УДК 617.764.6-002-072.1

ПРИМЕНЕНИЕ КОБЛАЦИИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДАКРИОЦИСТОРИНОСТОМИИ

Красножен В. Н., Школьник С. Ф.

Казанская государственная медицинская академия, г. Казань, Россия

APPLICATION KOBLATSII WHEN PERFORMING ENDOSCOPIC DACRYOCYSTORHINOSTOMY

Krasnozhen V. N., Schkolnik S. F.

Kazan State Medical Academy, Kazan, Russia

В настоящее время эндоскопическому методу лечения хронического дакриоцистита отдается предпочтение, что обусловлено рядом известных преимуществ перед наружным доступом.

Цель исследования. Улучшение результатов эндоскопической дакриоцисториностомии (ДЦР) путем применения коблации.

Пациенты и методы исследования. В период с 2014 по 2015 год в клинике оториноларингологии «КОРЛ» Казанской медицинской академии сделано 10 односторонних ДЦР пациентам, страдавшим эпифорой, в связи с непроходимостью слезных путей, в возрасте 18–43 года. Женщин было 8, мужчин – 2. Диагноз непроходимость носослезного протока был подтвержден объективными методами обследования.

Для хирургической коррекции слезоотводящих путей было использовано современное оборудование — эндоскопы, иллюминатор, бормашина (Karl Storz), насадки «резак-отсос», «бор»-насадки и др., щипцы, «режущие насквозь» (Elmed), радиоволновой хирургический прибор «Сургитрон DF» (частота 4,0 МГц), тонкий электрод Vari-Tip (Ellman International, Inc.), холодноплазменный, биполярный аппарат Coblator II и электрод EIC 7070-01; новая эндоскопическая дакриологическая система (дакриоскоп, d < 1 мм) для трансканаликулярной визуализации слезоотводящей системы фирмы Machida.

Особенностями оперативного вмешательства на слезном мешке являлись: использование

дакриоскопа для выявления уровня обструкции слезных путей; иллюминатора для эндоназальной идентификации слезного мешка; радиоволнового электрода для удаления слизистой оболочки носа в проекции слезного мешка; бормашины, обеспечивающей адекватный доступ к слезному мешку; формирование окна в области медиальной стенки кости слезной ямки, включая фронтальный верхнечелюстной отросток размерами не менее 12х5 мм; абляция слизистой оболочки носа и медиальной стенки слезного мешка с формированием цистостомы размерами, которые соответствуют костному окну.

В раннем и позднем послеоперационных периодах проводилась активная терапия – антибактериальная (рег оѕ, в виде глазных капель, спреев для слизистой оболочки полости носа), увлажняющая слизистую оболочку, промывание слезных путей, полное объемное промывание полости носа, ингаляции муколитиков и антибиотиков небулайзером.

Послеоперационное лечение продолжалось до полной эпителизации раны.

Результаты исследования. В раннем послеоперационном периоде восстановлена проходимость слезных путей у всех пациентов. Предоперационная эпифора устранилась, а проходимость слезоотводящих путей подтвердилась ирригацией слезного мешка через 2, 4 и 6 мес. после операции, что расценивалось как благоприятный исход вмешательства.

Выводы

Формированию стойкой цистостомы, очевидно, способствуют: соответствие размеров костного окна размерам цистостомы; малотравматичное формирование цистостомы электродом EIC 7070-01, холодноплаз-

малотравматичное формирование цистостомы электродом EIC /U/U-U1, холодноплаз менным, биполярным аппаратом Coblator II с акцентом на его нижнезадние участки;

идентификация уровня обструкции слезных путей с помощью дакриоскопа;

четкие показания для эндоскопической дакриоцисториностомии;

адекватная терапия в послеоперационном периоде, направленная на реабилитацию слизистой полости носа и слезных путей.

зателя при поступлении до 5,07 (4,2; 6,0) балла, в частности при градации по отдельным подшкалам: самочувствие – 5,5 (4,6; 6,0) балла; активность – 4,75 (3,85; 5,4), настроение – 5,40 (4,85; 6,15). При выписке общий показатель составил 5,87 (5,31; 6,31), самочувствие и активность пациентов значимо (p < 0,05) улучшились до 5,95 (5,35; 6,55) и 5,7 (5,1; 6,15). Выявлена отрицательная достоверная корреляционная связь носового дыхания с общей астенией.

Заключение. У пациентов с ХПРС наряду с нарушением носового дыхания имеют место легкая депрессия, явления астенизации и нарушения качества жизни по шкале САН. При поступлении в нейропсихологическом статусе у 23% пациентов выявлены повышенные показатели депрессии, у 47% — достоверно выраженная общая астения, в 17% случаев изменилось самочувствие и в 23% — активность больных. Показатели общей астении имеют достоверную корреляционную зависимость с носовым дыханием. После лечения ПРС при выписке у пациентов достоверно улучшились показатели носового дыхания и уменьшились,

астении, по шкале САН, что свидетельствует об улучшении общего самочувствия больных.

У пациентов было обнаружено повышение уровня серотонина сыворотки крови, что свидетельствует об активном участии серотонина в патогенезе хронического полипозного риносинусита и требует дальнейшего изучения. Патогенетическая основа формирования психоэмоциональных расстройств при нарушениях носового дыхания не изучена и требует уточнения. Помимо гипоксического поражения церебральных структур и нарушения ликвороциркуляции, обсуждаемых в литературе, в патогенезе эмоционально-когнитивных нарушений при обструктивных заболеваниях носа несомненную роль играют вегетативные нарушения, что будет следующей задачей нашего исследования. Восстановление носового дыхания несомненно улучшает эмоциональный статус больных, их социальную адаптацию и качество жизни как интегральный показатель физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного.