

ISSN 0042-4668

ВЕСТНИК ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

V E S T N I K
O T O R I N O L A R I N G O L O G I I

6 • 2008



Научно-практический журнал



МедиаСфера

Этапы внедрения эндоназальной микроэндоскопической дакриоцисторhinостомии в офтальмологической клинике

С.Ф. ШКОЛЬНИК, В.Н. КРАСНОЖЕН

Stages of introduction of endonasal microendoscopic dacryocystorhinostomy into ophthalmological clinical practice

S.F. SHKOLNIK, V.N. KRASNOZHEN

Федеральное федеральное учреждение «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Филатова (г.г.р.) — проф. Н.П. Пачагаев, кафедра офтальмохирургии (г.г.р.) — проф. В.Н. Красножен (Краснодарский государственный медицинский университет)

Эндоназальная дакриоцисторhinостомия имеет целый ряд бесспорных преимуществ перед наружной дакриоцисторhinостомией и должна быть внедрена во всех офтальмологических клиниках, имеющих в своем штате врача — дакриолога. На первых этапах освоения эндоназальных методов целесообразно в взаимодействии врачей разных специальностей (ринолога и офтальмолога) для дифференциальной диагностики сопутствующей патологии носа и лечения шоблевыми самотканевыми путями. В последующем помощь пациентам с лакримальной патологией должен оказывать врач — дакриолог, владеющий навыками операции с различными подходами, разбирающийся в анатомии, физиологии, катехнике замыкания слезного аппарата.

Ключевые слова: эндоназальная дакриоцисторhinостомия, обучение офтальмолога, внедрение в офтальмологическую клинику

Endonasal microendoscopic dacryocystorhinostomy has a number of important advantages over external dacryocystorhinostomy and needs to be introduced into routine practical work of all ophthalmological clinics having a dacryologist on the staff. At the initial stage of mastering of the endonasal technique, cooperation between health-care professionals representing different disciplines, e.g. rhinologist and ophthalmologist, is of importance to ensure differential diagnosis of concomitant nasal pathologies and treatment of the affected nasolacrimal passages. At later stages, patients with lacrimal problems should be placed under the supervision of a dacryologist well trained in different surgical procedures and having an excellent knowledge of anatomical structure and physiological functions of the lacrimal apparatus as well as good understanding of mechanisms underlying its pathology.

Key words: endonasal dacryocystorhinostomy, mastering by ophthalmologist, introduction into the work of ophthalmological clinics

Восстановление слезного мешка и восстановление протока дакриоцистит является причиной нарушения слезоотведения не менее чем в 70% случаев [1]. Тесная взаимосвязь слезоотводящих путей и структур полости носа расширяет спектр возможных причинных механизмов данной патологии и диктует необходимость взаимодействия врачей разных специальностей [2–6].

За 100 с лишним лет развития современной дакриологии наружной и эндоназальной доступы к слезному мешку явились основой для односторонне существующих способов хирургического лечения дакриоцистита, если не считать значение прерогативы офтальмолога, другой — оториноларинголога [1, 4, 7–12]. Сторонники того и другого способа, стремясь повысить их эффективность, привнесли в них немало полезных усовершенствований, однако основной проблемой, тормозящей развитие дакриологии, остается именно неразрешимость в лечении в применении двух этих подходов.

В результате инноваций, созданных специалистами разных специальностей, не используются в полной мере, не определяются показания для каждого вида хирургического лечения больного дакриоциститом.

Подавляющее большинство пациентов, страдающих слезотечением, обращаются в офтальмологические клиники, где в худшем случае они не получают адекватного лечения, а в лучшем — лечение проводится без учета достижений ринолитоической науки и практики. Лечение сопутствующих, а зачастую являющихся первоисточником ринопатологии, как правило, не проводится. В связи с этим очевидно необходимость применения эндоназальных методов лечения дакриоцистита в офтальмологической клинике.

Целью работы было внедрение метода эндоназальной микроэндоскопической дакриоцисторhinостомии в практику хирурга-офтальмолога.

Материал и методы

Обследованы 62 больных (39 мужчин и 23 женщины) в возрасте от 14 до 74 лет, страдающих дакриоциститом.

Работа была выполнена в условиях ринолитоической клиники с применением офтальмологическим аппаратом эндоскопическим, а также в норме и патологии. Основным из промежуточных оснований техники микроэндоскопической риноскотии. Помимо осмотра также и стандартные методики обследования пациентов: наружный осмотр, биомикроскопия, тест Ширмера, носовая катетеризация пробы, промывание, зондирование. Это позволяло точно

© С.Ф. Школьник, В.Н. Красножен, 2008.
© Вклад в офтальмохирургию. ММН
Vestn. Ophthalmolog. 2008. 6: 21–22

ставить 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 дакриоцисторинностомии (ДЦР).

В ходе совместной работы была разработана методика анестезии, соединившая проводниковую анестезию слезоотводящих путей и инфльтрационную полости носа.

В основу способа лечения дакриоцистита была положена эндоназальная ДЦР по Весту [11], модифицированная посредством применения микроэндоскопической техники, микродебрндера (шейвера), радиохирургического оборудования [15].

Приобретение навыков эндоназальных манипуляций под эндоскопическим контролем в ходе совместных операций явилось ключевым этапом в освоении ретроградной ДЦР офтальмологами, использовавшими 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 [14].

По этой причине в период освоения новых технологий специалистами, занимающимися лечением заболеваний слезной системы, предполагающим комбинированные эндоназальные и трансканаликулярные подходы, все манипуляции на горизонтальном колена 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 каналцев), дренирование дакриоринностомы, зондирование слезно-носового канала, наружная ДЦР — хирургом-офтальмологом.

При необходимости операция дополнялась коррекцией патологических изменений полости носа, затрудняющих носовое дыхание, слезоотведение и создание

инторинностомы. 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 объем хирургического вмешательства.

В общей сложности совместно хирургами оториноларингологом и офтальмологом были проведены 23 операции (22 пациента). Последующие 40 операций были выполнены уже без участия ринколога.

Результаты и обсуждение

Период наблюдения за пациентами составил от 2 до 15 мес. Ни в ходе операции, ни в послеоперационном периоде осложнений не было. При выборе хирургического доступа эндоназальному подходу было отдано предпочтение в 84,1% случаев. Это объясняется бесспорными преимуществами эндоназальной ДЦР перед являющейся «золотым стандартом» в офтальмологии наружной ДЦР: меньшая травматичность, простота, отсутствие послеоперационного рубца на лице.

По результатам эндоназальной ДЦР 3 раза была проведена реоперация в связи с рецидивом дакриоцистита и несостоятельностью дакриоринностомы, т.е. в 5,7% случаев. После наружной ДЦР повторных вмешательств не потребовалось.

Выводы

1. Помощь пациентам с дакриальной 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 (оториноларинголога и офтальмолога) для дифференциальной диагностики сопутствующей патологии носа и лечения заболеваний вертикального колена слезоотводящих путей.

3. Эндоназальная микроэндоскопическая ДЦР имеет ряд преимуществ перед наружной ДЦР и должна быть внедрена во всех клиниках, имеющих в своем штате врача-дакриолога.

ЛИТЕРАТУРА

1. Черкунов Б.Ф. Болезни слезных органов. Самара 2001:296.
2. Сваржасткий Л.И. Вестн ушн горл и нос бол 1910;1:1—3.
3. Тихомиров Л.Е. Патология в терминах слезоотводящих путей. Л 1949:126.
4. Пальчин В.Т., Могомидов М.М., Лычман Н.А. и др. Вестн оторинолар 2002;1:25—26.
5. Хомикова Н.В. Иммунопатические обструкции носослезного притока и патогенетическое обоснование принципа их лечения. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М 2005:38.
6. Азбаева М.Т. Лазерная дакриоцисторинностомия. Уфа 2005:152.
7. Красножен В.П., Школьник С.Ф. Офтальмохирургия 2007;2:37—39.
8. Той А. Dacryocystorhinostomy. Clinica Med 1904:33.
9. Dupui-Duteil et Bourquet. Annales d'oculistique 1921;1:158, 241.
10. Вокоев В.В., Султанов М.Ю. Наружная дакриоцисторинностомия. М 1975:104.
11. West J.M. Arch Laryng Rhin (Berl) 1910;24:62.
12. Бокштейн Ф.С. Хирургическое лечение слезоотводящих путей. М 1939:136.
13. Красножен В.П., Белогазов В.Г. Офтальмол журн 1989;3:146—150.
14. Аскеров С.М. Комплексное хирургическое лечение перичной и яндуцированной патологии слезной системы. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М 2005:50.
15. Красножен В.Н. Применение новых технологий в лечении патологии слезоотводящих путей. Учебное пособие. Казань 2005.