

## XRONİKİ DAKRİOSİSTİTLƏRİN CƏRRAHİ MÜALİCƏSİNDƏ GÖZYAŞI-BURUN YOLLARI DRENAJLARININ TƏTBİQİ (ƏDƏBİYYAT İCMALI)

*Akademik Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzi, Bakı, Azərbaycan*

**Açar sözlər:** *dakriosistit, dakriosistorinostomiya, transkanalikulyar lazer dakriosistorinostomiya*

Ümumi oftalmoloji patologiya daxilində gözyaşı aparıcı yolların xəstəlikləri 6-25%, vertikal hissənin iltihabi xəstəlikləri isə 2-7,6% təşkil edir [1-6]. Gözyaşı kisəsinin iltihabı - dakriosistitlər, gözyaşı aparıcı yolların vertikal hissəsinin patologiyasının əsasını təşkil edir. Onlar həm rastgəlmə tezliyinə, həm də klinik əlamətlərin ağırlığına görə oftalmoloji patologiya daxilində xüsusi yer tutur.

Gözyaşı aparıcı yolların vertikal hissəsinin keçiriciliyinin pozulmasında dakriosistorinostomiya (DSR) cərrahi əməliyyatı hal-hazırda əsas müalicə metodu hesab olunur. Bu sahədə bir çox nailiyyətlər əldə olunmasına baxmayaraq, DSR cərrahi əməliyyatının effektivliyinin artırılması problemi daim oftalmoloq-cərrahları maraqlandırmışdır. Hələ ki, DSR əməliyyatının giriş yerinə görə xarici, endonazal və transkanalikulyar lazer DSR olmaqla üç növü mövcuddur. DSR əməliyyatının davamlı uzaq nəticələrini əməliyyatdan 3-6 ay sonra qiymətləndirmək olar [7, 8]. Bu əməliyyatdan sonra residivlərin meydana çıxma tezliyi, xarici DSR-də 9-23% [9-11] endonazal DSR-də 2-16% [11-14], transkanalikulyar lazer DSR-də 17,6-20% [15] təşkil edir.

DSR əməliyyatından sonra baş verən residivlərin əsas səbəbi kimi yeni yaradılmış rinostomanın qranulyasion birləşdirici toxuma ilə tutulması göstərilmişdir [16-19]. Bir sıra oftalmoloq-cərrahlər əməliyyat texnikasının qeyri-mükəmməlliyini və rinopatologiyanın mənfi təsirini də residivlərin səbəbləri arasında göstərirlər [10, 16, 17, 20, 21].

Stomanın formalaşdırılmasında mikrocərrahi texnikanın tətbiqi yerli toxumaların rahatlıqla əldə olunması və rəasional istifadəsinə imkan verir ki, bu da öz növbəsində stomanın kobud çapıqlaşmasını və xəstəliyin residiv ehtimalını azaldır. Əməliyyatın nəticəsi bir çox halda metodun təhlükəsizliyindən və nə qədər fizioloji olmasından, sümük dəliyin lokalizasiyasından, stomanın keyfiyyətli formalaşdırılmasından, onun drenaj olunma üsulu və drenajın optimal saxlanma müddətindən asılı olur [22].

Stomanın məlum çoxsaylı plastika metodları ilə yanaşı, onun bitişməsinin qarşısını almaq üçün müxtəlif müvəqqəti intubasiya metodları da tətbiq olunmaqdadır. Çapıqlaşmanın profilaktikası məqsədilə ilk dəfə V. N. Arxangelski sulfanilamidli-məlhəmlə tənzip turunda ilə 48 saatlıq tamponada üsulunu tətbiq etmişdir [23]. Bu üsulun yüksək effektiv (99%) olması onun geniş təcrübədə tətbiqinə yol açmışdır [24, 25].

Ancaq, turunda ilə tamponadanın irinli ifrazatın uzaqlaşmasına maneə törətməsi və burun tənəffüsünü çətinləşdirməsi kimi çatışmazlıqları mövcuddur. Bu da bir çox hallarda otit, müdaxilə nahiyəsində lipoqranuloma kimi fəsadların meydana çıxmasına səbəb olur [6, 26]. Bir sıra müəlliflərin fikrinə görə isə, turundanın qısamüddətli saxlanılması keyfiyyətli rinostomanın formalaşması üçün kifayət deyildir [27].

S.D. Mc. Pherson və D.B. Egleston rezin kateteri anastomozun on dodağına tikərək digər ucunu burun boşluğuna çıxartmaqla residivin qarşısını almağa çalışmışdır [25].

Bir sıra müəlliflər [28] stomanın rezin drenajlarla tamponadasına üstünlük vermişlər. Çerkunov B.F. dəlikləri olan rezin tıxacı stoma nahiyəsində, sapın bir ucunu gözyaşı kanalığından çıxararaq fiksasiya etmişdir. Sapın digər ucunu isə burundan çıxararaq fiksasiya etmişdir. Rezin drenajın tətbiqi ilə əməliyyatın uzaq nəticələri qənaətbəxş olmuşdur. Belə ki, sağalma 94%, yaxşılaşma isə 4% olmuşdur.

Motorniy V.V. müvəqqəti (5-6 həftədən 2 aya kimi) drenaj üçün göz pipetkasından hazırlanmış, dəlikləri olan rezin tıxacdan istifadə etmişdir. B.F.Çerkunovun metodundan fərqli olaraq fiksasiya üçün istifadə olunan sap gözyaşı kanalığına zədələnməsinin qarşısını almaq üçün yaranın yuxarı-bayır kənarından xaricə çıxarılmışdır. Bundan əlavə anastomozun ön dodağı, əzələ və dəriyə tutmaqla səkkizvari tikiş qoyularaq yaraya tikilir ki, bu isə anastomoz kənarlarının bir-birinə yaxınlaşmasına mane olur. Əməliyyatın effektivliyi 98% olmuşdur [14].

M.Y.Sultanov, N.S.Tağızadə [29] cərrahi əlcəkdən hazırlanmış bir neçə rezin zolağı stoma nahiyəsinə yerləşdirərək 3-4 gün müddətində saxlamışlar. Əməliyyatın uzaq nəticələri yüksək qiymətləndirilmiş və 97% təşkil etmişdir. Yüksək effektivliklə yanaşı rezin drenajlar gözyaşının axımına maneə törətməmiş və gözyaşı yollarının yuyulması mümkün olmuşdur.

Dakriostomanın müvəqqəti drenajı məqsədi ilə müxtəlif materiallardan – at tükü dəstəsindən, gümüş məftil

və zonddan, porolon və silikon süngərdən, silikon və lateks balonlardan və s. istifadə olunmuşdur. Sümük dəliyin bitişməsinin profilaktikası üçün isə onun kənarlarına yumurtadan və ya fibrindən hazırlanmış pərdə, nazik mum qatı, «Diplen» pərdə və s. çəkilməsi kimi üsullardan istifadə olunmuşdur [30-32].

Keçən əsrin 50-ci illərindən polimer kimyası sahəsində əldə olunan nailiyyətlər sintetik materialların gözyaşı yollarının keçiriciliyinin bərpasında istifadəsinə zəmin yaratmışdır. Cərrahların diqqətini dakriostomanın daha çox polixlorvinil, poliuretan, silikon və s. kimi alloplastik materiallardan hazırlanmış borucuqların tətbiqi ilə intubasiyası cəlb etmişdir. M.M. Krasnov [33] polietilen borucuq istifadə edərək 83% halda, D.S. Jivotovski [34] isə 87% halda müsbət nəticə əldə etmişdir.

Dakriostomanın müvəqqəti intubasiyası məqsədlə M.Y. Sultanov [35] xarici səthi boyunca yarığı olan, yarımhəلقə formasında selikli qişa içlik-fiksatorundan istifadə etmişdir. Yarımhəlcənin ölçüləri: xarici diametri 11-14 mm, eni 7 mm, divarının qalınlığı 1-1,5 mm olmuşdur. Onun hazırlanmasında teflondan, silikon və rezin borucuqdan istifadə olunmuşdur. İçlik-fiksatorun istifadəsi əməliyyatın effektivliyini artırmış və geniş (3-4 mm) anastomozun yaranmasına səbəb olmuşdur [35, 36].

Son illərdə silikon borucuqlardan istifadə edərək 1-7 ay müddətində mono- və bikanalikuliyar intubasiyadan geniş istifadə olunmaqdadır [2, 28, 33, 37-46]. Silikonun asan sterilizasiya olunması, fiziki-kimyəvi xüsusiyyətlərinə görə orqanizm toxumalarına yaxın olması, implantasiya zamanı digər sintetik materiallarla müqayisədə az qıcıqlanma verməsi kimi xüsusiyyətləri, onun geniş istifadəsinə zəmin yaratmışdır [47].

Bununla yanaşı bəzi müəlliflər [44, 48-51] silikon stent tətbiq olunan hallarda, xüsusən 3 aydan artıq müddətdə saxlanılan hallarda intubasion qranuloma (12% halda), gözyaşı kanalığı və anastomozun selikli qişasının aseptik iltihabı, gözyaşı kanalığının zədələnməsi və xarici fistulanın formalaşması, borucuğun burun boşluğuna yerdəyişməsi, buynuz qişanın degenerasiyası və s. kimi fəsadların meydana çıxdığını göstərmişlər.

Bir sıra hallarda anastomozun formalaşdırılması üçün yerli toxuma materialının çatışmazlığı gözyaşı-burun yollarının protezləşdirilməsi problemini ortaya çıxarır. Müxtəlif materiallardan-pireks-şüşə, plastmass, polietilen, sivilen, silikon və s. [18, 22, 36, 52-55] hazırlanmış boru formalı protezlərdən lakorinostomiya, lakodakrio sistorinostomiya, dakriosistorinostomiya əməliyyatlarında istifadə olunmaqdadır.

Siviləndən hazırlanmış daimi protezi istifadə edən E.E. Somov və N.A. Zaytsev 6 xəstədən 5-də effektivliyə nail olmuşdur. Ç.C. Carullazadə lakorinostomiya zamanı onun tərəfindən hazırlanmış silikon protezdən istifadə edərək 16 xəstədən 10-da (62,5%) müsbət nəticə əldə etmişdir [17].

İstifadə olunan drenaj vasitələrinin ətraf toxumalarla bitişməməsi, onun orqanizmdə stabil vəziyyətdə qalmasına imkan vermir, bu da onun yerdəyişmə və orqanizm tərəfindən rədd edilməsi riskini artırır.

Bütün bunlara baxmayaraq, V.Q. Beloqlazov və digər müəlliflərin [9] fikrinə görə, gözyaşı aparıcı yolların müalicəsində tibbi silikonun tətbiqi ilə uzunmüddətli intubasiya hələ ki, əsas müalicə metodu olaraq qalır.

DSR əməliyyatının nəticələrinin yaxşılaşdırılması məqsədilə çoxsaylı metodika və drenaj növlərinin mövcudluğuna baxmayaraq, təkmilləşmiş, yeni əməliyyat metodlarının (lazer və mikroendoskopik metodların istifadəsi ilə rinostomanın formalaşdırılması kimi) və drenaj vasitələrinin axtarışı və öyrənilməsi davam etdirilir.

## ƏDƏBİYYAT:

1. Бастриков Н.И. Болезни слёзных органов и способы их лечения. Ростов-на-Дону: Феникс, 2007, 256 с.
2. Белоглазов В.Г., Джарулла-Заде Ч.Д. Реконструктивная хирургия слезоотводящих путей с использованием силиконовых трубок: Метод. реком., М., 1988, 24 с.
3. Бобров Д.А. Эндоназальная микроэндоскопическая хирургия в лечении хронического дакриоцистита: Дис... канд. мед.наук. Ярославль, 2004, 123 с.
4. Волков В.В., Султанов М.Ю. Наружная дакриоцисториностомия. Л., 1975, 104 с.
5. Джарулла-заде Ч. Д. Силиконовые материалы в реконструктивной хирургии переднего отдела глаза и его слезного аппарата: Автореф. док. мед. Наук, М., 1989, 32 с.
6. Черкунов Б.Ф. Болезни слезных органов. Самара, 2001, с.215-273.
7. Абдурахманов Г.А., Белоглазов В.Г. Эндоназальный подход к использованию микроэндоскопической техники в хирургическом лечении непроходимости слезоотводящих путей / Сб. научн. стат.: Современные методы диагностики и лечения заболеваний слезных органов, М., 2005, с.9-12.
8. Султанов М.Ю. О сроках окончательного формирования риностомы // Офтальмол. журнал, 1981, № 2, с.109-111.

9. Алиев А-Г.Д., Шамхалов Ш.А., Исмаилов М.И. и др. Способ операции при рецидивах дакриоцистита /Сб. научн. стат.: Современные методы диагностики и лечения заболеваний слезных органов, М., 2005, с.34-36.
10. Белоглазов В.Г., Груша О.В., СаадЕльдин Н.М. и др. // Вестн. офтальмол., 1999, №5, с.14-16.
11. Черкунов Б.Ф. Болезни слезных органов. Самара, 2001, с.252-259.
12. Белоглазов В.Г. Альтернативные варианты восстановления проходимости слезоотводящих путей // Вестн. офтальмологии, 2006, №1, с.8-12.
13. Красножен В.Н. Хирургия патологии слезоотводящих путей: Пособие для врачей, Казань, 2005, 40 с.
14. Шелудченко Т.П., Лопатин А.С. Наш опыт эндоназальной эндоскопической дакриоцисториностомии /Сб. научн. стат.: Современные методы диагностики и лечения заболеваний слезных органов. М., 2005, с. 312-315.
15. Азнабаев М.Т., Азнабаев Б.М., Фаттахов Б.Т. и др. Лазерная дакриоцисториностомия. Уфа, 2005, с.113-116.
16. Азнабаев М.Т., Азнабаев Б.М., Гильманшин Т.Р. и др. Факторы, влияющие на эффективность трансканаликулярной лазерной эндоскопической дакриоцисториностомии // Современные аспекты офтальмологии. Казань, 2004, с.10-14.
17. Белоглазов В.Г., Ковальчук Л. В., Ганковская Л. В. и др. Применение иммуномодулирующего препарата Суперлимф после операции эндоназальной дакриоцисториностомии // Рефракционная хирургия и офтальмология, 2004, т.4, № 3, с.44-49.
18. Гордеева Л.А., Осипов Г.И. Прошлое и настоящее дакриоцисториностомии // Вестн. офтальмол., 2004, №3, с.49-53.
19. Urgubas S. H. Zilelioglu G., Sargon M. F. Histopathologic effect of mito-mycin-C on endoscopic transnasal dacryocystorhinostomy // Ophthal. Surg. Lasers., 1997, v.28, № 4, p.300-304.
20. СаадЕльдин Н.М. Анализ причин и меры предупреждения развития рецидивов после дакриоцисториностомии: Дис... канд. мед. наук., М., 1998, 154 с.
21. Busse H., Muller K. N. Zurentstehung der idiopathischendacriostenose // Klin. Mbl. Angenheilk., 1997, bd.170, №4, s.627-632.
22. Хацуков А.А., Шамиль М.И. К вопросу интубации слезно-носового канала при дакриоциститах // Актуальные вопросы педиатрии, Нальчик, 1997, с.135-138.
23. Архангельский В.Н. Профилактика рецидивов непроходимости вновь образованного оттока слезы из слезного мешка после операции дакриоцисториностомии // Офтальмол. журн.- 1951.- № 3.- С. 137-138.
24. Харченко А.М. Метод предупреждения рецидива непроходимости слезных путей после операции соустья: Дисс... канд. мед. наук. Киев, 1954, 75 с.
25. Mauriello J.A., Vadera V.K. AG-lasers in restorative dentistry. A histological investigation // Ophthal. Surg. Lasers., 1996, v.27, p.605-611.
26. Kerendian J., Conn H. Translacrimial laser dacryocystorhinostomy // Ophthal. Surg. Lasers., 1996, v.27, p.713-715.
27. Малиновский Г.Ф., Моторный В.В. Практическое руководство по лечению заболеваний слезных органов. Минск, 2000, с.126-149.
28. Lawin-Brussel C.A., Huttenbrink K.B., Krebs A. et al. Endonasal implantation of silicon foil improves the results of revisional surgery of the nasolacrimal apparatus in dacryostenosis // Klin. Mbl. Angenheilk., 1995, bd.206, №1, s.33-38.
29. Султанов М. Ю., Тагизаде Н.С. Способ формирования риностомы при узком просвете слезного мешка // Вестн. офтальмол., 1995, №3, с.10-12.
30. Белоглазов В.Г., Атькова Е.Л., и др. Отдаленные результаты и меры предупреждения рецидивов трансканаликулярной лазерной эндоскопической дакриоцисториностомии // Актуальные проблемы офтальмологии. Уфа, 1996, с.442-445.
31. Катаев М.Т., Фадеева Р.А. Реконструкция слезоотводящих путей с использованием латексных баллонов // Тез. докл. VII съезда офтальмологов России, М., 2000, ч.2, с.196-197.
32. Mirabile T.J., Tucker C. Dacryocystorhinostomy with silicone sponge // Arch. Ophthal., 1965, v.74, p.235-236.
33. Краснов М.М., Белоглазов В.Г., Пупис И. Применение силиконовых имплантатов у больных со стойкой эпифорой // Вестн. офтальмол., 1992, №2, с.20-22.

35. Животовский Д.С. Дакриоцисториностомия с применением пластмассовой трубки // Офтальмол. журн.- 1965.- № 4.- С. 283-287.
36. Султанов М.Ю. О состоянии слезоотводящих путей в отдаленные сроки после дакриоцисториностомии// Вестн. офтальмол.,1977, № 3, с.30-32.
37. Верба С.А., Боброва Н.Ф. Восстановление проходимости слезно-носовых путей методом их временной интубации // Офтальмол. журн.- 1995.- №2.- С. 98-102.
38. Ботабекова Т.К., Джумагаев Э.А. Рецидивирующие дакриоциститы (причины и лечение) // Патогенетически ориентированные подходы в диагностике, лечении и профилактике глазных заболеваний.- Хабаровск, 2003.- С. 10-11.
39. Моторный В.В. Слезотечение и методы его устранения. Минск, 1991,70 с.
40. Рыкун В.С., Эгард В.Ф., Ибатуллин Р.А. Лечение врожденного дакриоцистита временной интубацией силиконовой трубки // Офтальмол. журн.- 1993.- № 4.- С. 215-217.
41. Angrist R.C., Dortzbach R.K. Silicon intubation for partial and total Surg. 1985 nasolacrimal duct obstruction in adults // Ophthal. Plast. Reconstr. Surg., 1985, v.1, №1, p.51-54.
42. Bartley G. Simultaneous silicone intubation through the osteotomy and the nasolacrimal duct during dacryocystorhinostomy// Am. J. Ophthalmol., 1996, v.121, p.586-587.
43. Fulcher T., O'Connor M, Moriarity P. Simultaneous silicone intubation through the osteotomy and the nasolacrimal duct during dacryocystorhinostomy// Br. J. Ophthalmol., 1998, v.82, p.1039-1041.
44. Grawford J.S. Intubation of obstructions in lacrimal system // Can. J. Ophthalmol., 1977, №12, p.289-292
45. Onerci M. Dacryocystorhinostomy. Diagnosis and treatment of nasolacrimal canal obstructions// Rhinology, 2002, v.40, №2, p.49-65.
46. Rutherford S., Crawford J.S., Hurwitz J.J. Silicone tubing used in intubating the lacrimal system// Ophthalmology, 1984, v.91, №8, p.963-965.
47. Unlu H.H., Toprak B., Aslan A., Guler C. Comparison of surgical outcomes in primary endoscopic dacryocystorhinostomy with and without silicone intubation // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol., 2002, v.111, №8, p.704-709.
48. Белоглазов В.Г., Атькова Е.Л., Малаева Л.В. и др. Интубационные гранулемы слезоотводящих путей у больных с силиконовыми имплантатами// Вестн. офтальмол., 1998, № 5, с.29-32.
49. Akyol I., Gullulu G., Astam N. Corneal degeneration following bicanalicular silicon. Intubation // Ophthal. Plast. Reconstr. Surg.- 2002.- Vol. 18.- № 2.- P. 146-148.
50. Jordan D.R., Nerad J.A. An acute inflammatory reaction to silicon stents (see recoments)// Ophthal. Plast. Reconstr. Surg., 1987, v.3, №3, p.147-150.
51. Lee J., Flanagan J.C. Complications associated with silicone intracanalicular plugs // Ophthal. Plast. Reconstr. Surg., 2001, v.17, №6, p.465-469.
52. Yazici Z., Yazici B., Parlak M. et al. Treatment of nasolacrimal duct obstruction with polyurethane stent placement: long term results // AJR Am. J. Roentgenol., 2002, v.179, №2, p.491-494.
53. Еременко А.И., Гончаренко Н.И. Наружная дакриоцисториностомия с временным аллодренированием соустья // Пластическая хирургия придаточного аппарата глаза и орбиты. М., 1996, с.19-20.
54. Эгард В.Ф. Устранение непроходимости носослезного канала интубацией хлорвиниловой трубкой// Актуальные проблемы клинической офтальмологии. Челябинск, 1999, с. 325-326.
55. Mauffray R.O., Hassan A.S., Elnor V.M. Double silicone intubation as treatment for persistent congenital nasolacrimal duct obstruction // Ophthal. Plast. Reconstr. Surg., 2004, v.20, №1, p.44-49.

Багиров Н.А., Ибадов С.А.

## ПРИМЕНЕНИЕ ДРЕНАЖЕЙ СЛЕЗНО-НОСОВЫХ ПУТЕЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ДАКРИОЦИСТИТОВ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

*Национальный Центр Офтальмологии имени академика Зарифы Алиевой, Баку, Азербайджан*

**Ключевые слова:** дакриоцистит, дакриоцисториностомия, трансканаликулярная лазерная дакриоцисториностомия

## РЕЗЮМЕ

Представленная статья посвящена одной из актуальных проблем современной офтальмологии - применение слезно-носовых дренажей в хирургическом лечении хронического дакриоцистита. В статье широко охарактеризовано положительные и отрицательные свойства этих дренажей.

Bagirov N. A., Ibadov S. A.

## APPLICATION OF DRAINAGES OF PLAINITIVE AND NASAL WAYS IN SURGICAL TREATMENT CHRONIC DAKRIOTSISTIT (LITERATURE REVIEW).

*National Ophthalmology Centre named after acad. ZarifaAliyeva, Baku, Azerbaijan*

**Key words:** *dakriotsistit, a dakriotsistorinostomiya, a transkanalikulyarny laser dakriotsistorinostomiya*

## SUMMARY

The presented article is devoted to one of actual problems of modern ophthalmology - application of plaintive and nasal drainages in surgical treatment of a chronic dakriotsistit. In article it is widely characterized positive and negative properties of these drainages.

## KORRESPONDENSIYA ÜÇÜN:

İbadov Samir Əlixas oğlu, Akademik Zərifə Əliyeva ad. Mili Oftalmologiya Mərkəzinin həkim-oftalmoloqu  
Adres : AZ 1000, Bakı ş., Cavadxan küç., 32/15

*Tel.: (99412) 569-91-36, (99412) 569-91-37*

*E-mail: [administrator@eye.az](mailto:administrator@eye.az); [www.eye.az](http://www.eye.az)*