



**В.А. НАСЫРОВ, М.А. МЕДВЕДЕВ, И.М. ИСЛАМОВ, Т.Д. ТАЖИБАЕВ, Н.Н. БЕДНЯКОВА**

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек

Отделение микрохирургии глаза №2 НГ, г. Бишкек

## Современные тенденции в хирургическом лечении хронического гнойного дакриоцистита

УДК 617.764.6-002.2-089

**Насыров Вадим Алиярович**

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой оториноларингологии

720020, Киргизская Республика, г. Бишкек, ул. Юнусалиева, д. 47, тел. (312) 44-22-80, e-mail: ibrahim\_isl@mail.ru

*Авторы приводят данные наблюдений хронического гнойного дакриоцистита в сочетании с воспалительным процессом верхнечелюстной пазухи, хроническим ринитом или искривлением носовой перегородки.*

**Ключевые слова:** хронический гнойный дакриоцистит, искривление перегородки носа, хронический гайморит, носослезный проток.

**V.A. NASYROV, M.A. MEDVEDEV, I.M. ISLAMOV, T.D. TAZHIBAEV, N.N. BEDNYAKOVA**

State Medical Academy named after I.K. Ahunbaeva, Bishkek

Department of Eye Microsurgery number 2 NH, Bishkek

## Current trends in the surgical treatment of chronic purulent dacryocystitis

*Authors represent data of observation of chronic purulent dacryocystitis in association with inflammatory processes of maxillary sinus, chronic rhinitis or curvature of nasal septum.*

**Keywords:** chronic purulent dacryocystitis, curvature of nasal septum, chronic maxillary sinusitis, ductus nasolacrimalis.

Заболевания слезоотводящих путей по-прежнему сохраняют за собой одно из лидирующих мест среди патологии глаза. На долю больных с нарушением слезоотведения приходится от 6 до 25% всех заболеваний органов зрения, из них от 2 до 7,5% страдают хроническим дакриоциститом [1, 2, 5, 9, 10, 12, 13].

Вопрос о роли заболеваний носа в патологии слезоотводящих путей издавна был предметом дискуссий, однако по этому вопросу в специальной литературе имеются противоречивые мнения. Тесное анатомо-топографическое взаимоотношение лакримальной и ринологической систем остается неоспоримым фактом. Слизистая оболочка нижних отделов носослезного протока, являясь продолжением слизистой оболочки полости носа, абсолютно идентичны по своему морфологическому строению, что не может не predispose к непосредственному распространению патологических процессов из носовой полости на слезоотводящие пути [2, 3, 4, 6, 8, 11].

Еще в исследованиях Свержевского Л.И. (1909), Пучковского А.М. (1925) хронические дакриоциститы у 80-85% больных

обнаруживались с различными формами заболеваний носа. Сочетанию различных патологических состояний полости носа и слезоотводящих путей придавали значение и такие авторитетные офтальмологи как Марголис М.Г. (1965) и Поляк Б.Л. (1947) и находили их в 60-70% случаев [9]. В работах Белоглазова В.Г. (1980) была установлена прямая зависимость нарушения слезоотведения от длительности заболевания носа, придаточных пазух: процент нарушения слезоотведения возрастал с увеличением длительности заболевания [2, 3]. Таким образом, обследование пациентов с заболеваниями полости носа показало, что у 53% больных имелись те или иные нарушения слезоотведения. А исследование лиц, страдающих приобретенным нарушением эвакуации слезной жидкости, показало в 85% случаев их сочетание с воспалительными процессами верхних дыхательных путей (риниты, синуситы, искривления перегородки носа и др.).

Лечение больных с хроническими гнойными дакриоциститами представляет одну из трудных задач как в офтальмологии,

так и в оториноларингологии. Перед проведением хирургического лечения хронического гнойного дакриоцистита, естественно, предполагается коррекция анатомических структур и устранение сопутствующих воспалительных процессов полости носа и околоносовых пазух. Патология со стороны полости носа и околоносовых пазух может являться не только причиной возникновения заболевания, но и в послеоперационном периоде нередко способствует нарушению слезоотведения и приводит к заращению созданного соустья слезного мешка с полостью носа [1, 2, 8]. Отсюда напрашивается вывод о целесообразности выполнения хирургической элиминации патологических очагов и коррекции деформированных образований носа либо до предполагаемого оперативного лечения офтальмологами, либо одновременно в течение одного хирургического вмешательства.

#### Материалы и методы

Под нашим наблюдением находилось 59 больных хроническим дакриоциститом в возрасте от 17 до 76 лет, у которых была выявлена сопутствующая патология полости носа. Из них 48 пациентов были в трудоспособном возрасте (20-40 лет). Все пациенты находились на лечении в Медицинском Центре Кыргызской Государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева в 2009 - 2011 гг. У 51 больного воспалительный процесс имел односторонний характер и у 8 — с обеих сторон.

В большинстве случаев пациенты поступали в стационар в результате неэффективности амбулаторного лечения в течение от двух недель до одного месяца. Лечение заключалось в общей и местной (капли глазные) антибиотикотерапии, промывании слезных путей стерильными растворами. Все больные первоначально были консультированы и обследованы врачом-офтальмологом. Каждому из них выполнялось диагностическое зондирование, промывание слезных путей, дакриоцистография с применением контрастной массы, которые свидетельствовали о нарушении их функции и отсутствии проходимости в горизонтальной и вертикальной частях слезных путей. В большинстве случаев проводилось КТ исследование слезного мешка, носа и околоносовых пазух, которое имеет ряд преимуществ: позволяет судить о характере анатомических нарушений в полости носа и их влиянии на развитие воспалительного процесса, дает пространственное отображение взаимоотношений внутриносовых структур со слезным мешком, дает возможность установить место максимального прилегания слезного мешка к латеральной стенке полости носа, а также определить толщину костной стенки в данной зоне. Все это, несомненно, облегчает планирование объема хирургического вмешательства. На основании результатов обследования выставлялся диагноз и показание к оперативному лечению.

Учитывая большую роль в развитии заболеваний слезоотводящих путей сопутствующей ЛОР патологии, нами проводился осмотр полости носа жесткими эндоскопами типа Хопкинс фирмы ELEPS (Россия). Результаты исследования отражены в таблице 1.

Приведенные данные — лишь малая доля той неоценимой информации, которую в каждом конкретном случае может дать предоперационное эндоскопическое исследование. Полученные примеры позволяют констатировать целесообразность и необходимость выполнения эндоскопии полости носа у больных хроническим дакриоциститом.

Первоначально всем больным проводилась соответствующая хирургическая коррекция сопутствующей ЛОР-патологии (риносеptoпластика, парциальная резекция носовой перегородки, полисинусотомия, резекция гиперплазированного крючковидного отростка и т.д.). Следующим этапом мы выполня-

ли лазерную трансканаликулярную дакриоцистиномию с использованием Nd:YAG лазера (КНР).

Лазер генерирует излучение длиной волны 1064 нм, мощностью от 0 до 60 Вт и длительностью импульса 250 мкс (рис.1). Формирование костного окна с помощью лазерного излучения позволяет одновременно дренировать полость слезного мешка, опорожняя его от гнойного содержимого, и восстановить пассивный отток содержимого с минимальным риском распространения инфекции. Уменьшение риска распространения инфекции и возникновения кровотечения в ходе формирования слезно-носового соустья достигается воздействием лазерного излучения. Высокая температура вызывает образование тоннеля с коагулированными стенками, не обладающими свойствами питательной среды для роста микроорганизмов.

Таблица 1.

Характеристика данных эндоринскопии у больных хроническим гнойным дакриоциститом

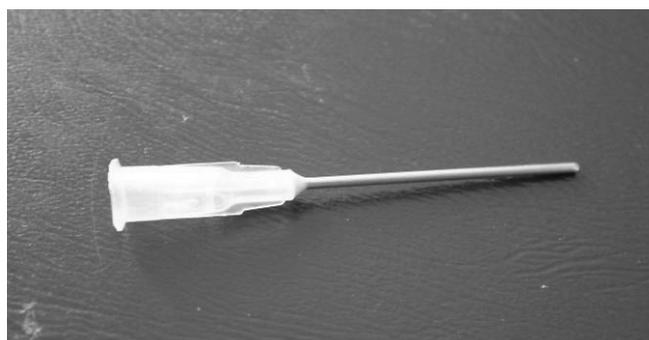
Признаки	абс.	%
Полипы носа	7	11,9
Искривление носовой перегородки	27	45,8
Гиперплазия переднего конца средней носовой раковины	12	20,3
Гиперплазия крючковидного отростка	9	15,2
Решетчатый пузырь (bullae ethmoidalis)	4	6,8
Всего:	59	100

#### Методика

После расширения нижней слезной точки и канальца с помощью стандартного набора зондов Боумена в слезные пути имплантировался проводник лазерного волокна собственной конструкции (рац. предложение №10/10) в виде полой трубки (рис. 1) до контакта с лобным отростком верхней челюсти и/или слезной костью.

Рисунок 1.

Проводник для лазерного волокна

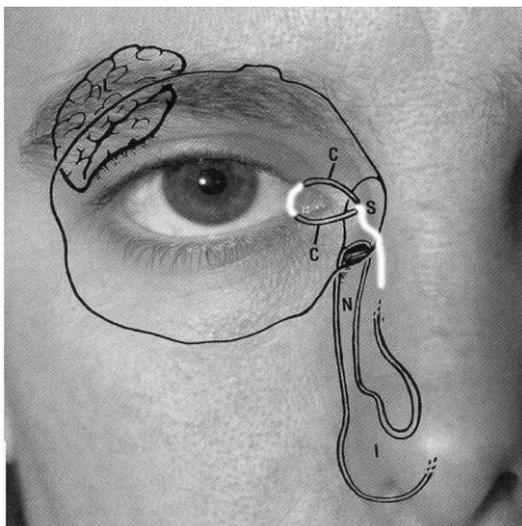


В просвет проводника вводилось лазерное волокно без фиксации в нем. Критерием адекватного ориентирования наконечника и лазерного волокна мы считали появление диафаноскопического просвечивания в области среднего носового хода на 3-4 мм к передней части от средней носовой раковины. Время воздействия фиксировалось на момент проникновения наконечника в полость носа и в среднем составляло 20-30

секунд. При этом, на наш взгляд, оптимальной мощностью для формирования костного окна является 2-4 Вт. Расширение костного канала выполнялось дополнительными импульсами лазерного воздействия в течение 15-20 секунд. После этого больший по диаметру лазерный проводник свободно проводили в полость носа. После формирования стомы проводник вместе с лазерным волокном удаляли из слезных путей. В заключении, через нижнюю и верхнюю слезные точки, сформированную стому, в полость носа вводили силиконовую интубационную трубочку (рис.2).

Преимущественно частое использование силиконовой интубации объясняется тем, что силиконы относятся к самым биоинертным материалам, используемым в имплантологии. Данный материал по своим физико-механическим свойствам (эластичность, устойчивость и т.д.) близок к мягким тканям организма и при имплантации практически не вызывает раздражения, по сравнению с другими синтетическими материалами. После удаления силиконовой интубационной трубочки не наблюдалось грубого рубцевания и разрастания грануляционной ткани в области риностомы.

**Рисунок 2.**  
**Схематическое изображение фиксации силиконовой интубационной трубочки**



C - слезные канальцы; S - слезный мешок;  
N - носослезный канала; I - нижняя носовая раковина.

В завершение операции дистальный и проксимальный концы силиконовой интубационной трубочки фиксировали в полости носа. Далее проводилась тампонада полости носа латексными тампонами. Таким образом, мы считаем, что тампонада операционной зоны необходима, так как она предотвращает возникновение кровотечения в послеоперационном периоде у больных, перенесших ринологические операции. А интубация слезных путей использовалась для предупреждения развития рецидива заболевания за счет стойкого и длительного сохранения их просвета и способствует их полной эпителизации.

#### Результаты и обсуждение

Через сутки после операции тампоны из носа удаляли. Данный вид тампонов легко удаляется из полости носа, не причиняя боли пациенту, и не вызывает кровотечения, так как

латексная оболочка не фиксируется к раневой поверхности. После удаления тампонов производился первичный осмотр. В первый день после операции область слезного мешка была безболезненна при пальпации, сохранялась незначительная подкожная инфильтрация, флюктуация отсутствовала. При надавливании на область слезного мешка патологического отделяемого не отмечалось. Послеоперационное лечение включало в себя антибиотикотерапию местно в виде капель в глаз и нос.

Силиконовую интубационную трубочку у всех пациентов мы удаляли через 6 мес. после операции. После удаления силиконовой интубационной трубочки положительный результат подтверждался путем промывания слезоотводящих путей антибактериальными растворами с помощью специальных канюль через 2, 6 и 12 месяцев.

Оценку результатов данного способа хирургического вмешательства производили через год после операции на основании объективных данных. Объективная оценка строилась на результатах эндоскопии полости носа и промывании слезных путей. В положении лежа на спине, после предварительной аппликационной анестезии, эндоскоп вводился в полость носа и проводился детальный осмотр сформированного соустья. Под визуальным контролем, используя специальные канюли, производилось промывание слезоотводящих путей.

Проходимость слезно-носового соустья была достигнута у 94,9% пациентов. У 3-х (5,1%) пациентов проходимость слезно-носового соустья нарушилась и эпифора (слезотечение) появилась вновь (через 6-7 мес. после удаления стента). В ходе эндоназального осмотра соустье оказалось стенозировано рубцовой тканью. Однако у всех пациентов прекратилось гноетечение из слезных путей. Всем пациентам с наличием рецидивирующего процесса была произведена реоперация. Указанный процент рецидивов не превышает уровня неудачных результатов после применения данной методики в сравнении с ретроградным или наружным доступом.

Особенность данного исследования заключается в выявляемой тенденции к увеличению числа сочетанного поражения носослезного канала с заболеваниями полости носа и придаточных пазух носа, что, несомненно, указывает на ведущую роль риногенной патологии в генезе заболеваний слезоотводящих путей.

Таким образом, больным с хроническим гнойным дакриоциститом необходимо проведение эндоскопического обследования полости носа с целью выявления изменений анатомических структур, и, при наличии последних, их соответствующая хирургическая коррекция. Применение трансканаликулярной лазерной дакриоцисторинотомии с дренированием сформированного соустья силиконовой интубационной трубочкой в комплексе лечебных мероприятий является эффективным и патогенетически обоснованным методом лечения острого и обострения хронического дакриоцистита.

Учитывая наш опыт, можно прийти к выводу, что данный метод оперативного лечения хронического дакриоцистита имеет ряд преимуществ:

- идеальная косметичность;
- небольшая травматичность;
- меньшее нарушение физиологической системы слезоотведения;
- возможность одновременно с основной операцией устранить неблагоприятные для восстановления слезоотведения анатомические и патологические риногенные факторы;
- возможность оперировать в любой стадии флегмонозного дакриоцистита;
- возможность одномоментной операции на слезоотводящих путях с обеих сторон;



- минимальное кровотечение и возможность устранения облитераций при одновременной стерилизации операционного поля;
- отличный гемостаз позволяет сократить время операции и сводит к минимуму послеоперационные осложнения;
- все манипуляции производятся под контролем оптики;
- повышенный уровень асептики и аластики послеоперационной раны;
- послеоперационный период характеризуется отсутствием внутритканевого отека и выраженного болевого синдрома.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Азнабаев М.Т., Азнабаев Б.М., Клявлин Р.Р. Лазерная эндоскопическая трасканаликулярная дакриоцисториностомия в лечении дакриоциститов // Актуальные проблемы офтальмологии. — 2001. — С. 9-12.
2. Белоглазов В.Г. Клинические аспекты эндоназальной хирургии стенозов и непроходимости слезоотводящих путей: автореф. дисс. ...докт. мед. наук. — М., 1980. — 23 с.
3. Белоглазов В.Г., Атькова Е.Л., Нуриева С.М. и др. Применение низкоинтенсивного гелий-неонового лазера в лечении больных после эндоназальной дакриоцисториностомии // Вестник офтальмологии. — 2004. — №5. — С. 7-11.
4. Красножен В.П. Эндоскопические методы диагностики и лечения воспалительных заболеваний носа и околоносовых пазух. — Казань. — 2004. — 15 с.
5. Красножен В. Н. Хирургическая патология слезоотводящих путей // Пособие для врачей. — Казань. — 2005. — 40 с.
6. Моторный В.В., Малиновский Г.Ф. Роль ринопатологии в этиологии слезотечения и заболевания слезоотводящих путей // Здоровоохранение Белоруссии. — 1991. — №8. — С. 22-24.
7. Пискунов Г.З., Козлов В.С., Лопатин А.С. Заболевания носа и околоносовых пазух. Эндомикрохирургия. — М.: Коллекция «Совершенно секретно», 2003. — 208 с.
8. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Клиническая ринология. — М. — 2002.- 340 с.
9. Черкунов Б.Ф. Болезни слезных органов: монография. — Самара: Перспектива, 2001. — 215 с.
10. Betlejewski S., Olejarz E., Szymanska-Skrzypek A. Endonasal dacryocystorhinostomy. *Otolaryngol Pol.* — 2004. — Vol. 58, №3. — P. 437-440.
11. Hausler R, Caversaccio M. Microsurgical endonasal dacryocystorhinostomy with long-term insertion of bicanalicular silicone tubes// *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* — 1998. — Vol. 124, №2. — P.188-191.
12. Smithard A., Wynne D., Bingham B.J. et al. Endonasal laser dacryocystorhinostomy: its role in anticoagulated patients // *Laryngoscope.* — 2003. — Vol. 113, №6 — P.1034-1036.
13. Yazici B., Yazici Z., Parlak M. Treatment of nasolacrimal duct obstruction in adults with polyurethane stent // *Am. J. Ophthalmol.* — 2001. — Vol. 131, №1. — P.37-43.

## НОВОЕ В МЕДИЦИНЕ. ИНТЕРЕСНЫЕ ФАКТЫ

### ВТОРОЙ КОХЛЕАРНЫЙ ИМПЛАНТАТ УЛУЧШАЕТ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ГЛУХИХ ДЕТЕЙ

Как показало исследование, проведенное голландскими учёными, установка кохлеарного имплантата во второе ухо глухим детям, уже имеющим один имплантат, на несколько позиций улучшает их слух и качество жизни. При этом, степень улучшения не зависит от того, в каком возрасте ребёнку проведена вторая операция.

Кохлеарный имплантат передаёт звуковые колебания напрямую к слуховому нерву. Для установки имплантата требуется операция на внутреннем ухе, стоимость которой составляет 50 тысяч долл. США. Во время и после операции возможны осложнения, связанные с инфекцией или повреждением имплантата, но случаются они относительно редко.

По словам Betty Lou, которая изучает проблему глухоты и методы её решения в Юго-Западном медицинском центре при Техасском университете, именно высокая стоимость и риск операции были ранее причиной того, что врачи не решались имплантировать устройство сразу в оба уха маленьким детям. Однако со временем тенденции - по крайней мере в США - изменились, тем более исследования показали, что у детей с двумя имплантатами выше показатели слуха, чем у детей с одним.

В настоящем исследовании учёные наблюдали 30 детей с одним кохлеарным имплантатом, которым предполагалось установить ещё один в Медицинском центре при Университете Радбода Утрехтского в Неймегене (Нидерланды). На момент второй операции детям было в среднем 5 лет.

Marloes Sparreboom с коллегами раздали родителям участников опросники, касающиеся общего качества жизни и особенностей слуха. На опросники родители отвечали трижды - до операции, а затем через год и через два после неё.

В целом, изменений в общем состоянии здоровья и качестве жизни детей после второй операции не обнаружено. Показатели по этим категориям были не хуже, чем у детей с нормальным слухом. Но показатели слуха и речи, а также понимания собеседников на фоне шума улучшились как через год, так и через два года после установки второго имплантата.

Так, в тесте на слух, качество речи и понимание, где находится её источник, со шкалой от 0 до 1 дети до операции набирали в среднем 0,48 балла, через год после операции - 0,60, а через два года - 0,62 балла. У контрольной группы детей с одним имплантатом таких улучшений не наблюдалось.

По мнению Sparreboom, установка второго имплантата полностью оправдана, так как улучшает показатели слуха и повышает возможности детей к адаптации в коллективе. "Они учатся локализовать звук, отделять речь от фонового шума, лучше понимать, что происходит вокруг них", - добавляет Betty Lou.

Результаты исследования опубликованы в журнале "Архивы отоларингологии и хирургии головы и шеи" (*Archives of Otolaryngology-Head & Neck Surgery*).

Источник <http://www.medlinks.ru>

Опубликовано 25-01-2012