УДК 617.764.6-002-089.87-036.65

ПРИЧИНЫ РЕЦИДИВОВ ДАКРИОЦИСТИТА ПОСЛЕ ЭНДОНАЗАЛЬНОЙ ДАКРИОЦИСТОРИНОСТОМИИ. ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Школьник С. Ф.

Чебоксарский филиал МНТК «Микрохирургия глаза», 428028, г. Чебоксары, Чувашия, Россия

CAUSES OF RECURRENCE AFTER ENDONASAL DACRYOCYSTORHINOSTOMY DACRYOCYSTITIS. PREVENTION AND TREATMENT

Schkolnik S. F.

Cheboksary branch IRTC «Eye Microsurgery», 428028, Cheboksary, Chuvashia, Russia

На современном этапе эндоназальная дакриоцисториностомия (ЭДЦР) лидирует среди трех основных направлений в хирургическом лечении дакриоцистита. Данная операция вошла в практику офтальмологических клиник как наиболее щадящая и эффективная. Тем не менее рецидивы заболевания вследствие закрытия дакриориностомы, по данным разных авторов, не редки.

Цель исследования. Классифицировать причины рецидивов дакриоцистита после проведенной ЭДЦР и разработать меры их профилактики и варианты лечения.

Пациенты и методы исследования. На примере 50 пациентов (38 женщин и 12 мужчин в возрасте от 25 до 67 лет), обратившихся с признаками нарушения функции, созданной в ходе ЭДЦР дакриориностомы, изучены основные причины рецидива заболевания на основе стандартного исследования функции слезоотведения и диагностической эндориноскопии. Проведено лечение, которое включало: у пациентов 1-й группы (15 человек) лечебные промывания растворами антисептиков, кортикостероидов и ферментов, 2-й группы (35 человек) – то же, но в комбинации с ревизией и расширением риностомы, освобождением от тканей. ее закрывающих, и временным дренированием слезоотводящих путей.

Результаты. Сроки возникновения рецидива дакриоцистита после проведенной ЭДЦР с характерными для него слезотечением, слезостоянием

и застойным отделяемым в конъюнктивальный мешок варьировали от 7 до 45 суток. В 84% случаев возобновление эпифоры произошло в первый же месяц после операции. При обследовании, включавшем цветные пробы и промывание слезных путей факт их полной или частичной непроходимости был подтвержден. Лечение в 1-й группе пациентов оказалось эффективным и потребовало дополнительных манипуляций лишь в 2 случаях (13,3%). У 3 пациентов этой группы (20%) выздоровление наступило после того, как к лечебным промываниям были добавлены зондирование и бужирование дакриориностомы. В остальных же случаях потребовалась повторная операция. Предполагаемые причины возникновения рецидивов по данным дакриологического и эндориноскопического обследования распределились следующим образом: в 42,9% случаев был недооценен или не диагностирован при планировании первой операции многоуровневый характер лакримальной непроходимости, в результате чего отсутствие регулярного пассажа слезы по вновь сформированному пути слезооттока создавало условия для его закрытия грануляционной, а затем рубцовой тканью. У 28,6% больных положение риностомы было таковым, что активный ток слезы через нее оказывался невозможным, а пассивная проходимость поддерживалась только регулярными промываниями, после прекращения которых фистула закрывалась. В 11,7% сопутствующая ринопатология, большей частью заключавшаяся в близком соседстве послеоперационной раны с анатомическими структурами полости носа (средней носовой раковиной, искривленной носовой перегородкой), приводила к образованию синехий, осложнявших присасывательную функцию слезы. Наконец, в 17,1% случаев явной причины рецидива дакриоцистита обнаружено не было. В качестве вероятной могли быть перенесенные респираторные заболевания, особенности течения процессов заживления, перегревание тканей в ходе операции режущими, коагулирующими инструментами или длительная трансканаликулярная иллюминация зоны операции, а также недостаточно широкое костное окно риностомы и технические ошибки при формировании слизистого соустья. У всех пациентов 2-й группы положительный результат был достигнут и сохранялся на протяжении минимум 6 месяцев послеоперационного наблюдения.

Выводы

Основными причинами рецидивов дакриоцистита после эндоназальной дакриоцисториностомии являются погрешности дооперационной диагностики и хирургической техники. Рецидивы возникают в первые месяцы после операции и должны устраняться повторными хирургическими вмешательствами с учетом данных многопланового обследования, направленного на выяснение факторов, приведших к рецидиву заболевания.