

Література. 1. Лебедева Р.Н., Русина О.В. Катехоламини и адренергические рецепторы // Анестезиология и реаниматология.- 1990.- № 3.- С. 73-76. 2. Emorine L.J., Marullo S. Molecular physiology of adrenergic receptor // Progr. Asthma and COPD: Proc. Symp. Elounda.- Amsterdam, 1989.- P. 113- 121. 3. Lino J.K., Homey C.J. Specific receptor- guanine nucleotide binding protein interaction mediates the release of endothelium derived relaxing factor // Circ. Res.- 1992.- Vol. 70, № 5.- P. 1018- 1026. 4. Majewski H.K., Musgrave I.F. 2nd messenger pathways in the modulation of neurotransmitter release // Australian and New Zealand Journal of Medicine.- 1995.- Vol. 25, № 6.- P. 817- 821. 5. Viscosil F., Zemkova Nana, Edwards C Release of acetylcholine // Neuromuscular Junction.- Amsterdam ect., 1989.- P.197-205.

THE DYNAMICS OF ACTIVITY OF CYCLIC NUCLEOTIDES IN THE EXCUDATE FROM THE MAXILLARY SINUSES IN CASE OF CHRONIC PURULENT SINUSITIS

S.A. Levytska, I.M. Popko, O.G. Plaksivyi

Abstract. Experimental findings dealing with changes of the activity of cyclic nucleotides of the exudate of the maxillary sinuses in the process of treatment of 35 patients with chronic sinusitis are adduced in this article. It was found out that chronic purulent sinusitis was accompanied by an increased level of cAMP and cGMP. In the topical use the level of cAMP was decreased although the level of cGMP was not changed. The level of cGMP was significantly decreased during topical application of atropine. The obtained data confirm the important role of the autonomic nervous system in the patogenesis of chronic purulent sinusitis and efficacy of the local using of cholinolytics.

Key words: chronic purulent sinusitis, cAMP, cGMP.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

УДК 617.764.5-007.271-089

Б.Г. Макар, П.О. Мельник

УДОСКОНАЛЕННЯ МЕТОДУ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ РЕЦИДИВНИМИ РУБЦЕВИМИ СТЕНОЗАМИ СЛЬОЗОВИХ ШЛЯХІВ

Кафедра анатомії людини (зав. – проф. В.М. Круцяк),
кафедра факультетської хірургії, ЛОР та очних хвороб (зав. – проф. І.Ю. Полянський)
Буковинської державної медичної академії

Резюме. Пропонується удосконалення методу хірургічного втручання при повторних рубцевих стенозах слюзових шляхів. Метод спрямований на відновлення функції слюзових шляхів і попередження утворення нових.

Ключові слова: слюзові шляхи, рубцевий стеноз, антроцистостома.

Вступ. У хірургічному лікуванні непрохідності носо-слюзової протоки при її рубцевих стенозах застосовуються різні методи. Найбільш розповсюдженим є зовнішня дакріоцисториностомія та її модифікації [1]. Зовнішній підхід до слюзового мішка широко використовується офтальмологами. Однак, техніка виконання його є складною [2]. На місці шкірного розтину нерідко утворюються грубі рубці. Можливі також повторні рубцювання. Це зв'язано зі складністю створення широкого сполучення зі слюзовим мішком, носо-

сльозовою протокою і носовою порожниною. Внутрішньоносовий метод, незважаючи на його перевагу над зовнішнім, застосовується рідше. Для відновлення функції сльозовиділення при дакриоциститі і облітерації носо-сльозової протоки операцією вибору залишається дакриоцисториностомія [4]. Даний метод має також свої недоліки у зв'язку з рецидивами зарощення новоствореного сполучення. Повторні оперативні втручання при рецидивах рубцевих стенозів сльозових шляхів вищенаведеними методами у більшості випадків не дають бажаного результату.

Мета дослідження. Дослідити топографо-анатомічні взаємовідношення сльозового мішка і носо-сльозової протоки із структурами бічної стінки носа і верхньощелепної пазухи. На основі морфологічних досліджень удосконалити метод оперативного втручання на сльозовивідних шляхах.

Матеріал і методи. Методами звичайного і тонкого препарування досліджено щелепно-лицьову ділянку голови у 30 трупів людей зрілого віку. Препарування, зондування, введення красильних розчинів у сльозові шляхи з наступним стереофотографуванням проводились на сагітальних, фронтальних і горизонтальних розтинах голови. Морфометрія виконувалась мікрометром МКО.

Результати дослідження та їх обговорення. Морфологічні дослідження показали, що на присередній стінці верхньощелепної пазухи у ділянці її передньо-верхнього кута чітко визначається підвищення носо-сльозового каналу, яке направлено зверху донизу, латерально і дещо дозад. Його довжина дорівнює $16,0 \pm 0,2$ мм і ширина – $9,0 \pm 0,1$ мм. Товщина кісткової стінки вказаного підвищення складає $1,0 \pm 0,02$ мм. Позаду від підвищення носо-сльозового каналу розташований природній отвір верхньощелепної пазухи. Орієнтиром нижнього кінця каналу є виявлений нами на всіх препаратах гребінець, який розташований у ділянці присередньої і передньої стінок верхньощелепної пазухи.

На основі морфологічних досліджень і аналізу різних методів оперативних втручань на сльозових шляхах ми запропонували метод хірургічного лікування хворих із рецидивом рубцевого стенозу сльозової протоки [3]. Аналізуючи віддалені результати після операції за даним методом, ми відмітили в окремих випадках облітерацію стоми. Тому, для попередження негативних наслідків пропонуємо нові методичні прийоми.

Перед початком операції через нижню сльозову крапку і нижній сльозовий каналець у сльозовий мішок вводиться зонд-канюля. Виконується горизонтальний розтин слизової оболонки присінку рота по перехідній складці з відповідного боку від верхньої вуздечки до 6-го зуба. Окістя передньої стінки верхньощелепної пазухи распатором відділяється від кістки. Доступ до пазухи досягається шляхом трепанації $2,0 \times 2,0$ см кістки у ділянці стику очної, носової і передньої її стінок. При цьому візуалізується підвищення носо-сльозового каналу на присередній стінці верхньощелепної пазухи. Для доступу до сльозового мішка і носо-сльозової протоки висікається слизова оболонка пазухи у вигляді чотирикутної пластинки величиною $2,0 \times 2,0$ см, починаючи від верхньої стінки пазухи паралельно носо-сльозовому підвищенню. Потім долотом або фрезою бормащини видаляється кісткова стінка каналу. Після видалення кісткової пластинки оголяється стінка сльозового мішка і початковий відділ носо-сльозової протоки. Остання у верхньому та нижньому

відділах розсікається впоперек до половини. Поздовжнім розтином вони з'єднуються між собою. Утворені два лоскути слезового мішка розвертаються. Своєю зовнішньою поверхнею вони клеєм МК-7 приклеюються до оголених країв отвору кісткової стінки. Через зонд-канюлю у верхньощелепну пазуху проводиться капронова жилка, яка через голку Куліковського виводиться у нижній носовий хід і назовні. Верхній та нижній кінці жилки зав'язуються біля ніздрі. М'які тканини передньої стінки пазухи з окістям укладаються на попереднє місце. На розтин слизової оболонки присінку рота накладаються 2 – 3 шовкові лігатури. Жилка, що служить бужом для попередження рубцювання антроцистостоми, видаляється через три тижні (час повного формування стійкого сполучення).

Висновки. Модифікація формування антроцистостоми, використання капронової жилки як бужа дає можливість отримати стійке сполучення між слезовим мішком і верхньощелепною пазухою.

Література. 1. *Байдо Е.Н.* Клинические и функциональные исходы эндоназальной и наружной дакриоцисториностомии // Вестник офтальмологии.– 1976.– № 6.– С. 25–29. 2. *Колосов В.И.* Ретроградная интубация слезно-носового канала при хроническом дакриоцистите // Вестник офтальмологии.– 1979.– № 1.– С. 63–65. 3. *Мельник П.А., Макар Б.Г., Мельник О.П.* Новый способ хирургического лечения больных с рецидивом рубцового стеноза слезного протока // Журнал ушных, носовых и горловых болезней.– 1989.– № 4.– С. 67–69. 4. *Султанов М.Ю.* Рентгенанатомия слезных канальцев // Вестник офтальмологии.– 1995.– № 2.– Т. III – С. 28–29.

IMPROVEMENT OF SURGICAL TREATMENT METHODS IN PATIENTS WITH RELAPSING CICATRICAL STENOSES OF THE LACRIMAL DUCTS

B.G. Makar, P. A. Melnik

Abstract. The improvement of the method used in case of recurring cicatricial stenosis of the lachrymal ducts was suggested. The proposed technique is aimed at the rehabilitation of the lachrymal ducts function and at preventing the formation of new cicatricial stenosis.

Key words: Lacrimal ducts, cicatricial stenosis, antrocystostoma.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)
