

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КАНАЛИКУЛОЦИСТОСТОМИИ ПРИ ПАТОЛОГИИ СЛЕЗНЫХ КАНАЛЬЦЕВ

Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования Врачей им. А. Алиева, г.Баку, Азербайджан.

Ключевые слова: патология слезных канальцев, каналикулоцистостомия.

Нормальное функционирование слезоотводящих путей зависит от многих факторов: активной работы слезных точек и слезных канальцев, хорошей проходимости слезного мешка и слезноносового протока, состояния носовых ходов. Преимущественно наблюдается патология слезных точек и канальцев.

В своей клинической практике, мы придерживаемся классификации, предложенной профессором М.Ю.Султановым [1]. Согласно этой классификации выделяют следующие виды патологии слезных точек: дислокация, сужение, атрезия (врожденная либо приобретенная) и эверсия. Патология слезных канальцев включает дакриоканаликулиты, стриктуры, облитерации на любом участке слезных канальцев, атонию, инородные тела, дакриолиты, новообразования (очень редко) и врожденную агенезию.

Наиболее часто встречающейся формой приобретенной патологии слезных точек является их стеноз. Доля патологии слезных канальцев по сравнению с патологией слезных точек менее значительна и составляет от 3,5% до 10% всей патологии слезоотводящих путей. Преимущественно наблюдаются стриктуры и облитерации. Эти формы патологии канальцев до сих пор остаются трудноустраняемыми и составляют до 6,5% всей патологии слезоотводящих путей [2, 3]. Облитерации слезных канальцев могут являться результатом острых и хронических конъюнктивитов, каналикулитов различной этиологии, а также сочетанных травм слезных канальцев и внутреннего угла глаза. Причиной возникновения стриктуры и облитерации слезных канальцев могут стать недостаточно бережное отношение к тканям при первичной хирургической обработке ран внутреннего угла глаза. Неоднократно проводимые необоснованные промывания слезных путей также вызывают микротравмирование стенок канальцев, что может привести к атонии слезных канальцев. Локализация процесса может быть различна: встречаются облитерации латеральной части слезных канальцев, средней части, а также медиальной части и общего устья слезных канальцев [4, 5].

Ухудшение оттока слезной жидкости вызывает слезостояние, слезотечение, затуманивание зрения, явления хронического раздражения конъюнктивы. Больные вынуждены постоянно вытирать слезу, что вызывает дерматит и может привести к атоническому вывороту нижнего века. Постоянное слезотечение вызывает у пациентов затруднения при общении с людьми, отражается на их профессиональной деятельности. Пациенты со слезотечением часто не обращаются к врачам, а при обращении практические врачи затрудняются в выборе и правильной тактике лечения таких больных.

Кафедра глазных болезней Азербайджанского Государственного института усовершенствования врачей им. А. Алиева занимается дакриологией более 30 лет. Профессор Султанов М.Ю. является автором множества научных методик и операций.

Метод каналикулоцистостомии известен давно. Через канальцы проводили конские волосы, многослойные нити, резиновые трубочки и другое [2, 3]. Все перечисленные материалы вызывали раздражение слизистой оболочки канальцев, слизисто – бактериальная пробка приводила к закрытию просвета и появлению гнойного отделяемого. Резиновые же трубки были недостаточно прочными и эластичными. Идеальным материалом для трубочек явился силикон. Мы придерживаемся методике предложенной профессором Султановым М.Ю., касающейся изолированной интубации слезных канальцев при ограниченных стриктурах с их сохранением трубок от 3-х недель до 2-х месяцев.

Цель работы.

Устранение непроходимости слезных канальцев при изолированном их поражении без патологии слезного мешка и слезного протока микропротезированием без разреза бескровным путем и оценка эффективности полученных результатов.

Материалы и методы.

С 2000-2009 гг. нами были прооперированы 23 больных с облитерациями и стриктурами слезных канальцев различной этиологии. Возраст больных варьировал от 8 до 55 лет. В исследование не были включены больные с сочетанием патологии канальцев и гнойного дакриоцистита, а также ранее оперированные пациенты. При обследовании во всех случаях наблюдалась резко замедленная или отрицательная слезовсосасывающая проба. При оттягивании нижнего века из слезной точки появлялся рефлюкс (положительная канальцевая проба). Контрольное зондирование слезных канальцев выявляло облитерацию на том или ином уровне.

Прохождение зонда до слезного мешка было невозможно. В зависимости от уровня стриктуры, при контрольном промывании жидкость возвращалась из-под канюли, либо, при облитерации общего устья слезных канальцев, через свободную слезную точку вместе с красителем.

Для определения локализации облитерации использовались специальные цилиндрические зонды с вертикальными рисками, нанесенными с шагом в 1 мм [6]. Зонд проводился в каналец до упора, и по зонду измерялась глубина залегания облитерации. Для уточнения индивидуальной длины здорового канальца замеры протяженности канальцев проводили на интактном глазу, по длине которого заранее изготавливалась трубка из силикона с одним тупо запаянным концом. На другой конец надевалась шов-держалка из натурального шелка. После инъекционной анестезии цилиндрическим зондом проходили по канальцу до места облитерации. Затем вращательными движениями, без сильного нажима добивались прохождения сквозь стриктуру. Диагностическим промыванием убеждались в том, что действительно зонд дошел до слезного мешка. Если жидкость проходила в полость носа, переходили к интубации силиконовой трубки. Запаянный конец помещался в слезный мешок без упора во внутреннюю стенку. Дистальный конец трубки погружался в слезную точку, во избежание травматизации роговицы при взгляде вниз и кнутри. Нитку, фиксирующую дистальный конец трубки, закрепляли кусочком лейкопластыря к спинке носа. Нитка необходима для того, чтобы трубка случайно не проваливалась в слезно-носовой проток. Контрольно проводилось промывание верхнего слезного канальца. При наличии затруднения, через верхний слезный каналец интубировалась вторая трубочка, которая также фиксировалась на спинке носа. Трубки оставались в канальце от 2 до 4 месяцев. Осмотр больных производился каждый месяц, оценивалось положение интубированных трубочек, проходимость слезоотводящих путей.

Результаты и обсуждение.

Приведенная ниже таблица демонстрирует распределение наблюдавшихся нами пациентов в зависимости от причины развития патологии. Наиболее частой причиной стриктуры и облитерации канальцев являлись острые и хронические конъюнктивиты (43,5%), а также грибковые каналикулиты (34,8%).

В течение всего времени наблюдения у 22 больных трубочки сохраняли свое правильное положение в канальцах. Больные не предъявляли каких-либо жалоб на чувство дискомфорта. У одной больной случайно оторвалась фиксирующая нить, и трубочка соскользнула глубоко в мешок. Этой больной был произведен небольшой надрез задней стенки канальца ближе к внутреннему углу глаза, и тонким пинцетом трубочка была удалена. Затем она была заново прошита, интубирована через слезную точку в каналец и надежно зафиксирована. При контрольном промывании слезоотводящих путей отмечалась хорошая проходимость у всех пациентов.

Таблица 1

Распределение больных в зависимости от этиологии возникновения непроходимости канальцев.

Этиология заболевания	Количество больных	%
Острые и хронические конъюнктивиты	10	43,5
Грибковые каналикулиты	8	34,8
Травмы внутреннего угла глаза	5	21,7
Итого	23	100

Контрольная проверка через 6 месяцев и 1 год после удаления трубочек показала, что у 13 больных (56,3%) сохранилась свободная проходимость канальцев и активное слезоотведение. У 5 больных (21,7%) результаты слезовсосывающей пробы были замедлены через 6 месяцев и через 1 год. Это было связано с тем, что облитерация канальцев была на большом протяжении. Впоследствии, этим больным, было предложено проведение дакриодукториностомии с интубацией канальцев с выходом в полость носа.

У 3 больных (13%) слезотечение уменьшилось, однако слезовсосывающая проба оставалась замедленной. У 2 больных (9%), через год развился гнойный дакриоцистит, что было связано с резким сужением, а затем и полной облитерацией слезно-носового протока и потребовало проведение дакриодукториностомии.

Выводы.

Изолированная патология слезных канальцев должна быть устранена по возможности малыми операциями. Каналикулоцистостомия оправдана в случаях не очень грубых облитераций слезных канальцев, легко осуществима. Ношение трубочек из силикона не мешает больным в их ежедневной деятельности. Каналикулоцистостомия проводится бескровно, позволяет обходиться без разрезов мягких тканей, уменьшается риск развития вторичных повреждений слезного мешка и слезно-носового протока. Этот метод проводится в амбулаторных условиях и не требует дорогостоящего специального оборудования. Силиконовые трубочки биосовместимы с тканями, и их длительное пребывание в канальцах не вызывает раздражения слизистой конъюнктивы и слезных канальцев и хорошо переносится больными. Гигиена внутреннего угла глаза не затруднена и не требует медицинских навыков.

LİTERATURA

1. Султанов М.Ю. К вопросу классификации болезней слезоотводящих путей // Вестн. офтальм., 1997, №6, с.38-39.
2. Черкунов Б.Ф. Болезни слезных органов. Самара: ГП "Перспектива", 2001, 296 с.
3. Малиновский Г.Ф., Моторный В.В. Практическое руководство по лечению заболеваний слезных органов. Минск.: Белорусская наука, 2000, 177с.
4. Султанов М.Ю., Таги-заде Н.С. Методика обследования больного со слезотечением: Метод. рекоменд. Баку, 1991, 23с.
5. Султанов М.Ю., Аскерова С.М. Способы восстановления слезоотведения при патологии латеральной трети слезного канальца. Метод. Рекоменд., Баку, 1996, 17с.
6. Султанов М.Ю., Аскерова С.М. Атония слезного канальца: этиология, патогенез, клиника, лечение. Аз.мед.журн., 1996, №7-8, с.104-106.

Hacıyeva N.M., Qurbanova N.F., Sultanova M.M.

YAŞ KANALCIĞININ PATOLOGİYASINDA KANALİKULOSİSTOSTOMİYANIN
EFFEKTİVLİYİN QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

Ə.Əliyev ad. Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, Bakı şəh., Azərbaycan.

Açar sözlər: yaş kanalciğının patologiyası, kanalikulosistostomiya.

XÜLASƏ

İşin məqsədi. Qansız yolla yaş kanalciğının keçiriciliyinin bərpa olunması və alınmış nəticələrinin qiymətləndirilməsi.

Material və metodlar. 2000-2009-ci illər ərzində 23 xəstə müxtəlif etiologiyalı yaş kanalciğının patologiyası ilə əməliyyat olunub. Xəstələrin yaş həddi 8-55 yaş arasında olmuşdur. Bütün xəstələrə kanalikulosistostomiya tətbiq edilib.

Müzakirə və nəticələr. Müşahidə müddətində 22 xəstənin kanalciğında öz düzgün vəziyyətini saxlayıb, 1 xəstədə fiksə edilən tikiş qırılmışdır və silikon borucuk yaş kissəsinə sürüşmüşdür. İki xəstəyə isə 1 ildən sonra dakriosistorinostomiya cərrahi əməliyyat aparılmışdır.

Yaş kanalciğının patologiyası kiçik və qansız metod ilə müalicə olunmalıdır. Kanalikulosistostomiya müsbət nəticələr verir.

Gadjieva N.M., Kurbanova N.F., Sultanova M.M.

EFFECTIVENESS OF CANALICULOCYSTOSTOMY IN PATHOLOGY OF
LACRYMAL CANALICULUS

Azerbaijan Institute of Postgraduate Education after A.Aliev, Baku, Azerbaijan.

Key words: stricture of lacrymal canaliculus, canaliculocystostomy

SUMMARY

The **aim** of this study was the removal of impassability of by bloodless way and appraisal of results.

Materials and methods. 23 patients with obliterations and stricture of lacrymal canaliculus different etiology were operated. The age of patients was from 8 to 55 years old. Patients with purulent dacryocystitis and before-operated patients were not included to the study. Every patient was treated by canaliculocystostomy.

Results. During whole time of the observation silicon tubes kept the right position in lacrymal canaliculus in 22 patients. Fixative suture came off and silicon tube slided to the lacrymal sac just in 1 patient. It was intubated and fixated again. In 2 patients it was needed to make dacryocystorhynchostomy in a year.

Conclusions. Pathology of lacrymal canaliculus must be treated by a bloodless way. Canaliculocystostomy is an easy making method, which is giving good results.

Aykrol

Kromoqlikat natrium 40 mq

Membranstabilləşdirici təsirə malikdir

Xüsusilə profilaktika məqsədlə geniş istifadə olunur

Damcı şəklində olan yeganə 4% li kromoqlikat turşusudur

Allergiya əleyhinə preparat

GÖSTƏRİŞLƏRİ:

- ✓ Allergik konyunktivit (kəskin, xroniki)
- ✓ Allergik keratit və keratokonyunktivit



Göz damcısı 10 ml

Güclü qlükokortikosteroid

Medeksol

deksametazon 1 mq

- İltihab əleyhinə
- Allergiya əleyhinə
- Antiproliferativ
- Antiekssudativ



Göz damcısı 5 ml

