

ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ДАКРИОЦИСТИТОМ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

[А. Ж. Байменов](#)

АО «Медицинский университет Астана» (г. Астана, Республика Казахстан)

Прооперировано 180 больных с применением модифицированной эндоназальной дакриоцисториностомии по методике, предложенной Н. Masseger et al. (2004). В раннем послеоперационном периоде применяли перфорированный латексный контейнер с антибактериальной мазью. Эффективность применения данного контейнера оценивали по субъективным жалобам, обобщенным в таблице, а также при объективной оценке локального статуса с применением микроскопа и жестких риноскопов.

Ключевые слова: дакриоцистит, контейнер, слезный мешок, слезотечение, дакриоцисториностомия.

Байменов Аманжол Жумагалеевич — кандидат медицинских наук, доцент кафедры ЛОР-болезней АО «Медицинский университет Астана», Республика Казахстан, e-mail: baiaman05@rambler.ru

Эффективность хирургии больных хроническими дакриоциститами в настоящее время нельзя признать полностью решенной [1-3], так как все еще остается достаточно высокой частота рецидивов после оперативного лечения данного заболевания. В этой связи актуальность данной проблемы несомненна [4-7], поскольку заболевания слезоотводящих путей в форме дакриоциститов составляют от 10 до 20 % в офтальмологическом стационаре. Среди пациентов оториноларингологических отделений дакриоциститы встречаются в 1-2 % случаев [2].

Начиная с 2006 года, в клиническую практику была внедрена разработанная нами модифицированная эндоскопическая дакриоцисториностомия. По данной методике прооперировано 180 больных (Инновационный патент № 12-3/3515 от 4.10.2010 «Модификация эндоназальной эндоскопической дакриоцисториностомии»).

Одним из оценочных клинических показателей эффективности модифицированной эндоскопической дакриоцисториностомии (МЭДЦРС) явился анализ раннего послеоперационного течения на основе ведущих жалоб (см. табл.).

Жалобы в послеоперационном периоде

Жалобы больных	Количество наблюдений
	n = 180 (100 %)
Слезотечение (застой слезы)	1-й день — 26 (14,4 ± 2,6 %) 2-й день — 15 (8,3 ± 2,1 %) 3-й день — 1 (0,6 ± 0,6 %) 4-й день — 0 (0,0 %) 5-й день — 0 (0,0 %)
Затруднение носового дыхания	1-й день — 14 (7,8 ± 2,0 %) 2-й день — 8 (4,4 ± 1,5 %) 3-й день — 1 (0,6 ± 0,6 %) 4-й день — 0 (0,0 %) 5-й день — 0 (0,0 %)

В целях благоприятного течения выздоровления больных в раннем послеоперационном периоде после дакриоцисториностомии для уменьшения количества процедур мазевых аппликаций прооперированных больных и более эффективного лечения нами был применен сконструированный специальный перфорированный латексный контейнер. Эта позволяло создать депо мази у операционной раны. В данном контейнере были сделаны оригинальные отверстия, чтобы мазь из контейнера выходила малыми порциями в течение продолжительного отрезка времени, тем самым в операционной ране постоянно создавалось необходимое количество противовоспалительной мази.

Наш принцип лечения заключался в тампонировании полости носа после операции перфорированным латексным контейнером. В качестве специального контейнера служил напальчник от стерильной медицинской латексной перчатки с антибактериальной мазью. На боковой поверхности верхушки напальчника вырезались мелкие круглые отверстия, диаметром до 1 мм на площади не менее 1,5 см³. В приготовленный контейнер вводилась жирорастворимая мазь объемом до 1-1,5 см³. Мазь вводилась к верхушке контейнера и слегка поджималась таким образом, чтобы она начала выступать через сформированные отверстия. После окончания операции дакриоцисториностомии под среднюю носовую раковину вводился приготовленный контейнер следующим образом: верхушка всего контейнера предварительно смазывалась этой мазью для удобства тампонирования. При этом сторона с отверстиями, как правило, должна совпадать со сформированной дакриостомой. Остальную часть верхушки контейнера, без отверстий, мы накладываем к слизистой латеральной стенки средней носовой раковины и перегородки носа, а также к нижней носовой раковине. Контейнер удалялся через сутки.

Следует учесть, что в некоторых случаях при изготовлении в контейнере отверстий больше 1 мм в диаметре лечебная мазь из него опорожнялась быстрее, приблизительно через 8-10 часов. Вместе с тем при диаметре отверстий 1 мм и объеме мази, составляющей не менее 1,5 см³, лечебная мазь выделялась постепенно в течение суток, причем именно в области послеоперационной раны.

С помощью контейнера лечебной мази нам удалось достигнуть следующих эффективных результатов:

- уменьшилось количества фибрина в послеоперационной ране;
- сократились отеки краев раны;
- удалось достичь значительного сокращения преждевременного образования корок или их полного отсутствия;
- уменьшилась кратность применения мази в аппликациях;
- добились длительной лечебной экспозиции мази на раневой поверхности;

- при необходимости появилась возможность повторного применения контейнера на любой день в раннем послеоперационном периоде;
- метод привлекал значительной эффективностью, а также простотой изготовления и дешевизной применения;

В 59-ти (32,8 %) случаях, у пациентов, которым проводилось хирургическое лечение только по поводу воспаления слезного мешка, был отмечен положительный эффект. Прежде всего, в раннем послеоперационном периоде, а именно в первый день после удаления латексного контейнера, раневая поверхность была практически чистой, без фибрина и геморрагических сгустков, края дакриостомы были без отека. При контрольной эндоскопии риноскопом 30° была хорошо обзрима слизистая полости слезного мешка, патологического содержимого в нем не отмечалось. После промывания проходимость слезного мешка была свободной, и промывные жидкости оставались чистыми и прозрачными без примесей.

На основании анализа жалоб больных, представленных в таблице, мы пришли к выводу, что применение тампонады полости носа перфорированным латексным контейнером с лечебной мазью при сочетанном применении лечебной эндоскопии [4] значительно улучшило течение раннего послеоперационного периода. Так в первый день после проведенной лечебной эндоскопии только 26 ($14,4 \pm 2,6$ %) обследованных предъявляли жалобы на незначительное слезотечение и 14 ($7,8 \pm 2,0$ %) на затруднение носового дыхания. На второй день количество больных, предъявивших аналогичные жалобы также значительно уменьшилось и составило 15 ($8,3 \pm 2,1$ %) и 8 ($4,4 \pm 1,5$ %) соответственно. На третий день всего один пациент пожаловался на незначительное слезотечение и заложенность носа. Этому больному одномоментно было проведено хирургическое вмешательство по поводу имевшегося у него искривления перегородки носа и гипертрофического ринита, а также наличия буллы средней носовой раковины на стороне воспаления слезного мешка [8].

Таким образом, применение перфорированного латексного контейнера с лечебной мазью после окончания операции дает нам значительный положительный эффект. Так в этой группе больных уже с первого послеоперационного дня отмечалась положительная динамика со всеми функциональными пробами. Лечение у этих пациентов заключалось только в промывании слезного мешка через слезные точки физиологическим раствором. Дальнейший осмотр проводился посредством микроскопа, что значительно облегчало послеоперационное наблюдение.

Необходимо отметить, что применение перфорированного латексного контейнера с лечебной мазью в сочетании с лечебной эндоскопией дает значительные клинические улучшения в раннем послеоперационном периоде и повышает эффективность непосредственных результатов лечения.

Список литературы

1. Архангельский В. Н. Профилактика рецидивов непроходимости вновь образованного оттока из слезного мешка после операции дакриоцисториностомии / В. Н. Архангельский // Офтальмологический журн. — 1951. — № 3. — С. 137-140.
2. Белоглазов В. Г. Клинические аспекты эндоназальной хирургии стенозов и непроходимости слезоотводящих путей : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В. Г. Белоглазов. — М., 1980. — 39 с.
3. Профилактика заращения дакриостомы после микроэндоскопической эндоназальной дакриоцисториностомии / В. Г. Белоглазов [и др.] // Вестн. офтальмологии. — 2013. — Т.

129, № 2. — С. 19-22.

4. Бобров Д. А. Эндоназальная микроэндоскопическая хирургия в лечении хронического дакриоцистита : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.04 / Д. А. Бобров. — 2004. — 91 с.
5. Заболевания носа и околоносовых пазух : эндомикрохирургия / Г. З. Пискунов [и др.]. — М., 2003. — 208 с.
6. Outcome and Complications of Endoscopic Dacryocystorhinostomy without Stenting / M. Ayoob [et al.] // Pak. J. Med. Sci. — 2013. — Sep. — Vol. 29 (5). — P. 1236-9.
7. Bharangar S. Endoscopic Endonasal Dacryocystorhinostomy: Best Surgical Management for DCR / S. Bharangar, N. Singh, V. Lal // Indian J. Otolaryngol. Head. Neck. Surg. — 2012. — Dec. — Vol. 64 (4). — P. 366-9.
8. Frequency of simultaneous nasal procedures in endoscopic dacryocystorhinostomy / E. Figueira [et al.] // Ophthal. Plast. Reconstr. Surg. — 2014. — Jan-Feb. — Vol. 30 (1). — P. 40-3.

CASE MANAGEMENT WITH CHRONIC DACRYOCYSTITIS IN EARLY POSTOPERATIVE PERIOD

[*A. Zh. Baymenov*](#)

JSC «Medical University Astana» (Astana, the Republic of Kazakhstan)

180 patients with application of modified endonasal dacryocystorhinostomy by the technique offered N. by Masseger et al. are operated (2004). The punched latex container with antibacterial ointment was used in the early postoperative period. Efficiency of use of this container was estimated according to the subjective complaints generalized in the table and also at objective assessment of the local status with application of microscope and rigid rhinoscopes.

Keywords: dacryocystitis, container, dacryocyst, dacryagogue, dacryocystorhinostomy.

About authors:

Baymenov Amanzhol Zhumagaleevich — candidate of medical science, assistant professor of ENT-illnesses at JSC «Medical University Astana», e-mail: baiaman05@rambler.ru

List of the Literature:

1. Arkhangelsky V. N. Prophylaxis of recurrence of obstruction of again formed outflow from dacryocyst after operation of dacryocystorhinostomy / V. N. Arkhangelsky // Ophthalmologic journal. — 1951. — N 3. — P. 137-140.
2. Beloglazov V. G. Clinical aspects of endonasal surgery of stenoses and obstruction of lacrimal passages : theses. ... Dr. of medical science / V. G. Beloglazov. — M., 1980. — 39 P.
3. Prophylaxis of fusion of dacryostoma after microendoscopic endonasal dacryocystorhinostomy / V. G. Beloglazov [et al.] // Bulletin of ophthalmology. — 2013. — Vol. 129, N 2. — P. 19-22.
4. Bobrov D. A. Endonasal microendoscopic surgery in treatment of chronic dacryocystitis : yew. ... cand. of medical science : 14.00.04 / D. A. Bobrov. — 2004. — 91 p.
5. Diseases of nose and perirhinal of sinuses: endomicrosurgical / G. Z. Piskunov [et al.]. — M., 2003. — 208 p.
6. Outcome and Complications of Endoscopic Dacryocystorhinostomy without Stenting / M. Ayooob [et al.] // Pak. J. Med. Sci. — 2013. — Sep. — Vol. 29 (5). — P. 1236-9.
7. Bharangar S. Endoscopic Endonasal Dacryocystorhinostomy: Best Surgical Management for DCR / S. Bharangar, N. Singh, V. Lal // Indian J. Otolaryngol. Head. Neck. Surg. — 2012. — Dec. — Vol. 64 (4). — P. 366-9.
8. Frequency of simultaneous nasal procedures in endoscopic dacryocystorhinostomy / E. Figueira [et al.] // Ophthal. Plast. Reconstr. Surg. — 2014. — Jan-Feb. — Vol. 30 (1). — P. 40-3.