

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ЛАКОЦИСТОРИНОСТОМИЯ С ПОСТОЯННОЙ ИНТУБАЦИЕЙ

В.А. Ободов, Е.С. Борзенкова

Екатеринбургский Центр МНТК «Микрохирургия глаза», директор –

О.В. Шиловских.

Резюме. Первым этапом выполняется эндоназальная эндоскопическая дакриоцисториностомия, затем через выполненный трепаном диаметром 2 мм тоннель в мягких тканях проводится интубация лакопротеза, проходящего через риностому в носовую полость, с эндоскопическим контролем его положения. Преимущества данного способа: 1) правильное, более физиологическое положение лакопротеза с тремя элементами поддержки и гарантией от смещения; 2) выполнение вначале эндоскопической цисториностомы создает условия для малоинвазивного формирования тоннеля слезное озеро – слезный мешок. Выполнение лакоцисториностомы по предлагаемому варианту можно рекомендовать при облитерации всего горизонтального отдела слезоотводящих путей, грубых рубцовых структурах в медиальной трети обоих слезных канальцев, рецидивирующих дакриоциститах после безуспешных операций.

Ключевые слова: дакриоцистит, лакоцисториностомия, эндоскопия, интубация.

Восстановление слезооттока при суб- и тотальной облитерации слезных канальцев, сочетанных деформациях внутреннего угла глазной щели с рубцовыми посттравматическими деформациями горизонтального отдела слезоотводящих путей представляет одну из самых трудных задач дакриохирургии.

Несмотря на множество способов реконструкции, основанных на воссоздании их анатомической целостности, зачастую функционального эффекта так и не наступает.

В клинической практике применяются операции лакодакриостомия или конъюнктиводакриостомия – формирование соустья между слезным озером и слезным мешком, а при ее неэффективности или при заращении и слезно-носового протока – лакориностомия – создание нового соустья между слезным озером и полостью носа.

Г.Ф.Малиновский и В.В.Моторный (2000) [1] предложили упрощенный способ лакориностомии, не требующий разреза кожи и выполнения наружной дакриоцисториностомии. Сообщение между слезным озером и полостью носа выполняется в данном способе путем формирования линейным ножом тоннельного разреза шириной 4-5 мм в направлении слезной ямки, перфорации кости троакаром-перфоратором. Затем отверстие расширяется зондами Боумана до №9-10 и в полученное соустье вставляется индивидуально подготовленный лакопротез.

В связи с развитием микро- и эндохирургических технологий появились возможности совершенствования технологии лакориностомии в плане минимизации травматичности и инвазивности за счет визуализации манипуляций в выполнении всех этапов операции, достижения более физиологичного, прочного расположения лакопротеза.

Целью исследования явилась разработка современной усовершенствованной методики лакоцисториностомии.

Материалы и методы

По предлагаемому способу прооперировано 5 пациентов с рубцовой посттравматической облитерацией обоих слезных канальцев, которым ранее в других клиниках предпринимались безуспешные попытки восстановления слезоотводящих путей. Использовался видеоэндоскопический комплекс фирмы «Азимут», шейверная система фирмы «Элепс», эндо- и микрохирургический инструментарий.

Способ осуществляется следующим образом. Обезболивание было общее – эндотрахеальный наркоз. Этим обеспечивается сохранение имеющихся анатомических взаимоотношений мягких структур в проекции оперативного вмешательства и точность выполняемых манипуляций (нет отека тканей).

Первоначально выполняется эндоназальная эндоскопическая дакриоцисториностомия. Техника: турундами со смесью растворов 0,1% галазолина и 2% лидокаина осуществляется анемизация слизистой носа. Затем под контролем жесткого эндоскопа – риноскопа диаметром 4 мм с торцевой оптикой впереди средней носовой раковины вводится под слизистую в месте проекции слезного мешка раствор 2% ультракаина с эпинефрином. Этим обеспечивается практически бескровное вмешательство.

В последующем серповидным ножом делается клапанный разрез слизистой носа в проекции дна слезной ямки и начала слезно-носового канала; лоскут слизистой откидывается книзу и удаляется шейвером. Далее шейвером с агрессивной насадкой формируется отверстие в кости в проекции дна слезной ямки размером 4x4 мм. Пальпацией кожи в области проекции слезного мешка визуализируется выбухание его медиальной стенки в костное отверстие. Под эндоскопическим контролем слезный мешок фенестрируется серповидным ножом или трепаном.

Следующий этап проводится под операционным микроскопом. Иссекается нижняя половина слезного мясца для обеспечения зияния входного отверстия лакопротеза и предупреждения его возможной блокады. Гемостаз осуществляется радиочастотным микрокоагулятором («Mira OS 3000»). Офтальмологическим трепаном

диаметром 2 мм от уровня слезного мясца косо-вниз, под углом 50-60° в мягких тканях формируется тоннель, проходящий через слезный мешок. Прохождение трепана через стенки мешка и далее в полость носа контролируется посредством эндоскопа через монитор. В сформированный трепанационный канал вводится лакопротез на зонде Боумана №5. Нами использовались лакопротезы фирмы «FCI» (Франция) в виде силиконовой трубочки длиной 40 мм, с диаметром наружным в 2 мм, внутренним – в 1,5 мм и шляпкой-муфтой на проксимальном конце – в 4 мм.

Протез проходит через сформированный канал сквозь мягкие ткани внутреннего угла глазной щели, слезный мешок, риностому, его назальный конец укладывается в общий носовой ход на дно носовой полости.

Глазной конец протеза фиксируется двумя швами викрил 7: 0 к окружающей конъюнктиве и одним петельным швом – к коже надбровной области – на 2 недели.

Результаты и обсуждение

Все вмешательства прошли без осложнений, результаты прослежены в сроки до 5 месяцев. Один пациент (ребенок 13 лет) выдернул лакопротез через 1 неделю, ему была выполнена повторная имплантация. В послеоперационном периоде 1 раз в 2 недели выполнялось промывание лакопротеза, эндоскопические риноскопии с туалетом полости носа и контролем назального конца протеза. Слезотечение у всех пациентов прекратилось. Глазной конец протеза практически был незаметен.

Из преимуществ данного способа можно отметить: расположение лакопротеза диаметром 2 мм в канале-тоннеле диаметром 2 мм обеспечивает быстрое формирование плотного фиброзного облегающего каркаса вдоль него и является одним из условий правильной фиксации протеза. Прохождение лакопротеза через слезный мешок также обеспечивает правильное, физиологическое, близкое к вертикальному, его положение с дополнительным элементом поддержки и свободным слезооттоком вследствие более высокого гидростатического давления жидкости в нем. Малые разрезы риностомы менее травматичны и быстрее фиброзируются, облекая назальный конец лакопротеза по типу сфинктера, тем самым создавая третий элемент крепления и гарантию от смещения.

Выполнение вначале цисториностомы в малоинвазивном варианте – без разреза кожи и нарушения анатомии и фиксации слезного мешка – создает условия для малоинвазивного формирования тоннеля слезное озеро – слезный мешок.

Выполнение лакоцисториностомы по предлагаемому варианту можно рекомендовать при облитерации всего горизонтального отдела слезоотводящих путей,

грубых рубцовых стриктурах в медиальной трети обоих слезных канальцев, рецидивирующих дакриоциститах после безуспешных операций. Считаем возможным выполнение этого типа операции также при облитерации и слезного мешка.

Таким образом, эндоскопическая лакоцисториностомия с постоянной интубацией является щадящим вариантом устранения «неустранимого» слезотечения. Стандартный лакопротез фирмы «FCI» длиной 40 мм оптимально подходит к этой технологии, расположение носового конца протеза на дне полости носа усиливает присасывающее действие слезы за счет носового дыхания.

ENDOSCOPIC LACOCYSTORINOSTOMY WITH CONTINUAL INTUBATION.

V.A. Obodov, E.S. Borzenkova

(IRTC “Eye Microsurgery” Ekaterinburg Center)

Stage 1 includes endonasal endoscopic dacryocystorinostomy, and then a lacoprosthesis is implantated through the stoma into the nasal cavity with endoscopic control of its position. This method has the following advantages: 1) correct more physiologic lacoprosthesis position with three supporting elements and guarantee against dislocation; 2) initial endoscopic cystorinostomy creates conditions for microinvasive forming of the tunnel from the lacrimal lacus to the lacrimal sac. Lacocystorinostomy according to the suggested variant may be recommended in cases with obliteration of the entire horizontal portion of the lacrimal pathways, rough scars in the medial third of both lacrimal canaliculi, recurrent dacryocystites after failed surgery.

Литература

1. Черкунов Б.Ф. Болезни слезных органов. - Самара, 2001. - С. 191-215.
2. Малиновский Г.Ф., Моторный В.В.. Практическое руководство по лечению заболеваний слезных органов. - Минск, 2000. - С. 164-167.