

УДК УДК 617.77-001.4+617.764.5-001-089

Спосіб первинної мікрохірургічної обробки розриву слъзового каналця при ранах повік

І. А. Габрук, лікар; І. І. Габрук

Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М. І. Пирогова

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, *Вінниця (Україна)*

Актуальність. Рани повік з розривом слъзового каналця зустрічаються найчастіше серед травм слъзовідвідних шляхів і складають біля 47-48% від усіх ран повік. Без правильної первинної мікрохірургічної обробки (ПМХО) таких ран формуються колобома і деформація повік, незворотні стриктури і облітерації каналців. Постійна нестерпна слъзотеча, закисання ока і обмеження трудової діяльності призводять до необхідності проведення реконструктивних операцій. ПМХО таких свіжих ран набагато ефективніша, ніж реконструктивна операція в періоді рубцювання, коли важко знайти та зшити кінці розірваного каналця. Такі хворі складають значну частину невиліковної слъзотечі. Тому розробка методів ПМХО ран повік з розривом слъзового каналця залишається актуальною.

При ПМХО таких ран кінці розірваного слъзового каналця зшивають «кінєць в кінєць» на спеціальному зонді - провіднику. Для їх співставлення, зшивання та необхідної іммобілізації пропонувались різні варіанти каналцевих зондів: металеві чи синтетичні стержні або трубки, кетгут, жилка, полімерні трубки та ін.. Виходячи із слъзового каналця, такі каналцеві зонди приклеюють або пришивають на повіках, щоці або лобі. Їх легко випадково зачепити, змістити або навіть видалити. Жорсткі зонди створюють пролежні, тому вони сприяють формуванню стриктур. Трубка або жилка, виходячи із слъзового каналця на повіку, вивертає слъзову точку і рана повік зростається при вивернутій слъзовій точці. Зонди, закріплені до шкіри обличчя, утримують від 3 тижнів до 3 місяців, і це створює косметичний недолік. Проведення силіконової нитки або трубки (в тому числі і протезів фірми Eagle Vision, FCI та ін.) через розірваний слъзовий каналець, слъзовий мішок, носослъзову протоку в порожнину носа являється досить непростюю і в певній мірі травматичною маніпуляцією.

Найкращим способом вважається зшивання каналця на силіконовій або поліетиленовій трубці. Через слъзову точку, латеральну та медіальну частину розірваного каналця до слъзового мішка вводять силіконову або поліетиленову трубку – провідник (зо-

внішнього діаметру до 1,2 мм), – на якій розірваний каналець зшивають «кінєць в кінєць» (вузликними швами: нейлон, шовк або ін., 10 нулів) потім зшивають розірвану повіку. Трубку прошивають (шовк, 7-8 нулів) і надійно фіксують до краю повіки (шви легко прорізаються), а решту трубки зрізають на 0,5 мм вище слъзової точки.

Шви, які фіксують силіконову трубку до повіки, легко прорізаються (це стверджують самі автори). Завдяки своїй пружності трубка постійно тягне фіксаційні шви, а при кліпанні посмикує їх. При прорізанні цих швів трубка зміщується або навіть випадає із слъзового каналця, порушуючи цим іммобілізацію з'єднання обох його частин. Це призводить до формування структури каналця. Інтубація каналця силіконовою або поліетиленовою трубкою виконує тимчасову каркасну функцію і не створює умов для одночасного відведення слъзи, що сприяє слъзостоянню та закисанню ока, прорізанню швів, а отже затримує зростання каналця.

Мета. Покращити ефективність операції і не допустити формування стриктури слъзового каналця шляхом забезпечення правильного співставлення, зшивання та надійної стабільної іммобілізації з'єднання обох кінців розірваного слъзового каналця на необхідний термін часу з одночасним відведенням слъзи.

Матеріал та методи

Для цього нами запропоновано використовувати канаяцьевий зонд власної конструкції (патент на копію модель № 124617 від 10.04.2018 р.). Він являє собою силіконову або поліетиленову трубку діаметром 1-1,2 мм, довжиною 12 мм. Довжина трубки повинна дорівнювати розміру горизонтальної частини слъзового каналця плюс 2 мм на глибину слъзового мішка. При потребі трубку вкорочують, обрізавши її медіальний кінєць. На рисунку зображено запропонований канаяцьевий зонд. З латерального кінця зрізана половина стінки трубки – 1 на протязі 2,5-3 мм. Друга половина стінки трубки – 2 прошита П-подібним (6 ну-

лів) швом – 3 в 1-1,5 мм від її кінця з шагом 2 мм. Кінці шва виходять назовні трубки та не зв'язані.

Спосіб ПМХО розриву слъозового каналця при пораненнях повік здійснюється таким проведенням операції. Ревізія рани. Знаходять обидва кінці розірваного слъозового каналця. Видаляють внутрішню стінку слъозового каналця на протязі 2,5-3 мм від слъозової точки. Канальцевий зонд (силіконову трубку) медіальним кінцем заводять через слъозову точку в дистальну частину розірваного каналця так, щоб її латеральний кінець, прошитий ниткою, співпадає з латеральним кінцем горизонтальної частини слъозового каналця, а зрізана бокова стінка трубки була спрямована в бік очного яблука. Цей отвір трубки можна побачити з внутрішньої сторони повіки, де відсутня видалена внутрішня стінка каналця. Обидва кінці П-подібного шва, котрим прошита трубка, окремими проколами через зовнішню стінку горизонтальної частини каналця виводять на передню поверхню повіки і зв'язують. Зонд фіксують в дистальній частині розірваного каналця. Накладають та не зав'язують П-подібний шов 6 нулів на рану повіки, прокалюючи її в 5 мм від краю рани шагом 2-3 мм, та на внутрішню зв'язку повік або надкисницю в місці відриву зв'язки і виколують на шкіру медіальніше проекції переднього слъозового гребінця, а також по одному шву 9-10 нулів на передню та задню стінки обох кінців розірваного каналця. П-подібний шов накладають так, щоб повіка підтягувалась медіально, назад і вгору для нижньої повіки. Ці шви підтягують. Медіальний кі-

нець силіконової трубки з допомогою жорсткого провідника заводять через медіальну частину розірваного каналця в слъозовий мішок. Зв'язують обидва шви на слъозовому каналці та П-подібний шов на підкладках. Далі накладають решту швів на краї рани.

Якщо не вдається знайти в рані кінець проксимальної частини розірваного нижнього каналця, то спочатку накладають і не стягують П-подібний шов, а потім ретроградно через інтактний верхній слъозовий каналець і проксимальну частину розірваного каналця в рану проводять трубчастий спіралевидний пристрій – зонд, так званий «поросячий хвостик» П. И. Лебехова, Г. М. Могутина, Корхмароша та ін.). В трубку цього зонда вводять жилку діаметром 0,3-0,4 мм до виходу її із зонда в рану. Жилку притримують пінцетом, а зонд видаляють ретроградно. Жилку з проксимального кінця розірваного каналця вводять в силіконову трубку (канальцевий зонд) і виводять із її латерального кінця назовні. По жилці силіконову трубку вводять в проксимальну частину розірваного каналця, накладають 2 шва на обидві кінці розірваного каналця, жилку видаляють. Для перевірки правильності розміщення трубки в каналцеві, в неї вводять фізрозчин, котрий повинен пройти в ніс. Так само зшивають розірваний нижній слъозовий каналець, якщо він розірваний біля самого слъозового мішка. Для знаходження медіального кінця розірваного верхнього каналця, спіралевидний зонд («поросячий хвостик») ретроградно через непошкоджений нижній каналець не проводять, тому що негативний ризик від цієї маніпуляції може бути більшим, ніж від незшитого верхнього слъозового каналця. В таких випадках зшивають лише повіку.

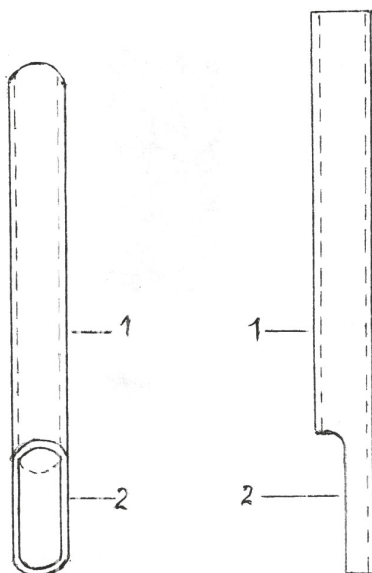
Після операції накладають біокулярну пов'язку на 2-3 доби із щоденними перев'язками. В післяопераційному періоді слъозові шляхи промивають антисептиком через силіконову трубку та через інтактний каналець. Силіконову трубку із слъозового каналця видаляють через 2-3 місяці після операції, зрізавши вузлик шва на повіці та захопивши латеральний кінець трубки пінцетом чи голкою із зігнутих кінцем – крючком. Після видалення трубки каналець промивають антисептиком 1 раз в тиждень на протязі 1 місяця.

Результати

Запропонованим способом нами прооперовано 6 хворих з розривом слъозового каналця в його середній і внутрішній третині. В п'яти випадках при спостереженні на протязі 1 року слъозовідтік через травмований каналець відновлено повністю, каналцева та слъозоносова проби позитивні, слъозостояння немає. В одному випадку при розриві каналця біля слъозного мішка сформувалась стриктура.

Висновки

1. Шов, який фіксує трубку до повіки, ніколи не прорізається, а отже трубка ніколи не зміщується, не випадає і забезпечує стабільну надійну імобілізацію



Зонд для зшивання розірваного слъозового каналця.
Автори Габрук І. А., Габрук І. І.

з'єднання обох кінців розірваного каналця на необхідний період часу.

2. Відтік слюзи навколо трубки та через неї відновлюється частково вже після першої перев'язки та промивання через трубку та через верхній інтактний каналець.

3. Силіконова трубка повністю знаходиться в горизонтальній частині слюзового каналця та в слюзовому мішку, тому її не видно оточуючим і вона не деформує повіку.

4. Вузлик на повіці малопомітний, не торкається очного яблука і його не подразнює.

Вважаємо, що спосіб ПМХО рани повік з розривом слюзового каналця з використанням запропонова-

ного нами гнучкого силіконового каналцевого зонда, розміщеного та фіксованого лише в горизонтальній частині слюзового каналця, достатньо ефективний. Важливим етапом операції являється правильне підшивання повіки до внутрішньої спайки, коли повіка підтягується медіально назад і догори.

Література

1. **Бржеский В. В., Трояновський Р. Л.** Хирургическое лечение поврежденных слёзоотводящих путей. Современная офтальмология. Руководство для врачей. Под редакцией проф. В. Ф. Даниличева. – СПб, 2000. – С. 398.

Поступила 15.06.2018