

© МАЛИНОВСКИЙ Г.Ф., 2005

ПРИЧИНЫ РЕЦИДИВОВ ХРОНИЧЕСКИХ ДАКРИОЦИСТИТОВ ПОСЛЕ ДАКРИОЦИСТОРИНОСТОМИИ

МАЛИНОВСКИЙ Г.Ф.

*Белорусская медицинская академия последипломного образования,
кафедра офтальмологии, г. Минск*

Резюме. С целью анализа причин рецидивов хронического дакриоцистита после хирургического лечения для повышения эффективности реабилитации больных с данной патологией исследован 31 больной с ранее произведенными дакриоцисториностомиями. Всем больным выполнены реоперации по собственной методике с использованием оригинального дозирующего устройства для образования костного отверстия, микрохирургической техники формирования соустья и предложенного комбинированного дренажа для поэтапного дренирования соустья. Разрез мягких тканей выполняли по старому рубцу, а при наличии наружной фистулы - с иссечением последней. Основными причинами рецидива хронического дакриоцистита после ранее проведенных операций являются: неправильно сформированное костное отверстие в боковой стенке полости носа; недооценка посттравматических изменений топографии слезоотводящих путей и окружающих анатомических образований; недостаточный опыт хирурга в лечении сложных клинических форм хронических дакриоциститов; допущенные дефекты в технике операции (образование малых размеров отверстия в кости, неправильное его расположение, плохая и недостаточная адаптация краев раны слизистых оболочек слезного мешка и носа при формировании соустья, недостаточное разобщение стенок соустья, неполный гемостаз). Дренирование сформированного соустья является обязательным условием успешного хирургического лечения хронических дакриоциститов, а тем более сложных клинических форм заболевания.

Ключевые слова: слезоотводящие пути, дакриоцисториностомия, рецидивы дакриоциститов, дренирование сформированного соустья.

Abstract. This study is based on the results of 31 cases of reoperation for relapse of chronic dacryocystitis. The analysis of these causes of disease relapses (small surgical hole, its irregular disposition, bad or deficient adaptation of incisions, incomplete hemostasis) after previous surgical treatment is made. All the patients underwent reoperations by means of methods worked out by the author using combined drainage for phased draining of anastomosis. Success rate is 96,7%.

Несмотря на имеющиеся успехи в изучении патологии слезоотводящих путей лечение этой категории больных до сих пор остается одной из трудных и недостаточно решенных проблем [4, 5, 14, 16].

Социальная значимость хронических гнойных воспалительных процессов слезоот-

водящих путей заключается в том, что частота данной патологии среди лиц трудоспособного возраста составляет от 71 до 85,4% [1, 2, 6].

Основным способом лечения заболеваний слезоотводящих путей является хирургический, а для достижения успеха чаще всего используются комбинации нескольких методов [3, 7, 12, 15, 19]. И тем не менее, по сообщению отдельных авторов, отрицательные результаты хирургического лечения больных с

Адрес для корреспонденции: 220716, г. Минск, ул. П.Бровки, 3, Белорусская медицинская академия последипломного образования – Малиновский Г.Ф..

хроническими дакриоциститами составляют от 13 до 42% [8, 9, 11, 18], а при сложной и сочетанной патологии слезоотводящих путей – от 28 до 40-50% [10, 13, 17]. За последние 12 лет нами проведено свыше тридцати реопераций больных с рецидивами хронического дакриоцистита после ранее выполненной дакриоцисториностомии. Поэтому представляется актуальным провести анализ результатов хирургического лечения данной категории больных и определить причины неудач дакриоцисториностомий.

Цель исследования – провести анализ причин рецидивов хронического дакриоцистита после хирургического лечения для повышения эффективности реабилитации больных с данной патологией.

Методы

Проведен анализ причин рецидива хронического дакриоцистита у 31 больного, которым ранее была произведена дакриоцисториностомия. Причем 29 больных были прооперированы в других лечебных учреждениях и 2 – в нашей клинике. Мужчин – 14, женщин – 17. Возраст больных составлял от 16 до 52 лет. В 19 случаях больные были оперированы по поводу травматического дакриоцистита. У 4-х пациентов хронический дакриоцистит был осложнен наружной фистулой слезного мешка.

Кроме обычных стандартных методов обследования, всем больным в обязательном порядке выполняли рентгенографию слезоотводящих путей с контрастным веществом, ставили цветные пробы для определения их активной проходимости, а также проводили тщательное интраоперационное исследование в области бывшего оперативного вмешательства с целью выяснения возможных причин рецидива заболевания. В трех случаях брали биопсию тканей в зоне риностомы для гистологического исследования. Все больные были осмотрены оториноларингологом, стоматологом и терапевтом. При необходимости проводили КТ и другие исследования.

Результаты

Предоперационное обследование больных показало, что у 18 из 31 больного на рентгенограмме слезоотводящих путей с контрастным веществом определялась заполненная им полость, сообщавшаяся со слезными канальцами. Причем размеры контрастированного слезного мешка составляли от 3–5 мм до 10-15 мм. Во всех 4-х случаях с наружной фистулой она сообщалась с полостью деформированного слезного мешка. У 13 пациентов наблюдалось контрастирование только слезных канальцев. У 19 пациентов, оперированных по поводу травматического дакриоцистита, изолированного повреждения слезоотводящих путей не наблюдалось. У большинства больных с травматическими дакриоциститами в анамнезе имела место травма средней зоны лица, которая сопровождалась переломами костей носа, переломом нижнемедиального края глазницы, искривлением носовой перегородки и деформацией носа. В ряде случаев наблюдалось повреждение мягких тканей в области внутреннего угла глаза.

Ринологическое исследование выявило у большинства больных с травматическими дакриоциститами смещение и деформацию костей носа, искривление носовой перегородки, гипертрофический ринит, этмоидит – в 3-х случаях, гайморит – в 2-х случаях.

Всем больным (31 случай) была произведена реоперация по разработанной нами методике с использованием дозирующего устройства для образования костного отверстия, микрохирургической техники формирования соустья и предложенного комбинированного дренажа для поэтапного дренирования соустья. Разрез мягких тканей выполняли по старому рубцу, а при наличии наружной фистулы – через нее, с иссечением последней.

При интраоперационном исследовании риностомы установлено, что у 20 больных причиной рецидива заболевания послужило неправильно сформированное костное отверстие в боковой стенке носа. Чаще всего оно необоснованно располагалось кпереди и кверху от оптимально необходимого его расположения.

При травматических дакриоциститах из-за грубых рубцовых изменений тканей, наличия подвижных и свободных костных отломков в зоне формирования риностомы, а также в результате смещения слезного мешка, чаще кзади кнаружи и рубцовой его деформации было сформировано некачественное соустье. В этих случаях имело место сочетание нескольких причин, которые привели к рецидиву заболевания. Это, прежде всего, недооценка посттравматических изменений топографии слезоотводящих путей и окружающих анатомических образований; недостаточный опыт хирурга в лечении сложных клинических форм хронических дакриоциститов; допущенные дефекты в технике операции (образование малых размеров отверстия в кости, неправильное его расположение, плохая и недостаточная адаптация краев раны слизистых слезного мешка и носа при формировании соустья, недостаточное разобщение стенок соустья, неполный гемостаз). Также не проводилось дренирование соустья, а при рубцовой непроходимости слезных канальцев не использовались стенты для их интубации; не использовалась микрохирургическая техника операции в сложных случаях формирования риностомы при сморщенных слезных мешках и значительных анатомических дефектах рубцовой измененной слизистой носа.

При неосложненных клинических формах хронических дакриоциститов (13 случаев) причиной рецидива стали: погрешности в образовании костного отверстия (6 случаев); в 5 случаях - необоснованное упрощение техники формирования соустья с использованием бесшовных методик (по Тауми, Колесниковой) без не всегда применявшегося дренажа. В 2 случаях, при наличии стриктуры устья слезных канальцев, была выполнена дакриоцисториностомия без интубации слезных канальцев.

При выполнении реопераций выбор методики и техники операции зависел от причины, обусловившей рецидив заболевания, от состояния слезного мешка, степени и характера рубцовых изменений слезного мешка и слизистой носа, от наличия посттравматичес-

ких изменений топографии анатомических образований окружающих риностому, от сопутствующей патологии слезных канальцев и других факторов.

Так, у 18 больных была выполнена редакриоцисториностомия. Использование дозирующего устройства позволило щадяще и малотравматично оптимизировать размеры отверстия в кости до нужных параметров, сохранив при этом неповрежденную слизистую оболочку полости носа. Особенно это было важно при травматических дакриоциститах при наличии свободных и подвижных костных отломков, что позволило избежать сильных кровотечений, которые часто встречаются при образовании костного отверстия другими способами.

Основными требованиями к размерам и расположению костного отверстия являются: нижний край отверстия должен достигать уровня входа в носослезный канал; задний его край - доходить до заднего слезного гребешка; верхний - не менее 3 мм выше уровня впадения устья слезных канальцев в слезный мешок. Этим требованиям отвечает предложенная нами трапециевидная форма отверстия с закругленными углами и техника его образования с помощью дозирующего устройства.

В 13 случаях, когда отсутствовал слезный мешок, нами выполнена каналикулоцисториностомия. Важными моментами при проведении такого рода операций является сохранение целостности слизистой оболочки полости носа, использование микрохирургической техники формирования соустья и комбинированного дренажа. Это позволило максимально мобилизовать измененные ткани и увеличить площадь эпителизированной поверхности в зоне риностомы, что положительным образом сказалось на результатах реопераций.

Во всех случаях реопераций использовали комбинированный дренаж. Дренирование соустья осуществляли поэтапно. Сущность его заключается в том, что на первом этапе в области риностомы фиксировали дренаж диаметром 5-6 мм, который на втором этапе заменялся дренажом меньшего диаметра порядка 0,8 мм. Такая методика дренирования не на-

рушает эпителизации соустья и способствует правильному его формированию.

При травматических и рецидивирующих дакриоциститах с умеренно выраженными морфологическими изменениями слезного мешка и стриктурой слезных канальцев сроки поэтапного дренирования составляли 5-6 недель (продолжительность первого этапа составляла в среднем 2 недели, второго - 3-4 недели). В случае сочетания стриктуры слезных канальцев с выраженными морфологическими изменениями слезного мешка и стриктурой слезных канальцев время дренирования соустья продлевалось до двух месяцев (соответственно 3 недели продолжительность первого этапа и 4-5 недель - второго).

К особенностям выполнения реопераций при рецидивирующих хронических дакриоциститах следует отнести:

- выраженные рубцовые изменения тканей в области риностомы и слизистой оболочки полости носа;
- значительные изменения топографии слезоотводящих путей и окружающих анатомических образований;
- при травматических дакриоциститах часто наблюдалась деформация полости носа, слезного мешка и других структур;
- возможны сильные кровотечения из рубцовых тканей и кости;
- значительно затруднен поиск и выделение слезного мешка из-за грубых рубцов и нарушенных топографических соотношений;
- костное отверстие, как правило, облитерировано грубой рубцовой тканью, а слезный мешок смещен, деформирован и часто сморщен;
- при реформировании костного отверстия традиционными средствами, особенно при наличии подвижных костных отломков, следует быть готовыми к значительному кровотечению.

Благодаря разработанной нами методике операции, использованию микрохирургической техники при формировании соустья, а также применению поэтапного дренирования слезоотводящих путей в 96,7% случаев реопераций получен положительный функциональный результат.

Выводы

1. Рецидивирующие хронические дакриоциститы являются тяжелой и трудной в плане реабилитации больных патологией слезоотводящих путей.

2. Основными причинами рецидива хронического дакриоцистита после ранее проведенных операций являются: неправильно сформированное костное отверстие в боковой стенке носа; недооценка посттравматических изменений топографии слезоотводящих путей и окружающих анатомических образований; недостаточный опыт хирурга в лечении сложных клинических форм хронических дакриоциститов; допущенные дефекты в технике операции (образование малых размеров отверстия в кости, неправильное его расположение, плохая и недостаточная адаптация краев раны слизистой оболочки слезного мешка и полости носа при формировании соустья, недостаточное разобщение стенок соустья, неполный гемостаз и др.).

3. Дренирование сформированного соустья является обязательным условием успешного хирургического лечения хронических дакриоциститов, а тем более сложных клинических форм заболевания.

4. Правильный выбор методики и техники операции у больных с рецидивирующими хроническими дакриоциститами позволяет повысить эффективность хирургического лечения данной категории больных.

Литература

1. Бирич Т.А., Моторный В.В. Отдаленные результаты лечения дакриоциститов // Здоровоохранение Белоруссии. - 1977, №8. - С. 71-73.
2. Волков В.В., Султанов М.Ю. Наружная дакриоцистиностомия. - Л.: Медицина, 1975. - 104 с.
3. Малиновский Г.Ф., Моторный В.В. Практическое руководство по лечению заболеваний слезных органов - Белорусская наука. - Минск, 2000. - 192 с.
4. Малиновский Г.Ф. Возможности реабилитации больных со сложной и сочетанной патологией слезного мешка и слезных канальцев // Актуальные проблемы теории, практики медицины: Сб. науч. тр. - Минск, 2002. - Т.: 2. - С. 83-88.
5. Моторный В.В. Слезотечение и методы его устранения. - Минск, 1991. - 70 с.

6. Султанов М.Ю., Искендеров Г.Ф. Наш опыт хирургического лечения рецидивирующих дакриоциститов // Офтальмол. журн. - 1989. - №8. - С. 504-506.
7. Шамиль М.И. Новый хирургический метод лечения при дакриоциститах: Автореф. дисс... канд.-мед. наук. - Ставрополь, 1997. - 24 с.
8. Amin M., Moseley J.F., Rose G.E. The value of intubation dacryocystography after dacryocystorhinostomy // Br. J. Radiol. - 2000. - Jun. - 73 (870). - P. 604-607.
9. Cokkeser Y., Evereklioglu C., Tercan M., Hepsen I.F. Hammer-chisel technique in endoscopic dacryocystorhinostomy // Ann Otol Rhinol Laryngol. - 2003. - May. - 112(5). - P. 444-449.
10. Filipowicz-Banachowa A. Zaburzenia rozwojowe drogtzowych // Klin. Ocrna. - 1988. - T. 90. - N 3. - S. 108-109.
11. Krishnan G., Prepageran N., Muthu K. Endonasal endoscopic dacryocystorhinostomy // Med. J. Malaysia. - 2002. - Dec. - 57(4). - P. 404-407.
12. O'Donnell B., Shah R. Dacryocystorhinostomy for epiphora in the presence of a patent lacrimal system // Clin. Experiment Ophthalmol. - 2001. - Feb. - 29(1). - P. 27-29.
13. Ozturk S., Konuk O., Ilgit E.T., Unal M., Erdem O. Outcome of patients with nasolacrimal polyurethane stent implantation: do they keep tearing? // Ophthalmol. Plast Reconstr. Surg. - 2004. - Mar. - 20(2). - P. 130-135.
14. Paul L., Pinto I., Vicente J.M., Treatment of complete obstruction of the nasolacrimal system by temporary placement of nasolacrimal polyurethane stents: preliminary results // Clin. Radiol. - 2003. - Nov. - 58(11). - P. 876-882.
15. Sham C.L., van Hasselt C.A. Endoscopic terminal dacryocystorhinostomy // Laryngoscope. - 2000. - Jun. - 110(6). - P. 1045-1049.
16. Soler Machin J., Castillo Laguarta J.M., Gregorio Ariza M.A. Lacrimal duct obstruction treated with lacrimonasal stent // Arch. Soc. Esp. Ophthalmol. - 2003. - Jun. - 78(6). - P. 315-318.
17. Struck H.G., Ehrich D. Prognosis of conynctivo-dacryocystorhinostomy. Modification with different implant materials // Ophthalmology. - 2000. - Jun. - 97(6). - P. 407-410.
18. Unlu H.H., Toprak B., Aslan A., Guler C. Comparison of surgical outcomes in primary endoscopic dacryocystorhinostomy with and without silicone intubation // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. - 2002. - Aug. - 111(8). - P. 704-709.
19. Yuen P.J., Oley C., Sullivan T.J. Lacrimal dysgenesis // Ophthalmol. - 2004. - Sep. - 111(9). - P. 1782-1790.

*Поступила 02.06.2005 г.
Принята в печать 23.06.2005 г.*

**Издательство Витебского государственного
медицинского университета**

Бекиш О.-Я.Л., Бекиш В.Я. **Практикум биологии (для студентов фармацевтического факультета) – Витебск: изд-во ВГМУ, 2004. – 134 с.**

Шеин И.А., Шеин Л.И., Шеин М.Л. **Мочекаменная болезнь. – Витебск: изд-во ВГМУ, 2004. – 58с.**