

**УДК** 616.89 – 071.2 – 036 – 02:613.867

**КЛИНИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ НАПРЯЖЕННОГО УМСТВЕННОГО ТРУДА**

Лещина И.В.

**Резюме.** В работе представлены результаты клинико-анамнестического и клинико-психопатологического обследования студентов медицинского вуза. Проведен анализ частоты встречаемости и структуры психических расстройств в студенческой популяции.

**Ключевые слова:** психопатологические особенности, психические и поведенческие расстройства, студенты-медики.

**УДК** 616.89 – 071.2 – 036 – 02:613.867

**КЛІНІЧНА СТРУКТУРА ПСИХІЧНИХ І ПОВЕДІНКОВИХ РОЗЛАДІВ У ОСІБ НАПРУЖЕНОЇ РОЗУМОВОЇ ПРАЦІ**

Лещина І.В.

**Резюме.** У роботі представлені результати клініко-анамнестичного та клініко-психопатологічного обстеження студентів медичного вузу. Проведено аналіз частоти зустрічальності і структури психічних розладів в студентській популяції.

**Ключові слова:** психопатологічні особливості, психічні та поведінкові розлади, студенти-медики.

**UDC** 616.89 – 071.2 – 036 – 02:613.867

**CLINICAL STRUCTURE of MENTAL and BEHAVIORAL DISORDERS at PERSONS INTENSE BRAINWORK**

Leshchina I.V.

**Summary.** Psychopathological and clinical-anamnestic findings in medical students are presented in this article. Authors describe results of mental disorders frequency and typology analysis performed in the sample of medical students.

**Key words:** psychopathological features, mental and behavioral disorders, medical students.

Стаття надійшла 4.02.2011 р.

**УДК** 617.764.6–002–089.87.168

**В.Б. Лищенко, Е.И. Кондратьева, О.В. Левтюх**

**ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕОПЕРАЦИЙ, С ПРИМЕНЕНИЕМ  
ВРЕМЕННЫХ ДРЕНАЖЕЙ, У БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВОМ  
ХРОНИЧЕСКОГО ДАКРИОЦИСТИТА**

**ГУ "Институт глазных болезней и тканевой терапии им. акад. В.П. Филатова**

**АМН Украины" (г. Одесса)**

Данная работа выполнена в рамках научной темы ОНМУ «Применение эмбриофетальной трансплантации при воспалительных и дистрофических заболеваниях глаза», государственный регистрационный номер 0103U007952.

**Вступление.** Основной способ восстановления проходимости слезоотводящих путей при хроническом дакриоцистите – дакриоцисториностомия, т.е. наложение искусственного соустья между слезным мешком и полостью носа. Многие офтальмологи для профилактики рецидивов вновь сформированного анастомоза при наружной дакриоцисториностомии применяют разные модели дренажей [7,9,10]. Однако рецидивы заболевания встречаются от 13 до 42% случаев [11]. Мы решили провести анализ причин рецидивов

оперированных дакриоциститов, а также оптимизировать методику реопераций.

**Цель исследования.** Повысить эффективность лечения больных с оперированным дакриоциститом путем профилактики рецидивов сформированного анастомоза между слезным мешком и слизистой носа.

**Объект и методы исследования.** Нами проанализированы причины рецидивов хронических дакриоциститов у 31 больного (у 14 пациентов посттравматического генеза), которым ранее была выполнена дакриоцисториностомия, причем 19 больным операция ранее были произведена в других лечебных учреждениях. Возраст больных составлял от 19 до 55 лет. Мужчин – 14, женщин – 17. В 15 случаях больные

были оперированы по поводу травматического дакриоцистита. Предоперационная подготовка была направлена на устранение острых проявлений дакриоцистита. Пациентам осуществляли традиционные консервативные мероприятия с включением антибиотикотерапии, а также в комплекс лечения добавляли инфузии ПТФ (0,2 г, в/в ежедневно на протяжении 5 дней) [12]. Кроме того, для коррекции обмена аминокислот применяли в течение аналогичного периода времени состав «Инфезол 40» («Berlin Chemie AG», Германия) [8] из расчета 1,0 г аминокислот (25-50 мл препарата) на 10 кг массы тела в сутки. В послеоперационном периоде также осуществляли применение как традиционного, так и комплексного разработанного лечения.

Всем больным проведены стандартные методы обследования, сделаны цветные пробы для определения активной проходимости слезоотводящих путей, а также проводили интраоперационное исследование в области бывшего операционного вмешательства.

**Результаты исследований и их обсуждение.** Всем больным (31 случай) была произведена реоперация по предложенной нами методике: формирование костного окна [3], формирование анастомоза между слизистой носа и слезным мешком [4], а также использование предложенных дренажей для дренирования сформированного соустья [5,6]. Разрез мягких тканей мы выполняли по старому рубцу с использованием предложенного доступа к области слезного мешка и слизистой носа [2].

Причина рецидивов дакриоцисториностомии установлена у 20 больных. При интраоперационном обследовании риностомы установлено, что у 15 пациентов причиной рецидива заболевания было неправильно сформированное костное отверстие в боковой стенке носа. Как правило, оно располагалось несколько кпереди и кверху от оптимально необходимого местоположения. У 5 пациентов стенки сформированного соустья были частично соединены (имело место заращение). Возможно, причина кроется в том, что при травматических дакриоциститах из-за грубых рубцовых изменений тканей, а также в результате смещения слезного мешка кзади кнаружи и рубцовой его деформации, диаметр сформированного соустья оказался недостаточным. Можно отметить несколько причин, которые привели к рецидиву заболевания: образование малых размеров отверстия в кости, неправильное его расположение, недостаточное разобщение стенок соустья, а также не проводимое дренирование сформированного соустья. Выбор методики и техники реоперации зависел от причины обусловившей рецидив заболевания, от состояния слезного мешка, степени и характера рубцовых изменений слезного мешка и слизистой носа.

Редакриоцисториностомия была выполнена у всех больных. Рассечение мягких тканей мы

выполняли по старому рубцу с использованием ломаного разреза [2]. Наш опыт проведения дакриоцисториностомии свидетельствует о преимуществах ломаного разреза над линейным, так как он дает возможность бережного натяжения тканей во время оперативного вмешательства, а также обеспечивают достаточный доступ к слезному мешку при относительно небольшой длине. Использование усовершенствованного способа формирования костного окна позволило щадяще реформировать отверстия в кости до нужных размеров, сохранив неповрежденной слизистую носа. Основными требованиями к размерам и расположению костного отверстия является, чтобы нижний край достигал места перехода слезного мешка в слезо-носовый канал, задний край доходил до слезного заднего гребешка, а верхний – на 3 мм выше уровня впадения устья слезных канальцев в слезный мешок. Этим требованиям отвечает предложенная нами трапециевидная форма отверстия с закругленными углами [3].

Во время реоперации использовали предложенный нами дренаж. У 13 больных применяли дренаж с насечками (рис.1), когда удалось сформировать соустье между слезным мешком и слизистой носа с четырьмя стенками [1]. При шовном формировании соустья с двумя стенками (10 пациентов), использовали дренаж в виде колпачка-фиксатора (рис.2). Сущность его заключается в том, что в области риностомы предложенный дренаж может изменять свой диаметр, надежно фиксироваться, не нарушая эпителизацию соустья, способствует правильному его формированию.



Рис. 1. Дренаж с насечками.

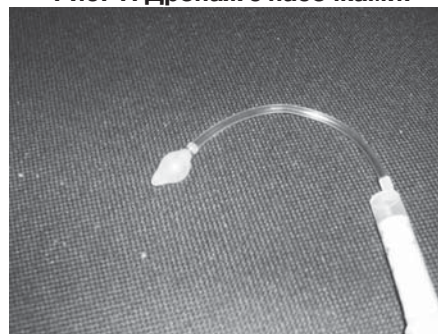


Рис. 2. Дренаж колпачок-фиксатор.

В восьми случаях формирование анастомоза было бесшовным. В данном случае использовали дренаж колпачок-гантель (рис.3).



Рис.3. Дренаж колпачок-гантель.

Целесообразность предложенной методики исходит из того, что при наружной дакриоцисториностомии, когда невозможно сформировать стенки риностомы, или формирование стенки невозможно в полном объеме, имплантат гантель-фиксатор изготовленный из резинового колпачка глазной пипетки, может изменять свой объем за счет заполнения его через силиконовую трубку воздухом или жидкостью. Поэтому форма и размеры его постоянно хорошо адаптированы к размерам соустья, а полусфера, которое находится в пространстве носовой полости, не дает возможности фиксатору двигаться (выпасть), и

обеспечивает продолжительное время прижигания слизистой анастомоза к костному краю окна.

Это позволило максимально мобилизовать измененные ткани и увеличить площадь эпителизированной поверхности в зоне риностомы, что положительным образом сказалось на результатах реопераций.

Выздоровление устанавливалось при отсутствии жалоб на слезотечение и гнойное отделяемое, при положительной носовой пробе на первых минутах и свободном прохождении жидкости при промывании.

Улучшение, характеризовалось отрицательной или резко замедленной носовой пробой, но имеющейся пассивной проходимости при промывании слезных путей.

Отдаленные результаты реопераций оценивались через 3 месяца. По мнению большинства авторов, срок 2-3 месяца вполне достаточен для оценки результатов операции. В более поздние сроки заращение соустья наступает исключительно редко. Исходы реоперации рецидива непроходимости сформированного анастомоза при наружной дакриоцисториностомии через 3 месяца иллюстрирует представленная таблица.

Через 3 месяца, после оперативного вмешательства, выздоровление в среднем отмечалось в 77,4% случаев. При использовании колпачка с на-

Таблица 1

### Результаты реоперации рецидива непроходимости сформированного анастомоза при наружной дакриоцисториностомии через 3 месяца

дренаж	кол-во операций	выздоровление		улучшение		Без эффекта	
		абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %
Колпачок с насечками	13	11	84,6	1	7,6	1	7,6
Колпачок-фиксатор	10	8	80,0	1	10,0	1	10,0
Колпачок-гантель	8	5	62,5	1	12,5	2	25,0
Всего	31	24	77,4	3	9,7	1	12,9

сечками и колпачка-фиксатора положительный результат был соответственно 84,6% и 80,0%. В группе, где использовался колпачок-гантель, выздоровление отмечалось в 62,5% случаев (в этой группе были больные с травматическим дакриоциститом). Улучшение, в среднем было отмечено в 9,7%. В группах, где применяли дренажи колпачок с насечками и колпачок – фиксатор и колпачок гантель, этот показатель составлял соответственно 7,6, 10,0 и 12,5 %.

Рецидивы непроходимости наступили у 12,9 % случаев (4 больных). В 2-х группах данные были практически идентичные (от 7,6 до 10,0 %), и только в группе, где применялся дренаж колпачок – гантель в 25,0 % случаях наступил рецидив заболевания (2 пациента), это связано с грубыми рубцовыми изменениями тканей вследствие травматического дакриоцистита.

Выводы.

1. Основными причинами рецидивов хронического дакриоцистита после ранее проведенных операций является образование малых размеров костного окна, неправильное его расположение, а также использование бесшовной методики формирования соустья.

2. Обязательным условием успешной реоперации является устранение коллапса вновь образованного анастомоза с применением, в качестве каркаса и ирригатора, временного введения в просвет соустья дренажа.

3. Предложенная методика и техника тампонады соустья временными дренажами в виде колпачка с насечками, колпачка-фиксатора и колпачка-гантель лучше всего адаптированы к разным размерам сформированного анастомоза, позволяет добиться выздоровления у 77,4% пациентов и улучшения в 9,7% случаев у больных с рецидивами хронических дакриоциститов.

**Перспективы дальнейших исследований.** Планируется дальнейшая разработка новых методов профилактики рецидивов при хроническом дакриоцистите в отдаленном периоде.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Лищенко В.Б. Профилактика рецидивов непроходимости сформированного анастомоза при наружной дакриоцисториностомии / В.Б. Лищенко // Украинский медицинский альманах. – 2007. – Т. 10, №6. – С. 102-103.
2. Пат. 38231 А України, А61В17/00. Спосіб доступу до ділянки слізного мішка і слизистої носа при зовнішній дакриоцисториностомії / В.Б. Лищенко, Г.Ю. Венгер, Б.М. Лищенко ; заявник і патентовласник ОДМУ ; заявл. 09.06.2000 ; опубл. 15.05.2001, Бюл.№ 4.
3. Пат. 61211 А України, А61F2/18. Спосіб формування кісткового доступу при зовнішній дакриоцисториностомії / В.Б. Лищенко, Г.Ю. Венгер, Б.М.Лищенко ; заявник і патентовласник ОДМУ ; заявл. 29.07.2002 ; опубл. 17.11.2003, Бюл.№ 11.
4. Пат. 56699 А України, А61В17/00 А61F2/18. Спосіб формування анастомозу між слізним мішком і слизистої носа при зовнішній дакриоцисториностомії / В.Б. Лищенко, Г.Ю. Венгер, О.В. Лоза, Б.М. Лищенко ; заявник і патентовласник ОДМУ ; заявл. 19.08.2002 ; опубл. 15.05.2003, Бюл. № 5.
5. Пат. 60446 А України, А61В17/00 А61F2/18. Пристрій для профілактики рецидивів непрохідності сформованого анастомозу при найбільш складних випадках дакриоцисториностомії / В.Б. Лищенко, Г.Ю. Венгер, О.В. Лоза, Б.М. Лищенко ; заявник і патентовласник ОДМУ ; заявл. 29.07.2002 ; опубл. 15.10.2003, Бюл. № 10.
6. Пат. 63835 А України, А61В17/00 А61F2/18. Приладдя для профілактики непрохідності сформованого анастомозу між слізним мішком і слизистої носа при зовнішній дакриоцисториностомії / В.Б. Лищенко, Г.Ю. Венгер, Б.М. Лищенко, М.М. Танасієвський ; заявник і патентовласник ОДМУ ; заявл. 04.09.2003 ; опубл. 15.01.2004, Бюл.№ 1.
7. Малиновский Г.Ф. Современные аспекты реабилитации реабилитации больных со сложной и сочетанной патологией слезоотводящих путей / Г.Ф. Малиновский // Белорусский офтальмолог. журн. – 2005. - №1. – С. 29-33.
8. Шишлов В. И. Парентеральная питание в комплексном лечении осложненного хронического панкреатита у работников морского транспорта: анализ течения послеоперационного периода / В.И. Шишлов // Науковий вісник Ужгородського університету, серія : Медицина. - 1999. - Вип.10. - С. 232-233.
9. Amin M. The value of intubation dacryocystography after dacryocystorhinostomy / M. Amin, J.F. Moseley, G.E. Rose // Br.J.Radiol. – 2000. - 73 (870). - P. 604-607.
10. Callahan A. Surgery of the eye: Injuries / A. Callahan // Springfield. – J.11. - Charles C. Thomas. - 1950. – P. 130-145.
11. Cokkeser Y. Hammer – chisel technique in endoscopic dacryocystorhinostomy / Y. Cokkeser, C. Evereklioglu, M. Tercan [et al.] // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. – 2003. - 112(5). - P. 444-449.
12. Noel P. Pentoxifyllin inhibits lipopolysaccharide-induced serum tumor necrosis factor and mortality / P. Noel, S. Nelson, R. Bokulic [et al.] // Life Sci. - 1990. - 47. - P. 1023-1029.

**УДК 617.764.6-002-089.87168**

### ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕОПЕРАЦИЙ, С ПРИМЕНЕНИЕМ ВРЕМЕННЫХ ДРЕНАЖЕЙ, У БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВОМ ХРОНИЧЕСКОГО ДАКРИОЦИСТИТА

Лищенко В.Б., Кондратьева Е.И., Левтюх О.В.

**Резюме.** В статті розглянуті питання профілактики сформованого співустья при зовнішній дакриоцисториностомії шляхом тимчасового введення в просвіт співустья дренажа, виготовленого з резинового ковпачка, внаслідок чого форма та розміри дренажа добре адаптовані до розмірів риностомии, що запобігає доторкуванню та зрощенню країв співустья, а також забезпечує високі функціональні результати, одужання у 84,6 % .

**Ключові слова:** дакриоцистит, співустья, слізний мішок, слизова оболонка носа.

**УДК 617.764.6-002-089.87168**

### ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕОПЕРАЦИЙ, С ПРИМЕНЕНИЕМ ВРЕМЕННЫХ ДРЕНАЖЕЙ, У БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВОМ ХРОНИЧЕСКОГО ДАКРИОЦИСТИТА

Лищенко В.Б., Кондратьева Е.И., Левтюх О.В.

**Резюме.** В статье рассмотрены вопросы профилактики сформированного соустья при наружной дакриоцисториностомии путем введения в просвет соустья дренажа, изготовленного из резинового колпачка, в результате чего форма и размеры дренажа хорошо адаптированы к размерам риностомии, что предотвращает соприкосновение и заращение краев соустья, а также обеспечивает высокие функциональные результаты выздоровления в 84.6%.

**Ключевые слова:** дакриоцистит, соустье, слезный мешок, слизистая оболочка носа.

**UDC 617.764.6-002-089.87168**

### LONG-TERM RESULTS REOPERATION using a TEMPORARY DRAINAGE, in PATIENTS with RECURRENT CHRONIC DACRYOCYSTITIS

Lishchenko V.B., Kondratjeva E.I., Levtyuh O.V.

**Summary.** The questions of prophylaxis of formed anastomosis at outward dacryocystorhinostomy are considered in the article, by temporal introduction to the road clearance of anastomosis of drainage, form and size of which is well adapted to the sizes of rhinostomy, and prevents contact and overgrown edges of the anastomosis, and provides high recovery of functional results in 84.6%.

**Key words:** dacryocystitis, fistula, lacrimal sac, nasal mucosa.

Стаття надійшла 8.02.2011 р.