

## **НАШ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ДАКРИОЦИСТИТОВ – ДАКРИОЦИСТОРИНОДРЕНАЖ**

**Н.И. Бастриков**

*Кафедра глазных болезней №1  
Ростовского государственного медицинского университета, г. Ростов-на-Дону*

**Реферат.** Описан способ лечения дакриоциститов дренированием естественного хода слезных путей.

Достоинство в том, что манипуляция выполняется без разреза, амбулаторно. Достигается реабилитация проведением в слезные пути анатомически адекватно адаптированного жгута-пучка из капроновой нити №3-5. Это производится после предварительного зондирования слезно-носового протока зондом №3, затем через канюлю временно проводится леска в нос для ретроградного затягивания жгута, который предварительно изготовлен таким образом, что после его введения в слезном канальце располагается петля (2 нити), в слезном мешке и слезно-носовом протоке - 8-10 нитей, 2 концевые нити выходят из ноздри.

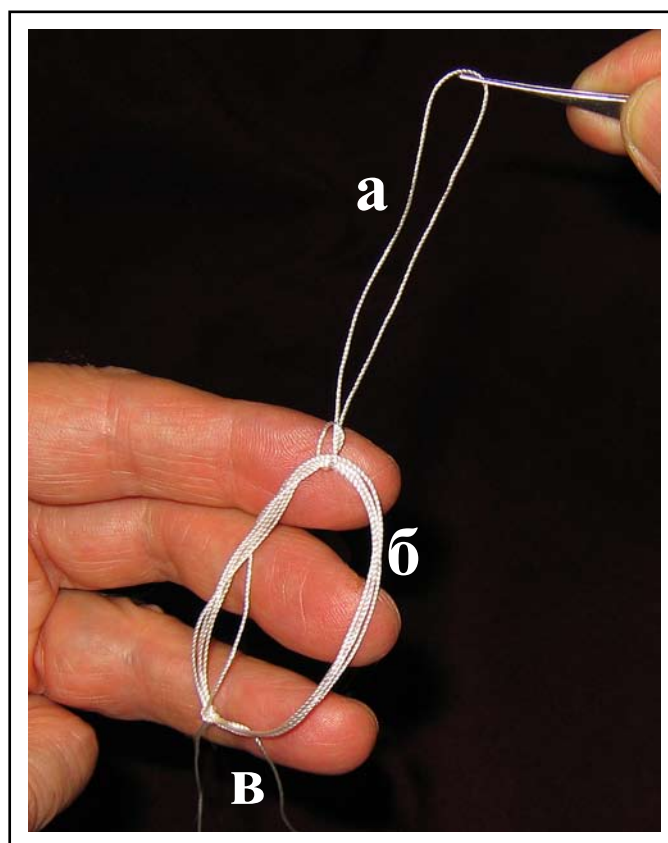
После удаления лески концы жгута закрепляются лейкопластырем на лбу и щеке. Дренаж остается в слезных путях 4 недели.

**Ключевые слова:** дакриоцистит, дакриоцистириностомия, дакриоцистиринодренаж.

Проблема лечения дакриоциститов остается актуальной. Дакриоцисториностомия независимо от подхода (эндоназального, либо наружного), является достаточно травматичным вмешательством [7]. Со времени предложения производить соустье между слезным мешком и полостью носа [28] была предложена масса вариантов усовершенствования технологии и способов достижения цели [1,8,10,11,22,23,27]. До сего времени не исключается вариант эндоназального доступа решения проблемы [8,14]. Используются современные технические достижения фреза, ультразвук, лазер [2, 13,17]. Применяются средства для дренирования слезных путей, такие как силикон, леска, латекс и др. [3,7,12,16,24,25,26]. На основании существующего многообразия методов и способов лечения заболеваний слезоотводящих путей мы решили поделиться нашим способом лечения дакриоциститов.

**Материал и методы.** Смыслом нашего предложения является то, что мы учитываем особенности строения слезных путей от слезной точки до выхода в нижний носовой ход. Мы учли разный диаметр составляющих образований и естественные изгибы в ходе канальцев и протоков. Кроме того, небезразличен материал, которым дренируют слезные пути [3,9]. Нами предложен способ дренирования жгутом-пучком капроновых нитей (Патент № 2089142, приоритет от 26.05.1993 г.) [4]. Способ отвечает, на наш взгляд, всем требованиям. Материал дренажа ареактивен, диаметр его разных отделов неодинаков, что соответствует естественным изгибам и расширениям слезных путей. Введение дренажа бескровное, без разрезов, выполняется амбулаторно, иногда не нарушая режима работы пациента. Жгут-пучок готовится заранее из единой нити капрона №3-5 длиной 75-90 см и функционально имеет три части для того, чтобы в слезном канальце находилась «тонкая» часть (две нити петли жгута), в слезном мешке и носослезном протоке - «толстая» часть (8-10) нитей, и концы жгута (две нити) выходили из носа. Жгут-пучок готовится следующим образом: берется катушка капрона и нить наматывается на 3 пальца одной руки, например, II - указательный, III - средний, IV - безымянный пальцы, причем «начальный» конец нити пропускается на 7-8 см вниз от предстоящего мотка. После 3-4 витков нити вокруг пальцев из очеред-

ного витка нить пропускается вверх для петли длиной 8-9 см. После образования узла-удавки на мотке над «верхним» пальцем нить опускается ниже «нижнего» пальца до конца «начальной» нити и после отсечения ее от катушки завязывается узлом под «нижним» пальцем на противоположном от петли конце мотка. В узел пропускается «начальный» конец нити и концы нитей связываются между собой. Таким образом, получается единый жгут-пучок, мобильный для тракций вверх и вниз. (Рис. 1).

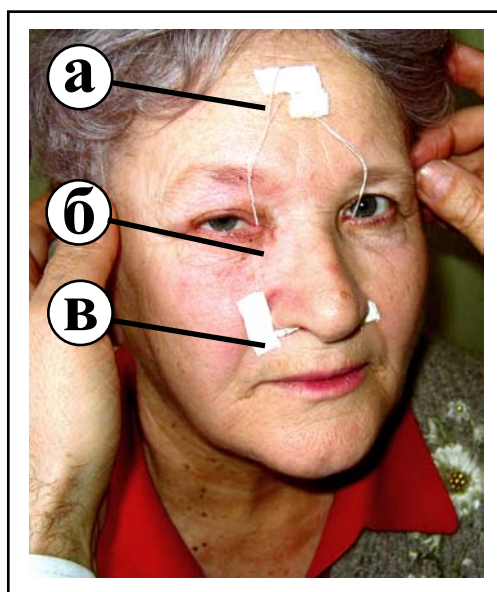


*Рис. 1. Жгут-пучок капроновых нитей: а) «тонкая» часть (две нити - петля жгута); б) «толстая» часть (8-10 нитей); в) концы жгута (две нити).*

Операция дренирования выполняется следующим образом. После инстилляционной анестезии 0,5-1% раствором дикаина или лидокаина конъюнктивной полости эти же растворы закапываются в соответствующую половину носа по 4-5 капель 2-3 раза. Затем производится проводниковая анестезия 1-2% раствором по 1,0 соответственно новокаина или лидокаина в места выхода инфра-, супраорбитального и носоресничного нервов (имеются ввиду концевые его ветви

- подблоковый, передне- и заднерешетчатые, выходящие в верхневнутреннем углу орбиты) [15,18]. После этого в нижний носовой ход с помощью риноскопического зеркала вставляется тампон, смоченный анестетиком с адреналином или мезатаном. Расширив слезную точку, производится зондирование слезных путей (слезного канальца и слезно-носового канала) цилиндрическим зондом №3 для последующего введения канюли с мандреном. Затем вместо мандрена через канюлю вставляется леска диаметром 0,2-0,25 мм длиной около 25 см, нижний конец которой «вылавливается» крючком в нижнем носовом ходе. Для облегчения обнаружения лески больной должен посморкаться, закрыв противоположную половину носа. После выведения нижнего конца лески из носа канюля удаляется. За нижний (носовой) конец лески привязывается «тонкая» часть петли-жгута (Рис.1). Жгут-пучок смазывается смесью мазей кортикостероид-антибиотик. Шдтягиванием за верхний конец лески жгут-пучок ретроградно вводится в слезные пути до упора средней части жгута в устье канальцев.

Таким образом, двойная нить (петля) устанавливается в слезном канальце, средняя часть жгута (8-10 нитей) располагается в слезном мешке и слезно-носовом канале, а концевые две нити выходят из носа. Верхняя часть жгута (петля) крепится лейкопластырем на лбу, нижняя часть - две нити крепятся на щеке (Рис.2).



*Рис. 2. Положение жгута - пучка в слезных путях больного. а) петля, прикрепленная ко лбу; б) «толстая» часть располагается в слезном мешке и слезно носовом канале;*

Леска, служившая проводником дренажа, удаляется. После 3-5 дней нахождения дренажа в слезных путях вначале врач, затем сам больной совершает возвратно-поступательные движения жгута вначале вниз, затем вверх на «свое» место с амплитудой примерно 1,0 см 1-2 раза в день. В глаз 3-4 раза в день инстиллируются кортикостероидно-антибактериальные капли. Дренаж остается в слезных путях 4 недели, после чего отсекается верхняя часть (петля) у слезной точки, нижняя часть беспрепятственно удаляется из носа. Дренаж можно проводить как через нижний, так и через верхний слезные каналы. Сразу после удаления дренажа необходимо устроить инстилляцию препаратов, содержащих кортикостероиды, до 6 раз в день в течение 1 недели. В нос назначаются капли слабо гипертонического раствора хлорида натрия в течение 5 дней (0,5 ч. л. на 1 стакан воды) по 5-7 капель 2-3 раза в день для снятия отека слизистой носа [20].

**Отбор и обследование больных.** После офтальмологического обследования больные с непроходимостью слезно-носовых путей нуждаются в риноскопическом обследовании, так как необходимо выявить состояние нижнего носового хода. При наличии ЛОР-патологии необходима санация. Хронический (а также острый) синусит, гипертрофический и атрофический риниты, заболевания зубов являются относительными противопоказаниями для ДЦРД. Острые дакриоциститы по классическим методикам saniруются и через 2-3 недели в хронической стадии подвергаются ДЦРД. При посттравматическом дакриоцистите или непроходимости слезно-носового протока делается попытка зондирования, если зондирование удается - производится ДЦРД, если не удается ДЦРД - производится дакриоцисториностомия.

**Результат и обсуждение.** Опубликованы предварительные [5] и отдаленные [6,19, 21] результаты наших вмешательств. С целью анализа отдаленных результатов ДЦРД за 10 лет с 1991 по 2001 г. было обследовано 73 человека. По результатам канальцевой и носовой проб обнаружена полная функциональная реабилитация у 69 обследованных (94,52%); срок наблюдения от 1 года до 10 лет. Рецидив дакриоцистита обнаружен у 4 пациентов. Рецидив возник у больных с ЛОР-патологией. У одного больного был хронический гайморит, аллергический грануломаринит

– у 1 пациента, атрофический ринит (синдром Сьегрена) – у 1 пациента, и один случай с заболеванием озенной. Случаи рецидива возникли в начальных сроках применения вмешательств, когда не были четко выработаны показания к ДЦРД. Из 69 успешно пролеченных представляют интерес 5 человек, из которых у 2-х были дакриоциститы с фистулой слезного мешка. Во время нахождения дренажа в слезных путях фистулы слезного мешка закрылись. Одной больной ДЦРД был произведен после неудачной дакриоцисториностомии. И в 2-х случаях дакриоцисторинодренаж успешно применен с полной функциональной реабилитацией после экстирпации слезного мешка; срок наблюдения - 2 и 3 года. Ни в одном случае применения ДЦРД не возникало интубационных гранулем. Отсутствие интубационных гранулем [9] мы объясняем тем, что жгут-пучок располагается в слезных путях адекватно их анатомическому диаметру и изгибам. Нить капрона не «спрямляет» естественных изгибов канальцев, не создает в тканях напряжения; не возникает пролежней, грануляций, рубцеваний. Кроме того, капроновая нить ареактивна к тканям.

**Заключение.** Дакриоцисторинодренаж (ДЦРД) по простоте, доступности и эффективности может быть применен в любом глазном отделении или кабинете. Для успешного применения обязательна консультация ЛОР-специалиста для исключения или санации заболеваний носа. Офтальмологу желательно овладеть риноскопией для оценки состояния нижнего носового хода. Если обнаруживается гипертрофия нижней носовой раковины с закрытием нижнего носового хода, необходимо вмешательство ЛОР-врачей для его реструктуризации. ДЦРД является операцией выбора при многих состояниях непроходимости слезных путей и хронических дакриоциститов. ДЦРД нами успешно применяется с 1991 года

## ЛИТЕРАТУРА

1. Авербах М.И. Соустье между слезным мешком и носом как метод радикального лечения дакриоциститов. // Архив офтальмолог., 1926, №4, С543-545.
2. Азнабаев Б.М, Клявлин Р. Р. Результаты антеградной лазерной эндоскопической дакриоцисториностомии. // Тезисы докладов, VII съезд офтальмологов России, М., 2000, ч. 2, С. 189.
3. Барцевич Б.Н. Бескровный способ лечения хронического гнойного дакриоцистита // Военно-медицинский журнал, 1971, №7, С 24-26.
4. Бастриков Н.И. Способ лечения дакриоцистита // Комитет РФ по патентам и товарным знакам (Роспатент), 1997, бюл. №25, патент №2089142.
3. Бастриков Н.И., Синегубов В. А Предварительные результаты дакриоцисторинодренирования. Механизм некоторых гатологических процессов в эксперименте и клинике. // Тезисы докладов юбилейной научной конференции, посвященной 70-летию Б. А Саакова, г. Ростов н/Д, 1999, С. 290.
- б. Бастриков НИ Дакриоцисторинодренаж - альтернатива дакриоцисториностомии // Тезисы докладов, VII съезд офтальмологов России, 2000, 4.2, С. 191.
7. Белоглазов В.Г., Атькова Е.Л., Малаева Л.В., Хомякова НВ. Интубация силиконом при начальных формах дакриоцистита // Офтальм.журн., 1992, №2, С.82-83.
8. Белоглазов В.Г. Современные принципы эндоназальной хирургии слезоотводящих путей // Вести, офтальм. 1997, №6, С. 14-17.
9. Белоглазов В. Г., Атькова Е.Л., Малаева Л. В. Интубационные фанулемы слезоотводящих путей у больных с силиконовыми имплантатами // Вестн. офтальм., 1998, №5, С29-32.
10. Волков В. В., Горбань А И, Звялов И А, Захаров В. А Несколько предложений по технике пластической дакриоцисториностомии // Офтальм.журн., 1960, №5, С. 278-280.
11. Н. Волков В.В., Султанов М.Ю. Наружная дакриоцисториностомия, Л., 1975, 104с.
12. Катаев Р.Г., Фадеева Е.А Реконструкция слезоотводящих путей с использованием латексных баллонов. // Тезисы докладов, VII съезд офтальмологов России. М., 2000, ч. 2., С. 196-197.
13. Кодзов МБ. Ультразвуковой хирургический инструмент для дакриоцисториностомии. IV Всесоюзная конференция изобретателей и рационализаторов в области офтальмологии. Тезисы докладов, М, 1976, С.40.
14. Козлов В.С., Страхов В.В., Бобров Д.А., Слезкина И.Г. Микроэндоскопическая дакриоцисториностомия (ДЦР). Тезисы докладов. VII съезд офтальмологов России, М., 2000, ч. 2., С. 198.

- 15.Краснов М.Л. Анестезия в офтальмологии, М., 1959, 140 с.
- 16.Краснов М.М., Белоглазов В.Г., Пупис И. Применение силиконовых имплантатов у больных со стойкой эпифорой // Вестн. офтальм., 1992, №2, С. 20-21.
- 17.Малиновский Г.Ф., Моторный В.В. Практическое руководство по лечению заболеваний слезных органов, Минск, 2000, 192 с.
- 18.Пономаренко В.Н., Басинский С.Н. Южническая анатомия органа зрения, Благовещенск, 1989, 104 с.
- 19.Синегубов В. А. Дакриоцисторинодренирование (ДЦРД) по Н.И. Бастрикову в лечении различных форм дакриоциститов // Тезисы докладов II Международной конференции студентов и молодых ученых, посвященной памяти академика Б. С. Гракова, Красноярск, 1998, С. 40.
- 20.Присипато Джеральд, Домашний доктор. Советы американских врачей. Под ред. Деборы Ткач, М, 2000, С. 280-283.
- 21.Ошливый В. И. Исследование отдаленных результатов дакриоцисторинодренажа. Тезисы докладов, 56-я итоговая научная конференция студентов, молодых ученых и специалистов, Рост. ГМУ, Ростов н/Д, 2002, С. 76.
- 22.Султанов М.Ю., Алиева З.А, Щадящая хирургия слезоотводящих путей, Баку, 1987,61с.
- 23.Тауми А.А. Новая модификация дакриоцисториностомии // Вестн. офтальм., 1948, №3, С 39-40.
- 24.Ушаков Н.А. Способ лечения дакриоциститов и непроходимости слезно-носового канала. Газета «Окулист», 2001, №1/17/, С. 17-18.
- 25.Черкунов Б.Ф. Профилактика рецидива непроходимости слезоотводящих путей после операции соустья // Офтальм. журн., 1962, №5, С. 300-305.
- 26.Черкунов Б.Ф. Болезни слезных органов. Самара, 2001, 296 с.
- 27.Dupuy- Dutemps et Bourquet. Proceds plasstique de dacryocystorhinostomie et ses results. Annales d'oculistiquc, 1921, vol. 158, p. 241-261.
- 28.Toti A. Dacriocystorhinostomia. Clinika mod., 1904, vol.33.