



Министерство здравоохранения
и социального развития РФ

Министерство здравоохранения УР

ГУЗ «Республиканская офтальмологическая
клиническая больница МЗ УР»

Российская
научно-практическая
конференция офтальмологов

«Ижевские родники – 2008»

Ижевск
2008

ЭНДОНАЗАЛЬНАЯ МИКРОЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДАКРИОЦИСТОРИНОСТОМИЯ В ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

*С.Ф. Школьник, В.Н. Красножен**

*Чебоксарский филиал ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н.Федорова Росмедтехнологии»,*

**Казанская медицинская академия,
кафедра оториноларингологии*

Воспаление слезного мешка и носослезного протока (дакриоцистит) является причиной нарушения слезоотведения не менее чем в трети случаев [5]. Тесная взаимосвязь слезных и ЛОР-органов расширяет спектр возможных пусковых механизмов данной патологии и диктует необходимость взаимодействия врачей разных специальностей в дифференциальной диагностике сопутствующей ЛОР-патологии и лечения заболеваний вертикального колена слезоотводящих путей [4]. За 100 с лишним лет развития современной дакриологии наружный и эндоназальный доступ к слезному мешку явились основой для параллельно существующих способов хирургического лечения дакриоцистита, один из которых является прерогативой офтальмологов, другой – ринологов [1,2,6,7]. Сторонники того и другого способа, стремясь повысить их эффективность, привнесли в них немало полезных усовершенствований. Однако именно параллельность в изучении и применении двух этих подходов и является основной проблемой, тормозящей развитие дакриологии. В результате, инновации, созданные специалистами разных специальностей, не используются в полной мере, не определены показания для каждого вида хирургического лечения больного дакриоциститом. Подавляющее большинство пациентов, страдающих слезотечением, обращается в офтальмологические клиники, где в худшем случае они не получают адекватного лечения, а в лучшем – лечение проводится, но без учета достижений ринологической науки и практики. Лечение сопутствующей, а зачастую являющейся первопричиной ринопатологии, как правило, не проводится. Таким образом,

очевидна необходимость применения эндоназальных методов лечения дакриоцистита в офтальмологических клиниках.

Целью работы явилось внедрение эндоназальной микроэндоскопической дакриоцисториностомии в офтальмологическую практику.

Материал и методы. Обследовано 62 больных (19 мужчин и 43 женщины в возрасте от 14 до 74 лет), страдающих дакриоциститом.

Работа была начата в условиях ринологической клиники с изучения офтальмологом анатомо-топографических аспектов полости носа в норме и патологии. Одновременно происходило освоение техники эндоскопической риноскопии. Использовались также и стандартные методики обследования пациентов: наружный осмотр, биомикроскопия, тест Ширмера, носовая, канальцевая пробы, промывание, зондирование. Это позволило сопоставить риноскопическую картину с выявленными в ходе обследования клиническими проявлениями дакриоцистита. Части пациентов были проведены также рентгенография, магнитно-резонансная томография, компьютерная томография слезоотводящих путей и околоносовых пазух, давшие представление о взаимоотношении внутриносовых структур, состоянии костного ложа и размерах самого слезного мешка. Большое внимание уделялось оценке доступа к слезному мешку через полость носа, возможности одномоментной или этапной коррекции патологических изменений, препятствующих качественному выполнению эндоназальной дакриоцисториностомии (ДЦР). В ходе совместной работы была выбрана методика анестезии, соединившая в себе проводниковую анестезию слезоотводящих путей и инфильтрационную полости носа.

В основу способа лечения дакриоцистита была положена эндоназальная ДЦР по Весту [7], модифицированная посредством применения эндоскопической техники, микродебридера (шейвера), радиохирургического оборудования [3]. Приобретение навыков эндоназальных манипуляций под эндоскопическим контролем в ходе совместных операций явилось ключевым этапом в освоении ретроградной ДЦР офтальмологом, использовавшим ранее исключительно наружный доступ к слезному мешку.

На начальном этапе работы эндоназальная часть операции выполнялась хирургом-ринологом, а манипуляции на горизонтальной части слезоотводящих путей (дилатация слезных точек и канальцев), дренирование дакриориностомы, зондирование слезно-носового канала, наружная ДЦР — хирургом-офтальмологом.

При необходимости операция дополнялась коррекцией патологических изменений полости носа, затрудняющих носовое дыхание, слезоотведение и создание цисториностомы. Этапность лечения зависела от тяжести сопутствующей ЛОР патологии.

Далее операции по поводу дакриоцистита проводились в офтальмологической клинике, где в ходе совместной деятельности были разработаны критерии выбора того или иного доступа к слезному мешку, а также объема хирургического вмешательства.

В общей сложности совместно хирургами ЛОР и офтальмологом было проведено 23 операции (22 пациента). Последующие 40 операций были выполнены уже без участия ринолога.

Результаты и обсуждение. Период наблюдения за пациентами составил от 2 до 15 месяцев. Ни в ходе операции, ни в послеоперационном периоде осложнений не было. При выборе хирургического доступа эндоназальному подходу было отдано предпочтение в 84,13% случаев. Это объясняется бесспорными преимуществами эндоназальной ДЦР перед являющейся «золотым стандартом» в офтальмологии наружной дакриоцисториностомией: меньшая травматичность, малоинвазивность, отсутствие послеоперационного рубца на лице.

По результатам эндоназальной ДЦР, трижды была произведена реоперация, в связи с рецидивом дакриоцистита и несостоятельностью дакриориностомы, т.е. в 5,66% случаев. После наружной ДЦР повторных вмешательств не потребовалось. Причиной такого соотношения могут быть как вполне объективные причины (недостаточная визуализация операционного поля, проблема адекватного лечения пациента в послеоперационном периоде), так и отсутствие достаточного опыта.

Выводы. Помощь пациентам с лакримальной патологией должен оказывать врач-дакриолог, владеющий навыками операций с различными подходами, разбирающийся в анатомии, физиологии, клинике заболеваний слезного аппарата.

На первых этапах освоения эндоназальных методов целесообразно взаимодействие врачей разных специальностей (ЛОР и офтальмолога) в дифференциальной диагностике сопутствующей ЛОР патологии и лечении заболеваний вертикального колена слезоотводящих путей.

Эндоназальная микроэндоскопическая дакриоцисториностомия имеет ряд преимуществ перед наружной ДЦР и рекомендуется к внедрению во всех клиниках, имеющих в своем штате врача-дакриолога.

Литература

1. Волков В.В., Султанов М.Ю. Наружная дакриоцистиностомия. – М., 1975. – 104 с.
2. Краснов М.М., Белоглазов В.Г. Вопросы диагностики и лечебной тактики при врожденных дакриоциститах // Офтальмолог. журн. – 1989. – № 3. – С. 146–150.
3. Красножен В.Н. Применение новых технологий в лечении патологии слезоотводящих путей. – Казань, 2005. – С. 40.
4. Красножен В.Н., Школьник С.Ф. Наш опыт лечения непроходимости слезно-носового канала // Офтальмохирургия. – 2007. – № 2. – С. 37–39.
5. Черкунов Б.Ф. Болезни слезных органов. – Самара, 2001 – 296 с.
6. Dupui-Dutemps et Bourquet. Procèds plastique de dacryocystorhinostomie et ses results // Annales d'oculistique, 1921. – P. 158, 241.
7. West J.M. Eine Fensterresektion des Ductus naso-lacimalis in Fallen von Stenosa // Arch. Laryng. Rhin. (Berl.). – 1910. – Bd 24, H. 1. – S. 62.