

Изучение эффективности модифицированной микроэндоскопической эндоназальной дакриоцисториностомии

Н.Н. Краховецкий, Е.Л. Атькова

ФГБУ «НИИ глазных болезней» РАМН, Москва

Резюме

Цель: изучение эффективности модифицированной микроэндоскопической эндоназальной дакриоцисториностомии с применением дилататора дакриостомы собственной конструкции.

Методы: в исследование были включены 48 человек (52 глаза) с хроническим дакриоциститом (40 женщин, 8 мужчин; средний возраст – $65 \pm 12,5$ года). Всем пациентам была проведена МЭДЦР по методике Г.А. Абдурахманова [1]. Последним этапом хирургического вмешательства была установка разработанного авторами дилататора дакриостомы. Контрольные осмотры проводили через 1 нед., 2 нед., 1 мес., 3 мес., 6 мес., 12 мес. после операции.

Результаты: у исследуемых пациентов достигнуты следующие результаты: выздоровление – в 41 случае (78%), улучшение – в 11 случаях (22%), рецидива дакриоцистита не отмечали.

У пациентов с выздоровлением при осмотре в течение года дакриостомы сохраняла размеры около 0,5 см в диаметре, что соответствует внешнему диаметру большего цилиндра ДД. У пациентов с улучшением отмечали уменьшение размеров искусственного соустья до 0,2–0,3 см.

Выводы: применение дилататора дакриостомы дало возможность снизить количество послеоперационных рецидивов при микроэндоскопической эндоназальной дакриоцисториностомии.

Ключевые слова: дакриоцистит, дилататор дакриостомы, микроэндоскопическая эндоназальная дакриоцисториностомия, слезоотводящие пути.

Abstract

Study of effectiveness of a modified microendoscopic endonasal dacryocystorhinostomy

N.N. Krahovetskiy, E.L. Atkova

FGBU NII of eye diseases, Moscow

Purpose: to study the efficacy of modified endoscopic endonasal dacryocystorhinostomy using specially designed dacryostoma

Methods: 48 patients (52 eyes) with chronic dacryocystitis (40 females and 8 males, average age $65 \pm 12,5$ years) were included into the study. In all patients modified endoscopic endonasal dacryocystorhinostomy was carried out. Control visits were performed in 1 week, 2 weeks, 1 month, 3 months, 6 months and 12 months after the operation.

Results: "Recovery" was achieved in 78% of cases, "improvement" – in 22%. No recurrent dacryocystitis occurred. "Recovery" was defined if during the year dacryostoma's diameter size of 0.5 mm was preserved. In patients with "improvement" artificial anastomosis size was reduced up to 0.2–0.3 cm. Conclusion: Application of dacryostoma dilatator had reduced the number of postoperative recurrence after endoscopic endonasal dacryocystorhinostomy.

Key words: dacryocystitis, dacryostoma dilatator, endoscopic endonasal dacryocystorhinostomy, lacrimal drainage system.

Одним из основоположников эндоназальной хирургии слезоотводящих путей (СОП) в России является В.Г. Белоглазов, который на большом клиническом материале (более 3 тыс. операций) конкретизировал показания и противопоказания к эндоназальной дакриоцисториностомии (ДЦР), а также одним из первых применил биканаликулярную интубацию слезоотводящих путей силиконовыми имплантатами [2].

С появлением и развитием микроэндоскопической техники эндоназальная ДЦР вышла на новый этап развития. Большинство авторов считают положительными сторонами микроэндоскопической ДЦР (МЭДЦР) минимальную травматичность, высокую точность выполнения, оптимальную визуализацию операционного поля [1,5,7,9,10]. Однако общая направленность хирургии СОП на микроинвазивность обуславливает ухудшение послеоперационных результатов [11,12].

Частыми причинами зарастания образованного соустья являются недостаточный его размер или неправильная локализация в результате неблагоприятного анатомического расположения слезного мешка или при его дислокациях после травмы. Кроме того, несовершенная форма соустья с оставлением костных фрагментов или «кармана» в нижнем отделе слезного мешка также может быть причиной неудачных исходов операции [6,8]. Образование грануляций в области дакриостомы и избыточное формирование рубцовой ткани могут привести к рецидиву забо-

левания [3,6]. Одно из распространенных осложнений – образование синехии между передним концом средней носовой раковины и латеральной стенкой полости носа в области дакриостомы [12].

С целью противостояния избыточному рубцовому процессу широко применяется биканаликулярная интубация СОП силиконовыми имплантатами [4,5,10]. Интубация соустья предупреждает развитие рецидива за счет стойкого и длительного сохранения его просвета, что способствует полной эпителизации вновь созданных путей оттока слезы и является одной из важнейших причин успешного исхода операции. Однако трубочка малого диаметра, проведенная через слезные каналы, полость слезного мешка и дакриостому, не может в полной мере препятствовать образованию рубцовых сращений между латеральной стенкой полости носа и передним концом средней носовой раковины.

Цель исследования: изучение эффективности модифицированной МЭДЦР с применением дилататора дакриостомы собственной конструкции.

Материал и методы

В исследование были включены 48 человек (52 глаза) с хроническим дакриоциститом (40 женщин, 8 мужчин; средний возраст – $65 \pm 12,5$ года). Диагноз был установлен на основании проведенного общепринятого офтальмоло-

гического а также дакриологического обследования, включающего определение высоты слезного ручья, пробу Ширмера в модификации Ю.В. Юдиной, канальцевую и носовую «цветные» пробы, промывание СОП, зондирование СОП (по показаниям), дакриорентгенографию и мульти-спиральную компьютерную томографию СОП. Также проводили переднюю риноскопию и эндоскопическое исследование полости носа для исключения потенциально значимой ринопатологии.

Всем пациентам была проведена МЭДЦР по методике Г.А. Абдурахманова [1]. Последним этапом хирургического вмешательства была установка разработанного авторами дилататора дакриостомы (ДД) (патент РФ №119999 от 11.04.2012 г.).

ДД, изготовленный из силикона, представляет собой конструкцию из 2 полых цилиндров с толщиной стенки 1–1,5 мм. Внутренний диаметр большего цилиндра составил 3 мм, длина – 6–8 мм. Внутренний диаметр меньшего цилиндра – 1,5 мм, длина – 3–5 мм. Цилиндры герметично соединены между собой под углом 115–140°. Были подготовлены несколько вариантов ДД, отличающиеся величиной угла между цилиндрами: 115, 130, 140°. На передней и задней стенках большего по диаметру цилиндра расположено по 2 отверстия для крепления диаметром по 1 мм каждое, находящиеся на расстоянии 4 мм друг от друга.

ДД устанавливали в области дакриостомы таким образом, чтобы меньший цилиндр располагался в полости слезного мешка, а больший – оставался в области дакриостомы, отесняя передний конец средней носовой раковины в медиальном направлении. Закрепляли ДД силиконовой трубкой диаметром 1,2 мм, проведенной биканаликулярно. Концы трубочки, выведенные через дакриостому в полость носа, проводили через меньший по диаметру цилиндр, далее последовательно через соответствующие крепежные отверстия в стенке большего цилиндра и фиксировали между собой при помощи силиконовой муфты. Скрепленные концы трубочек располагали внутри большего цилиндра.

В зависимости от индивидуальных особенностей строения латеральной стенки полости носа в каждом конкретном случае подбирали дилататор с наиболее удобным вариантом угла между составляющими его цилиндрами.

Контрольные осмотры проводили через 1 нед., 2 нед., 1 мес., 3 мес., 6 мес., 12 мес. после операции. Отмечали наличие жалоб на слезотечение, слезостояние, отделяемое из слезных точек, дискомфорт, вызываемый стентом. Объемные результаты оценивали по проходимости СОП при промывании, прохождению красителя при «цветных» пробах в полость носа через искусственное соустье, что подтверждалось при помощи эндоскопического осмотра. ДД удаляли в среднем через 7 нед. после операции. Максимальный срок наблюдения составил 12 мес. после оперативного вмешательства.

Результаты и обсуждение

Критерии оценки результатов лечения пациентов были следующими. Выздоровление – отсутствие слезотечения и гнойного отделяемого, свободная проходимость сформированных слезоотводящих путей при промывании, положительные «цветные» пробы. Улучшение – умеренно выраженное слезотечение или слезостояние, отсутствие гнойного отделяемого, проходимость сформированных слезоотводящих путей при промывании, положительная канальцевая и положительная или замедленная носовая «цветные» пробы. Рецидив – наличие прежних жалоб на слезотечение и слизисто-гнойное отделяемое, отсутствие

проходимости слезоотводящих путей при промывании, отрицательная носовая «цветная» проба.

У исследуемых пациентов достигнуты следующие результаты: выздоровление – в 41 наблюдении (78%); улучшение – в 11 случаях (22%), рецидива дакриоцистита не отмечали.

У пациентов с выздоровлением при осмотре в течение года дакриостомы сохраняла размеры около 0,5 см в диаметре, что соответствует внешнему диаметру большего цилиндра ДД. У пациентов с улучшением отмечали уменьшение размеров искусственного соустья до 0,2–0,3 см.

Послеоперационных осложнений: кровотечения, воздушной эмфиземы, образования синехий в полости носа не было.

Заключение

Проведенное исследование показало, что ДД за счет своей конструкции и способа установки препятствует образованию синехий между передним концом средней носовой раковины и латеральной стенкой полости носа в области операции. Внешний диаметр находящейся в искусственном соустье части ДД составляет 5 мм, что позволяет достичь разобщения краев стомы в послеоперационном периоде и создать в итоге функционирующую дакриостому достаточной величины.

Таким образом, данное исследование подтверждает высокую эффективность модифицированной МЭДЦР с применением предложенного ДД, позволяющей достичь выздоровления в 78% случаев и отсутствия рецидивов при наблюдении.

Литература

1. Абдурахманов Г.А. Эндоназальный подход в хирургическом лечении обструкции носослезного протока с использованием эндоскопической техники: Дис. ... канд. мед. наук. М., 2003. 133 с.
2. Белоглазов В.Г.: Дис. ... докт. мед. наук.
3. Белоглазов В.Г., Атькова Е.Л., Малаева Л.В. Интубационные гранулемы слезоотводящих путей у больных с силиконовыми имплантатами // Вестн. офтальм. 1998. № 5. С. 29–32.
4. Бобров Д.А., Жуков С.К., Слезкина И.Г. Применение интубационного лагримального набора Ритленга в хирургии комбинированных поражений слезоотводящих путей // Вестн. оториноларингол. 2010. № 2. С. 55–57.
5. Красножен В.Н. Хирургия патологии слезоотводящих путей: Пособие для врачей. Казань, 2005. 40 с.
6. Ободов В.А. Рецидивирующие дакриоциститы – эндоскопические технологии лечения // Практическая медицина. 2011. № 3 (51). С. 22–25.
7. Пальчун В.Т., Магомедов М.М., Абдурахманов Г.А. Эндоскопическая эндоназальная дакриоцисториностомия: Материалы Рос. научно-практич. конф. М., 2002. С. 247.
8. Саад Ельдин Надя М. Анализ причин и меры предупреждения развития рецидивов после дакриоцисториностомии: Дис. ... канд. мед. наук. М., 1998. 163 с.
9. Шелудченко Т.П., Лопатин А.С. Наш опыт эндоназальной эндоскопической дакриоцисториностомии // Современные методы диагностики и лечения заболеваний слезных органов: Сб. научн. статей. М., 2005. С. 312–315.
10. Школьник С.Ф. Хирургическое лечение хронического дакриоцистита на основе применения радиоволновой энергии: Дис. ... канд. мед. наук. М., 2009. 106 с.
11. Olver J.M. The success rates for endonasal dacryocystorhinostomy // Br J Ophthalmol. 2003. Vol. 87 (11). P. 1431.
12. Onerci M., Orhan M., Ogretmeno lu O., Irke M. Long-term results and reasons for failure of intranasal endoscopic dacryocystorhinostomy. Acta Otolaryngol. 2000 Mar. Vol. 120 (2). P. 319–322.