КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ДАКРИОЦИСТИТА МЕТОДОМ ЭНДОНАЗАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДАКРИОЦИСТОРИНОСТОМИИ С УСТАНОВКОЙ ЛАКРИМАЛЬНОГО ИМПЛАНТАТА

Шафранская В. А.

(6 курс, лечебный факультет, ВГМУ)

Научные руководители: канд. мед. наук, доцент Приступа В. В.,
канд. мед. наук, доцент Криштопова М. А.

Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет, Витебск, Беларусь

Витебская областная клиническая больница, Витебск, Беларусь

Актуальность. Непроходимость слезоотводящих путей – распространенное состояние и часто становится показанием к проведению операции эндоскопической дакриоцисториностомии. Дакриоцисториностомия (ДКР) – стандартный метод лечения непроходимости носослезного протока. Заболевания слезных путей встречаются с частотой от 21 до 86% у лиц трудоспособного возраста. Существует множество методик лечения заболеваний слезоотводящих путей, что указывает на отсутствие «золотого» стандарта хирургического восстановления слезоотведения. При эндоназальной эндоскопической дакриоцисториностомии внутриносовым доступом с эндоскопической визуализацией проводят остеотомию в области ямки слезного мешка, марсупилизируют слезный мешок и вскрывают его, создавая таким образом искусственное соустье, по которому в дальнейшем осуществляется дренаж слезной жидкости с глазной поверхности в полость носа. Одной из распространенных причин рецидива непроходимости слезоотводящих путей после такой операции является заращение сформированного соустья. Для препятствия заращению предложены разные подходы, в том числе с использованием различных имплантов.

Цель исследования – оценка результатов лечения хронического дакриоцистита методом эндоназальной эндоскопической дакриоцисториностомии с установкой лакримального имплантата.

Материал и методы. Метод эндоназальной эндоскопической дакриоцисториностомии выполняли следующим образом. Под контролем торцевого эндоскопа (0°) выполняли формирование лоскута слизистой на латеральной стенке носа: первый вертикальный разрез – позади *linea maxillaries* перед *processus uncinatus*; второй вертикальный разрез – спереди и кверху от переднего конца средней носовой раковины, сформированный и отсепарованный лоскут слизистой смещается в сторону нижней носовой

раквины. Формирование костного окна в проекции на латеральной стенке носа с помощью долота. Идентификация слезного мешка путем введения зонда через нижнюю слезную точку, каналец и слезный мешок в полость носа. Иссечение медиальной стенки слезного мешка в пределах остеотомического отверстия с помощью серповидного ножа. Установка лакримального силиконового имплантата с помощью зонда через нижнюю и верхнюю слезную точку, каналец и слезный мешок в полость носа, промывание слезных путей раствором антисептика (антибиотика) через стент под эндовидеоконтролем. Укладка отсепарованного лоскута слизистой на нижний край остеотомического отверстия под имплант. Фиксация лоскута слизистой с помощью тампона, уложенного под имплант. Тампонада левой половины носа.

Результаты. Приводим клинический пример использования представленной методики на практике.

Пациент А., 33 года, поступил в отделение микрохирургии глаза с диагнозом: хронический дакриоцистит слева, непроходимость носослезного протока слева, жалобы на упорное слезотечение в течение года. Лечился амбулаторно, эффекта не было. Объективно: конъюнктив гиперемирована, слезная точка не дислоцирована, при надавливании на область слезного мешка скудное слизистое отделяемое. При проведении рентгенографии слезных путей контрастом было выявлено сужение слезного канала слева. Проведена дакриоцисториностомия с установкой лакримального силиконового имплантата. Послеоперационный период протекал гладко. Пациент выписан на 14-й день с отсутствием слезотечения. Имплант удален через 8 недель. Пациент осмотрен через 2,5 месяца. При контрольном осмотре пациент жалоб не предъявлял, сохранялась свободная проходимость сформированного соустья. Синехий в области хирургического вмешательства не обнаружено. Клинический результат операции оценен как положительный.

Заключение. Использованный метод эндоскопической дакриоцисториностомии с формированием носослезного соустья с помощью лакримального силиконового имплантата позволил исключить рубцевание дакриостомы и развитие рецидива заболевания в сроке наблюдения до 2,5 месяцев.

Литература:

1. Карпищенко, С. А. Современный подход к эндоскопической лазерной дакриоцисториностомии / С. А. Карпищенко, Н. Ю. Кузнецова // Офтальмологические ведомости. – 2008. – Т.1, № 1. – С. 29-33.
2. Вормалд, П.-Дж. Эндоскопическая риносинусхирургия. Анатомия, объемная реконструкция и хирургическая техника / П.-Дж. Вормалд; Пер. К. Э. Клименко. – М.: Медицинская литература, 2021. – 328 с.