

2. Перцева Т. О. Медико–соціальні аспекти визначення якості життя у хворих на бронхіальну астму та хронічний обструктивний бронхіт / Т. О. Перцева, Л. А. Ботвіннікова // Укр. пульмонол. журн. — 2000. — № 1. — С. 19–21.
3. Фещенко Ю. І. Процедура адаптації міжнародного опитувальника оцінки якості життя MOS SF-36 в Україні. Досвід застосування у хворих бронхіальною астмою / Ю. І. Фещенко, Ю. М. Мостовой, Ю.В. Бабійчук // Український пульмонологічний журнал. — 2002. — №3. — С.9-11.
4. Rosen R.C. The International Index of Erectile Function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of Erectile Dysfunction / R. C. Rosen, A. Riley, G. Wagner // Urology. — 1997. — V.49. — P.822–830.
5. Cappelleri J.C. Diagnostic evaluation of the erectile function domain of the international index of erectile function / J. C. Cappelleri, R. C. Rosen, M. D. Smith // Urology. — 1999. — V.54. — P. 346–351.
6. Ware J.E. Evaluating translations of health status questionnaires / Ware J. E., Keller S.D., Gandek B. Brazier J.E. // International Journal of Technology Assessment in Health care. — 1995. — № 11:3. — С. 525–551.

Резюме

СВЯЗАННОЕ СО ЗДОРОВЬЕМ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ЭРЕКТИЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ РАЗНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Воробец Д.З.

Исследовано показатели связанного со здоровьем качества жизни у пациентов с эректильной дисфункцией (ЭД) в зависимости от ее тяжести. У мужчин с незначительной эректильной дисфункцией наблюдается достоверное снижение всех доменов анкет МИЭФ и SF-36, кроме ролевого функционирования, опосредованного физической функцией и социальной функции ($p < 0,02$). У мужчин с умеренной ЭД снижены средние показатели всех доменов анкет МИЭФ и SF-36, кроме социальной функции ($p \leq 0,05$). У мужчин с тяжелой ЭД снижены средние показатели всех доменов анкет МИЭФ и SF-36, кроме ролевого функционирования, опосредованного физической функцией и социальной функции ($p \leq 0,002$). Этот факт наводит на более корректное формулирование «сексуальная дисфункция» чем «эректильная дисфункция»

Ключевые слова: эректильная дисфункция, ассоциированное со здоровьем качество жизни.

Стаття надійшла 24.06.2010 р.

HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE DEPENDING ON ERECTILE DYSFUNCTION SEVERITY

Vorobets D.Z.

The research evaluates the rates of life quality related to health of patients with erectile dysfunction depending on it severity. Patients with slight ED evaluated by ED-sq had lower average rates of all domains from the questionnaires IIEF and SF-36, except role-physical function social function and, then men without ED ($p < 0,02$). Patients with moderate ED had lower average rates of all domains from the questionnaires IIEF and SF-36, except social function ($p \leq 0,05$). Patients with severe ED had lower average rates of all domains from the questionnaires IIEF and SF-36, except role-physical function social function and, then men without ED ($p \leq 0,002$). It lead us to conclusion that definition “sexual disfunction” is more correct than “erectile dysfunction”.

Key words: erectile dysfunction, health-related quality of life.

УДК 616.843

Д. А. Воскресенська, В. В. Корбутало, І. І. Соболюк, О. В. Міжєжко
ВНІЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ ДАКРІОЦИСТИТІВ

Стійке порушення слезовідвідної функції ока є одним з проявів хронічного дакріоциститу. Ефективні тільки хірургічні методи лікування. Існують 2 основні методи його лікування: екстраназальна та ендоназальна дакріоцисториностомія. Ендоназальний доступ характеризується невеликою травматичністю, косметичністю, мінімальним порушенням фізіологічної системи слезовідведення. Для отримання хороших функціональних результатів потрібно одночасно усувати несприятливі риногенні фактори.

Ключові слова: слезовідвідна система, дакріоцистит, дакріоцисториностомія.

Одним з проявів хронічного дакріоциститу є стійке порушення слезовідвідної функції ока. У загальній структурі очної патології запальні захворювання вертикального відділу слезовідвідного тракту становлять від 2 до 21, 9 % . У жінок дакріоцистит зустрічається в 6-10 разів частіше, ніж у чоловіків [3]. Частіше воно буває хронічним але може перебувати і у гострій формі- флегмона слезного міхура. При гострому перебігу дакріоциститу в перші дні його лікування консервативне, а в стадії, коли запалення ушухло лікування завжди хірургічне. Всі ж операції що застосовували до XIX століття, давали маловтішні результати, тому що створений отвір швидко заростав.

На початку XX століття Тоті запропонував дакріоцисториностомію (ДЦРС), яка вирішила проблему дакріоциститу завдяки створенню анастомозу між слезним міхуром і носовою порожниною. За сто минутих

років були запропоновані чисельні модифікації цієї операції. Вони стосуються усіх етапів її виконання: розмірів і топографії розрізів шкіри, техніки резекції кістки, особливостей пластики анастомозу, профілактики його обтурації. У процесі відпрацювання модифікацій враховувалося, це вельми складне орбіто назальне втручання з високим ступенем травматизації.

В етіології дакріоциститу відіграють роль багато факторів: професійні шкідливості, різкі коливання температури навколишнього середовища, захворювання носа й навколо носових пазух, травматичні ушкодження, зниження імунітету, висока вірулентність мікрофлори, цукровий діабет. Дакріоцистит найчастіше виникає внаслідок закупорки носослізної протоки, або при ушкодженні його при травмі, іноді – хірургічної (при пункції гайморової пазухи, гайморотомії).

Однак ряд авторів вважають основною причиною розвитку дакріоциститів, це наявність патологічних процесів у порожнині носа і його навколо носових пазух. До них можна віднести гіпертрофічний, атрофічний, катаральний і вазомоторний риніти, і викривлення носової перегородки, поліпозний риносинусит, травматичні ушкодження кісток і м'яких тканин носа з порушенням носового дихання, пухлини носа і навколо носових пазух і т. д.

Патогенез. Внаслідок анатомо-топографічних особливостей розташування слізівідвідних шляхів патологічні процеси в носі і його навколо носових пазухах досить часто викликають захворювання ока й слізних шляхів. Нокослізна протока проходячи в латеральній стінці порожнини носа (медіальна стінка гайморової пазухи), відкривається в носі під переднім кінцем нижньої носової раковини. Вважається що з 3 з 4 варіантів закінчення носослізної протоки є несприятливими й сприяють розвитку дакріоциститу при найменшій зміні (набряк) слизової оболонки нижнього носового ходу.

Найчастіше при дакріоциститах виявляють пневмо-, стафіло- і стрептококи, однак зустрічаються й палички Пфейффера, пневмобацили Френкеля й Фридлендера, кишкова паличка, грибки.

Клініка. Виникнення дакріоциститу, як правило, є наслідком застою слізного секрету, викликаного тимчасовим або постійним стенозом носослізної протоки. Надалі, якщо прохідність носослізної протоки не відновлюється, до вмісту слізного мішка домішуються формені елементи крові і він приймає гнійний характер. Дакріоцистит звичайно протікає як хронічне гнійне захворювання й частіше зустрічається в жінок, очевидно внаслідок більшої анатомічної вузькості слізівідвідного апарату й частого венозного стазу в слизовій оболонці носа під час менструального циклу. Через інтенсивну сльозотечу й постійне виділення гною зі слізного мішка хворих часто спостерігаються запалення кон'юнктиви й країв повік. При тривалому стенозі носослізної протоки слізний мішок розширюється і його можна визначити по пружній флюктууючій припухлості у внутрішнього кута очної щілини, нижче медіальної зв'язки. При натисненні на цю припухлість зі слізних крапок виділяється слиз або гній, рідше вміст слізного мішка спорожняється в ніс по протоці. При тривалому перебігу захворювання може виникнути значне розширення слізного мішка за рахунок його деформації, зморщування із заміщенням слизової оболонки рубцевою тканиною. Нерідко гнійний дакріоцистит сполучається з порушенням прохідності слізних каналців або їхнього устя. У тих випадках, коли в результаті рубцевих перетяжок у стінці слізного мішка або блокаді устя слізних каналців порушуються зв'язок із сусідніми відділами слізних шляхів, розвивається водянка слізного мішка (гідропс). У цьому випадку мішок нагадує велику безболісну кісту, що не спорожняється при натисненні.

Передопераційна діагностика повинна базуватися на достовірній інформації про анатомію всіх відділів носової порожнини і їх взаємовідношень із ділянкою слізного мішка. У цей час вимогам хірурга найбільш повноцінно відповідає комп'ютерна томографія, що дає просторове відображення взаємовідношень внутрішньо носових структур, дозволяє судити про характер анатомічних порушень і їх впливу на перебіг патологічного процесу, служить картою для планування об'єму хірургічного втручання до операції й путівником для хірурга під час операції. Комп'ютерну томографію порожнини носа, навколо носових пазух і зони слізного мішка слід виконувати у коронарній та аксіальній проекції, із кроком сканування в ділянці переднього кінця середньої носової раковини – 2 мм, в інших анатомічних зонах – близько 5 мм. Обов'язкове (ретельне) ендоскопічне обстеження – ендомікроскопія- для вивчення архітектоніки порожнини носа, стану остіоментального комплексу.

В разі виявлення морфофункціональних порушень порожнини носа (викривлення переділки носа, наявність поліпів, кіст) одномоментно проводиться відповідне хірургічне втручання на внутрішньо носових структурах. Лікування хворих на дакріоцистит традиційно знаходиться в компетенції лікарів офтальмологів. Оперативне втручання – дакріоцисториностомія (ДЦРС) здійснюється ними із застосування екстра назального доступу. Впровадження ендоскопічних технологій та застосування ендовідеохірургії зробило можливим впровадити ендоназальні хірургічні методи.[1]

Але і при застосуванні цієї методики можливі ускладнення – зарощення утвореного співустя грануляційною тканиною

Існуючи на сьогодні хірургічні методи лікування дакріоциститів можна поділити на наступні групи:

1. операції із зовнішнім підходом по Тоті;
2. операції із внутрішньоносовим підходом за Вестом;
3. внутрішньоносові ендоскопічні мікродакріоцисториностомії;
4. внутрішньоносові лазерні дакріоцисториностомії;
5. трансканалікулярні ендоскопічні лазерні дакріоцисториностомії;

б. операції реканалізації слізовивідних шляхів.

1. Операції із зовнішнім підходом. В 1904 р. італійським ринологом Тоті була розроблена операція зовнішньої дакриоцисториностомії, що полягала в розрізі м'яких тканин у ділянці внутрішнього кута очної щілини над слізним мішком, створенні кісткового отвору в слізній ямці. Широкому видаленні стінок слізного мішка й оголені ділянки слизової оболонки носа в внутрішньоносові ендоскопічні мікродакриоцисториностомії кістковому вікні й накладенні швів на краї розрізу шкіри. Але ця операція виявилась успішною тільки в 50% пацієнтів внаслідок заростання співустья грануляціями. Запропонований Дюпюї-Дютаном і Бурге варіант операції із пластичним формуванням дакриостоми зі стінок слізного мішка й слизової оболонки носа дозволив одержати успішний результат майже у 90% оперованих пацієнтів. ДЦРС із зовнішнім підходом є найпоширенішою при лікуванні хворих з дакриоциститоміями.[4,5]

2. Операції із внутрішньоносовим підходом за Вестом. Паралельно з розробкою зовнішніх операцій розвивалась ендоназальна хірургія слізівідвідних шляхів. [3,5] Американський ринолог J.M. West, прагнучи створити пряме поєднання слізного мішка з порожниною носа, запропонував видовбувати ендоназально спеціальним долотом кісткове вікно відповідно проекції слізного мішка і проводити широку резекцію медіальної частини внутрішньоносові ендоскопічні мікродакриоцисториностомії слізного мішка. Операція дуже ефективна.

3. Внутрішньоносові ендоскопічні мікродакриоцисториностомії – є подальшим розвитком операції за Вестом, які характеризуються найменшою травматичністю, але потребують великого технологічного забезпечення, що гальмується високою вартістю апаратури та відсутністю необхідної кваліфікації хірургів. [4]

4. Внутрішньоносові лазерні дакриоцисториностомії проводяться з використанням для утворення співустья слізного мішка з носом сучасних потужних хірургічних лазерів (аргонового). Поряд з достоїнствами швидке проведення операції, є і недоліки- високотемпературний вплив на кістку та м'які тканини.[3]

5. Трансканалікулярні ендоскопічні лазерні дакриоцисториностомії. У зв'язку з розробкою та популяризацією ендоскопічних методів операції і лазерної технології цей розділ дакриології став швидко розвиватись, що потребує високої хірургічної техніки.

6. Реканалізація слізівідвідних шляхів.

Процес відновлення прохідності зводиться до механічного руйнування перешкод зверху, зондуванню через слізні крапки, розсічені слізні каналці, ретроградне зондування носослізної протоки з боку нижнього носового ходу, реканалізація зверху під контролем оптики мікротрепаном або хірургічним лазером. Сучасна хірургічна тактика з використанням найновіших технологій забезпечує найкраще збереження функції слізних каналців і мішка й сприяє найбільш фізіологічному відновленню функції слезовиведення. [2,3].

Література

1. Белоглазов В. Г. Альтернативные варианты восстановления проходимости слезоотводящих путей / В.Г.Белоглазов// Вестник офтальмологии.- 2006., №1. – С. 8-12.
2. Волков В. В. Наружная дакриоцисториностомия / В.В.Волков, М.Ю. Султанов.– Л.: зд-во «Наука», 1975. – 88с.
3. Малиновский Г. Ф. Практическое руководство по лечению заболеваний слезных органов / Малиновский Г. Ф. Моторный В. В. – 2000. – С. 126- 149.
4. Пискунов Г. З. Эндомикрохирургия / Пискунов. С. З., Козлов В. С., Лопатин А. С. - М.: 2003. – С. 178-182.
5. Stammberger H. Endoscopic diagnostic and surgery at diseases of adnexal sinuses of a nose and a forward part of basis of a skull. – Austria, Graz, 1996.

Резюме

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ДАКРИОЦИСТИТОВ

Воскресенская Л. К., Корниенко В. В., Собко К. Г., Максакова О. В.

Стойкое нарушение слезоотводящей функции глаза является одним из проявлений хронического дакриоцистита. Эффективны только хирургические методы его лечения. Существуют 2 основных метода его лечения: экстраназальная и эндоназальная дакриоцисториностомии. Эндоназальный доступ характеризуется небольшой травматичностью, хорошим косметическим эффектом, минимальным нарушением физиологической системы слезоотведения. Для получения хороших функциональных результатов нужно одномоментно устранять неблагоприятные риногенные факторы.

Ключевые слова: слезовыводящая система, дакриоцистит, дакриоцисториностомия.

Стаття надійшла 12.06.2010 р.

MODERN METHODS OF CHRONICAL DACRYOCYSTITIS' TREATMENT

Voskresenskaya L.K., Kornienko V.V., Sobko K.G., Maksakova O.V.

Stable disorder of excretory lacrimal functions of eye is one of the major manifestations of chronic dacryocystitis. The most effective methods of treatment are surgical intervention. There are two major methods of its treatment, they are extranasal and endonasal dacryocystitis. Endonasal approach is characterized by minor traumatism good cosmetic results and minimal damage of physiological excretory lacrimal system. To improve functional results it is necessary. To perform nongraded removing of unfavourable rhinogenic factors. The present paper describes the method of endonasal dacryostorhinostomy in detail.

Keywords: excretory lacrimal system. a dacryocystitis, endonasal, dacryocystorhinostomy.