

МИНИИНВАЗИВНЫЙ ПОДХОД В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ СО СТЕНОЗАМИ СЛЕЗООТВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Воронович Т.Ф.

***Учреждение здравоохранения «10-я городская клиническая больница»,
г.Минск, Республика Беларусь***

Актуальность. Заболевания слезных путей до настоящего времени остаются одной из актуальных проблем в современной офтальмологии. Нарушение проходимости слезоотводящих путей составляет от 6 до 25% у пациентов с заболеваниями глаз. Данная патология часто возникает в наиболее трудоспособном возрасте и представляет постоянную угрозу для органа зрения, затрудняет выполнение ряда производственных процессов, ограничивает выбор профессии, а также может быть причиной хронического воспаления не только переднего отрезка глаза, но и развития тяжелых орбитальных и внутричерепных осложнений.

Лечение пациентов с заболеваниями слезных путей представляет одну из трудных задач офтальмологии. Несмотря на то, что диагностикой и лечением патологии слезных органов занимаются более 130 лет, не существует единого суждения в данном вопросе. Неудовлетворенность отдаленными результатами операций в традиционных вариантах требует поиска более обоснованных, анатомически и функционально, методов хирургического вмешательства.

Наиболее эффективным методом лечения дакриостенозов является хирургический. При заболеваниях вертикального отдела слезоотводящих путей (далее СОП), с клиническими проявлениями хронического дакриоцистита, выздоровление, после хирургического лечения, достигается в 95 - 98% случаев, а при лечении заболеваний горизонтального отдела - в 30-40%.

Разработка новых методов реконструкции СОП является актуальной задачей. Широко применяемые для реконструктивной хирургии полимерные материалы нередко вызывают аллергические реакции, воспаление, интубационные гранулемы. Попытки найти более подходящий материал продолжаются. Преждевременное самопроизвольное выпадение имплантата, его дислокация вызывает травматизацию глазной поверхности, что требует разработки совершенных способов его фиксации на длительный срок, которые не ограничивали бы трудоспособность пациента, удовлетворяли в косметическом плане и не вызвали осложнений. Выбор способа и сроков стентирования в зависимости от характера стриктуры, протяженности и локализации остаются предметом дискуссии и требуют дальнейшего усовершенствования.

Цель. Улучшение анатомических и функциональных результатов хирургического лечения пациентов со стенозами СОП, используя миниинвазивное вмешательство.

Материалы и методы. Исследование основано на обследовании и лечении 68 пациентов с патологией СОП, находившихся на лечении в отделении МХГ №1 УЗ «10-я ГКБ» МЗ РБ за период с 2022 по 2023г. Возраст пациентов – от 21 года до 80 лет. Мужчин - 32%, женщин - 68%. Все пациенты обследовались по разработанному алгоритму с исследованием активной и пассивной проходимости СОП, выполнялась биомикроскопия слезных точек, прекорнеальной пленки, слезного ручья. Особое внимание уделялось характеру жалоб пациентов. Всем пациентам выполняли рентгенографию СОП с контрастным веществом. Данные методы были дополнены эндоскопической риноскопией, при необходимости – компьютерной томографией с контрастным веществом, что позволило более точно оценить уровень непроходимости СОП и состояние внутриносовых структур и околоносовых пазух. Все пациенты осмотрены врачами смежных специальностей: оториноларингологом, стоматологом, терапевтом.

Пациенты, включенные в исследование, были распределены на три группы: в первую (основную) группу вошли пациенты, которым выполнено стентирование слезных путей силиконовым стентом, во вторую (основную) группу – пациенты, которым бужировали стриктуру и заполняли слезные пути вискоэластиком, третья группа сравнения. Пациентам третьей группы зондировали слезные пути традиционным методом. Пациенты основных групп и группы сравнения были сопоставимы по возрасту, полу, распределены по виду проведенной операции. Поэтому анализ эффективности хирургического лечения пациентов в основных и группе сравнения, проведенный на основании статистической обработки результатов исследования, является достоверным и объективным. I основная группа – 13 пациентов со слезотечением вследствие нарушения проходимости СОП на разном уровне. Пациентам этой группы после предварительного бужирования зондом Боумана от № 1 до № 4 и последующего контрольного промывания, выполняли стентирование СОП силиконовым стентом. В качестве стента использовали, смоделированный определенным образом, силиконовый капилляр диаметром 0,6мм. Стент имплантировали с помощью мадрена-проводника. При стриктурах слезных канальцев конец стента должен достигать нижней трети слезного мешка, а при сочетанном варианте – выходить в полость носа. Затем мадрен извлекали, выполняли активизацию слезной точки и начального отдела слезного канальца, а смоделированный определенным образом стент погружали в слезный канал и фиксировали узловым швом 6/0 на нижнем веке. II основная группа – 35 пациентов, которым аналогичным образом выполняли бужирование стриктуры, СОП не стентировали, но заполняли раствором вискоэластика. Для этой цели

использовали стерильный вискоэластик (вискодисперстное средство), применяемый в хирургии катаракты. III группа сравнения – 20 пациентов, которым выполняли зондирование слезных путей с последующим промыванием СОП. Всем пациентам оперативное вмешательство выполнялось под местной анестезией с использованием микрохирургической техники, заканчивали операцию, выполняя активизацию слезной точки по традиционному методу.

Результаты. Эффект операции был положительным у 11 пациентов (84%), которые составили I (основную) группу. У 2 (15%) пациентов этой группы, в ранний послеоперационный период (7 дней), отмечались замедленные и отрицательные канальцевая и слезно-носовая пробы. После удаления стента (4 месяца) у 2 пациентов этой группы (15%) положительного эффекта добиться не удалось: сохранялось слезотечение, функциональные пробы отрицательные, при промывании слезных путей жидкость в полость носа не проходила. Среди осложнений отмечена дислокация стента в полость носа и образование грануляций у 1 пациента. Под эндоскопическим контролем стенты удалены из полости носа амбулаторно. Грануляции удалены хирургически, выполнена операция дакриоцисториностомия с целью формирования соустья.

Основываясь на результатах цитологического исследования, данных литературы и собственных клинических наблюдениях нами определены оптимальные сроки стентирования СОП. Средние сроки нахождения стента у пациентов со стриктурами СОП составили 120 (+/- 2) дней. Сложностей при удалении стента не возникало. Вторую (основную) группу составил 35 пациентов. Положительный результат лечения в ранний послеоперационный период составил 88%, однако через 4 месяца положительные цветные пробы отмечены у 17 человек (48%). В контрольной группе (20 пациентов), которым выполнено зондирование СОП с последующим промыванием, положительный результат операции в ранний послеоперационный период отмечен у 7 пациентов (35%). Через 4 месяца проходимость СОП подтверждена у 20 пациентов (29%). Рецидив слезотечения в течение года был отмечен у 48 пациентов (70%), из которых 18 (38%) – пациенты контрольной группы, 24 человека (50%) – пациенты второй (основной) группы и 6 (12%) – пациенты первой (основной) группы. Всем пациентам с рецидивом слезотечения впоследствии выполнена дополнительная хирургическая операция.

Следует отметить, что среди пациентов, входящих в группы исследования 9 человек (13%) имели возраст старше 70 лет. Результат хирургической операции у них был положительный. Исходя из этого, предложенный метод хирургического лечения можно рекомендовать пациентам преклонного возраста, имеющим тяжелую сопутствующую патологию.

Выводы. 1. Реконструктивные операции при стенозах СОП методом стентирования являются малотравматичным и эффективным способом восстановления их проходимости, который следует применять на начальном

этапе заболевания, а также у лиц пожилого возраста с сопутствующими тяжелыми соматическими заболеваниями.

2. При локализации стриктуры на ограниченном участке, в местах физиологических сужений СОП предлагаем использовать щадящий вариант операции, заполняя СОП вискоэластиком.

3. Техническая простота выполнения предложенных реконструктивных операций при стриктурах СОП, минимальная травматизация тканей в ходе вмешательства, отсутствие серьезных операционных и послеоперационных осложнений дает возможность рекомендовать их к широкому внедрению в клиническую практику.