

## **ТРАНСКАНАЛИКУЛЯРНАЯ ЛАЗЕРНАЯ ДАКРИОЦИСТОРИНОСТОМИЯ С ИНТУБАЦИЕЙ СЛЕЗООТВОДЯЩИХ ПУТЕЙ СИЛИКОНОВЫМ СТЕНТОМ ПОД ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ КОНТРОЛЕМ У ДЕТЕЙ**

**В статье представлены результаты хирургического лечения детей с хроническими дакриоцистититами. Показана эффективность применения трансканаликулярной лазерной дакриоцисториностомии с временной интубацией слезоотводящих путей силиконовым стентом у детей при данной патологии.**

**Ключевые слова:** лечение хронических дакриоциститов у детей.

### **Актуальность**

Заболевания слезоотводящих путей в детском возрасте встречаются в 7,0 – 13,4% от всех глазных заболеваний у детей (Белоглазов В.Г. с соавт., 2004). В 1,5% случаев врожденные дакриоциститы вследствие повторных травматичных вмешательств переходят в разряд посттравматических (Шилов М.В. с соавт., 2006). Развитие лазерных и эндоскопических технологий, стремление к щадящей хирургии привело к разработке новых методов формирования дакриостомы с использованием лазерного и эндоскопического оборудования (Азнабаев М.Т. с соавт., 2005; Астахов Ю.С. с соавт., 2005).

В зарубежной литературе описаны достоинства трансканаликулярной лазерной эндоскопической дакриоцисториностомии при лечении дакриоцистита у детей, такие как отсутствие рубца на коже, малая травматичность и кровоточивость, а также возможность проведения одномоментной билатеральной операции (Сакмак S.S., 2010; Sarafoleanu C., 2010; Uysal I.O., 2011).

Несмотря на успехи современной офтальмохирургии в лечении дакриоциститов, лечение пациентов детского возраста остается проблематичным, что связано с развитием в послеоперационном периоде избыточного рубцевания, приводящего к рецидиву заболевания. В научной литературе дискутируется вопрос о необходимости интубации, которая предупреждает развитие ранних избыточных репаративных процессов и способствует длительному функционированию вновь созданных путей (Черкунов Б.Ф., 2001; Валиева Г.Н., 2006).

### **Цель**

Оценка эффективности трансканаликулярной лазерной дакриоцисториностомии

с временной интубацией слезоотводящих путей силиконовым стентом под эндоскопическим контролем при лечении хронических дакриоциститов у детей.

### **Материал и методы**

Под нашим наблюдением находилось 9 детей (12 глаз) с хроническим дакриоциститом, из них 7 мальчиков и 2 девочки. Средний возраст пациентов составил 9 лет (от 5 до 15 лет). Причиной дакриоцистита являлась непроходимость слезоотводящих путей на уровне слезно-носового канала в результате воспалительных заболеваний ЛОР органов – у 1, врожденной патологии – у 5 и травмы – у 3 пациентов. Всем детям с врожденной патологией слезоотводящих путей в грудном возрасте неоднократно проводилось зондирование и консервативное лечение, что не давало положительного терапевтического эффекта. В 1 случае ранее было выполнено хирургическое вмешательство – наружная дакриоцисториностомия, также оказавшееся неэффективным ввиду сохранения клинических симптомов непроходимости слезно-носового канала.

До операции всем пациентам проводили комплексное офтальмологическое обследование, выполняли стандартные методы исследования функционального состояния слезоотводящих путей (проба Норна, слезно-носовая проба, промывание), рентгенографию слезно-носового канала, а также оценивали анатомическое состояние носовой полости эндоскопическими методами (эндоскопическая риноскопия).

Для эндоскопии использовались жесткие эндоскопы фирмы Karl Storz Endoscope диаметром 2,7мм, длиной 18см со встроенным стекловолоконным световодом прямого (0°) и бокового видения

(30°). Помимо этого, использовались инструменты обычного ринологического набора (носовое зеркало, пуговчатый зонд, зонды-ватники, плоский и с изогнутым рабочим концом распаторы, коленчатый пинцет, вакуум отсос).

Трансканаликулярная лазерная эндоскопическая дакриоцисториностомия (ТЛЭД) с временной интубацией слезоотводящих путей силиконовым стентом выполнялась с использованием хирургического лазера «ЛАХТА-МИЛОН» (Санкт-Петербург, Россия) с длиной волны излучения 0,97 мкм, мощностью от 0,1 до 10 Вт и минимальным диаметром (465 мкм) волоконно-оптического световода. Для интубации слезоотводящих путей применяли лакримальный интубационный набор Ритленга (фирма FCI, Франция), состоящий из силиконового стента диаметром 0,64 мм, длиной 30 см, и полипропиленовых проводников. Проведение этапа остеоперфорации осуществлялось, как правило, при выходной мощности лазера 7 Вт. При этом время коагуляции не увеличивалось, а работа в комбинированном режиме позволяла уменьшить длительность теплового воздействия на окружающие ткани.

В послеоперационном периоде всем пациентам назначали инстилляцию комбинированного препарата (дексаметазон+антибиотик) в оперированный глаз в течение месяца, в носовой ход с оперированной стороны в течение 1 – 2 недель закапывали сосудосуживающие капли. Сроки наблюдения после операции составили от 3 месяцев до 1 года. За основу оценки эффективности произведенной дакриоцисториностомии в установленные сроки наблюдения были взяты следующие критерии:

- выздоровление – полное отсутствие симптомов слезо– или гноетечения;
- улучшение – периодическое слезостояние на улице при проходимости дакриостомы и отсутствии симптомов воспаления слезоотводящих путей;
- «угроза рецидива» – наличие клинической симптоматики, свидетельствующей о наличии патологического процесса в слезоотводящих путях, при сохранении проходимости;
- «рецидив заболевания» – сохранение или появление вновь симптомов непроходимости или острого воспаления слезоотводящих путей при наличии рубцевания дакриостомы, подтвержденной рентгенологически.

## Результаты и обсуждение

Эндоскопическое исследование нижнего носового хода выявило картину хронического катарального воспаления слизистой оболочки у 80% пациентов. Слизистая была несколько отечна и гиперемирована. Определялось большее или меньшее количество экссудата, который по своему характеру мог быть слизистым, слизисто-гнойным или даже гнойным. При большом количестве экссудата осмотр проводился после его аспирации. В большинстве случаев наблюдалась инъецированность сосудов слизистой, повышенная кровоточивость. Гипертрофические изменения слизистой оболочки нижнего носового хода были обнаружены в 15% случаев. Утолщенная, плотная слизистая оболочка имела серовато-тусклую окраску, на фоне которой определялся усиленный сосудистый рисунок.

Полипозного перерождения слизистой оболочки не было обнаружено ни в одном случае.

Атрофические изменения слизистой оболочки нижнего носового хода констатированы в одном случае. Истонченная и «сухая» слизистая бледно-розового цвета с единичными корочками на поверхности с выраженным сосудистым рисунком.

Устье носослезного протока в нижнем носовом ходе контурировалось в виде округлого или щелевидного образования диаметром около 1 – 2,5 мм лишь у трети больных. Во всех остальных случаях не удалось обнаружить устье носослезного протока в нижнем носовом ходе, что можно объяснить полной облитерацией носослезного протока на фоне хронических воспалительных изменений слизистой оболочки нижнего носового хода.

При эндоскопических наблюдениях не было обнаружено полного соответствия изменений слизистой оболочки носовой полости в целом с эндоскопической картиной нижнего носового хода и воспалительными изменениями его слизистой оболочки. Это дает некоторые основания рассматривать нижний носовой ход как изолированную область, патологические изменения которой имеют своеобразный характер и не всегда идентичны таковым носовой полости в целом. Выявленные изменения можно рассматривать как один из факторов вызывающих воспалительную обструкцию носослезного протока.

После проведения трансканаликулярной лазерной эндоскопической дакриоцисториностомии с временной интубацией слезоотводящих путей силиконовым стентом у 7 детей (10 глаз) стихание воспалительных явлений наблюдалось через 2 – 3 недели после операции. В исследуемый период наблюдения ни у одного из них не возникли клинические симптомы «угрозы рецидива» или «рецидива заболевания». Только у 2 детей (2 глаза) в течение 4 месяцев сохранялись жалобы на слизистое отделяемое из слезного мешка, что удалось купировать местной противовоспалительной терапией. Снятие силиконового стента проведено 4 пациентам (5 глаз) по достижению 6 месяцев после операции, во всех случаях получен положительный клинический эффект в виде отсутствия слезотечения и гнойного от-

деляемого. Ни у одного из пациентов не наблюдали дислокации стента.

### **Заключение**

У детей с хроническими дакриоциститами, не поддающимися консервативной терапии, применение хирургического лечения – трансканаликулярной лазерной эндоскопической дакриоцисториностомии с временной интубацией слезоотводящих путей является высокоэффективным методом, приводящим к клиническому выздоровлению.

Эндоскопическое обследование больных с клиническими и функциональными признаками нарушения проходимости слезоотводящих путей выявило патологические изменения слизистой оболочки нижнего носового хода и области устья носослезного протока во всех случаях.

24.09.2012

### **Список литературы:**

1. Азнабаев М.Т., Азнабаев Б.М., Фаттахов Б.Т., Клявлин Р.Р. Лазерная дакриоцисториностомия. – Уфа, 2005. – 152 с.
2. Астахов Ю.С., Рябова М.А., Кузнецова Н.Ю. и др. // Современные методы диагностики и лечения заболеваний слезных органов. – М., 2005. – С. 41-45.
3. Белоглазов В.Г., Чиненов И.М. Одномоментная эндоназальная дакриоцисториностомия у детей с двухсторонним хроническим дакриоциститом // Сб. научных трудов. «Современные технологии диагностики и лечения в офтальмологии». – Махачкала, 2004. – С. 80-81.
4. Валиева Г.Н. Отдаленные результаты и меры предупреждения рецидивов трансканаликулярной лазерной эндоскопической дакриоцисториностомии: автореф. дис. ... канд. мед.наук. – Уфа, 2006. – 23 с.
5. Черкунов Б.Ф. Болезни слезных органов. – Самара, 2001. – 296 с.
6. Шилов М.В., Староха А.В., Токарева Н.С., Филиппова С.В. Особенности эндоскопической эндоназальной хирургии при лечении посттравматических дакриостенозов у детей // Тезисы XVII съезда оториноларингологов России. – Нижний Новгород, 2006. – С. 507-508.
7. Cakmak S.S., Yildirim M. Use of endocanalicular dacryocystorhinostomy with multidiode laser in children // Int J Pediatr Otorhinolaryngol. – 2010. – Nov., 74 (11): 1320-2.
8. Sarafoleanu C., Manea C.M. Modified endoscopic DCR without stenting and laser assisted // Oftalmologia. 2010 Vol. 54(1) – P. 88-94.
9. Uysal I.O., Ozçimen M., Yener H.I. et al. Pediatric endocanalicular diode laser dacryocystorhinostomy: results of a minimally invasive surgical technique // Eur. Arch. Otorhinolaryngol, 2011 Sep; 268(9) – P. 1283-8.

Сведения об авторах:

**Кузбеков Шамиль Ришатович**, зав. отделением стационар-замещающих технологий,  
кандидат медицинских наук

**Фархутдинова Айгуль Ансафовна**, старший научный сотрудник отделения восстановительной  
хирургии глаз у детей, кандидат медицинских наук

**UDC 617.764.6 – 002.2**

**Kuzbekov Sh.R., Farkhutdinova A.A.**

### **TRANSKANALICULAR LASER DACRYOTSISTORINOSTOMY WITH LACRIMAL APPARATUS INTUBATION BY SILICONE STENT UNDER ENDOSCOPIC CONTROL AT CHILDREN**

The paper presents results of surgical treatment children with chronic dacryocystitis. Shows the effectiveness of laser transkanalicular dacryotsistorinostomy with this disease.

Key words: treatment of chronic dacryocystitis in children.