кусачки [1]. Имеются сообщения успешного применения ультразвуковых скальпелей и пил (УЗХ-201) для бескровного разреза мягких тканей и выпиливания костного отверстия [7]. В то же время ряд офтальмологов отмечает, что при выкраивании костного лоскута с помощью УЗХ-201 происходит значительное повышение температуры кости — свыше 125 °С, при допустимо пороговой 53 °С [6].

В настоящее время наиболее популярным способом образования костного отверстия стоит признать применение трепанопрезы и бормашины. Ряд офтальмологов считает, что оптимальные размеры костного окна должны быть в пределах 2 × 1,5 см [3], другие допускают уменьшение его размеров до 10 мм в диаметре [2]. Однако практика показывает, что не может быть стандартной величины костного отверстия и в каждом случае она должна быть инди-

видуальной с учетом местоположения слезного мешка, состояния слизистой носа, толщины кости. Таким образом, проблема образования костного окна при наружной дакриоцисториностомии не утратила своей актуальности до настоящего времени.

Целью работы явилось усовершенствование способа формирования костного отверстия путем изменения конфигурации костного окна с соблюдением оптимальных его пропорций, что позволило бы увеличить площадь последнего.

Учитывая тот факт, что выпиливание костного окна при наружной дакриоцисториностомии производим при помощи зубоорачебных боров, мы провели сравнительную оценку в эксперименте нескольких типов боров: конического, цилиндрического и шаровидного. Трепанации подвергалась область слезной косточки на трупном материале, после разреза мягких тканей и удаления надкостницы. При сравнительной оценке перечисленных выше зубоорачебных боров исходили из удобства пользования ими, времени, необходимого для образования костного отверстия; определяли возможность ощущения рукой момента прохождения инструмента на всю толщину кости, скорость вращения режущей головки, образование костных осколков, качество и характер краев полученного отверстия. Данные представлены в табл. 1.

Шаровидный зубоорачебный бор менее удобен для образования костного отверстия,

так как он, имея форму круга, скользит по кости и плохо врежется в неё. Края отверстия получаются неровными и бугристыми со множеством мелких осколков, ощущение рукой момента прохождения инструмента на всю толщину кости не чувствуется. За счет шаровидной формы бора скорость его вращения недостаточная и тем самым удлиняется время оперативного вмешательства.

Цилиндрический зубоорачебный бор удобен в работе, края отверстия гладкие, костных осколков не образуется, скорость вращения головки достаточная для выполнения трепанации. Однако надо отметить, что линии образования костного отверстия не совсем ровные и не чувствуется рукой момент прохождения инструмента на всю толщину кости, тем самым возможно повреждение слизистой носа.

Конический зубоорачебный бор наиболее удобен в работе. Время образования костного отверстия минимальное, края его гладкие и ровные, костных осколков не образуется, скорость вращения головки достаточная для выполнения трепанации. За счет конической формы четко ощущается момент прохождения инструмента на всю толщину кости.

Также мы решили сравнить конические боры разного диаметра для выбора наиболее оптимального для формирования костного отверстия. В эксперименте использовали боры диаметром 4,0; 2,0 и 1,5 мм. Исходили из удобства пользования ими, определяли воз-



Сравнительная оценка зубохирургических боров, позволяющих создать отверстие в кости

Инструмент (бор)	Удобство использования	Время трепанации, с	Характер краев отверстия	Образования костных осколков	Скорость вращения головки	Ощущение завершающего момента
Конический	Да	180–240	Ровный гладкий	Нет	Достаточная	Ощущается
Цилиндрический	Да	200–280	Неровный гладкий	Нет	Достаточная	Не ощущается
Шаровидный	Нет	380–420	Неровный бугристый	Есть	Недостаточная	Не ощущается

возможность ощущения рукой момента прохождения инструмента на всю толщину кости, скорость вращения режущей головки и время, необходимое для образования костного отверстия, качество и характер краев полученного отверстия. Данные представлены в табл. 2.

Конический зубохирургический бор диаметром 4,0 мм оказался менее удобным за счет того, что скорость вращения бор-машины недостаточная и края отверстия гладкие, но не совсем ровные. Остается широкая канавка и, как следствие, повышенная травматизация. У бора диаметром 2,0 мм края отверстия гладкие и ровные, скорость вращения достаточная, однако костная канавка остается широкой, за счет этого не достаточно ощущается момент прохождения инструмента на всю толщину кости. Бор диаметром 1,5 мм удобен в работе, канавка ровная с четкими краями, хорошо ощущается момент прохождения инструмента

на всю толщину кости, тем самым не травмируется слизистая оболочка.

Костное отверстие формируется нами в виде прямоугольной трапеции с длиной боковых стенок 10–12 мм и 12–14 мм, а длина верхней основы трапеции составляет порядка 18 мм. Выпиливание кости производим при помощи бор-машины с фиссурным бором, который находится в прямом наконечнике и имеет такой же диаметр, как толщина распатора. Резекцию кости выполняем только послойно, так как сильное надавливание на бор может привести к проваливанию его в полость носа и повреждению слизистой оболочки. Сначала просверливаем неглубокую канавку по всем диагоналям, постепенно углубляясь. Это дает возможность хорошо ощущать толщину кости. Края отверстия при таком способе получаются гладкими и ровными. На данную методику получен патент Украины № 38231 А

от 29.07.2002 [5]. Смещение костного окна несколько книзу является целесообразным в связи с анатомо-топографическими особенностями этой области: незначительная толщина кости, малая вероятность столкновения с клетками решетчатого лабиринта и передним концом гипертрофированной средней носовой раковины.

Под нашим наблюдением находилось 25 пациентов: 16 женщин, 9 мужчин в возрасте от 22 до 68 лет, давность заболевания — от 1 года до 2,5 лет. У 15 больных костное окно формировали в виде трапеции, у 10 больных резекцию кости выполнили в виде прямоугольника. Срок наблюдения — от 3 до 12 мес.

У 15 пациентов отмечалось прекращение слезотечения при положительных диагностических пробах, исчезновение гнойного отделяемого. При промывании слезных путей жидкость свободно проходила в носовую полость. При разрезах слизистой

Таблица 2

Сравнительная оценка конических зубохирургических боров разного диаметра, позволяющих создать отверстие в кости

Диаметр конического зубохирургического бора, мм	Удобство использования	Время трепанации, с	Характер краев отверстия	Скорость вращения головки	Ощущение завершающего момента
1,5	Да	180	Ровный гладкий	Достаточная	Ощущается
2,0	Да	180–200	Ровный	Достаточная	Ощущается недостаточно
4,0	Нет	240	Неровный гладкий	Недостаточная	Ощущается недостаточно



той оболочки носа и слезного мешка, а также при сшивании краев слизистых оболочек (слезного мешка и носа) мы не испытывали трудностей у всех больных, которым делали разрез костной ткани в виде трапеции. В послеоперационном периоде мы не отмечаем отека тканей, особенно если образованное костное окно имеет малые размеры, вследствие чего возможны сращения слизистых оболочек, образующих передние и задние стенки соустья. У больных, прооперированных по данной методике, такие осложнения не встречались.

У 10 больных, которым была выполнена резекция кости в виде прямоугольника, в 3 случаях на 2-й день отмечался отек мягких тканей в области послеоперационного рубца, который прошел самостоятельно на 4–5-й день. У всех пациентов отмечалось прекращение слезотечения при положительных диагностических пробах, исчезновение гнойного отделя-

емого. При промывании слезных путей жидкость свободно проходила в носовую полость. У 2 больных наступил рецидив заболевания к исходу первого месяца. Появилось слезостояние, слезотечение и гноетечение. Эти больные были прооперированы повторно. Во время операции было установлено, что причина возобновления слезотечения — пролиферативная ткань из периоста вследствие малого размера костного окна.

Выводы

1. Конический зубо-зубный бор наиболее оптимальный для выпиливания костного окна при наружной дакриоцисториностомии.

2. Предложенная модификация образования костного окна в виде трапеции позволяет, изменяя конфигурации резецированной кости и соблюдая оптимальные пропорции, увеличить площадь последней по сравнению с существующими отверстиями на 15–30 %.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боштян В. Е., Пахомова А. И. Восстановление слезоотведения при заращении слезоотводящих путей. — Кишинев, 1974. — С. 40-49.
2. Волков В. В., Султанов М. Ю. Наружная дакриоцисториностомия. — Л., 1975. — С. 68-72.
3. Каллахан А. Хирургия глазных болезней / Пер. с англ. — М., 1963. — С. 131-135.
4. Линник Л. Ф. К технике трапециальной кости при дакриоцисториностомии // Офтальмол. журнал. — 1960. — № 3. — С. 176-179.
5. Ліщенко В. Б., Венгер Г. Ю. Ліщенко Б. М. Спосіб формування кісткового доступу при зовнішній дакриоцисториностомії // Деклараційний патент України від 29.07. 2002.
6. Малиновский Г. Ф., Моторный В. В. Практическое руководство по лечению заболеваний слезных органов. — Минск, 2000. — С. 141-142.
7. Черкунов Б. Ф. Болезни слезных органов. — Самара, 2001. — С. 222-224.
8. Черник И. Т. Набор глазных ручных костных фрез // Офтальмол. журнал. — 1971. — № 1. — С. 70-71.
9. Юсупбаев Б. С. Усовершенствование операции наружной дакриоцисториностомии // Вест. офтальмологии. — 1983. — № 1. — С. 59-60.

УДК 618.3-06:616-008.92/618.15-022.7

В. П. Міщенко, Т. З. Читанава, А. Р. Саркісов, І. В. Руденко,
В. Г. Марічереда, І. Ю. Фаткуліна

ОБГРУНТУВАННЯ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ВАГІТНИХ З ІНФЕКЦІЙНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПІХВИ

Одеський державний медичний університет

Вступ

Інфекційні захворювання піхви посідають одне з перших місць серед етіологічних факторів розвитку акушерської та перинатальної патології [8]. За даними літературних джерел світової науки, неухильне зростання інфекційних процесів у організмі матері пов'язане з такими соціальними факторами, як погіршення якості навколишнього середовища, урбанізація міст мешкання, необгрунтова-

не застосування лікарських речовин, серед яких першочергове місце посідають антибіотики та гормональні препарати [1; 3]. Як наслідок, розвиток дисбіотичних процесів супроводжується порушенням стану децидуальної тканини матки, мікробіоценозу статевих шляхів жінки, що реалізується захворюваннями піхви інфекційного генезу [2; 4]. Представники нормальної мікрофлори статевих шляхів за певних умов можуть бути збудниками деяких захво-

рювань бактеріальної етіології [9]. Пригнічення функції фізіологічної мікрофлори піхви призводить до розвитку бактеріального вагінозу, кандидозного кольпіту, неспецифічного вагініту [5; 6]. Інфекційні процеси піхви підвищують ризик невиношування вагітності, передчасних пологів, перинатальної патології, післяпологових ускладнень, що доповнює патогенетичний механізм розвитку гестаційних ускладнень уже в I триместрі гестації [7].

