

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ДАКРИОЦИСТИТЫ. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ

В работе освещены проблемы диагностики и лечения травматических дакриоциститов. Представлены клинико-анатомические варианты травматических дакриоциститов и алгоритмы применения эндохирургических технологий лечения на анализе 223 наблюдаемых клинических случаев. Показана возможность эффективной хирургической реабилитации больных эндоскопическими методами при соблюдении показаний к конкретным вариантам травматических поразений слезоотводящих путей.

Ключевые слова: травматические дакриоцисты, эндохирургические технологии

Актуальность

Заболевания слезоотводящих путей в детском возрасте встречаются в 7-13,4% от всех глазных заболеваний у детей [3], при этом врожденные дакриоциститы в 1,5% случаев вследствие повторных травматичных вмешательств переходят в разряд посттравматических [11]. Хирургические травмы являются причинами травматических дакриоциститов у взрослых в 4,25% [9]. При травмах средней зоны лица с повреждениями придаточного аппарата глаза изменения в слезоотводящих путях отмечаются тоже достаточно часто – от 7 до 16% всех лиц, получивших травмы [4]. В то же время эти изменения – повреждения лицевого скелета и слезоотводящих путей в основном и приводят к неудачным результатам [2]. Посттравматические постсаккальные стенозы и дакриоциститы встречаются в 18-23% среди таковых другой этиологии [6, 7, 10]. Многообразие способов и модификаций свидетельствует о сложности проблемы и несовершенстве существующих технологий [1, 5]. Эндоназальные операции в лечении травматических дакриоциститов, в частности технологии функциональной эндоскопической синусохирургии (FESS), имеют значительные преимущества по сравнению с наружными дакриоцисториностомиями (ДЦР), т. к. они менее травматичны, отличаются технической индивидуальностью, позволяют пользоваться сохранившимися анатомическими ориентирами в полости носа, устранять одновременно неблагоприятные для восстановления слезоотведения риногенные факторы и травматические деформации в полости носа [4].

Цель

Уточнение показаний к различным эндоскопическим технологиям лечения травматических дакриоциститов и оценка их эффективности.

Материал и методы

Проанализированы результаты 223 эндоскопических операций при травматических дакриоциститах. Исследования проведены в 6 группах пациентов. При выборе тактики лечения использовалась классификация поражений слезоотводящих путей С.З. Пискунова с соавт. [8], адаптированная к наблюдаемым группам пациентов (табл. 1).

Все пациенты в предоперационном периоде проходили предварительное обследование по месту жительства со сдачей анализов и заключениями специалистов; для взрослых пациентов была обязательной компьютерная томография глазниц и полости носа. Снимки в коронарной и аксиальной проекциях позволяли визуализировать местоположение и размеры слезного мешка, носослезного протока, носовые раковины, решетчатый лабиринт. Эти преимущества томографии помогли выбрать технологию и провести ее в оптимальном варианте. В филиале пациентам проводили комплексное офтальмологическое обследование неконтактными методами, выполняли стандартные методы оценки функционального состояния слезоотводящих путей (проба Норна, слезно-носовая проба, промывание), а также оценивали анатомическое состояние слезоотводящих путей и носовой полости эндоскопическими методами (эндоскопическая риноскопия, эндоскопическая трансканаликулярная дакриоскопия,

трансканаликулярная трансиллюминация слезного мешка). Исследования выполняли с помощью видеоэндоскопического комплекса и эндоскопов фирмы Karl Storz Endoscope.

Лечение врожденных рецидивирующих дакриоциститов, являющихся следствием неудачно проведенной ранее операции, осуществляли с учетом возраста детей. У детей до 6 месяцев применяли методику прямого зондирования слезоотводящих путей под эндоскопическим контролем. Она требует использования набора различных технических средств: операционного микроскопа, видеоэндоскопического комплекса, ригидных эндоскопов-риноскопов Ø 2,1–2,7 мм и с 30° оптикой, микроэндоскопов – дакриоскопов Ø 0,89 мм. Показано также общее обезболивание. Кроме того, необходимо анемизировать и дополнительно анестезировать слизистую оболочку соответствующей половины полости носа смесью растворов 0,05% галазолина и 2% лидокаина (50:50).

После завершения всех подготовительных мероприятий приступали к прямому зондированию – бужированию носослезного протока через верхнюю слезную точку с ликвидацией имеющихся в нем стриктур. Положение конца зонда в нижнем носовом ходе определяется посредством микроэндоскопа, введенного под нижнюю носовую раковину. Одновременно осматривали носовое соустье носослезного протока с находящимся в нем зондом через видеомонитор. Затем с помощью полимерной канюли и шприца выполняли контрольное промывание слезоотводящих путей с визуализацией вытекающей жидкости из носового устья носослезного протока. Назначали глазные капли тобрадекс и капли в нос ксилометазолин на 1 неделю.

Детям старше 6 месяцев с рецидивирующими дакриоциститами, ранее также многократно и неудачно оперированными, показана более сложная операция – временная эндоскопическая интубация слезоотводящих путей. Вмешательство выполняли под общим обезболиванием в виде ингаляционного наркоза севораном с применением ларингеальной маски. Необходимо также анемизировать и дополнительно анестезировать слизистую оболочку полости носа. После этого производили диагностическое эндоскопическое трансканаликулярное обследование всей слезоотводящей системы от слезной точки до носового устья носослезного протока с помощью микроэндоскопа – дакриоскопа Ø 0,89 мм. В процессе осмотра выявляются уровни участков сужений или облитераций, наличие или отсутствие ложных ходов. Затем, под микроскопом, с помощью зонда Боумена, введенного через верхнюю слезную точку, ликвидировали все препятствия, выявленные в слезоотводящей системе. Выход конца зонда в носовое устье носослезного протока или нижний носовой ход контролировали с помощью того же микроэндоскопа, но введенного уже в полость носа под нижнюю носовую раковину.

Для интубации просвета слезоотводящего пути, восстановленного описанным выше способом, мы использовали видеоэндоскопический комплекс, микроэндоскоп, а также интубационные силиконовые системы Ритленга типа Мопока Ø 0,64 мм с шляпкой на проксимальном конце и проленовой нитью-проводником на другом (фирма FCI, Франция). Процедуру выполняли с помощью полого зонда Ритленга с продольным пазом и микрокрючка Ритленга.

У взрослых воспалительный процесс в слезном мешке при травмах чаще всего являлся след-

Таблица 1

Нозологические формы травматических поражений слезоотводящих путей	Кол-во наблюдаемых случаев
Рецидивирующий дакриоцистит новорожденных	93
Хронический дакриоцистит взрослых без дилатации слезного мешка	66
Хронический дакриоцистит взрослых с дилатацией слезного мешка	30
Хронический дакриоцистит взрослых с дислокациями слезного мешка	14
Острый флегмонозный дакриоцистит	7
Сочетанная посттравматическая деформация внутреннего угла глазной щели с непроходимостью слезных канальцев и носослезного протока	13
Всего:	223

ствием повреждения и облитерации носослезного канала при переломах средней зоны лица, травматических процедурах гайморотомии, реже – при прямом повреждении слезного мешка с последующим развитием дакриоцистита.

В лечении травматических дакриоциститов без дилатации слезного мешка (66 случаев) применялись две технологии. В 31 случае была выполнена лазерная трансканаликулярная ДЦР с эндоскопическим эндоназальным контролем по М.Т. Азнабаеву с соавт. (2000) с некоторыми дополнениями. Применялся диодный лазерный аппарат АЛОД-01 (РФ) с длиной волны 1,06 мкм и параметрами мощности от 0,1 до 11,5 Вт. Диаметр световодов составлял 400, 600, 800 мкм. Диаметр риноэндоскопов составлял 2,7 и 4,0 мм, оптика 30°. Подбирались пациенты с анатомическим расположением слезного мешка непосредственно у слезной кости. Лазерная риностома формировалась в медиальной стенке мешка и получалась в пределах 4-6 мм. Ожоговый струп и неровности слизистой вокруг риностомы удалялись с помощью шейвера.

В 35 случаях выполнена операция шейверная эндоназальная эндоскопическая ДЦР. За основу была взята технология J. Olver [12] с формированием костного отверстия в 10 мм и широкой резекцией передне-медиальной стенки слезного мешка.

В лечении травматических дакриоцистисов с дилатацией слезного мешка в 30 случаях использовалась собственная технология эндоназальной эндоскопической ДЦР с формированием пластического анастомоза с помощью радиоволнового хирургического аппарата «Surgitron-DF 120» с частотой 4 мГц и шовной фиксацией лоскутов (патент №2335264).

При дакриоциститах с дислокациями слезного мешка кверху и кзади в пределах до 15-20 мм и вогнутой боковой стенке полости носа была выполнена в 14 случаях эндоназальная транспертурная ДЦР по В.Г. Белоглазову [4], но с применением эндоскопической техники. Суть операции в расширении полости носа и «приближении» ее к дислоцированному слезному мешку путем формирования костной выемки из 3-х выполненных рядом отверстий корончатой фрезой, широкой резекции стенки слезного мешка и уложении в костную выемку лоскута слизистой носа в направлении дакриостомы.

В наблюдаемые случаи вошли и 7 пациентов с флегмонозным дакриоциститом. Всем им по cito была выполнена эндоназальная эндоскопическая ДЦР с формированием большой костной риностомы и резекцией стенки слезного мешка.

В случаях наличия травматической деформации внутреннего угла глазной щели с непроходимостью слезных канальцев и носослезного протока (13 операций) применялась технология эндоскопическая лакориностомия с постоянной интубацией (заявка на изобретение 2008144045 с положительным решением от 28.10.2009). Особенности: выполняется эндоскопическая эндоназальная ДЦР, но без вскрытия слезного мешка. Трепаном 0 1,5 мм формируется тоннель в мягких тканях внутреннего угла глазной щели, проходящий и через слезный мешок. На зонде Боумана №5 в сформированный трепанационный канал вводится стандартный лакопротез фирмы «FCI».

Результаты и обсуждение

В группе из 82 случаев (у детей до 6 месяцев) методика промывания и зондирования слезоотводящих путей оказалась эффективной во всех случаях. В группе из 11 случаев (у детей старше 6 месяцев), направленных в филиал после безуспешных зондирований в других клиниках, методика временной интубации слезоотводящих путей дала положительный результат в 8 случаях (72,7%). У 3 детей была выявлена облитерация носослезного протока, всем им рекомендовано производство новой операции (лазерной трансканаликулярной дакриоцисториностомии) в более старшем возрасте (1,5 года).

При лазерной ДЦР у взрослых пациентов отмечено 5 случаев (23,8%) заращения риностомы – при неоптимальной анатомии с задним положением слезного мешка и мощным рубцеванием. Шейверная ДЦР оказалась предпочтительнее, заращение было отмечено в 4 случаях (11,4%) – при избыточном росте грануляций и несовершенной пластике соустья.

При дакриоцистите с эктазией слезного мешка и без его дислокации весьма эффективна эндоназальная эндоскопическая ДЦР с пластикой анастомоза лоскутами мешка и слизистой носа. Ее эффективность составила 98%. Все операции при флегмонозном травматическом дакриоцистите закончились выздоровлением. Опе-

рация эндоскопическая лакориностомия закончилась неудачно у одного пациента – появилась аллергия на силикон. После его удаления наступило заращение сформированных слезоотводящих путей.

Заключение

Эндохирургические технологии лечения травматических дакриоциститов высокоэффективны. При выборе технологии следует учитывать варианты поражений слезного мешка.

Список использованной литературы:

1. Бастриков Н.И. Болезни слезных органов и способы их лечения: руководство для врача. Ростов-на-Дону: Феникс, 2007. – С. 185.
2. Белоглазов В.Г., Атькова Е.Л., Малаева Л.В., Чиненов И.М. Альтернативный вариант внутриносовой дакриориностомии // Современные технологии диагностики и лечения в офтальмологии: Сб. научных трудов. – Махачкала, 2004. С. 82-83.
3. Белоглазов В.Г., Чиненов И.М. Одномоментная эндоназальная дакриоцистостомия у детей с двухсторонним хроническим дакриоциститом // Современные технологии диагностики и лечения в офтальмологии: Сб. научных трудов. – Махачкала, 2004. С. 80-81.
4. Белоглазов В.Г., Чиненов И.М. Особенности транспертурной дакриориностомии // Современные методы диагностики и лечения заболеваний слезных органов: Сб. научных статей по материалам конференции. М., 2005. – С. 74-77.
5. Жарких М.А. Консервативное лечение больных после эндоназальной эндоскопической дакриоцисториностомии // Материалы II научно-практической конференции оториноларингологов Южного Федерального округа. – Краснодар – Сочи, 2006. – С. 143-148.
6. Калиновский К.П., Буренков Г.И., Вахрушев Г.С., Афонькин В.Ю. Новые технологии лечения дакриоцистита // Патогенетически ориентированные подходы в диагностике, лечении и профилактике глазных заболеваний: Сб. материалов юбилейной конференции Хабаровского филиала ГУ МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова, г. Хабаровск, 2003. – С. 179-180.
7. Лузянина В.В., Сорокин Е.Л. Повышение эффективности хирургического лечения больных с посттравматическим дакриоциститом // Патогенетически ориентированные подходы в диагностике, лечении и профилактике глазных заболеваний: Сб. материалов юбилейной конференции Хабаровского филиала ГУ МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова, г. Хабаровск, 2003. – С. 182-185.
8. Пискунов С.З., Завьялов Ф.Н., Кузнецов М.В. Хирургическая классификация патологических состояний слезоотводящих путей // Современные методы диагностики и лечения заболеваний слезных органов: Сб. научных статей по материалам конференции. М., 2005. – С. 239-240.
9. Черкунов Б.Ф. Болезни слезных органов. Самара, 2001. – С. 239.
10. Шилов М.В. Современные возможности эндоскопической диагностики риногенных дакриостенозов // Материалы юбилейной научно-практической конференции офтальмологов. Томск, 2004 г. Приложение к журналу «Бюллетень сибирской медицины» 2004, №1. – С. 126-128.
11. Шилов М.В., Староха А.В., Токарева Н.С., Филиппова С.В. Особенности эндоскопической эндоназальной хирургии при лечении посттравматических дакриостенозов у детей // Тезисы XVII съезда оториноларингологов России. Нижний Новгород, 2006. – С. 507-508.
12. Jane Olver/ Colour Atlas of Lacrimal Surgery. London, 2002. – P. 117-126.