

Научно-практический медицинский журнал

ПРАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА



PRACTICAL MEDICINE

The scientific and practical medical journal

Офтальмология

Ophthalmology

16+

№ 3 (114)' 2018

УДК 617.764.7-007.271-08

С.Ф. ШКОЛЬНИК, А.Ю. ВАСИЛЬЕВА

Чебоксарский филиал МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова МЗ РФ,
428028, г. Чебоксары, пр. Тракторостроителей, д. 10

Опыт применения лакримальных экспандеров для лечения проксимальных стенозов слезоотводящих путей

Контактная информация:

Школьник Сергей Филиппович — кандидат медицинских наук, руководитель группы дакриологии, заведующий операционным блоком, тел. (8352) 49-24-72, e-mail: s_shkolnik@mail.ru

Васильева Анастасия Юрьевна — врач-офтальмолог 3-го офтальмологического отделения и группы дакриологии, тел. (8352) 49-24-17, e-mail: nastena.stasiya@mail.ru

В статье представлены результаты использования лакримальных экспандеров. Проанализированы исходы хирургического лечения 9 пациентов с односторонним проксимальным дакриостенозом. Задачей исследования явилась оценка безопасности и клинической эффективности лакримальных экспандеров после активации слезных точек и канальцев различными способами. В подавляющем большинстве случаев было получено значительное улучшение субъективного состояния и улучшения качества жизни пациентов, а также эффективность применения расширителей подтверждалась различными слезными проблемами. Приведенные результаты использования лакримального экспандера являются предварительными, изделие требует дальнейшей доработки и дополнительного клинического исследования для подтверждения его долгосрочного успеха.

Ключевые слова: эпифора, стеноз слезных точек и канальцев, активация слезных точек, расширители слезных точек.

S.F. SHKOLNIK, A.Yu. VASILYEVA

Cheboksary branch of the S. Fedorov Eye Microsurgery Federal State Institution, 10 Traktorostroiteley Pr., Cheboksary, Russian Federation, 428028

Experience of using the perforated lacrimal expander for treatment of proximal stenosis of lacrimal ducts

Contact:

Shkolnik S.F. — Cand. Med. Sc., Head of Dacryology Group, Head of Operational Unit, tel. (8352) 49-24-72, e-mail: s_shkolnik@mail.ru

Vasiliyeva A.Yu. — ophthalmologist of the 3rd Ophthalmology Department, member of Dacryology Group, tel. (8352) 49-24-17, e-mail: nastena.stasiya@mail.ru

The article presents the results of proximal dacryostenoses treatment using lacrimal expanders. The results of surgical treatment of 9 patients with unilateral proximal dacryostenosis are analyzed. The research objective was to assess the safety and clinical efficacy of lacrimal expander after the activation of lacrimal points and canalicula in various ways. In the overwhelming majority of cases, a significant improvement in the subjective condition and the patients' quality of life was obtained; the effectiveness of using the expander was confirmed by various lacrimal tests. The results of using the lacrimal expander are preliminary; the product requires further refinement and additional clinical investigation to confirm its long-term success.

Key words: epiphora, lacrimal points and canalicula stenosis, punctoplasty, expander of lacrimal points.

Эпифора (слезотечение) — распространенный симптом, имеющий большой список этиопатогенетических факторов с которым часто сталкиваются офтальмологи. Одна из причин слезотечения — стеноз проксимального отдела слезоотводящих путей, т.е. слезных точек. Стеноз следует отличать от агенезии (врожденное отсутствие) слезных точек и канальцев. Приобретенный стеноз слезных точек характеризуется их сужением или окклюзией (зарожением), распространяющийся на слезные канальцы. По данным литературы, это заболевание характерно в основном для лиц женского пола пожилого возраста [1]. Приобретенный стеноз слезной точки может возникнуть в результате воспалительного или инфекционного заболевания глаз, системного или местного токсического действия лекарственных препаратов, различных травм, в т.ч. ятrogenных, опухолей или возрастных изменений. Системные, кожные, аллергические заболевания, последствия облучения и фотодинамической терапии области внутреннего угла глаза при новообразованиях, длительное применения антиглаукомных препаратов, таких как тимолол, латанопрост, бетаксолол, пилокарпин [2], системное применение химиотерапевтических препаратов (5-фторурацил) [3] приводят с стенозированию слезных путей. Наиболее частыми причинами возникновения стеноза являются хронические воспаления век и конъюнктивы, ведущие к постепенному фиброзному изменению слезной точки с последующим сужением слезных канальцев [1].

Изначально лечение дакриостенозов осуществлялось только при помощи зондирования слезоотводящих путей, но этого оказалось недостаточным. Высокую эффективность показали операции по реканализации, заключающиеся в зондировании слезоотводящих путей с последующей интубацией их просвета каким-либо имплантатом: кетгутовым, металлическим, шелковым, пластиковым, нейлоновым, полиуретановым или силиконовым.

Среди систем для моноканаликулярной интубации распространение получила система mini-monoka. Имеются данные о высокой эффективности применения стента mini-monoka после активации

слезной точки и канальца при их сочетанной непрходимости. Наружный конец силиконового имплантата этой системы представляет собой расширение в виде «шляпки», с помощью которого имплантат закрепляют в слезоотводящих путях в области слезной точки. Данная система широко используется для реканализации слезоотводящих путей, достигая при лечении высокого анатомического и функционального результата. Некоторые авторы [4] сообщают о целесообразности интубации горизонтального отдела слезоотводящих путей этим имплантатом при стенозах слезной точки, сочетая это вмешательство с оперативным расширением слезной точки. M.J. Ali и соавт. [5] выполняли пункто-пластику пациентам с агенезией слезной точки, а впоследствии интубировали слезные канальцы при помощи системы mini-monoka. R.G. Mathew и соавт. [6] указывают на ряд осложнений, которые могут возникнуть при такой операции, в том числе — на возможность миграции силиконового имплантата. Также для лечения данной проблемы используются перфорированные силиконовые расширители, которые устанавливаются в слезные точки без предварительной хирургической активации. В обоих случаях время экспозиции экспандеров составляет в среднем минимум 6 месяцев. В качестве недостатков этих методов описаны слезотечение, их дислокация, грануляции канальцевого эпителия в период использования имплантата [7].

Цель — изучение эффективности применения лакримальных экспандеров при лечении приобретенного стеноза слезных точек.

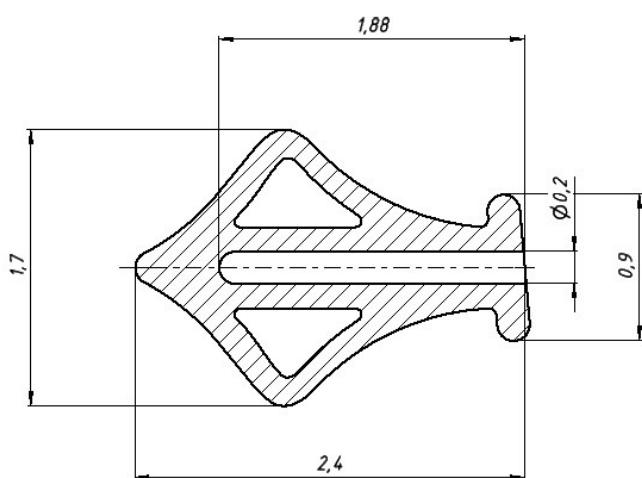
Материал и методы

Лакримальный экспандер (расширитель) представляет собой перфорированную пробку (муфту), которая устанавливается в просвет слезной точки после ее предварительной дилатации. Было проведено оперативное лечение 9 пациентов с односторонним стенозом и сужением нижних слезных точек. У 3 больных слезная точка была закрыта мембраной, у 6 — наблюдалось значительное сужение слезной точки. У всех пациентов до операции имелись жалобы на выраженное слезотечение, слезостояние, время исчезновения флюоресцина из конъюнктивальной полости составляло более 5 мин. Под местной инфильтрационной анестезией 2% раствором лидокаина произведено последовательное расширение слезных путей коническими зондами Зихеля №1-2-3. В некоторых случаях слезная точка рассекалась по методике Арльта [8]. В расширенную слезную точку устанавливался экспандер, произведенный по оригинальным чертежам предприятием Репер (Н. Новгород) (рис. 1). Средний срок экспозиции расширителя составил 4 недели. Затем проводилась субъективная оценка состояния пациента, биомикроскопия, цветные пробы (канальцевая и слезноносовая).

Результаты и обсуждение

После выполнения операций по активации слезных точек для профилактики их зарожения обычно выполняют зондирование, удаление фибриновой пленки с раны, промывание слезных путей в течение нескольких дней до заживления раневой поверхности, устанавливают кетгутовые нити. Использование лакримальных экспандеров исключает необходимость в вышеперечисленных процедурах. Пациенту не требуются ежедневные осмотры. Из

Рисунок 1.
Перфорированный лакримальный экспандер



нежелательных последствий расширителя отмечали 2 случая преждевременного, акцидентного удаления. В отдаленные сроки ослабление слезотечения отметили 8 пациентов. Из объективных признаков эффективность операции подтверждалась сужением слезного ручья, уменьшением слезного мениска, расширением слезных точек, их зиянием, улучшением показателей цветных проб (при закапывании 2% флюоресцена в конъюнктивальную полость краситель исчезал менее чем за 3 минуты). У одной пациентки с ранним выпадением расширителя слезотечение сохранилось, а послеоперационная рана зарубцевалась. Это потребовало дополнительного хирургического лечения. В ходе наблюдения ни у одного из пациентов не выявлены описанные в литературе осложнения.

Заключение

Лакримальные расширители являются хорошей альтернативой кетгутовым нитям и другим стентам при стенозе слезной точки, они высокоэффективны, безболезненны при установке, комфортны в эксплуатации. В связи со своей малотравматичностью и микроинвазивностью, они могут быть достаточно широко применены в условиях амбулаторной хирургии, а также у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией, являясь, в ряде случаев, альтернативой хирургическому лечению. Определение показаний к проведению таких вмешательств и совершенствование техники проведения активации слезоотводящих путей является актуальной задачей.

Лакримальные экспандеры требуют дальнейшей доработки и дополнительного клинического исследования для подтверждения их долгосрочного успеха.

Работа выполнена при финансовой поддержке Фонда содействия развитию малых форм предприятий в научно-технической сфере (конкурс «УМНИК», договор №12283ГУ/2017 от 11.09.2017, код 0033284).

ЛИТЕРАТУРА

1. Kashkouli M.B., Beigi B., Murthy R., Astbury N. Acquired external punctal stenosis: etiology and associated findings // American journal of ophthalmology. — 2003. — №136 (6). — P. 1079-1084.
2. McNab A.A. Lacrimal canalicular obstruction associated with topical ocular medication // Aust. N Z J. Ophthalmol. — 1998. — №26 (3). — P. 219-223.
3. Brink H.M., Beex L.V. Punctal and canalicular stenosis associated with systemic fluorouracil therapy // Doc. Ophthalmol. — 1995. — №90 (1). — P. 1-6.
4. Hussain R.N., Kanani H., McMullan T. Use of mini-monoka stents for punctal/canalicular stenosis // Br. J. Ophthalmol. — 2012. — №96 (5). — P. 671-673.
5. Ali M.J., Mohapatra S., Mulay K., et al. Incomplete punctal canalisation: the external and internal punctal membranes. Outcomes of membranotomy and adjunctive procedures // Br. J. Ophthalmol. — 2013. — №97 (1). — P. 92-95.
6. Mathew R.G., Olver J.M. Minimonoka made easy: a simple technique for mini-monoka insertion in acquired punctal stenosis // Ophthal. Plast.Reconstr. Surg. — 2011. — №27 (4). — P. 293-294.
7. Ozgur O.R., Akcay L., Tutas N., Karadag O. Management of acquired punctal stenosis with perforated punctal plugs // Saudi J. Ophthalmol. — 2015. — №29 (3). — P. 205-9.
8. Руководство по глазным болезням. — Т. IV. — М.: Медгиз, 1959. — С. 280-285.