

**Выводы:** При соблюдении всех деталей хирургической техники в ходе этапной реконструкции обширных дефектов век в ранние и отдаленные сроки достигается восстановление формы век и устранение рубцового лагофтальма.

**С. Ф. Школьник**

## **Совершенствование техники дакриоцисториностомии**

*Чебоксарский филиал ФГУ «МНТК «МГ» им. акад. С. Н. Федорова  
Росмедтехнологии»*

Несмотря на то, что дакриоцисториностомия (ДЦР) как метод создания обходного пути слезооттока при непроходимости носослезного канала имеет множество модификаций, до сих пор остается актуальным поиск способов усовершенствования этой операции с целью уменьшения ее травматичности, повышения эффективности и эстетичности.

**Цель:** изучение эффективности внедрения в собственную дакриологическую практику ряда технических новшеств, призванных улучшить результаты как наружной, так и эндоназальной ДЦР.

**Материалы и методы:** 46 пациентам (29 женщин, 17 мужчин в возрасте от 15 до 78 лет) выполнена ДЦР по поводу дакриоцистита, различавшегося как по степени выраженности клинических проявлений, так и по этиологии. Из них в 21 случае был применен наружный доступ к слезному мешку, а в 25 – эндоназальный. В том и другом случае в ходе операции, кроме стандартного набора инструментов, были использованы: радиоволновой хирургический прибор «Сургитрон» (частота 3,8 МГц) с набором электродов разной конфигурации и толщи-

ны (Ellman International, Inc.), шейвер риноскопический с режущими насадками типа «бор» и «резак», аспирационная система с канюлями различной модификации, риноскопы и дакриоскопы диаметром 4,0 и 2,7 мм с различным углом наблюдения (Eleps). Все разрезы мягких тканей производились «радионожом» в режиме ректифицированной волны и выходной мощности 20–55 Вт.

**Результаты:** использование радиоволновой энергии при рассечении мягких тканей, независимо от способа выполнения ДЦР, позволило в дополнение к ровным и тонким разрезам производить неглубокую адекватную коагуляцию, не приводящую впоследствии к обширному некрозу и росту грануляций. Важным результатом явилось и отсутствие косметически значимого дефекта кожи при наружной ДЦР. Хорошая визуализация операционного поля достигалась качественным гемостазом, быстрой эвакуацией отделяемого и мелких тканевых фрагментов через аспирационную систему. Формирование костного окна дакриориностомы отличалось наличием в конструкции насадки шейвера защитного кожуха, и потому трепанация происходила избирательно и щадяще, а также тем, что постоянный отсос через внутреннюю полость насадки обеспечивал непрерывное удаление из раны костной стружки, крови и патологического секрета полостей носа и слезного мешка. Эндоскопический контроль был важным диагностическим тестом для выбора доступа и целесообразности одномоментной или этапной санации полости носа, а на этапах наружной и в ходе всей эндоназальной ДЦР позволил топографически обоснованно выбрать место формирования дакриориностомы, минимизировать операционную травму. В послеоперационном периоде наряду с пробами активной и пассивной проходимости слезоотводящих путей эндориноскопически оценивалось состояние анастомоза. Период наблюдения за оперированными больными составил от 3 до 12 мес. Во всех случаях результаты лечения оказались удовлетворительными как с функциональной, так и с косметической точки зрения. Лишь в одном случае, при осложненном флегмоной слезного мешка дакриоцистите, вторым этапом потребовалось временное дренирование дакриориностомы, функционирование которой оказалось невозможным из-за длительно сохранявшегося фибринозного налета на слизистой среднего носового хода.

**Выводы:** разработка технологий хирургического лечения дакриоцистита на основе применения радиоволновой хирургии, шейвера, эндоскопии оправдана как при наружном, так и эндоназальном доступе к слезному мешку и имеет положительные результаты.