ВЫБОР МЕТОДА ВОССТАНОВЛЕНИЯ СЛЕЗООТВЕДЕНИЯ

В.Н. Красножен, С.Ф. Школьник

Казанская медицинская академия, кафедра оториноларингологии,
Чебоксарский филиал ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова Росздрава», г. Чебоксары, Россия

Поиски лучшего пути восстановления проходимости слезоотводящей системы (СС), утраченной вследствие воспалительных, рубцовых, гипертрофических и прочих процессов, все чаще становятся предметом обсуждения ринологов и офтальмологов как в отечественной, так и в зарубежной литературе. Желание отойти от считающегося «золотым стандартом» наружного доступа при выполнении дакриоцисториностомии (ДЦР) по причине его обширности, косметической проблематичности повысило интерес лакримологов к эндоназальному, трансканаликулярному доступам при ДЦР, а также реканализирующим операциям.

Врачей и их пациентов часто привлекают технологии, предусматривающие применение в ходе операции различных лазеров. При этом не принимается во внимание множество побочных эффектов лазерного излучения (высокая температура в зоне работы лазера, обширный некроз тканей, подвергающихся лазерному воздействию, активная грануляция и пролиферация в послеоперационном периоде, сводящая на нет усилия хирурга). Так, лазерная трансканаликулярная эндоскопическая ДЦР (Азнабаев М.Т. и др., 2005) в некоторых случаях не может обеспечить условий для полного выздоровления и требует комбинаций с другими методами (Ободов В.А. и др., 2006)

Цель работы – обосновать целесообразность выбора того или иного метода при выполнении дакриоринологических операций.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 26 пациентов, страдающих непроходимостью слезоотводящих путей. У 20 из них имелись симптомы хронического воспаления слезного мешка, при этом в 17 случаях были обнаружены сопутствующие заболевания полости носа: гипертрофический ринит, искривление носовой перегородки, воспаление околоносовых пазух. У 5 пациентов помимо постсаккальной непроходимости имелись признаки стриктур и обтураций на уровне слезных канальцев, в связи с чем ДЦР была дополнена временным дренированием слезных путей силиконовыми или полипропиленовыми стентами.

В 8 случаях мы сочли возможным ограничиться попытками восстановить функции СС без формирования дакриориностомы, т.е. реканализацией. Деликатные дилатация, стриктуротомия, зондирование, интубация, проведенные антеградно, дали хорошие результаты в тех случаях, где отсутствовали признаки воспаления СС. У 2 пациентов через 1 месяц после перенесенной экстубации жалобы пациентов на слезотечение возобновились, при компьютерной томографии определялось увеличение размеров слезного мешка. Ретроградная ДЦР с применением шейвера, радиоволновой хирургии и эндоскопического контроля обеспечили выздоровление этих больных.

В 7 и 13 случаях были произведены наружная и эндоназальная ДЦР, соответственно, с устойчиво благоприятным исходом. При выборе доступа мы руководствовались в основном возрастом, общесоматическим статусом пациентов, их косметическими запросами, необходимостью коррекции сопутствующей ринопатологии.

Следует признать, что наружная ДЦР обеспечивает лучшую визуализацию зоны операции, позволяет создать качественное соустье даже в случаях анатомических деформаций в результате травм. Однако малоинвазивность, бескровность и эстетичность эндоназальной ДЦР, возможность объединить в одну две операции (вторая – на структурах полости носа) часто склоняли нас к выбору ретроградного метода.

Результаты и их обсуждение. Сроки наблюдения составили от 3 до 8 месяцев. Во всех случаях слезоотведение восстановлено. Осложнений, как интра-, так и послеоперационных, не отмечено. У пациентов, прооперированных наружным доступом (возраст самого молодого из них – 56 лет), послеоперационный рубец кожи был не более 12 мм, к 6 месяцам он становится малозаметным, теряющимся в кожных складках век и не вызывает жалоб пациентов.

Восемь человек в отдаленные сроки (2 месяца и более со дня перенесенной операции) отметили также явное улучшение носового дыхания. Все – после эндоназальной ДЦР с одномоментной подслизистой радиокоагуляцией нижней носовой раковины.

Пациентка Р., 72 года, через 6 мес после наружной ДЦР справа перед операцией эндоназальной ДЦР слева. Рубец кожи в области внутреннего угла глаза едва заметен

Выводы.

1. В случаях частичной или полной непроходимости слезоотводящих путей, но без признаков воспаления, в том числе сочетающейся с окклюзией на пресаккальном уровне, предпочтительны реканализирующие операции.

2. У лиц молодого возраста, страдающих дакриоциститом, а также при сочетанных лакримально-ринологических заболеваниях операцией выбора является эндоназальная дакриоцисториностомия.

3. Операции на слезных путях должен выполнять хирург, в совершенстве владеющий всеми методами и доступами. Альтернативой может быть совместная деятельность офтальмолога и оториноларинголога в ходе операции, позволяющей на всех этапах выбрать метод лучший для конкретного случая и пациента.