

МЕТОДИКА ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПОВРЕЖДЁННЫХ СЛЁЗНЫХ КАНАЛЫЦЕВ У ДЕТЕЙ

Бузруков Б.Т., Каримова Д.Б., Магруппов Ш.Г.

Ташкентский педиатрический медицинский институт.

✓ Резюме,

Данная статья посвящается результатам усовершенствования хирургического метода восстановления горизонтального отдела поврежденных слезных канальцев с использованием модифицированного зонда с помощью лески.

Приведен анализ результатов хирургического лечения 38 больных детей в возрасте от 4 до 14 лет с повреждениями горизонтального отдела слезных канальцев лечившихся в отделении офтальмологии ТашПМИ. Авторами разработана простая и вместе с тем, эффективная методика пластики слезных канальцев.

Результаты исследования показывает, что предложенная методика восстановления слезных канальцев является эффективной, мало травматичной и может широко использоваться в практике детской офтальмотравматологии.

Ключевые слова: Повреждение слёзных каналов, хирургическое лечение восстановления.

БОЛАЛАРДА ЖАРОҲАТЛАНГАН КЎЗ ЁШИ КАНАЛЧАЛАРИНИ ТИКЛАШ УСЛУБИ

Бузруков Б.Т., Каримова Д.Б., Магруппов Ш.Г.

Тошкент педиаатрия тиббиёт институти.

✓ Резюме,

Ушбу мақола жароҳатланган кўз ёш каналчалари горизонтал қисмини леска ёрдамида модификацияланган зонд қўлланган хирургик қайта тиклаш услубини такомиллаштириш натижаларига бағишланган.

Илмий тадқиқотда ТошПТИ офтальмология бўлимида 38 нафар 4 ёшдан 14 ёшгача бемор болаларнинг кўз ёш каналчалари горизонтал қисмини жароҳатланиши билан хирургик даволаниш натижалари таҳлил қилинди. Бунда муаллифлар томонидан кўз ёши каналчалари пластикасининг оддий ва шунингдек самарали услуби ишлаб чиқилган.

Тадқиқот натижаларига кўра кўз ёши каналчаларини таклиф этилган тиклаш услуби самарали, кам жараҳатлайдиган ҳисобланиб, болалар кўз жароҳатларини даволаш амалиётида кенг қўллаш мумкин бўлади.

Калит сўзлар: кўз ёш канали жараҳати, жарроҳлик давоси, канални тиклаш.

TECHNIQUE OF THE RESTORATION OF DAMAGED NUCLEAR DUCTS OF CHILDREN

Buzrukov B.T., Karimova D.B., Magrupov Sh.G.

Tashkent Pediatric Medical Institute.

✓ Resume,

This article is devoted to the results of improving the surgical method of restoring the horizontal section of damaged tear ducts using a modified probe with a fishing line.

The analysis of the results of surgical treatment of 38 patients with children aged from 4 to 14 years with damage to the horizontal section of the lacrimal canaliculi treated in the Department of Ophthalmology TashPMI is presented. The authors have developed a simple and at the same time an effective technique for plasty of the lacrimal tubules.

The results of the study show that the proposed technique for the restoration of tear ducts is effective, a little traumatic, and can be widely used in the practice of pediatric ophthalmology and traumatology.

Keywords: technique of the restoration, of damaged nuclear ducts of children.

Актуальность

3 аболевания слезоотводящих путей среди офтальмологических заболеваний составляют от 12 до 25 % случаев, из них удельный вес патологии слезных канальцев составляют от 73 до 87 % [2,6].

Наиболее частыми являются травматические повреждения горизонтального отдела слезного канальца. Неквалифицированная первичная хирургическая обработка ран слёзных канальцев приводит к их облитерации, что в свою очередь становится причиной страдания больных постоянным слезостоянием, слезотечением, а так же развитием хронических конъюнктивитов или дакриоциститов, при ослаблении организма наблюдается острый дакриоцистит или флегмона слезного мешка [1,3,4].

Восстановление слезоотведения, при повреждениях слезных канальцев во многом зависит от выбора тактики и техники операции, места расположения разрыва (латеральный, средние - каналикулярный или медиальный отдел), материала, используемого для их интубации, сроков и способа дренирования соустья и др. Традиционные способы операции и существующие способы пластики не позволяют получить высокие функциональные результаты, поэтому к реабилитации этой категории больных следует подходить не стандартно, а с учетом индивидуальных особенностей каждого конкретного случая [5,6].

Целью данной работы явилось усовершенствование хирургического метода восстановления горизонтального отдела поврежденных слезных канальцев с использованием модифицированного зонда с помощью лески.

Материал и методы

Под нашим наблюдением в отделении офтальмологии ТашПМИ находилось 38 больных с повреждениями горизонтального отдела слезных канальцев в возрасте от 4 до 14 лет. Мальчиков среди обследуемых - 21 (58,82%), девочек - 17 (41,18%). Из них у 15 (29%) отмечалось повреждение верхнего слезного канала, у 22 (71%) нижнего.

У всех пациентов ранение слезных канальцев сочеталось с травмами век. 7 детей поступили в первый сутки после полученной травмы. 10 больных обратились в клинику после ПХО, которая проводилась им на местах, по месту жительства врачами хирургами и травматологами. Операционные вмешательства производились без учета анатомических параметров слезоотводящих путей, так как в основном ПХО заключалось в остановке кровотечения и наложении швов на рану. У 5 больных ранение произошло вследствие укуса животного, у 2 вследствие укуса шакала. Всем больным проведены офтальмологические методы исследования, консультация смежных специалистов.

Результат и обсуждения

Нами разработана простая и вместе с тем эффективная методика пластики слезных канальцев, которая апробирована и результаты указаны в данной статье.

Технология данного метода:

Подготовка больных к операции ничем не отличается от традиционной подготовки к плановой операции и должна проводиться дифференцированно, в зависимости от общего состояния пациента, характера полученной травмы и наличия сопутствующих заболеваний. В большинстве случаев операции на слезных канальцах не имеют специальных анестезиологических проблем и обычно выполняются под местной инфильтрационной анестезией. У детей до 7 лет применяется в основном эндотрахеальный наркоз при операции на слезоотводящей системе.

Важным моментом в поиске места разрыва канальца является знание анатомии. При разрыве слезного канальца рядом со слезной точкой медиальный конец его будет располагаться у края века, его легко обнаружить. Если разрыв расположен ближе к слезному мешку то хирург должен искать медиальный конец слезного канальца значительно глубже. Очень важно при поиске разрыва канальца и его пластике использовать операционный микроскоп и микрохирургическую технику операции. Следует искать серебристые полоски разорванной связки века, которые приведут хирурга к месту разрыва. При этом края поврежденного канальца беловатые, "сверкают эпителиальной белизной". Наилучшим, явилось бы, при помощи модифицированной иголки, созданной на основе Алексеевского зонда, пройти через не поврежденный канал и провести иглу в дистальную область раневого канала, откуда пропустить леску, которая является проводником для силиконового капилляра. Это будет точным подтверждением того, что оба конца поврежденного канальца найдены, верно. ВХО при облитерации верхнего и нижнего слезного канальца, направляя иголку со стороны здорового канальца, а со стороны поврежденного в просвет канальца вставляется самый тонкий острый конический зонд

Зайхеля. Силой вставляется в внутрь иголки и по направлении иглы выходят к наружу.

При повреждении одного канальца лучше всего выполнить пластику канальца с моноканаликулярной его интубацией, что бы избежать травматизации интактного слезного канальца. В качестве материала для интубации используем силиконовый капилляр, наружный диаметр которого равен 0,8 мм, а внутренний 0,6мм или силиконовую нить. Введение капилляра через травмированный канал в слезный мешок осуществляем при помощи мандрена - проводника. При повреждении обоих слезных канальцев предпочтение отдаем биканаликулярно - кольцевому способу интубации, для чего используем резиновую лигатуру толщиной 0,6 - 0,8 мм, которой закольцовываем слезные канальца, используя зонд Алексеева. После расширения слезной точки коническим зондом Зихеля до № 4 в область раны через слезный неповрежденный канал проводим зонд Алексеева. С помощью петли из шелковой нити в ушко зонда заправляем резиновую лигатуру, которую проводят ретроградно через медиальный отдел поврежденного канальца не поврежденный канал и выводим через слезную точку наружу. Затем второй конец резиновой лигатуры тем же зондом проводим ретроградно из раны через латеральный отдел поврежденного канальца. Таким образом, проведенная через место разрыва резиновая лигатура создает благоприятные условия для последующей пластики век и слезного канальца.

Техника пластики поврежденного слезного канальца и века.

Необходимым условием пластики слезных канальцев является:

- использование операционного микроскопа и микрохирургической техники операции;
- захват швами краев стенок поврежденного канальца, что улучшает их адаптацию и создает благоприятные условия для регенерации без образования грубой рубцовой ткани в зоне разрыва;
- щадящая интубация слезоотводящих путей с использованием биологически и химически инертных материалов, обладающих прочностью, мягкостью и не вызывающих раздражение глаза, самой удобной является силиконовая нить;
- подшивание хряща века к внутренней связке при его отрыве, что предупреждает образование травматической колобомы века.

В качестве шовного материала лучше всего использовать викрил, этилон, нейлон 6/0-8/0 с радиусом кривизны иглы 3/8-5/8 окружности. Это обеспечивает оптимальные условия для наложения швов в глубокой и узкой ране. Причем на нижнюю стенку слезного канальца накладываем рассасывающийся узловый шов из викрила 8/0, тогда как на верхне - заднюю, верхнее - переднюю стенку и интермаргинальное пространство - узловые швы из нейлона 5/0 - 6/0.

Для пластики века используем 8-образный шов. При непроходимости на края кожной раны века накладываем дополнительные узловые швы этилон, нейлон 5/0-6/0. Свободные концы резиновой лигатуры фиксируем между собой в двух местах виргинским шелком 8/0 и коротко обрезаем, а место соединения концов лигатуры заправляем в просвет слезного не поврежденного канальца. В оперированный глаз назначаем инстилляции дезинфицирующих капель. Под конъюнктиву вводим однократно раствор антибио-

тика с кортикостероидами по 0,3 мл. Кожные швы обрабатываем 1% спиртовым раствором бриллиантового зеленого и на сутки накладываем асептическую монокулярную повязку.

В послеоперационном периоде, начиная с первого дня, снимаем повязку и назначаем антибиотики и кортикостероиды в виде инстилляций. Кожные швы ежедневно обрабатываем 1% спиртовым раствором бриллиантового зеленого, а резиновую лигатуру осторожно смещаем пинцетом "назад - вперед" один раз в день с 5 - 6-го дня после операции. Первое промывание слезоотводящих путей проводим раствором антибиотика и кортикостероида на 7-ой день после операции, используя тонкую канюлю, которую вводим между слезным каналцем и резиновой лигатурой. Не следует оказывать большое давление на поршень шприца, чтобы не вызывать расхождение швов и попадания жидкости в ткани века. Кожные швы снимаем на 7-день. При отрывах век от внутренней связки фиксирующий шов снимаем через 2 недели после операции.

Срок интубации закольцованных слезных каналцев составляет около 2 мес. О хорошем исходе операции свидетельствуют отсутствие жалоб на слезостояние (эпифора) и слезотечение, положительные функциональные цветные пробы и свободное прохождение промывной жидкости в нос при промывании слезоотводящих путей.

Восстановление нижнего и верхнего слезных каналцев производилось по предлагаемой методике с использованием иглолок с вогнутыми концами разных диаметров. Всем больным в течении первых 2 - 4 часов проведена ПХО, а в 30 случаях ВХО раны с восстановлением слезного каналца по собственной методике (рациональное предложение № 491 от 22.02.99г.) При помощи нашего модифицированного зонда введена леска через слезную точку неповрежденного слезного каналца, за ней введена силиконовая нить, которая введена через верхний, общий и обе части поврежденного слезного каналца (в случае повреждения верхнего каналца - в обратной последовательности). Затем восстанавливалась целостность слезного каналца. Концы силиконовой нити закрепляли на коже лба при помощи липкого пластыря. Интубационную силиконовую нить в просвете слезных каналцев оставляли в течении 5 - 6 недель. Больные после операции выписывались домой на 3 - 4 сутки под наблюдение окулиста поликлиники.

Контрольное промывание слезных путей после удаления силиконовой нити показало восстановление и полную проходимость у 36(94,74%) больных, у 2(5,26%) детей отмечался незначительный стеноз медиального отдела слезного каналца, который был ликвидирован после двукратного бужирования и промывания. У 6 больных с интубацией слезного каналца на 5 сутки со стороны конъюнктивы наблюдалось расхождение швов на 1 - 2 мм. При этом через оголенные части каналцев была видна интубационная резина. Было решено оставить интубационный материал. В течении последующих 10 дней каналец полностью восстановился и начал функционировать. Силиконовая нить удалена через 50 - 60 дней. К этому моменту у всех больных наблюдалось полное восстановление анатомической структуры каналцев, что способствовало улучшению в функциональном отношении (нормальному слезоотведению). У 1 больного

(с укусом шакала) после проведенного лечения осталась легкая инверсия слезной точки кнаружи, но анатомически веки находились в правильном положении.

Следует отметить, что ПХО ранения должно проводиться в ранние сроки после травмы. Особенно это важно при укусах животными, когда лечение следует начинать как можно раньше, ввиду высокой вероятности инфицирования раны, необходимости проведения профилактических мер и дальнейшего наблюдения за пациентом и животным. С учетом различных факторов возможна отсрочка хирургической обработки раны на 12 - 24 ч., а иногда и на 24 - 48 ч. Как правило, хирургическое лечение бывает успешным, если оно проведено не позднее указанного срока.

Вывод

Таким образом, предложенная нами методика восстановления слезных каналцев является эффективной, мало травматичной и может быть широко использоваться в практики детской офтальмотравматологии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Агеев А.Н., Дергилев А.П., Ободов В.А., Ободов А.В. Диагностическая значимость вербальной и визуальной оценки расположения дилатированного слезного мешка при планировании эндоскопической дакриоцисториностомии // Медицинская визуализация, 2016. - № 1. - С. 8-17.
2. Азнабаев М.Т., Бабушкин А.Э., Валиева Г.Н. Причины неудач и профилактика рубцевания образованного соустья после дакриоцисториностомии // Клиническая офтальмология (Б-ка РМЖ), 2006. - № 4. - С. 171-174
3. Атькова Е.Л., Жуков О.В., Краховецкий Н.Н., Ярцев В.Д., Резникова Л.В. Интраоперационные способы профилактики рецидивов дакриоцистита // Вестник офтальмологии, 2018. - № 5. - С. 270-275.
4. Белоглазов В.Г., Атькова Е.Л., О-Жи-Хо Е.А., Архипова Е.Н. Современные возможности диагностики нарушений слезопроведения // Офтальмохирургия, 2010. - № 1. - С. 58-61.
5. Бузруков Б.Т. Усовершенствование методов исследования и лечения детей с осложненными формами врожденного дакриоцистита: / Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Ташкент, 1998. - С. 17.
6. Малиновский Г.Ф., Моторный В.В. Лечение дакриоциститов новорожденных: / Практик. руководство по лечению заболеваний слезных органов. - Мн., 2000.
7. Суров А.В., Лебедев О.И., Молчанова Е.В. Иммунологические показатели у пациентов с увеитами и их рецидивирующими формами на фоне оппортунистических инфекций // Рос. офтальм. журн. - 2011. - Т. 4, № 2. - С. 56-59.
8. Weil D. Diseases of the lacrimal drainage system / D. Weil, J.P. Aldecoa, A.M. Heidenreich // Current opinion in ophthalmology. 2001. - Vol. 15, №5. - P. 352-356.
9. Yi-an Y. Intraoperative mitomycinC in dacryocystorhinostomy / Y. Yi-an, F. Chun-ting // Ophthalmic. Plast. Reconstr. Surg. 2001. - Vol. 17, №2. - P. 115-119.
10. Vasculitis of the lacrimal sac wall in Wegener granulomatosis / R.C. Ghanem et al. // Ophthal. Plast. Reconstr. Surg. 2004. - Vol. 20, №3. - P. 289-294.
11. Tree-Dimensional rotational dacryocystography for imaging of the lacrimal draining system and adjacent anatomical structures / M. Luchtenberg et al. // Ophthalmologica. 2005. - Vol. 219. - P. 136-141.
12. Topical mitomycin as an adjunct to choanal atresia repair / M. Prasad et al. // Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. 2002. - Vol. 128, №4. - P. 398-400.
13. The evaluation of the effects of lateral osteotomies on the lacrimal drainage system after rhinoplasty using active transport dacryocystorhinostomy / O.Yigit et al. // Rhinology-2004. Vol. 42. - P. 19-22.

14. The medial horn and capsulopalpebral fascia in the medial canthus are significant antagonists of the orbicularis oculi muscle for lacrimal drainage / H. Kakizaki et al. // Ophthalmologics 2004. - Vol. 218. - P.419-423.

15. The role of lacrimal intubation in the management of facial trauma and tumor resection / H.M. Spinelli et al. // Plast. Reconstr. Surg. 2005. - Vol. 115. - P.1871-1876.

Поступила 10.03. 2019

УДК 616.316-008.8-002-053.5-07

МАКТАБ ЁШИДАГИ БОЛАЛАРДА АРАЛАШ СЎЛАК ЭЛЕМЕНТ ТАРКИБИНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ

Гаффаров С.А.¹, Олимов С.Ш.¹, Саидов А.А.²

Тошкент врачлар малакасини ошириш институти¹,
Бухоро давлат тиббиёт институти².

✓ Резюме,

Оғиз бўшлиғи суюқлигининг элементлари таркибини ўрганиш, болалар ва ўсмирларнинг тиш-жағ аномалияларида функционал ва метаболит бузилишларнинг интенсив намоён бўлишида адекват кўрсаткичлардан бири бўлиб, оғиз суюқлигида темир, кальций ва калий миқдорининг ошиши ҳамда магний миқдорининг камайиши ҳисобига диагностик ва прогностик маълумотлар асоси бўлиши мумкин. Тиш-жағ аномалиялари мавжуд мактаб болаларининг қўзғатилмаган оғиз бўшлиғи суюқлигида сезиларли даражада темир моддасини экскрециясини ошиши ва магний миқдори камайиши, оғиз бўшлиғида оксидатив стрессни активлаштиради ва бу аралаш сўлакдаги макроэлементлар дисбалансини тезлашишига олиб келувчи сабаблардан бири бўлиб, бу эса иммунопатологик ҳолатга олиб келувчи мойилликнинг шаклланишига сабаб бўлади.

Калит сўзлар: тиш-жағ аномалиялари, қўзғатилмаган оғиз бўшлиғи суюқлиги, аралаш сўлак, макроэлемент, макроэлемент таркиби, мактаб болалари.

ОСОБЕННОСТИ ЭЛЕМЕНТНОГО СОСТАВА СМЕШАННОЙ СЛЮНЫ У ШКОЛЬНИКОВ

Гаффаров С.А.¹, Олимов С.Ш.¹, Саидов А.А.²

Ташкентский институт усовершенствование врачей¹,
Бухарский государственный медицинский институт².

✓ Резюме,

Изучение содержания элементного состава в нестимулированной ротовой жидкости показали, что адекватным показателем, отражающим интенсивность функциональных и метаболических нарушений при зубочелюстных аномалиях у детей и подростков, является увеличение уровня железа, кальция и калия в ротовой жидкости, а также снижение уровня магния. У детей с зубочелюстными аномалиями за счёт достоверного повышения экскреции железа и снижения содержания магния в нестимулированной ротовой жидкости активируют процессы оксидативного стресса в ротовой полости, что является одним из причин усиления макроэлементного дисбаланса в смешанной слюне, формируя тем самым предрасположенность их к иммунопатологическим состояниям.

Ключевые слова: зубочелюстных аномалии, нестимулированной ротовой жидкости, смешанной слюны, макроэлемент, макроэлементный состав, школьники.

FEATURES OF TRACE ELEMENT COMPOSITION OF MIXED SALIVA IN SCHOOLCHILDREN

Gafforov S.A.¹, Olimov S.Sh.¹, Saidov A.A.²

Tashkent Institute of Postgraduate Medical Education¹
Bukhara State Medical Institute².

✓ Resume,

An adequate indicator reflecting an intensity of functional and metabolic disorders in dentoalveolar anomalies at children and adolescents is an increase of iron level, calcium and potassium in oral liquid, as well as a decrease of magnesium level that was showed at study results of the trace element composition in unstimulated oral liquid. Oxidative stress in the oral cavity is activated, that it is one of the reasons for strengthening of macronutrient imbalance in mixed saliva, forming thereby aptitude of them to immunopathological conditions at children with dentoalveolar anomalies, due to a significant increase of iron excretion and a decrease of the magnesium content in the unstimulated oral liquid.

Keywords: dentoalveolar anomalies, unstimulated oral liquid, mixed saliva, macronutrients, trace element composition, schoolchildren.

Долзарблиги

Хозирги кунда Жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилоти томонидан Ер қураси аҳолиси орасида кузатилаётган касалликлар номенклатурасида қатор ўзгаришларни; жумладан янги турдаги касалликларнинг

аниқланиши, касалликлар клиникасидаги симптоматик номуносивбликлар ёки янгича этиоомилларнинг асоратидан организм ҳимоя тизимидаги ўзгаришларни санаб ўтишимиз мумкин [5]. Шу нуқтаи-назардан Республика Президенти ва ҳукуратимиз томонидан аҳоли соғлиғини сақлаш тизимида таълуқли қабул