



ВЫСОКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОФТАЛЬМОЛОГИИ

БИМАНУАЛЬНАЯ ОПЕРАТИВНАЯ ТЕХНИКА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ДАКРИОЦИСТИТА

*Красножен В.Н., Школьник С.Ф. **

Казанская государственная медицинская академия, «Клиника оториноларингологии»

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

Актуальность проблемы лечения больных с патологией слезоотводящих путей и большая частота постоянно иницируют изыскание новых методов и подходов лечения.

Выполнение диагностической эндоскопии полости носа и околоносовых пазух обусловлено тем, что преобладающая часть воспалительных заболеваний решетчатого лабиринта, лобных и верхнечелюстных пазух вызывается воспалительными изменениями или анатомическими вариантами строения в области остеомеатального комплекса, носовых раковин и, в частности, нижнего носового хода. Достаточно вспомнить четыре типа расположения выводного отверстия носослезного протока по классификации Л.Н. Свержевского (1910). Наиболее благоприятным принято считать первый тип, когда перепончатый канал оканчивается вместе с костным и устье находится под защитой костного канала. В остальных же случаях может быть сдавление выводного отверстия набухшей или рубцово-измененной слизистой полости носа. Поэтому едва заметного отека слизистой носа достаточно для возникновения эпифоры, что в свою очередь связано с наличием богатой венозной сети в области нижних носовых раковин и носослезного протока. Кроме того, возможны аномалии анатомического строения самих околоносовых пазух, выявляемых рентгенологически, в частности методом компьютерной томографии. Воспалительная патология пазух на основе аномалий строения также может стать причиной дакриоцистита. Наличие патогенетической связи между заболеваниями объясняет то обстоятельство, что лечение хронического дакриоцистита включает целый комплекс вмешательств, в конечном итоге направленных на восстановление проходимости слезоотводящих путей: наложение дакриостомы и коррекция отклонений строения, т.е. носит симультанный характер.

В последние годы активно разрабатываются малоинвазивные хирургические технологии лечения патологии слезоотводящих путей эндоназальным эндоскопическим методом, включающие применение видеоэндоскопической ассистенции, прецизионного инструментария, шейверной системы и радиоволновой хирургии. Основным является причинение минимальной травмы подлежащим тканям в области операции в расчете на быструю и полноценную их регенерацию и, как исход, и формирование

стойкой риностомы в области слезного мешка и восстановление слезоотведения. До настоящего времени такая операция выполнялась одним хирургом и предусматривала использование эндоскопа, находящегося в одной руке хирурга и инструмента в другой. Очевидно, такая технология операции не удовлетворяет задачам симультанного оперативного вмешательства.

Цель работы – повышение эффективности хирургического эндоназального эндоскопического вмешательства на основе бимануальной оперативной техники при лечении хронического дакриоцистита.

Материалы и методы. Оборудование: ригидные эндоскопы диаметром 4,0 и 2,7 мм различного угла обзора, фиброэндоскопы диаметром 2,2 мм, 3,0 мм, 5,0 мм, видеостойка фирмы Olympus, позволяющие выполнять диагностические и хирургические процедуры, а также фото- и видеоконтроль этапов операции, шейверная система, дрель, радиохирургический прибор с электродами для одновременной аспирации отделяемого и коагуляции участков кровотечения.

Анестезия местная – наружная и эндоназальная в проекции слезного мешка или общая.

Методика. Оперативное вмешательство выполняют два хирурга. Хирург № 1 выступает в качестве ассистента и/или обучающегося, удерживает в руке эндоскоп, манипулирует им, обеспечивая качественную и устойчивую картину операционного поля. Хирург № 2 работает двумя руками, удерживая в одной руке аспиратор-коагулятор, в другой – инструмент.

Результаты и обсуждение. Представленная техника выполнения операции дакриоцисториностомии имеет, на наш взгляд, целый ряд преимуществ перед обычным эндоскопическим методом:

- отсутствие необходимости частой смены инструмента в руках хирурга;
- постоянная аспирация и коагуляция в ходе операции;
- хороший обзор операционного поля;
- сокращение времени операции;
- оптимальное взаимодействие хирургов;

- эффективное обучение ассистента;
- контролируемый гемостаз;
- минимальная операционная травма;
- симультанный характер хирургического вмешательства – одномоментная дакриоцисториностомия, коррекция внутриносовых структур и околоносовых пазух.

Выводы. Таким образом, применение бимануальной оперативной техники в лечении хронического дакриоцистита является предпочтительным и может быть рекомендовано для внедрения в офтальмологических и оториноларингологических лечебных учреждениях.

К ВОПРОСУ О ВОЗМОЖНОСТИ ОТСРОЧЕННОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ИОЛ НА ГЛАЗАХ, ПЕРЕНЕСШИХ СУПРАХОРИОИДАЛЬНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ПРИ УДАЛЕНИИ КАТАРАКТЫ

Крылов В.А., Розенкранц М.К., Дьяконова Е.И.

Краснодарский филиал ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова Росмедтехнологии»

Супрахориоидальное интраоперационное кровотечение считается одним из самых грозных осложнений в глазной хирургии, в большинстве случаев заканчивающееся потерей функций глаза. По оценке разных авторов частота супрахориоидального кровотечения (СХК) варьирует от 0,05 до 0,08%. Супрахориоидальное артериальное кровотечение чаще всего возникает вследствие разрыва одной или обеих длинных задних цилиарных артерий. Данное осложнение может возникать на разных этапах оперативного вмешательства.

Факторами, наиболее способствующими СХК, признаны глаукома и глазная гипертензия, сахарный диабет, миопия высокой степени с ПЗО более 25 мм, длительная гипотония глаза, значительная продолжительность хирургического вмешательства. Риск возникновения СХК значительно возрастает при сочетании двух и более факторов.