

СТАЦИОНАРЗАМЕЩАЮЩАЯ, МАЛОИНВАЗИВНАЯ, ДОСТУПНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ДАКРИОЦИСТИТА

Разработана стационарзамещающая, малоинвазивная и доступная технология лечения хронического дакриоцистита. Доказана ее высокая функциональная эффективность. Предложено рассматривать операцию как вариант выбора для лечения больных с данной патологией.

Ключевые слова: дакриоцистит, малоинвазивная технология лечения.

Актуальность

Лечение хронического дакриоцистита остается актуальной проблемой в связи с распространенностью заболевания [1]. Традиционная наружная дакриоцисториностомия весьма травматична, требует стационарного лечения и длительного реабилитационного периода. Эндоназальные хирургические доступы современны, высокотехнологичны, результативны [2]. Однако и после них есть потребность в краткосрочном пребывании в стационаре, а так же тщательное наблюдение в период реабилитации. Кроме того, последние осуществимы при наличии дорогостоящей аппаратуры. На наш взгляд, не потеряли актуальность многочисленные предложения по лечению хронического дакриоцистита на основе восстановления проходимости носослезного канала, подкупающие простотой в исполнении, малой хирургической травмой.

Цель

Разработать стационарзамещающую, малоинвазивную, доступную технологию лечения хронического дакриоцистита и оценить ее достоинства и эффективность.

Материал и методы

Под нашим наблюдением находилось 48 больных с хроническим дакриоциститом в возрасте от 35 до 75 лет, из них 38 женщин и 10 мужчин. Все пациенты проходили обследование и лечение в амбулаторных условиях. До выполнения хирургического лечения все пациенты проходили детальное комплексное обследование, включающее в себя: изучение анамнеза, биомикроскопию переднего отрезка глаза, канальцевую пробу, носовую пробу, промывание слезоотводящих путей, контрастную дакриоцистографию – по необходимости. Всем

больным было выполнено восстановление проходимости носослезного канала путем его протезирования поливинилхлоридной трубкой (патент РФ П № 2332174 от 27.08.2008 года «Способ восстановления проходимости слезно-носового протока»).

Методика операции. Под местной анестезией (эпibuльбарная 0,5% раствором дикаина и эндоназальная 2% аэрозолем лидокаина) коническими зондами возрастающего диаметра расширяются нижняя слезная точка и нижний слезный каналец. Полую тупоконечной иглой с предварительно заправленной в ее просвет капроновой лесой производится зондирование носослезного канала (рис.1 цветная вкладка). Капроновая леса по игле проводится в полость носа, с помощью крючка ее носовой конец извлекается из полости носа, сама игла удаляется. По натянутой лесе через ее носовой конец проводится поливинилхлоридная трубка (длина 120 мм, внешний диаметр 1,0 мм) до упора в купол слезного мешка (рис.2 цветная вкладка). Поверх поливинилхлоридной трубки через ее носовой конец проводится поливинилхлоридная трубка большего диаметра (длина 70 мм, внутренний диаметр 1,0 мм), имеющая фиксирующий элемент в виде насечки-крючка на ведущем конце (насечка-крючок предупреждает самопроизвольное выпадение трубки, что имело место при использовании трубки без насечки) (рис.3 цветная вкладка). Насечка предварительно наносится ножницами под острым углом в 1 мм от конца трубки на 1/3 длины ее окружности и отгибается в сторону на 45°. После упора в купол слезного мешка поливинилхлоридная трубка большего диаметра вытягивается обратно до момента уверенного сопротивления (рис.4 цветная вкладка). Капроновая леса и поливинилхлоридная трубка меньшего диаметра удаляются, верхний конец поливинилхлоридной трубки больше-

го диаметра остается погруженным в полость слезного мешка, нижний конец подрезается в 2-4 мм от устья носослезного канала (рис.5 цветная вкладка). Ниже демонстрируются основные этапы операции.

Производится контроль проходимости протеза промыванием слезоотводящих путей физиологическим раствором через нижнюю слезную точку.

Больным в течение первой недели рекомендовали инстилляцию антибактериальных препаратов 6 раз в день (при известной чувствительности микрофлоры к антибиотикам, назначался соответствующий препарат) и дексаметазона 0,1 %. В случаях, когда флора не была установлена, назначали тобрадекс. Последующие 2 недели инстилляций выполнялись 4 раза в день, затем 2 недели – 2 раза в день.

Контрольные осмотры осуществляются: первая неделя – через день, затем вторая и третья недели – двукратный, затем две недели – однократный осмотр. При каждом осмотре осуществляли промывание слезоотводящих путей, использовали смесь раствора димексида 20%, дексаметазона. По результатам определения чувствительности микрофлоры (до операции) проводили дополнительное промывание раствором соответствующего антибиотика. Далее клинический мониторинг пациентов после лечения осуществлялся на сроках 30, 90, 180 и 360 дней и более после окончания последнего сеанса промывания слезных путей и включал в себя биомикроскопию, проведение канальцевой и носовой проб, контрольное промывание слезоотводящих путей. Результаты канальцевой пробы оценивали по методике М.Ю. Султанова: положительная – 1-5 минут, замедленная 6-10, отрицательная – более 10 минут. Цветную носовую пробу определяли по Весту: положительная до 5 минут, замедленная – 6-15, отрицательная – более 15 минут. Минимальный период наблюдения

составил 1 год, максимальный – 12 лет. В среднем период наблюдения – 5,5 лет.

Результаты и их обсуждение

Как было сказано выше, все больные прошли предварительное обследование, оперативное вмешательство, дальнейшее лечение и наблюдение в амбулаторных условиях. Операция по длительности составляла 7-10 минут, не вызвала каких либо косметических дефектов, отличалась минимальной хирургической травмой. Все это позволило больным сохранить обычный распорядок жизни, а трудоспособным пациентам не прерывать трудовую деятельность. Функциональные результаты операции представлены ниже. У 42 пациентов (87,5%) наблюдался стойкий положительный результат от проведенного лечения. У двух пациентов в исследуемой группе была проведена реинтубация носослезного канала в связи с его непроходимостью на сроках 2 и 4 года после первой операции. Реинтубация также имела стойкий положительный эффект в течение 2-х лет по настоящее время.

Исследование функции слезоотведения показало следующие результаты: у пациентов с протезированием носослезного протока положительные пробы были у 38 (79,2%), замедленные – у 4 (8,3%), отрицательные – у 6 (12,5%).

Заключение

Разработана и апробирована стационарзамещающая, малоинвазивная, простая в исполнении технология лечения хронического дакриоцистита, основанная на восстановлении проходимости носослезного канала путем его протезирования поливинилхлоридной трубкой. Доказана ее высокая функциональная результативность. Предложенную операцию следует рассматривать как вариант лечения хронического дакриоцистита наряду с другими технологиями – операцией выбора.

6.10.2011

Список литературы:

1. Черкунов Б.Ф. Болезни слезных органов. – Самара: Перспектива, 2001. - С. 83.
2. Бржеская И.В., Кротов А.Ю. Эффективность различных методов дакриоцисториностомии у взрослых /IX съезд офтальмологов России. - Москва, 2010. - С. 479.

UDC 617.764.6-089

Ekgardt V.F., Skrebkov A.I.

OUTPATIENT, LESS INVASIVE, ACCESSIBLE TECHNOLOGY OF CHRONIC DACRYOCYSTITIS TREATMENT

There have been developed outpatient, less invasive and accessible technology of chronic dacryocystitis treatment. Its high functional effectiveness is proved in the article. It's offered to consider surgery as a variant of a choice for treatment of patients with the given pathology.

Key words: dacryocystitis, less invasive technology of treatment