

Возможности комплексного лечения стенозов носослезного протока у детей

В.В. Бржеский, М.Н. Чистякова

ГОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия Росздрава»

Possibilities of complex treatment of nasolacrimal duct stenosis in children.

V.V. Brzheskii, M.N. Chistyakova

GOU VPO St.-Petersburg State pediatric medical Academy of Roszdrav, St.-Petersburg

Purpose: to increase the efficiency of complex treatment of children of 1–6 years with relapse of congenital stenosis of nasolachrymal duct by usage of modern polymeric material.

Methods: In all patients before surgical treatment «active» tear outflow was tested. Besides, prior to local antibacterial therapy inoculation of medium from conjunctival sac was made. Evaluation of the efficiency of treatment was performed according to classification of functional tear deficiency (light, medium, severe). Period of observation lasted from 4 months to 2 years.

Results: 66 patients aged 1–6 years old with relapse of congenital stenosis of nasolacrimal duct were operated on. In 1st group (36 children) bouginage of duct combined with intubation of the silicon Ritleng stent was performed. In patients of the control group (30 children) only bouginage was made. In 26 children with chronic dacryocystitis levofloxacin, ciprofloxacin and ofloxacin instillations were prescribed before surgery. In the 1st group functional result was reached in 58.3% (21 patients), in the 2nd control group – in 46.7% (14 patients) function of tear outflow was restored completely.

There was complete local bacterial elimination in all patients, which received levofloxacin instillations by 5 days after beginning of the treatment, in 80% (8 patients) in group, which received ciprofloxacin, and after ofloxacin prescription – in 75% (3 patients).

Conclusion: Combined bouginage with silicon stent intubation is more efficient in patients with relapse of congenital nasolacrimal stenosis. It is recommended to prescribe antibacterial drug's instillations prior to operation.

Актуальность

Ведущей причиной слезотечения в раннем детском возрасте является атрезия выхода носослезного протока (НСП).

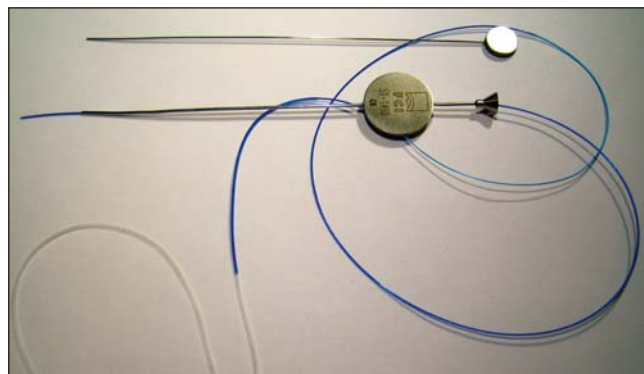


Рис. 1. Инструменты набора Ритленга для интубации слезоотводящих путей силиконовой нитью. Мандрен из зонда-проводника извлечен, в его просвет вставлена полипропиленовая направляющая силиконовой нити

Традиционно для лечения рецидива стеноза НСП у детей первых двух лет жизни используют его повторное зондирование. Что же касается детей старше 1–2 лет, то тактика лечения стеноза НСП у них многие годы сводилась к консервативной терапии, и только по достижении шестилетнего возраста таким детям выполняли дакриоцисториностомию. Проведенными нами ранее исследованиями [3] установлена возможность повышения эффективности лечения таких детей путем бужирования НСП. Однако отдаленные результаты и этой операции в традиционном ее исполнении все же неутешительны.

В последние годы в хирургии слезоотводящих путей все чаще стали применять полимерные материалы. Их используют преимущественно для временной интубации слезных канальцев и НСП, расширения просвета стенозированных участков слезоотводящих путей и других целей. Среди полимерных изделий, предназначенных для решения подобных задач, наиболее широкое распространение получили силиконовые нити, трубки и баллончики, сэвеленовые и полихлорвиниловые трубки, латексные вкладыши-фиксаторы, шелковые лигатуры и т.п. [2,4,6,8]. Однако использование большинства из перечисленных материалов зачастую вызывает осложнения: прорезывание стенки слезного канальца, расширение и деформация слезной точки, разрастание грануляционной ткани [1]. Последнее встречается наиболее часто и связано с аллергической реакцией на используемые материалы, длительным механическим раздражением слизистой оболочки слезоотводящих путей. Особенно выражена такая реакция на имплантат у детей. Это обстоятельство ограничивает выбор материалов для интубации слезоотводящих путей в детском возрасте.

Одним из полимеров, используемых в целях временной интубации слезоотводящих путей, являются силиконовые нити, которые имплантируют в слезоотводящие пути с помощью стентов Ритленга (производство FCI, Франция). Набор для интубации включает силиконовую нить диаметром 0,64 мм с двумя направляющими полипропиленовыми лесками на ее концах, полого зонда с мандреном для проведения нити и крючка для захвата нити в носу (рис. 1).

Вместе с тем применению этих материалов в реконструктивной хирургии слезоотводящих путей у детей посвящено относительно небольшое количество сообщений [3,6,7]. Особый интерес при этом представляет расширение показаний к хирургическому лечению детей со стенозом НСП в возрастном диапазоне 2–5 лет.

Представляют также интерес исследования возможностей повышения эффективности антибактериальной терапии таких больных, проводимой при осложнении стеноза НСП хроническим гнойным дакриоциститом в период между оперативными вмешательствами. Безусловно, она должна быть ориентирована на чувствительность к антибактериальному препарату микроорганизма, обнаруженного в конъюнктивальной полости пациента. Вместе с тем

интересы клинической практики требуют в ряде случаев назначения антибактериальной терапии детям с дакриоциститом «вслепую», еще до получения результата микробиологических исследований. Это обстоятельство требует определения наиболее частых микробных агентов при гнойном дакриоцистите у детей и, соответственно, определения их чувствительности к наиболее распространенным антибактериальным препаратам.

Цель исследования. Повысить эффективность комплексного лечения детей 1–6 лет с рецидивом врожденного стеноза НСП с использованием современных полимерных материалов.

Материал и методы

В условиях отделения микрохирургии глаза СПбГПМА обследовано и прооперировано 66 пациентов в возрасте от 1 до 6 лет с рецидивом врожденного монокулярного стеноза слезоотводящих путей. Пациенты были разделены на 2 группы: по 36 и 30 детей соответственно.

Срок наблюдения составил от 4 мес. до 2 лет. Всем пациентам предварительно уже неоднократно было выполнено зондирование, а 12 детям 1–й группы – бужирование НСП в различных медицинских учреждениях.

Всем больным осуществляли постановку «цветных» проб на активное слезоотведение, а при их замедленном или отрицательном результате – диагностическое промывание и, по показаниям, рентгенологическое исследование с контрастом «Ультравист».

Кроме того, у всех больных до начала проведения местной антибактериальной терапии были взяты посевы из конъюнктивальной полости на микрофлору с дальнейшим определением ее чувствительности к антибактериальным препаратам методом диффузии антибиотиков в агар.

Детям 1–й группы было проведено НСП с последующей его интубацией силиконовым стентом Ритленга, пациентам контрольной группы – только бужирование НСП.

Оперативное вмешательство выполняли под эндотрахеальным наркозом. После расширения верхней слезной точки и верхнего слезного канала зондом Зихеля, бужировали НСП зондами Боумана (№ 1–3). Затем в НСП (до упора в твердое небо) проводили зонд-проводник, который слегка (на 5–7 мм) подтягивали кверху, мандрен из его просвета извлекали и по зонду в нос пропускали полипропиленовый конец интубационной нити до появления ее под нижней носовой раковиной (рис. 2). Извлечение нити осуществляли крючком Ритленга (рис. 3). Зонд извлекали, а концы нити закрепляли лейкопластырем на коже брови и щеки. Проведение нити через один канал

сохраняло возможность промывания слезоотводящих путей через второй. Срок нахождения нити в НСП составил в среднем 1,5 мес. В послеоперационный период в конъюнктивальную полость больным инстиллировали кортикостероиды и нестероидные противовоспалительные препараты.

Из технических трудностей, возникших в ходе операции, следует отметить отрыв полипропиленовой направляющей от силиконовой нити, произошедший в 4 случаях, что потребовало замены нити. Кроме того, у 4 детей после извлечения из слезоотводящих путей силиконовой нити (через 1,5 мес. после операции), отмечено расширение слезной точки.

Оценку эффективности выполненного вмешательства проводили, ориентируясь на классификацию функциональной недостаточности слезоотведения (легкая, средней тяжести, тяжелая) [2].

Результаты исследования

В 1–й группе полный функциональный эффект был получен у 21 ребенка (58,3%). У 9 детей (25,0%) сохранялась легкая функциональная недостаточность слезоотведения, что можно также считать положительным результатом, у одного ребенка (2,8%) диагностирована недостаточность слезоотведения средней степени, а у 5 (13,9%) эффект от лечения достигнут не был.

В контрольной группе функция слезоотведения была восстановлена полностью у 14 (46,7%) детей, у 7 (23,3%) зафиксирована его недостаточность средней, а у 9 (30,0%) – тяжелой степени.

Рассмотренные результаты исследований в целом свидетельствуют о большей клинической эффективности лечебного бужирования НСП с его последующей интубацией силиконовой нитью по сравнению с традиционным бужированием таких больных.

По результатам лабораторных исследований, выполненных на кафедре офтальмологии СПбГПМА Т.Н. Воронцовой и соавт. (2010), микрофлора конъюнктивальной полости детей с хроническим дакриоциститом представлена *Staphylococcus epidermidis* (53,3%), *Staphylococcus aureus* (23,0%), *Enterococcus faecalis* (13,3%), *Alcaligenes faecalis* (11,5%), *Candida albicans* (11,5%) и *Enterobacter* (6,7%), включая микст-инфекцию [5].

При этом чувствительность наиболее распространенных из числа обнаруженных микроорганизмов – *Staphylococcus epidermidis* и *Staphylococcus aureus* – к левофлоксацину составила соответственно 84,6 и 94,1%, а к ципрофлоксацину – 84,2 и 93,4%. К прочим антибактериальным препаратам



Рис. 2. Этап проведения полипропиленовой направляющей силиконовой нити через зонд Ритленга в носослезный проток

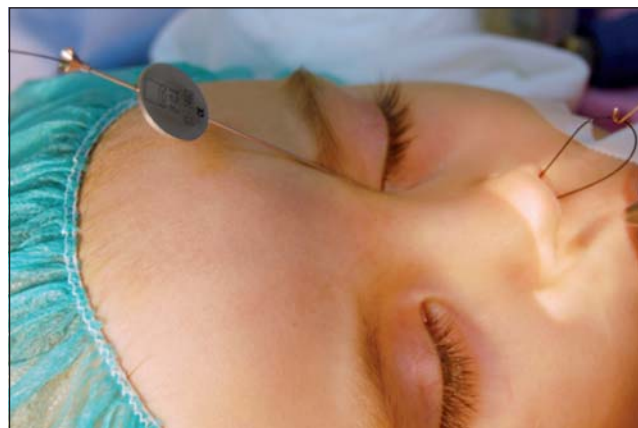


Рис. 3. Полипропиленовая направляющая силиконовой нити извлечена с помощью крючка из левой ноздри

(офлоксацин, тобрамицин, гентамицин, левомицетин) те же микроорганизмы оказались заметно резистентнее [5].

Рассмотренные обстоятельства явились побудительным мотивом к использованию левофлоксацина и других фторхинолонов в лечении детей с осложнением стеноза НСП хроническим гнойным дакриоциститом (с целью санации конъюнктивальной полости в период подготовки к операции).

В указанных целях из числа обследованных нами 66 детей со стенозом НСП, 26 пациентам с клиническими проявлениями хронического гнойного дакриоцистита были назначены четырехкратные инстилляции антибактериальных препаратов: 5% – левофлоксацина (глазные капли Офтаквикс, Santen) – 12 больным, 3% – ципрофлоксацина – 10 и 3% – офлоксацина – 4 больным.

По результатам ежедневного наблюдения в первую неделю терапии, полное исчезновение гнойного отделяемого из слезного мешка отмечено у 11 больных (91,7%), получавших левофлоксацин (глазные капли Офтаквикс), 8 (80,0%) – ципрофлоксацин и 3 (75,0%) – офлоксацин. При этом рассматриваемый клинический эффект на фоне инстилляций левофлоксацина был достигнут в первые сутки терапии у 9 детей (75,0%), ципрофлоксацина – у 7 (70,0%) и офлоксацина – у 3 больных (75,0%).

Исчезновение микрофлоры из конъюнктивальной полости (слезного мешка), по результатам контрольного посева содержимого конъюнктивальной полости после компрессии слезного мешка через 5 сут. терапии, отмечено у всех больных, получавших левофлоксацин (глазные капли Офтаквикс), у 8 (80,0%) – ципрофлоксацин и 3 (75,0%) – офлоксацин.

У всех детей отмечена хорошая переносимость исследованных препаратов, которые целесообразно применять при хроническом гнойном дакриоцистите в период ожидания оперативного вмешательства.

Заключение

Бужирование НСП с интубацией слезоотводящих путей силиконовой нитью Ритленга является эффективным способом лечения стенозов слезоотводящих путей.

Детям в возрасте 1–6 лет операцией выбора служит бужирование НСП с его интубацией силиконовой нитью по Ритленгу. Вмешательство противопоказано при наличии рубцовой деформации слезного мешка с эктазией его стенки. В таких случаях, а также всем детям старше 6 лет, целесообразно выполнить дакриоцисториностомию в одной из существующих модификаций.

Использование силиконовой нити для интубации слезоотводящих путей позволяет длительно удерживать сформированный просвет их стенозированного участка, не вызывая при этом воспалительной реакции и пролежней слезной точки и канала.

Детям с хроническим гнойным дакриоциститом в период ожидания оперативного вмешательства целесообразно назначать инстилляции антибактериальных препаратов фторхинолонового ряда, среди которых наиболее эффективным оказался 5%-ный левофлоксацин (глазные капли Офтаквикс).

Список литературы Вы можете найти на сайте <http://www.rmj.ru>