

№3

XXI КЫЛЫМДЫН МЕДИЦИНАЛЫК КАДРЛАРЫ



2008

МЕДИЦИНСКИЕ КАДРЫ XXI ВЕКА

## ЭНДОНАЗАЛЬНАЯ МИКРОЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДАКРИОЦИСТОРИНОСТОМИЯ В ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

**С.Ф. Школьник, В.Н. Красножен**

*Чебоксарский филиал ФГУ «МНТК "Микрохирургия глаза" им. акад. С.Н.Федорова  
Росмедтехнологии» (дир. – проф. Н.П. Пахтаев),  
кафедра оториноларингологии (зав. – проф. В.Н. Красножен)  
Казанской государственной медицинской академии*

Воспаление слезного мешка и носослезного протока (дакриоцистит) является причиной нарушения слезоотведения не менее чем в трети случаев. Тесная взаимосвязь слезоотводящих путей и структур полости носа расширяет спектр возможных пусковых механизмов данной патологии и диктует необходимость взаимодействия врачей разных специальностей.

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. Сторонники того и другого способа, стремясь повысить их эффективность, привнесли в них немало полезных усовершенствований, однако, основной проблемой, тормозящей развитие дакриологии остается именно параллельность в изучении и применении двух этих подходов.

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. В связи с этим – очевидна необходимость применения эндоназальных методов лечения дакриоцистита в офтальмологических клиниках.

**Целью** работы было внедрить эндоназальную микроэндоскопическую дакриоцисториностию в практику хирурга – офтальмолога.

### **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 микроэндоскопической 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, модифицированная посредством применения микроэндоскопической техники, микродебридера (шейвера), радиохирургического оборудования.

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.

Особенностью структур слезоотводящих путей глаза является их чрезвычайная подверженность рубцеванию. Даже их минимальная травма, зачастую ятрогенного характера, приводит к разрастанию грануляционной ткани, грубому рубцеванию и стенозированию.

По этой причине в период освоения новых технологий специалистами, занимающимися лечением заболеваний слезной системы, предполагающих комбинированные эндоназальные и трансканаликулярные подходы, все манипуляции на горизонтальном колене слезоотводящих путей производились офтальмологом.

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 ринопатологии.

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 ринологом 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, простота, 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 являются – недостаточная визуализация операционного поля, проблема адекватного лечения пациента в послеоперационном периоде, отсутствие достаточного опыта проведения таких операций.

### **Выводы**

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

2. На первых этапах освоения эндоназальных методов целесообразно взаимодействие врачей разных специальностей (ринолога и офтальмолога) в дифференциальной диагностике сопутствующей патологии носа и лечении заболеваний вертикального колена слезоотводящих путей.
3. Эндоназальная микроэндоскопическая дакриоцисториностомия имеет ряд преимуществ перед наружной ДЦР и должна быть внедрена во всех клиниках, имеющих в своем штате врача – дакриолога.