

К ВОПРОСУ О РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ СО СЛОЖНОЙ И СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ СЛЕЗООТВОДЯЩИХ ПУТЕЙ.

Национальный Центр Офтальмологии имени академика Зарифы Алиевой, г.Баку

Увеличение частоты сочетанных травм средней зоны лица, включая слезоотводящие пути, неразрывно связано с изменениями социально-бытовой, военно-политической, криминальной ситуациями в стране и по всему миру. Несмотря на имеющиеся успехи в лечении травматических повреждений, заболеваний слезных органов, сочетанная патология слезоотводящих органов, сочетанная патология структур средней зоны лица и слезоотводящих путей продолжает оставаться трудной и нерешенной проблемой. При этом сопутствующие осложнения, имеющие место у 52% пациентов с переломами висцерального черепа, остаются вне рамок должного анализа [1, 2, 8, 9].

Основным способом лечения патологии слезоотводящих путей является хирургический. По сведениям некоторых авторов, недостаточно эффективные результаты хирургического лечения больных с хроническими дакриоциститами, рецидивами, варьируют в пределах от 13% до 42% [3, 4, 5, 6], а при сочетанной патологии слезоотводящих путей от 28 до 59% [5, 7, 10].

Целью настоящего исследования является улучшение функциональных исходов хирургического лечения больных с сочетанной патологией слезоотводящих путей.

Материал и методы исследования. В работе проведен анализ результатов хирургического лечения 48 больных с травматическим хроническим дакриоциститом, развившимся в исходе травмы органа зрения, его придаточного аппарата, орбиты в сроки 2 месяца – 1 год. По полу: мужчин – 12 больных (25%), женщин – 36 (75%). Возраст больных варьировал от 19 до 57 лет.

Все больные обследовались по стандартной методике с обязательным исследованием активной и пассивной проходимости. «Активную» проходимость слезных путей исследовали путем постановки канальцевой пробы по Султанову М.Ю. (1985). При этом в конъюнктивальный мешок исследуемого глаза закапывается 1-2 капли 0,5-1% раствора флюоресцеина. Больной делает легкие и частые мигательные движения. Результат оценивается по времени исчезновения красителя из конъюнктивальной полости. Шкала для оценки результатов канальцевой пробы: до 5 минут – положительная, 6-10 минут – замедленная, более 10 минут – отрицательная. Для определения «пассивной» проходимости слезоотводящих путей применяют их промывание с помощью шприца. О состоянии проходимости судят по тому, как вытекает из носа нагнетаемая жидкость: струей, частыми или редкими каплями, а также по ретроградному оттоку из той же или парной слезной точки. При этом в конъюнктивальный мешок закапывают 2-3 капли 0,5% раствора алкаина, а затем производят зондирование слезных точек и канальцев коническими зондами. После их дилатации вводят канюлю шприца в слезные каналы и производят промывание.

Больные были разделены на 3 группы.

I группа: 22 больных с травматическим хроническим эктатическим дакриоциститом, которым была произведена наружная дакриоцисториностомия без интубации.

II группа: 18 больных с травматическим хроническим эктатическим дакриоциститом, которым производилась наружная дакриоцисториностомия с одномоментной интубацией слезных путей.

III группа: 8 больных с рецидивирующим дакриоциститом травматической этиологии (ранее оперировались, но без интубации), которым производилась реоперация риностомии с обязательной интубацией слезных путей.

Техника операции. Считаем целесообразным остановиться на отдельных и наиболее важных этапах хирургического метода лечения сложной сочетанной патологии слезоотводящих путей, недооценка которых часто приводит к отрицательному результату и рецидиву заболевания. Для профилактики грубого рубца и эпикантуса производился прямолинейный разрез мягких тканей (длина 1,8-2 см). Образование костного отверстия осуществлялось ручной трепанфрезой диаметром 10 мм. При растянутых, эктазированных (деформированных) слезных мешках и при деформациях костей носа использовались костные кусачки, которыми скусывается задне-нижний край трепанационного отверстия, в результате которого сформированное отверстие увеличивается по размеру в этом направлении и приобретает форму «замочной скважины». Из передне-боковой стенки мешка (ближе к костному каналу) выкраивается прямоугольный лоскут (3,5 мм x 7 мм). Следует отметить, что при деформировано-эктатическом мешке обязательным являлось выкраивание более длинного лоскута ($\approx 9-10$ мм), ибо по мере заживления, он, укорачиваясь, может

выскользнуть из соустья и, тем самым, привести к рецидиву заболевания. Слизистая носа вырезается по периметру трепанационного отверстия. Фиксация лоскута мешка к слизистой носа производится резиновой турундой, предварительно смазанной антибиотиковой мазью. Канальцы интубировались силиконовой трубкой длиной 9-10 см с наружным диаметром 0,8 мм. Она вводится в канальцы так, чтобы проходя над лоскутом мешка в месте контакта со слизистой носа, дополнительно прижимала последний к слизистой носа. При раздельном впадении канальцев в слезный мешок после устранения стриктуры производится биканаликулярная интубация. Концы трубки подтягивались и туго фиксировались к спинке и к крылу носа. На кожу и мягкие ткани накладывается непрерывный шов (Prolen 7/00), который снимается на 7-й день. Резиновая турунда из полости носа удаляется на 12-14-й день, интубационные трубки удаляются через 2 месяца после операции.

Результаты и их обсуждение. У всех больных с сочетанной патологией слезного мешка результаты канальцевой (слезовсасывающей) пробы до операции были отрицательными. При промывании слезных путей промывная жидкость не проходила в полость носа.

После проведенного хирургического лечения полное восстановление функции слезоотведения отмечено в I контрольной группе у 18 больных (81,8%). Во II и III группах положительный результат получен у 18 и 8 больных соответственно. В I контрольной группе у 4-х больных улучшение наступило после повторного вмешательства с использованием интубационного метода, что подтверждалось результатами канальцевой пробы и промыванием слезных путей.

Выводы:

- предлагаемый способ формирования соустья с обязательной интубацией слезоотводящих путей значительно улучшает результаты лечения больных со сложными клиническими формами заболевания;
- применение обязательной интубации соустья при сложной и сочетанной патологии слезоотводящих путей позволяет успешно реабилитировать больных с данной патологией;
- предложенная методика операции больных со сложной и сочетанной патологией слезоотводящих путей делает трудоемкий и травматичный этап операции щадящим и малотравматичным.

ЛИТЕРАТУРА

1. Азнабаев М.Т., Азнабаев Б.М., Фаттахов Б.Т., Ложкина Л.Б., Клявмен Р.Р. Антеградная эндоскопическая дакрицисториностомия // Офтальм. Журн., 2000, №3, с.73-75.
2. Белоглазов В.Г., Атькова Е.Л., Малаева Л.В., Саад Ельдин Н.М. Лечение травматических повреждений слезоотводящих путей. Причины рецидивов / Пластическая хирургия придаточного аппарата глаза: Тез. Докл. Науч. Конф., Москва, 1996, с.24-25.
3. Amin M., Moseley J.F., Rose G.S. The value of intubation dacryocystography after dacryocistorhinostomy // Br. S. Radiol., 2000, vol.73, N870, p.604-607.
4. Cokkeser Y., Evereklioglu C., Tercan M., Hepsen I.F. Hammer-chisel technique in endoscopic dacryocistorhinostomy // Ann. Otol. Rlinol. Laryngol., 2003, vol.112, N5, p.444-449.
5. Filipowicz-Banachova P. Zaburzenia rozwojowe drogtzowych // Klin. Ocrna., 1988, vol.90, N3, p.108-109.
6. Nulu H.H., Toprak B., Aslan A., Gulet C. Comparison of surgical outcomes in primary endoscopic dacryocistorhinostomy // Otolaringol. Head Neck Surg., 2000, Sep., 123(3), p.307-310.
7. 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, vol.20, N2, p.130-135.
8. Paul L., Pinto I., Vicente J.M. Treatment of complete obstruction of the nazolacrimal polyurethane stents: preliminary results // Clin. Radiol., 2003, vol.58, N11, p.876-882.
9. Sham C.L., Van Hassel C.A. Endoscopic terminal dakryocystorhinostomy // Laryngoscope., 2000, vol.110, N6, p.1045-1049.
10. Struck H.G., Ehrich D. Prognosis of conyuntivo-dacryocistorhinostomy. Modification with different implant materials // Ophthalmol., 2000, vol.97, N6, p.407-410.

YAŞÖTÜRÜJÜ YOLLARIN MÜRƏKKƏB VƏ MÜŞTƏRƏK PATOLOGİYASI İLƏ XƏSTƏLƏRİN REABİLİTASIYASI HAQQINDA.

Akademik Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzi, Bakı şəh.

XÜLASƏ

Tədqiqat gözü yaşötürüjü yollarının müştərək zədələnmələri zamanı jərrahi müalicəsinin funksional nəticələrinin yaxşılaşdırılması məqsədini daşıyır.

Görmə üzvünün, onun köməkçi aparatının və orbitanın zədəsi nəticəsində 2 aydan – 1 ilədək müddətdə əmələ gələn xroniki dakriosistitlə olan 48 xəstənin jərrahi müalicəsinin nəticələrinin təhlili aparılmışdır. Yaş yollarının «aktiv» və «passiv» göz yaşını ötürəbilmə qabiliyyəti tətqiq olunmuşdur. «Aktiv» gözyaşı ötürülməsi kanaljiq sınağının qoyulması ilə müəyyən edilir. Sınağın məği konyunktival kisəyə 0,5-1% flyuoressein məhlulunun damızdırılmasından və onun göz alması konyunktivasından hansı müddətə itməsindən ibarətdir (5 dəq. qədər müsbət hesab edili, 6-10 dəq. – zəifləmiş, 10 dəq. çox – mənfi). «Passiv» gözyaşı ötürmə qabiliyyətinin tətqiqi yaş yollarının yuyulması zamanı müəyyənləşdirilir. Normada yaş yollarına şpris vasitəsilə yeridilən maye sərbəst burun boşluğuna keçir. Xəstələr 3 qrupa bölünmüşdür: I qrupda (22 xəstə) – ektaziya ilə olan xroniki dakriosistitlər zamanı yaş yolları intubasiya edilmədən xarici dakriosistorinostomiya; II qrupda (18 xəstə) – ektaziya ilə olan xroniki dakriosistitlər zamanı yaş yollarının intubasiyası ilə xarici dakriosistorinostomiya; III qrupda (8 xəstə) zədə mənşəli residivli dakriosistitlər zamanı (əvvəl intubasiyasız rinostomiya əməliyyatı aparılmışdır) yaş yollarının intubasiyası ilə təkrar rinostomiya.

Bütün xəstələrdə əməliyyatdan əvvəl kanaljiq sınağının nəticələri mənfi olmuş, yaş yollarının yuyulması zamanı maye buruna keçməmişdir. Yaş yollarının intubasiyası aparılmadan xarici dakriosistorinostomiya nəticəsində 22 xəstədən 18-də yaşötürmənin tam bərpası müşahidə edilmişdir (81,8%). Bu qrupdan olan 4 xəstədə isə yaşötürmənin tam bərpası təkrar jərrahi müdaxilənin (yaş yollarının intubasiyası ilə dakriosistorinostomiya) aparılmasından sonra qeyd edilmişdir. Ektaziya ilə olan 18 travmatik və zədə mənşəli 8 residivli dakriosistlə olan xəstələrdə yaş yollarının intubasiyası ilə birlikdə aparılmış dakriosistorinostomiya yaş ötürmənin tam bərpa olunması ilə nəticələnmişdir. Yaş yollarında intubasiya olunan qruplarda müsbət nəticələrin əldə edilməsi intubasiya üçün olan borujuq yaş yollarından keçirilərkən ektaziyalı yaş kisəsindən kəsilmiş loskutu sıxaraq (onun burun boşluğundan sürüşüb çıxmaması və gələjəkdə residivin baş verməməsi məqsədilə loskut \approx 9-10 mm uzunluğunda kəsilir), burunun selikli qişası ilə daha sıx təması təmin edir. Bu səbəbdən onun yaş yollarında 2 aya qədər saxlanılması məsləhət görülür. İntubasiya üçün uzunluğu 9-10 sm xarici diametri 0,8 mm olan silikon borujuqdan istifadə olunur. Yaş nöqtəsindən və burundan çıxarkən boru burunun səthinə leykoplaster vasitəsilə fiksə edilir. Təklif olunan jərrahi müalicə metodu bu xəstəliyin ağırlaşmış klinik formaları zamanı nəticələrin nəzərə çarpan qədər yaxşılaşmasını təmin edir. Yaş ötürüjü yolların mürəkkəb və müştərək patologiyası zamanı yaş kanaljiqları ilə rinostoma arasında yolun mütləq intubasiya olunmasının tətbiq edilməsi bu patologiya ilə xəstələrin müvəffəqiyyətlə reabilitasiya olunmasına zəmin yaradır.

Zargarli I.A.

TO THE PROBLEM OF REHABILITATION OF PATIENTS WITH THE STRATIFIED AND ASSOCIATIVE PATHOLOGY OF THE TEAR-ABDUCTING TRACTS.

National Ophthalmology Centre named after acad. Zarifa Aliyeva, Baku.

SUMMARY

The purpose of this investigation is the improving of the functional outcomes of the surgical treatment of patients with the associative pathology of the tear-abducting tracts.

The analysis of the surgical treatment results of 48 patients with the traumatic chronic dacryocystitis as the outcome of the trauma of organ of vision, its supplementary apparatus and orbit from 2 months to 1 year was made. We investigated both an “active” permeability of the lacrymal pathways making the canacular test and

the “passive” permeability. The essence of the canalicular test was in the dropping of 0,5% - 1% fluorescein solution into the conjunctival sac and in the time of its disappearing out of the conjunctival cavity (up to 5min. – positive, 6-10min. – delayed, 10min. and more – negative). “Passive” permeability of the tear tracts was checked by their lavation. In norm the wash liquid freely passes to the nasal cavity. The patients were divided into 3 groups. I group - 22 patients with the traumatic chronic ectatic dacryocystitis who were subjected to the external dacryocystorhinostomy without intubation of the tear tracts. 2 group – 18 patients with the traumatic chronic ectatic dacryocystitis who were subjected to the external dacryocystorhinostomy with the simultaneous intubation. 3 group – 8 patients with the recurring dacryocystitis of traumatic etiology (earlier having been operated on but without intubation) who were subjected to the reoperation of the rhinostomies with the obligatory intubation.

In all patients with the associative pathology of the tear sac the results of the canalicular test before the surgery were negative. After the carried out surgical treatment (external dacryocystorhinostomy without intubation of tear tracts) in 18 out of 22 patients we observed total rehabilitation of the tear – abduction (81,8%). In 4 patients from this group the rehabilitation of the tear - abduction had begun after the repeated intervention with the use of intubation method. Out of 18 patients with the chronic ectatic traumatic and 8 patients with the recurring dacryocystitis the positive results were received in 18 and 8 patients accordingly. In the patients groups, where the intubation of the lacrymal tracts took place, the rehabilitation of the tear – abduction is connected with the silicon tube which had been introduced into the lacrymal tracts, passing over the graft of the ectazised tear sac, in the place of contact with the mucous of nose, additionally pressed the graft to the mucous of nose (in the ectatic sac it was necessary to have more long graft (≈9-10mm) because during healing it would be shorter, may slip out from the anastomosis and in this way would lead to the disease recurrence).

The offered method of the anastomosis formation with the obligatory intubation of the tear – abducting tracts significantly improves the results of treatment of patients with the stratified clinical forms of disease. The application of the obligatory intubation of anastomosis in the stratified and associative pathology of the abducting tracts makes it feasible successfully rehabilitate the patients with the given pathology.