

Белорусская медицинская академия последипломного образования

В настоящей статье проанализированы результаты лечения 135 больных со стриктурами слезоотводящих путей. Предложенный автором метод лечения стриктур применяется в клинической практике свыше 10 лет. Дифференцированный отбор больных с учетом медицинских показаний, обязательное дренирование слезоотводящих путей после устранения стриктуры позволяет получить высокий функциональный и экономический эффект.

Ключевые слова: стриктуры слезоотводящих путей, слезотечение, зондирование стриктур, интубация слезных путей, стент.

G.F Malinovsky

Modern aspects of treatment of patients with obstructions of nasolacrimal ways

In the present article results of treatment of 135 patients with obstructions of nasolacrimal ways are analyzed. The method of treatment of obstructions of nasolacrimal ways offered by the author is applied in clinical practice over 10 years. The differentiated selection of patients in view of medical indications, obligatory drainage of nasolacrimal ways after elimination of obstructions, allows to receive high functional and economic benefit.

Key words: epiphora, intubation of nasolacrimal ways, obstructions of nasolacrimal ways, sounding of nasolacrimal ways obstruction, stent

Одной из частых причин постоянного и упорного слезотечения у лиц работоспособного возраста являются стриктуры слезоотводящих путей, удельный вес которых в общей структуре заболеваний слезных органов составляют 13,6% [6].

Основными этиопатогенетическими факторами образования стриктур горизонтального отдела слезоотводящих путей являются: травма вспомогательного аппарата глаза и средней зоны лица, локальные воспалительные процессы, врожденные аномалии развития, лучевые поражения и прочие. Наиболее частыми причинами стриктур вертикального отдела у взрослых является ринопатология, тогда как у детей – врожденная патология [5, 23, 24].

Несмотря на имеющиеся успехи в изучении данной патологии лечение больных со стриктурами слезоотводящих путей до сих пор остается одной из трудных и недостаточно решенных проблем [4, 7, 8, 17, 19, 21]. Общепризнано, что наиболее эффективным способом восстановления проходимости слезоотводящих путей является устранение стриктуры с последующей их интубацией [3, 15, 18, 25]. Однако, по сообщению ряда авторов отрицательные результаты лечения больных со стриктурами слезоотводящих путей составляют от 21 до 65% [11, 12, 22, 26], а осложнения, полученные при использовании интубационного способа встречаются в 20 – 63% случаев [13, 14, 20, 21]. Предметом дискуссии остается вопрос о необходимости, сроках и способе интубации слезоотводящих путей [2, 9, 10, 16].

Частота и тяжесть заболевания у лиц молодого работоспособного возраста, неудовлетворенность результатами лечения стриктур слезоотводящих путей определяют социальную значимость и актуальность проблемы и обосновывают необходимость разработок эффективных методов лечения данной патологии.

Целью данного исследования является улучшение морфо-функциональных результатов лечения больных со стриктурами слезоотводящих путей. Для этого нами

определены следующие задачи: разработать эффективный метод лечения больных со стриктурами слезоотводящих путей; определить показания для лечения больных предложенным методом; обосновать необходимость интубации слезоотводящих путей после устранения стриктуры и оптимальные сроки пребывания стента.

Материалы и методы

Проведен анализ лечения 135 больных со стриктурами слезоотводящих путей. Причем стриктуры горизонтального отдела наблюдались у 80 больных (59%), из них мужчин- 32, женщин- 48. Стриктуры вертикального отдела имели место у 55 больных (41%), соответственно мужчин- 16, женщин- 39. Возраст пациентов от 14 до 78 лет.

Обследование больных проводили по стандартной методике с обязательным исследованием активной и пассивной проходимости слезоотводящих путей, а также выполняли биомикроскопию слезных точек, прекорнеальной пленки и слезного ручья. Всем больным осуществляли рентгенографию слезоотводящих путей с контрастным веществом. Кроме того, больные осматривались смежными специалистами: терапевтом, ЛОР- врачом, стоматологом и др. При необходимости дополнительно выполняли КТ и МРТ.

Все больные были распределены на 2 группы:

1-я группа – основная – 115 пациентов, которым проводили лечение по разработанной нами методике. По характеру патологии пациенты 1-й группы были распределены на две подгруппы: 1 (а)- 73 пациента со стриктурами слезоотводящих путей на ограниченном участке; и 1 (б)- 42 пациента со стриктурами на значительном протяжении вертикального или горизонтального отдела слезоотводящих путей, или их сочетание. Всем больным основной группы вначале под местной анестезией производили бужирование стриктуры. Затем промыванием убеждались в эффективности зондирования. Завершалась операция интубацией заинтересованной слезоотводящей системы силиконовым стентом.

2-я группа – контрольная – 20 пациентов, которые по характеру заболевания, полу и возрасту были однородны основной группе. Пациентам контрольной группы первый этап операции выполняли аналогичным образом, но без интубации слезоотводящих путей. В последующем им проводили в амбулаторных условиях промывание слезоотводящих путей растворами антибиотиков, кортикостероидов, масляным раствором витамина Е и др. в течение 3-4 недель. Причем первую неделю промывание выполняли через день, последующие 3 недели – два раза в неделю.

Техника операции. Суть методики операции заключается в следующем. После традиционной обработки операционного поля и анестезии коническими зондами Зихеля расширяем слезную точку и соответствующий слезный каналец. Затем производим осторожное бужирование стриктуры с помощью зондов Боумана до №4. Промыванием слезоотводящих путей убеждаемся в восстановлении их проходимости. В качестве стента используем силиконовый капилляр диаметром 0,6-0,8 мм, которым интубируем слезоотводящие пути с помощью мандрена- проводника.

При стриктуре слезных каналцев конец стента должен достигать нижней трети слезного мешка, а при стриктурах слезного мешка и слезно- носового протока – до выхода в полость носа. Мандрен извлекаем обратными движениями его вправо- влево, придерживая пинцетом капилляр. Стент отсекаем на уровне слезной точки и фиксируем швом 6-8/0 на коже века на прокладочке, либо пластырем на переносице. На завершающем этапе операции активизируем слезную точку. Стент погружаем в слезный каналец, чтобы избежать травмирования глаза.

Результаты и обсуждение

По разработанной нами методике и технике операции осуществляем лечение больных со стриктурами слезоотводящих путей свыше десяти лет. Большой клинический опыт позволил нам определить перечень медицинских показаний для лечения больных предложенным методом. Этими показаниями на наш взгляд являются:

- стриктуры горизонтального и вертикального отделов слезоотводящих путей различного генеза;
- дакриоциститы новорожденных после неоднократных безуспешных зондирований;
- упорное слезотечение при заращении слезно-носового протока без признаков хронического дакриоцистита;
- хронические дакриоциститы без эктазии слезного мешка у лиц, имеющих противопоказания к операции по общесоматическому состоянию;
- рецидивы слезотечения после ранее успешно выполненных операций.

Предварительно проведенные экспериментальные исследования позволили нам обоснованно перейти к клиническому разделу работы с целью выяснения необходимости использования стентов в лечении больных с патологией слезоотводящих путей. Гистоморфологические изменения в окружающих дренаж тканях исследовались в динамике в сроки от 4-х дней до 2-х месяцев, так как именно в этом периоде формируются анатомические и функциональные исходы операции. Результаты экспериментальных исследований подтвердили необходимость дренирования слезоотводящих путей после восстановления их проходимости. Только после 3-х недельного пребывания стента сохранялся просвет соустья и начиналась его эпителизация. Учитывая медленную регенерацию эпителия слизистой носа и слезоотводящих путей, при сложных случаях формирования соустья и при стриктурах слезоотводящих путей на значительном протяжении, пребывание стента должно быть длительным и составлять порядка 1,5- 2 месяца. Переноса результаты экспериментальных исследований в клиническую практику, мы ставили перед собой задачу проанализировать исходы лечения больных со стриктурами горизонтального, вертикального отдела слезоотводящих путей и их сочетание. Нас интересовали оптимальные сроки интубации слезоотводящих путей в зависимости от характера патологии.

У всех пациентов 1 (а) подгруппы осложнений во время операции не отмечалось. Малотравматичность операции, удовлетворительное общее состояние больного, хорошие косметические данные позволяют выписывать пациента из стационара на следующий день после операции.

У пациентов 1(б) подгруппы так же технических сложностей при выполнении операции мы не отмечали. Только в одном случае после введения стента наблюдалось носовое кровотечение, которое после промывания слезоотводящих путей самопроизвольно остановилось.

После контрольного осмотра и промывания слезных путей больные на следующий день операции выписывались на амбулаторное лечение.

Непосредственные результаты операции у всех пациентов 1(а) подгруппы были обнадеживающими. Слезотечение в помещении не беспокоило. Промывание слезоотводящих путей в течение первой недели через день, а в последующие три

недели один раз в три дня подтверждало их хорошую проходимость. Основные компоненты промывной жидкости- раствор антибиотиков и кортикостероидов.

Средние сроки пребывания стента у пациентов 1(а) подгруппе составили 28 (+/- 2) дней. В результате запланированной во время операции активизации слезной точки сложностей при удалении стента у нас не возникало.

В 1(б) подгруппе у 2-х пациентов в ранние сроки наблюдения продолжалось слезотечение. Однако, при промывании слезоотводящих путей, пассивная их проходимость была хорошей. Основные составляющие промывной жидкости были аналогичны используемой для пациентов 1(а) подгруппы. Для повышения устойчивости эпителия слизистой слезоотводящих путей к механическому воздействию стента в течение последних 3-х месяцев мы начали использовать для промывания 1% раствор эмоксипина, результаты которого предстоит проанализировать в последующих работах. Средние сроки интубации слезоотводящих путей у пациентов 1(б) подгруппы составили 56 (+/- 3) дней. У 4-х больных при удалении стента имели место трудности из-за сужения слезной точки. После повторной активизации слезной точки у 2-х пациентов стент был удален, а у двух других, из-за обрыва нити, стент вышел самостоятельно через нос.

Отдаленные результаты лечения больных со стриктурами слезоотводящих путей проанализированы у 72 пациентов 1(а) подгруппы и у 40 пациентов 1(б) подгруппы в сроки наблюдения от 6 до 11 лет.

В 1(а) подгруппе положительный результат наблюдался у 68 больных, что составило 94,4%. У 3-х пациентов эффект был частичный и у 1 пациента без перемен.

В 1(б) подгруппе нормализация функции слезоотведения отмечена у 35 больных (87,5%). Частичный результат наблюдался у 4 больных и у 1 больного без улучшения.

В контрольной группе (20 пациентов), где первый этап операции выполняли аналогично пациентам основной группы, но без последующей интубации слезоотводящих путей, результаты операции были значительно ниже. Так, полное восстановление проходимости в отдаленные сроки наблюдения 1-2 года отмечены у 7 больных (35%). Остальным 13 пациентам в разные сроки после первой операции провели повторное зондирование слезоотводящих путей с последующей их интубацией силиконовым стентом. У 11 пациентов получен положительный результат.

Следует отметить, что из-за своей малотравматичности, несложности в техническом исполнении и с точки зрения косметики предложенный метод лечения можно отнести к разряду амбулаторных операций, а временная нетрудоспособность больных должна составлять в среднем 5 дней.

Выводы

1.Стриктуры слезоотводящих путей являются одним из частых и сложных заболеваний слезных органов.

2.Разработанный нами метод лечения стриктур является малотравматичным, эффективным и экономичным, что позволяет отнести его к разряду амбулаторных операций.

3.Дренирование слезоотводящих путей после устранения стриктуры является обязательным условием успешной реабилитации данной категории больных.

4.Оптимальными сроками интубации слезоотводящих путей при ограниченных стриктурах, локализующихся в местах физиологических сужений, являются 4 недели, а при более сложных и сочетанных стриктурах – около 8 недель.

5. Дифференцированный отбор больных с учетом медицинских показаний, правильный выбор метода лечения обструктивных процессов слезоотводящих путей позволяют получить высокий функциональный и экономический результат.

Литература

1. Захидов Б.А. Интубация соустья норакрилом при наружной дакриоцисториностомии // Актуальные вопросы офтальмологии: Сб. науч. тр.- Ташкент, 1981.-с. 56-58.
2. Малиновский Г.Ф., Моторный В.В. Практическое руководство по лечению заболеваний слезных органов // Белорусская наука.-Минск, 2000.-192 с.
3. Малиновский Г.Ф., Русинович А.А., Тарек Альмухамед. Интубационный способ лечения патологии слезоотводящих путей // Офтальмология на рубеже веков: Материалы юбилейной науч. конф.- С- Петербург, 2001.- с. 375-376.
4. Малиновский Г.Ф. Возможности реабилитации больных со сложной и сочетанной патологией слезного мешка и слезных канальцев // Актуальные проблемы теории, практики медицины: Сб. науч. тр.- Минск, 2002.- Т.: 2.- с. 83-88.
5. Малиновский Г.Ф. Реабилитация больных со стриктурами слезоотводящих путей // Современные достижения отечественной офтальмологии: Сб. науч. тр.- Минск, 2003.- с. 92-93.
6. Малиновский Г.Ф. Эффективность интубационного метода в лечении больных со стриктурами слезоотводящих путей // Тез. докл. II Междунар. науч. конф. Офтальмологов Причерноморья.-Одесса, 2004.- с. 203-204.
7. Моторный В.В. Слезотечение и методы его устранения.- Минск, 1991.-70 с.
8. Моторный В.В. Реабилитация больных со слезотечением на амбулаторном этапе // Медико- социальная экспертиза и реабилитация: Сб. науч. тр.- Минск, 2002.- с. 128-130.
9. Чвялева К.И., Малиновский Г.Ф. Котов А.Л. Поэтапное дренирование соустья в лечении осложненных дакриоциститов // Боевые повреждения органа зрения: Сб. науч. тр.- С- Петербург, 1993.- с. 164-165.
10. Anders N, Hoffmann K T, Hosten N, Walkow T. Evaluation of polyurethane stent implantation for the treatment of complete obstruction of the nasolacrimal system: 8-month follow-up and complications // Ophthalmology.- 1999.-Oct.- 96(10).- p. 658- 662.
11. Guinot-Saera A, Koay P. Efficacy of probing as treatment of epiphora in adults with blocked nasolacrimal ducts // Br J Ophthalmol.- 1998.- Apr.- 82(4).- p. 389-391.
12. Janssen A G, Mansour K, Bos J J. Obstructed nasolacrimal duct system in epiphora: long-term results of dacryocystoplasty by means of balloon dilation // Radiology.- 1997.- Dec.- 205(3).- p. 791-796.
13. Kaufman L M, Guay- Bhatia L A.// Monocanalicular intubation with Monoka tubes for the treatment of congenital nasolacrimal duct obstruction.- Ophthalmology.- 1998.- Feb.- 105(10).- p. 336-341.
14. Lee J, Flanagan J C. Complications associated with silicone intracanalicular glugs // Ophthal Plast Reconstr Surg.- 2001.- Nov.- 17(6).- p. 465-469.
15. Orhan M, Onerci M. Intranasal endoscopic silicone intubation for congenital obstruction of the nasolacrimal duct in children // Int J Pediatr Otorhinolaryngol.- 1997.-Sep. 18.- 41(3).- p. 273-278.
16. Ozturk S., Konuk O., Ilgit E.T., Unal M., Erdem O. Outcome of patients with nasolacrimal polyurethane stent implantation: do they keep tearing ? // Ophthalmol. Plast Reconstr. Surg.- 2004.- Mar.- 20(2).-p. 130-135.

17. Paul L., Pinto I., Vicente J.M., Treatment of complete obstruction of the nasolacrimal system by temporary placement of nasolacrimal polyurethane stents: preliminary results // Clin. Radiol.- 2003.- Nov.- 58(11).- p. 876-882.
18. Pe M R, Langford J D, Linberg J V, Schwarz T L. Ritleng intubation system for treatment of congenital nasolacrimal duct obstruction // Arch Ophthalmol.- 1998.- Mar.- 116(3).- p. 387-391.
19. Pinto I T, Paul L, Grande C. Nasolacrimal polyurethane stent: complications with CT correlation // Cardiovasc Intervent Radiol.- 1998.- Nov- Dec.- 21(6).- p. 450-453.
20. Pulido- DDuyue J M, Reyes R, Carreira J M, Vega F. Treatment of complete and partial obstruction of the nasolacrimal system with polyurethane stents: initial experience // Cardiovasc Intervent Radiol.- 1998.- Jan- Feb.- 21(1).- p. 41-44.
21. Soler Machin J., Castillo Laguarda J.M., Gregorio Ariza M.A. Lacrimal duct obstruction treated with lacrimonasal stent // Arch. Soc. Esp. Oftalmol.- 2003.- Jun.- 78(6).- p. 315-318.
22. Song H Y, Jin Y H, Kim J H, Sung K B. Nasolacrimal duct obstruction treated nonsurgically with use of plastic stents // Radiology.- 1994.- Feb.- 190(2).- p. 535-539.
23. Song H Y, Jin Y H, Kim J H, Suh S W. Nonsurgical placement of a nasolacrimal polyurethane stents: long-term effectiveness // Radiology.- 1996.- Sep.- 200(3).- p. 759-763.
24. Struck H.G., Ehrich D. Prognosis of conjunctivo- dacryocystorhinostomy. Modification with different implant materials // Ophthalmologe.- 2000.- Jun.- 97(6).- p. 407-410.
25. Wilhelm K, Texter J, Hofer U, Boker T. Stent implantation and balloon dilatation in the treatment of stenosis and obstruction of the lacrimal apparatus // Rofo Fortschr Geb Rontgenstr Neuen Bildgeb Verfahr.- 1997.- Nov.- 167(5).- p. 486-490.
26. Yazici Z, Yazici B, Parlak M, Tuncel E. Treatment of nasolacrimal duct obstruction with polyurethane stent placement: long-term results // AJR Am J Roentgenol.- 2002.- Aug.- 179(2).- p. 491-494.