

ПРИМЕНЕНИЕ ВЫСОКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИИ СЛЕЗООТВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

В сб.: Практическая Медицина № 1(15) май 2006г., с.7. Тип номера: Оториноларингология

Несмотря на явный прогресс при выполнении дакриоцисториностомии (ДЦР) эндоназальным методом, все же рецидив заболевания (закрытие риностомы) характерен как для наружного, так и для интраназального доступа (В.Т. Пальчун, М.М. Магомедов, 2002; Г.З. Пискунов, С.З. Пискунов, 2002).

Цель исследования — улучшение результатов микроэндоскопической шейверной дакриоцисториностомии (МЭШДЦР).

Материал и методы

В 2004 году было сделано 44 операции у 40 пациентов, страдавших эпифорой. Возраст больных составлял 12-78 лет. Диагноз «непроходимости слезно-носового протока» был подтвержден рядом объективных методов обследования. Хронический гнойный дакриоцистит диагностирован у 25 больных, хронический катаральный — у 8, посттравматический — у 4 пациентов (3 — автотравма, 1 — после радикальной операции на верхнечелюстной пазухе), у 3 больных — флегмонозный дакриоцистит.

Для хирургической коррекции слезоотводящих путей было использовано современное оборудование — эндоскопы, микросветовод (разработанный нами) для диафаноскопии через слезную кость, шейверная система с насадками; микроинструменты; радиоволновой хирургический прибор и специальные электроды; аргоноплазменный коагулятор; операционный микроскоп.

Особенностью вмешательства являлись:

- местная анестезия;
- шейверная система, обеспечивающая адекватный доступ к слезному мешку;
- формирование окна в области медиальной стенки кости слезной ячейки, включая фронтальный верхнечелюстной отросток размером, не менее 12х5 мм;
- выкраивание П-образного лоскута из стенки слезного мешка с помощью радиоволны;
- наложение шва — как обязательной процедуры шовным материалом, радио- или аргоноплазменной коагуляцией (эффект «склеивания»);
- применение эндоскопа под углом 70° на этапах ДЦР для наилучшей видимости операционного поля и обеспечения таким образом наибольшей точности выполнения хирургического вмешательства, а также специального фиксирующего устройства эндоскопа, позволяющего освободить обе руки хирурга и работать бимануально. Ранее это было прерогативой микроскопа.

Результаты

У 40 пациентов предоперационная эпифора устранилась, а проходимость слезоотводящих путей подтвердилась эндоскопией, а также промыванием/ирригацией слезного мешка через 2, 4 и 6 мес. после операции, что расценивалось как успешный исход вмешательства.

Заключение

Формированию стойкой риностомы, очевидно, способствуют:

- соответствие размера костного окна размеру лоскута из слезного мешка;
- формирование лоскута слезного мешка радиоволной с акцентом на его нижнезадние участки; наложение швов на краевую ткань слезного мешка и свободного края слизистой носа;
- важны четкие показания для МЭШДЦР;
- адекватная терапия хронического дакриоцистита и ринита.

Выводы

Использование новой модели шейвера отечественной фирмы «ЭлеПС» в качестве бормашины, резектора и аспиратора одновременно является в наибольшей степени удобным и обеспечивающим визуальный контроль операции. Операционное поле чистое.

Применение микроскопа облегчало идентификацию слезных точек, зондирование и промывание слезоотводящих путей, а также выполнение процедуры бимануально. Применение эндоскопов обеспечивало мобильность при операции и хорошую видимость операционного поля на латеральной стенке полости носа. При необходимости выполнялась коррекция внутриносовых структур.

Внимательный осмотр передних отделов нижнего носового хода позволял идентифицировать носовое устье перепончатого канала, его локализацию и особенности патологии с помощью специально изготовленных для офтальмологии укороченных эндоскопов малого диаметра (всего 2,7 мм) «ЭлеПС».

Формирование лоскута практически из всей медиальной стенки слезного мешка следует считать необходимым условием для надежного формирования риностомы.

Использование радиоволны в качестве скальпеля и коагулятора на этапе выкраивания лоскута из слезного мешка позволяет выполнить разрез с наивысшей точностью в считанные доли секунды. Щадящее воздействие радиоволны на слизистую слезного мешка — основа для быстрой эпителизации раневых поверхностей. Его нельзя получить другими ныне известными способами, включая микродебридер, что исключило применение стентов в послеоперационном периоде.

Имея у себя в арсенале новые технологии — аргонплазменную хирургию и радиохимию, рино- или офтальмохирург может позволить себе избежать наложения швов обычным способом (последняя не является простой процедурой). Бесшовное формирование риностомы должно стать исключением при выполнении дакриоцисториностомии.

Наложение швов на краевую ткань слезного мешка и свободный край слизистой оболочки носа должно иметь избыток этих сшиваемых тканей в 3-4 мм. Исходя из патофизиологического феномена, в основе которого лежит уменьшение площади раны в фазе рубцевания и ремоделирования, можно надеяться на формирование покатой дорожки для беспрепятственного отведения слезы. Для упрощения процедуры наложения шва нами разработан инструмент, позволяющий одним движением сшить два лоскута слизистой оболочки.

Очевидно, микроэндоскопическая шейверная дакриоцисториностомия претендует на роль основного вида лечения непроходимости экскреторной системы слезных путей. Метод МЭШДЦР должен быть известен каждому врачу, выполняющему ДЦР, но, конечно же, не как единственный метод.

Важно определение показаний для операции с целью минимизации необоснованного применения эндоназального доступа и исключения дискредитации метода (в частности, речь идет о введении в стандарт обследования пациентов с ДЦ обязательного проведения дакриоцистографии современными рентгеноконтрастными препаратами).

Послеоперационное ведение больного включает в себя промывание слезных путей для исключения заражения риностомы и лечение собственно дакриоцистита как хронического процесса, в том числе гнойного. Для этого целесообразно каждое промывание слезных путей завершать введением глазных капель, в состав которых входят, прежде всего, антибиотики широкого спектра действия.

И, наконец, вполне обоснованным является назначение лекарственных средств, физио- и ирригационной терапии, действие которых направлено на реабилитацию слизистой оболочки носа вообще и стимулирующие процессы регенерации в области риностомы в частности. Мы в своей практике использовали Димефосфон — отечественный препарат, синтезированный в институте органической и физической химии имени академика А.Е. Арбузова Казанского филиала Академии наук РФ. Сочетание у Димефосфона противовоспалительной и иммуномодулирующей активности, стимулирующего влияния на регенерацию, интенсифицирующего действия на микроциркуляцию, антимикробной активности с безвредностью аппликаций на слизистую оболочку полости носа в полной мере отвечает требованиям послеоперационного ведения больных, перенесших ДЦР.

Следовательно, для достижения положительного результата в лечении ДЦ необходим системный подход — важна как тщательность самого хирургического вмешательства на основе новых технологий, так и адекватная терапия в послеоперационном периоде.