



УДК 617.764.6-002-089.87.168

В. Б. Лищенко

СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ АНАСТОМОЗА МЕЖДУ СЛЕЗНЫМ МЕШКОМ И СЛИЗИСТОЙ НОСА ПРИ НАРУЖНОЙ ДАКРИОЦИСТОРИНОСТОМИИ

Институт глазных болезней и тканевой терапии
им. В. П. Филатова АМН Украины, Одесса

Соустья, которые образуют при наружной дакриоцистиностомии, можно условно разделить на две большие группы: бесшовное и шовное формирование анастомоза. При бесшовном формировании анастомоза слезистые носа и слезного мешка не соединяются [2]. Недостаток такого вида анастомоза заключается в том, что слезистые слезного мешка и слезистая носа самостоятельно соединяются только в 50–70 % случаев, а имплантат, который вводят в соустье, может выпасть, вследствие чего наступают рецидив заболевания [6].

При классической дакриоцистиностомии анастомоз между слезистой слезного мешка и слезистой носа формируют с двумя стенками и шовной фиксацией анастомоза [5]. В этом случае слезистая не высекается, а рассекается в середине костного отверстия в продольном направлении. Слезистые соединяют с помощью наложения на задние и передние губы анастомоза трех узловатых швов; таким образом формируют две стенки анастомоза [1]. Основной недостаток данного анас-

томоза — нарушение процесса рубцевания: он идет между боковыми стенками (имеется две стенки) за счет подлежащих тканей, а это, в свою очередь, приводит к уменьшению диаметра, заращению и рецидиву заболевания [4].

Цель исследования — повысить эффективность хирургического лечения больных с осложненными клиническими формами хронического дакриоцистита путем усовершенствования способа формирования анастомоза между слезистой носа и слезного мешка.

Нами усовершенствована методика формирования соустья между слезным мешком и слезистой носа при наружной дакриоцистиностомии [3] — изменена форма продольных разрезов с целью создания дополнительных (боковых) стенок.

Способ формирования анастомоза заключается в следующем. Он создается с двумя дополнительными (боковыми) стенками путем разреза слезистой носа Н-подобной формы, а в слезном мешке формируется лоскут П-подобной формы. Такая форма разреза слезистой

позволяет сформировать соустье с четырьмя стенками. Это приводит к уменьшению рубцевания созданного отверстия за счет закрытия последнего со всех сторон (рис. 1).

Данная модификация выполняется следующим образом. Сначала в слезном мешке делают разрез длиной 8–10 мм параллельно риностоме и на удалении приблизительно 6 мм от нее. Второй этап: под углом 105–110° формируют боковые стенки так, чтобы можно было сформировать трапециевидный лоскут с основанием к нижнему краю костного окна. Следующий этап — в слезистой носа делают два параллельных разреза в продольном направлении около верхнего и нижнего краев риностомы длиной 7–8 мм на расстоянии до 6 мм один от другого. Перпендикулярно этим линиям, под прямым углом посередине, делают еще один разрез длиной до 6 мм (см. рис. 1), вследствие чего образуется отверстие с двумя боковыми стенками (рис. 2). Далее приступают к формированию анастомоза между слезистой носа и слезного мешка.



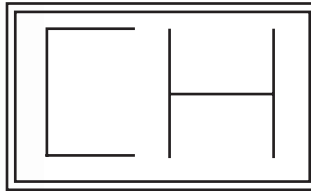
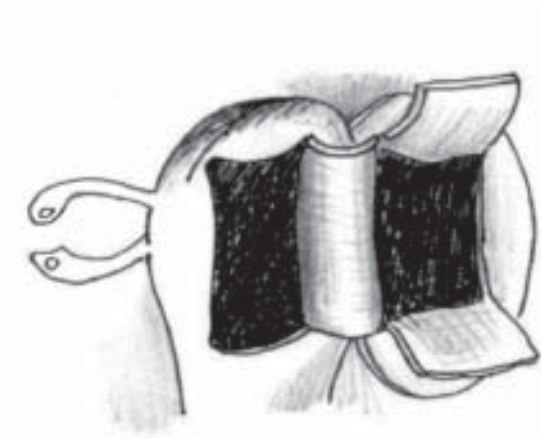


Рис. 1. Схема разреза слизистой носа Н-подобной формы. Формирование лоскута П-подобной формы в слезном мешке

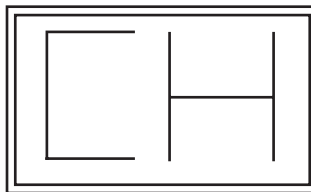
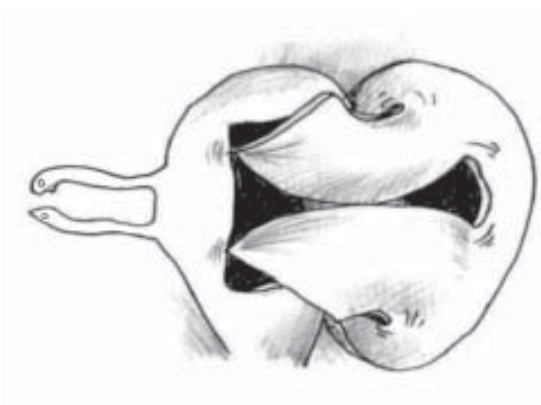


Рис. 2. Схема формирования анастомоза между слизистой носа и слезного мешка. Образование четырех стенок анастомоза между слизистой носа и слезного мешка

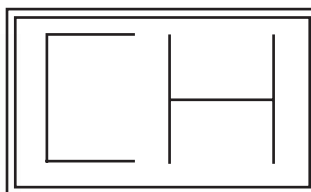
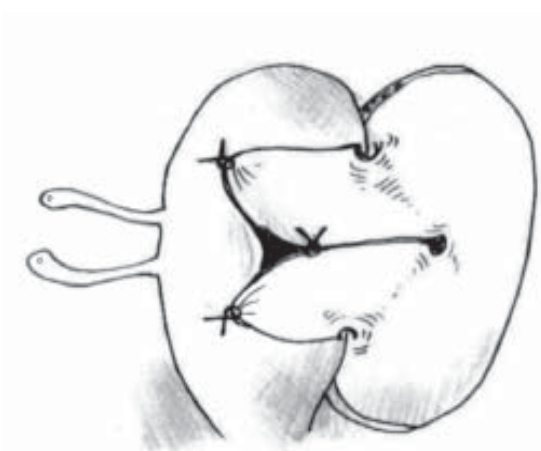


Рис. 3. Схема формирования четырех стенок анастомоза между слизистой носа и слезного мешка

Вершину Н-подобного лоскута слезного мешка фиксируют двумя узловатыми швами к нижней губе слизистой носа, а каждая из боковых стенок слизистой носа фиксируется к нижней губе слезного мешка с помощью узловатого шва. После этого накладывают узловатый шов на верхние губы анастомоза (рис. 3).

Выводы

Данная модификация формирования анастомоза с дополнительными (боковыми) стенками позволяет снизить пролиферативный рост слизистых оболочек за счет полной адаптации краев раны, увеличить площадь соустья по сравнению с существующим и уменьшить количество его заращений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бойштян В. Е., Пахомова А. И. Восстановление слезоотведения при заращении слезоотводящих путей. — Кишинев, 1974.
2. Колесникова Л. Н., Пестова Э. А. Новая модификация формирования соустья при дакриоцисториностомии // Вестн. офтальмол. — 1987. — № 1. — С. 25-27.
3. Деклар. патент України № 56699А, МПК (2006): А61В17/00; А61F2/18. Спосіб формування анастомозу між слізним мішком і слизистою носу при зовнішній дакриоцисториностомії / Ліщенко В. Б., Венгер Г. Ю., Лоза О. В., Ліщенко Б. М.; ОДМУ. — Заявл. 19.08.2002; Опубл. 15.05.2003. Бюл. № 3.
4. Малиновский Г. Ф., Моторный В. В. Практическое руководство по лечению заболеваний слезных органов. — Минск, 2000. — С. 15-19.
5. Черкунов Б. Ф. Болезни слезных органов. — Самара, 2001. — С. 171.
6. Hollsten D. A. Complications of lacrimal surgery // Int. Ophthalmol. Clin. — 1992. — Vol. 32 (4). — P. 49-66.

