

**В.Л. Бородуля,  
Е.М. Гречка,  
М.Э. Степахина,  
Е.А. Дербина**

## **ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ДАКРИОЦИСТИТОВ – ЭНДОНАЗАЛЬНОЙ ДАКРИОЦИСТОРИНОСТОМИИ**

*КУ «Днепропетровская городская клиническая больница № 8» ДООС  
(в.о. головн. лікаря – В.Л. Бородуля)  
ул. Космическая, 19, Днепр, 49100, Украина  
Dnepropetrovsk Municipal Clinical Hospital N 8  
Kosmicheskaya str., 19, Dnepr, 49100, Ukraine  
e-mail: marynacompaniets@gmail.com*

**Ключевые слова:** *эндоназальная дакриоцисториностомия, хронический дакриоцистит*  
**Key words:** *Endonasal dacryocystorhinostomy, chronic dacryocystitis*

**Реферат.** Дослідження ефективності оперативного лікування хронічних дакриоциститів - ендоназальної дакриоцисториностомії. Бородуля В.Л., Гречка О.М., Степахина М.Е., Дербина О.А. Тривала й постійна сльозотеча (симптом епіфори) викликає дискомфорт, схильність до інфікування кон'юнктиви, знижує гостроту зору і в кінцевому підсумку якість життя пацієнта. Незважаючи на те, що існує велика кількість різноманітних оперативних втручань для відновлення сльозовідведення в пацієнтів з хронічними дакриоциститами, проблема сльозотечі залишається актуальною. Нами вивчена операція ендоназальної дакриоцисториностомії та її віддалені наслідки. Хірургічне втручання при ендоназальній дакриоцисториностомії спрямоване на усунення сльозотечі шляхом усунення стенозу і формування нового сполучення порожнини сльозового каналу з порожниною носа, а також санування гнійного вогнища інфекції в сльозовому міхурі. Було проведено 8 оперативних втручань. Період спостереження хворих у післяопераційному періоді офтальмологом і лор-лікарем від 1,5 до 2 років. Оцінка результату проводилася через 6 і більше місяців після проведення операції. Повне одужання з відновленням сльозовідведення в носову порожнину досягнуто у всіх пацієнтів. Сформована риностома була широка, добре функціонуюча. Таким чином, ендоназальна дакриоцисториностомія високоєфективна і повинна бути методом вибору при запаленнях сльозового міхура на будь-якій стадії розвитку.

**Abstract:** Investigation of effectiveness of surgical treatment of chronic dacryocystitis - endonasal dacryocystorhinostomy. Borodulya V.L., Grechka E.M., Stepakhina M.E., Derbina E.A. Prolonged and continuous lacrimation (symptom of epiphora) causes discomfort, inclination to conjunctiva infect, reduces visual acuity and ultimately the quality of life of the patient. Despite the fact that there is a large number of various surgical interventions to restore tearing in patients with chronic dacryocystitis, the problem of lacrimation remains relevant. We have studied the operation of endonasal dacryocystorhinostomy and its long-term consequences. Surgical intervention in endonasal dacryocystorhinostomy is aimed at eliminating lacrimation by eliminating stenosis and forming a new combination of the cavity of the laryngeal canal with the nasal cavity, as well as the sanitation of purulent foci of infection in the throat. There were 8 surgical interventions. Period of observation of patients in the postoperative period by ophthalmologist and ENT-doctor is from 1.5 to 2 years. The evaluation of the result was carried out in 6 months or more after the operation. A complete recovery with the recovery of the tear excretion in the nasal cavity has been achieved in all patients. The formed rhinostoma was wide, well functioning. Thus, endonasal dacryocystorhinostomy is a highly effective and should be a method of choice for inflammation of the lacrimal sac at any stage of development.

Усиленное самопроизвольное слезоотделение при эмоциональных срывах присуще каждому здоровому человеку.

Совсем иное дело представляет слезотечение как симптом патологических состояний и, прежде всего, заболеваний слезных органов. Этот симптом вытекания слезы из глаза наружу называют эпифора. Слезотечение вызывает не только неприятные ощущения, но и зрительный дискомфорт. Наплывающая на глаз слеза в ряде случаев ограничивает трудоспособность при выполнении операций, требующих пристального

зрительного контроля. Постоянный избыток слезы для многих женщин молодого возраста является предметом моральных переживаний, связанных с косметическим недостатком. В нормальных физиологических условиях слеза выделяется непрерывно (0,5-1,0 мл в сутки) и по слезоотводящим путям удаляется в полость носа. В патологических или необычных естественных условиях эта сбалансированность нарушается, в результате чего появляется слезотечение.

Эпифора может появиться при непроходимости слезоотводящих путей на любом

отрезке горизонтального или вертикального отделов или на всем их протяжении. В этиопатогенезе слезотечения особая роль принадлежит заболеваниям носа и параназальных синусов. Детальное исследование полости носа у больных с эпифорой методом обычной передней риноскопии позволяет определить ринологические заболевания только в 40,39% случаев [18].

В общей массе глазной патологии воспалительные заболевания вертикального отдела слезоотводящего тракта составляют от 2 до 7,65% [1]. По другим данным, они встречаются у 9,2% амбулаторных и 6,8% стационарных больных [5]. Среди неотобранного контингента глазных стационаров доля больных с патологией слезного мешка и носослезного протока составляет 2% [10].

Воспаления слезного мешка - дакриоциститы - составляют основу всей патологии вертикального отдела слезоотводящего тракта. Они занимают особое место в офтальмологической практике как в связи с частотой заболевания, так и в связи с тяжестью клинических проявлений, особенно тех, которые возникают в результате осложнений. Как постоянный источник поступления гнойной инфекции в конъюнктивальную полость, дакриоцистит является главной причиной гнойных язв роговицы и внутриглазной раневой инфекции. Он является абсолютным противопоказанием для выполнения плановых операций на глазном яблоке, которые должны быть отложены до его радикального излечения.

У женщин дакриоцистит встречается в 6-10 раз чаще, чем у мужчин, что объясняется анатомофизиологическими особенностями слезоотводящих путей: более длинный, узкий и искривленный канал, повышенная предрасположенность к сужению просвета при переполнении кровью венозных сплетений его стенок в период менструальных циклов.

Цель работы – изучить способ восстановления проходимости слезно-носового канала при хроническом дакриоцистите с помощью оперативного вмешательства – эндоназальной дакриоцистиностомии.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Под нашим наблюдением находились 8 пациентов с хроническим дакриоциститом. Возраст больных составил  $51 \pm 3,5$  года; из них женщин – 6, мужчин – 2. Больным проводили комплексное офтальмологическое обследование, выполняли стандартные методы исследования функционального состояния слезоотводящих путей (слезно-носовая проба, промывание), производили

рентгенограмму и МРТ придаточных пазух носа, дакриоцистинографию, оценивали анатомическое состояние носовой полости эндоскопическими методами (эндоскопическая риноскопия проводилась ЛОР-врачом).

Для эндоскопии использовался эндоскоп фирмы Karl Storz Endoscope с диаметром 2,7 мм, длиной 18 см, со встроенным стекловолоконным световодом прямого и бокового видения. Помимо этого, использовались инструменты обычного ринологического набора (носовое зеркало, пуговчатый зонд, плоский и с изогнутым рабочим концом распаторы, коленчатый пинцет, вакуум-отсос).

Больным проводилась эндоназальная дакриоцистиностомия по Белоглазову [7].

Операцию производили с помощью аппарата “Ультразвуковой нож” (УЗС-3). Сначала через один из канальцев в слезный мешок вводили зонд-перфоратор, которым через медиальную стенку мешка и слезную кость проникали в нос. Ножом-распатором вокруг кончика зонда прорезали и удаляли прямоугольный участок слизистой размером 10x10 мм, соответствующий слезной ямке. Кпереди от него, для облегчения последующих этапов операции, образовывали и отсепаровывали тем же инструментом овальный лоскут слизистой с основанием у края грушевидного отверстия под нижней раковиной. Этот лоскут отворачивали книзу, открывая доступ для резекции кости. Ультразвуковой пилой выпиливали отверстие из боковой стенки носа в месте, соответствующем слезной ямке, размерами 8x10 мм. Из внутренней стенки слезного мешка вырезали продольный прямоугольный лоскут с основанием вдоль края костного отверстия, поворачивали его в полость носа, укладывали на ранее обнаженный участок кости кзади от слезной ямки, затем возвращали на место временно отведенный лоскут слизистой носа и в этом положении фиксировали тампоном, пропитанным 1% синтомициновой мазью, который удаляли через 3-4 суток.

В послеоперационном периоде всем больным промывали слезно-носовой путь через слезные канальцы в течение 2-3 дней, назначали комбинированные капли (антибиотик+кортикостероид - тобрадекс, комбинил-дуо) в оперированный глаз в течение месяца по 1 капле 3 раза в день, в носовой ход с оперированной стороны закапывались сосудосуживающие капли в течение 1-2 недель. Сроки наблюдения больных составили от 1,5 до 2 лет. За оценку эффективности проведенной дакриоцистиностомии в установленные сроки наблюдения были взяты

следующие критерии: наличие слезотечения или гноетечения при нахождении в помещении или на открытом воздухе, наличие острого воспаления слезоотводящих путей, наличие устья слезо-носового протока в нижнем носовом ходе (оно контурировалось в виде округлого или щелевидного образования диаметром от 1,0 до 2,5 мм).

#### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

После проведения эндоназальной дакриоцисториностомии стихание воспалительных явлений наблюдалось через 2-3 недели после операции. За период наблюдения ни у одного пациента не возникли клинические симптомы рецидива дакриоцистита. У всех больных отмечалась функционирующая цисториностома, что подтверждалось проведением риноскопии. Таким образом, во всех случаях получен положительный клинический эффект в виде отсутствия слезотечения и гнойного отделяемого в полости глаза с оперированной стороны.

Полное восстановление проходимости слезных путей наступило у 100% пациентов.

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исследуемый нами способ лечения хронических дакриоциститов является эффективным и перспективным, особенно у пациентов, страдающих рецидивирующими дакриоцистититами, не поддающимися консервативному лечению. Наружный метод дакриоцисториностомии, при котором производят разрез кожи в области проекции слезного мешка, более травматичен, чаще приводит к рецидивам. Эндоназальная дакриоцисториностомия позволяет восстановить слезоотведение по естественным путям наименее травматичным способом без больших кожных разрезов и приводит к стойкому клиническому выздоровлению. Таким образом, можно рекомендовать этот метод лечения хронических дакриоциститов практикующим врачам как более современный и малоинвазивный.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абдулкеримов Х.Т. Эндоскопические операции в лечении дакриоциститов / Х.Т. Абдулкеримов // ЕвроАзиатская конференция по офтальмохирургии, 3-я: материалы. – Екатеринбург, 2003. С. 25.
2. Аветисов С.Э. Офтальмология: Национальное руководство / под ред. С.Э. Аветисова, Е.А. Егорова, Л.К. Мошетовой [и др.]. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 944 с.
3. Азнабаев М.Т. Лазерная дакриоцисториностомия / М.Т. Азнабаев. – Уфа: Уфим. НИИ глазных болезней АН РБ, 2005. – 152 с.
4. Аскерова С.М. Комплексное хирургическое лечение первичной и индуцированной патологии слезной системы: автореф. дис. на соискание учен. степени д-ра мед. наук / С.М. Аскерова. – Москва, 2005. – 52 с.
5. Аскерова С.М. Отдаленные результаты щадящей дакриоцисториностомии и дакриодукториностомии по Султанову / С.М. Аскерова // Современные методы диагностики и лечения заболеваний слезных органов: науч.-практ. конф.: сб. науч. ст. – Москва, 2005. – С. 40-41.
6. Бастриков Н.И. Болезни слезных органов и способы их лечения / Н.И. Бастриков // Ростов-на-Дону: Феникс, 2007. – 256 с.
7. Белоглазов В.Г. Альтернативные варианты восстановления проходимости слезоотводящих путей / В.Г. Белоглазов // Вестник офтальмологии. – 2006. – № 1. – С. 8-12.
8. Говорун М.И. Щадящая технология хирургического лечения патологии слезоотведения / М.И. Говорун // Современные методы диагностики и лечения заболеваний слезных органов: науч.-практ. конф.: сб. науч. ст. – Москва, 2005. – С. 640.
9. Катаев М.Г. Наружная дакриоцисториностомия / М.Г. Катаев // Современные методы диагностики и лечения заболеваний слезных органов: науч.-практ. конф.: сб. науч. ст. – Москва, 2005. – С. 121-126.
10. Короев О.А. Офтальмология: придаточные образования глаза / О.А. Короев. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2007. – 413 с.
11. Красножён В.Н. Применение новых технологий в лечении патологии слезоотводящих путей / В.Н. Красножён. – Казань, 2005. – 40 с.
12. Кузнецов М.В. Совершенствование диагностики и эндоназальной эндоскопической хирургии при непроходимости слезоотводящих путей: дис. канд. мед. наук // М.В. Кузнецов. – Курск, 2004. – 123 с.
13. Майчук Д.Ю. Патогенетическое обоснование лечения и профилактики вторичных нарушений слезообразования: автореф. дис. на соискание учен. степени д-ра мед. наук / Д.Ю. Майчук. – Москва, 2005. – 54 с.
14. Носуля Е.В. Эндоскопические технологии в хирургическом лечении дакриоцистита / Е.В. Носуля, Б.П. Маценко // Бюл. ВСНЦ СО РАМН. – 2004. – № 2. – С. 256-259.
15. Ободов В.А. Видеоэндоскопические технологии лечения дакриоциститов / В.А. Ободов // ЕвроАзиатская конф. по офтальмохирургии, 5-я: материалы. – Екатеринбург, 2009. – С. 222-224.
16. Ободов В.А. Комбинированный эндохирurgical метрод лечения непроходимости слезоотводящих путей / В.А. Ободов, Е.С. Борзенкова // ЕвроАзиатская конф. по офтальмохирургии, 4-я: материалы. – Екатеринбург, 2006. С. 153-154.
17. Филатова И.А. Консервативное лечение стриктур и атрезий слезных путей / И.А. Филатова,

М.П. Харлампи, М.З. Берая // Офтальмологія. – 2006. — Т. 3, № 4. – С. 61-65.

18. Черкунов Б.Ф. Болезни слезных органов / Б.Ф. Черкунов. — Самара, 2001. — С. 252-259.

19. Эндоназальная дакриоцисториностомия у детей с нарушением слезоотведения / И.М. Чиненов, А.В. Мишустин, М.Б. Бологова [и др.] // Проллиферативный синдром в офтальмологии: сб. науч. тр. — Москва, 2010. — С. 115-116.

20. Codere F. Endonasal dacryocystorhinostomy: a modified technique with preservation of the nasal and lacrimal mucosa / F. Codere, P. Denton, J. Corona //

Ophthal. Plast. Reconstr. Surg. – 2010. — Vol. 26, N 3. — P. 161-164.

21. Fayet B. Complications of standardized endonasal dacryocystorhinostomy with unci-formectomy / B. Fayet, E. Racy, M. Assouline // Ophthalmology. – 2004. — Vol. 111, N 4. — P. 837-845.

22. Limited nasal septoplasty by ophthalmologists during endonasal dacryocystorhinostomy: is it safe? / A. Cheng, A. Wong, A. Sze [et al.] // Ophthal. Plast. Reconstr. Surg. 2009. — Vol. 25, N 4. — P. 293-295.

23. Olver J. Colour Atlas of Lacrimal Surgery / J. Olver. — London, 2002. — P. 117-126.

## REFERENCES

1. Abdulkirimov KhT. [Endoscopic operations in the treatment of dacryocystitis]. EuroAsian Conf. on ophthalmic surgery, 3rd: Materials. Ekaterinburg. 2003;25. Russian.

2. Avetisov SE, Egorova EA, Moshetova JIK, Neroev VV, Tahchidi HP. [Ophthalmology: National leadership]. Moskva, GEOTAR-Media. 2008;944. Russian.

3. Aznabayev MT. [Laser dacryocystorhinostomy]. Ufa Scientific Research Institute of Eye Diseases of the Academy of Sciences of the Republic of Belarus. 2005;152. Russian.

4. Askerova SM. [Complex surgical treatment of primary and induced pathology of tear system: Abstract. dis. Dr. med. Sciences]. Moskva. 2005;52. Russian.

5. Askerova SM. [Long-term results of gentle dacryocystorhinostomy and dacrioductorinostomy according to Sultanov]. Modern methods of diagnosis and treatment of diseases of tear organs: Scientific-practical. Moskva. 2005;40-41. Russian.

6. Bastrikov NI. [Diseases of tear organs and ways to treat them]. Rustov-na-Donu, Phoenix. 2007;256. Russian.

7. Beloglazov VG. [Alternative options for restoring the patency of the tear ducts]. Vestn. ophthalmology. 2006;1:8-12. Russian.

8. Govorun MI. [Gentle technology of surgical treatment of pathology of lacrymation]. Modern methods of diagnosis and treatment of diseases of tear organs: Scientific and practical. Moskva. 2005;640. Russian.

9. Kataev MG. [External dacryocystorhinostomy]. Modern methods of diagnosis and treatment of diseases of tear organs: Scientific-prakg., Moskva. 2005;121-6. Russian.

10. Korayev OA. [Ophthalmology: subordinate eye formation]. Rostov-na-Donu: Phoenix, 2007;413. Russian.

11. Krasnozhyon VN. [Application of new technologies in the treatment of pathology of tear ducts]. Kazan. 2005;40. Russian.

12. Kuznetsov MV. [Perfection of diagnostics and endonasal endoscopic surgery in case of impassability of lacrimal ducts] [dissertation]. Kursk. 2004;123. Russian.

13. Maychuk DYu. [Pathogenetic substantiation of treatment and prevention of secondary disturbances of tear formation] [dissertation]. 2005;54. Russian.

14. Nosulya EV, Matzenko BP. [Endoscopic technologies in surgical treatment of dacryocystitis]. Bulletin of the All-Union Scientific Center of the Siberian Branch of the Russian Academy of Medical Sciences. 2004;2:256-9. Russian.

15. Obodov VA. [Videoscopic technologies of treatment of dacryocystitis]. Euro-Asian Conf. on ophthalmic surgery, 5th: Materials. Ekaterinburg. 2009;222-224. Russian.

16. Obodov VA, Borzenkova ES. [Combined endoscopic metro treatment of obstruction of the tear ducts]. Euroasian Conf. on ophthalmic surgery, 4th: Materials. - Ekaterinburg, 2006;153-4. Russian.

17. Filatova IA. [Conservative treatment of strictures and atresias of tear ducts]. Ophthalmology. 2006;3(4):61-65. Russian.

18. Cherkunov BF. [Diseases of lacrimal organs]. Samara. 2001;252-9. Russian.

19. Chinenov IM. [Endonasal dacryocystorhinostomy in children with disturbance of tear diversion]. Proliferative syndrome in ophthalmology: Sat. scientific. works. Moskva. 2010;115-6.

20. Codere F, Denton P, Corona J. Endonasal dacryocystorhinostomy: a modified technique with preservation of the nasal and lacrimal mucosa. Ophthal. Plast. Reconstr. Surg. 2010;26(3):161-4.

21. Fayet B, Racy E, Assouline M. Complications of standardized endonasal dacryocystorhinostomy with unci-formectomy. Ophthalmology. 2004;111(4):837-45.

22. Cheng A, Wong A, Sze A, et al. Limited nasal septoplasty by ophthalmologists during endonasal dacryocystorhinostomy: is it safe? Ophthal. Plast. Reconstr. Surg. 2009;25(4):293-5.

23. Olver J. Colour Atlas of Lacrimal Surgery. London. 2002;117-26.

Стаття надійшла до редакції  
26.07.2017

