

УДК 617.7-089

ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭНДОНАЗАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ДАКРИОЦИСТИТА В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ**А.К. Айтаханова, А.Ж. Байменов, Р.И. Розенсон
ГККП «1-я городская больница г. Астана»**

Актуальность. Бурное развитие медицинской науки в последнее десятилетие и, особенно прикладной ее части, несколько изменило традиционные подходы к способам лечения той или иной патологии. Зачастую стирается четкая грань между зонами ответственности медицинских специалистов, а используемые методы лечения находятся на стыке двух и более специальностей [1]. Такая тенденция сформировалась и в случае выбора метода лечения хронических дакриоциститов [2].

Имея в своей основе нарушение проходимости слезных канальцев, носослезного канала, слезного мешка или его устья, хронический дакриоцистит (ХДЦ) находится на границе двух областей медицины – офтальмологии и оториноларингологии. Несомненно, клинические проявления ХДЦ побуждают больных обращаться в первую очередь к врачу-офтальмологу, который при подтверждении диагноза назначал оперативное лечение офтальмологическим – открытым доступом [3,4]. Утвердившееся в настоящее время, как одно из главных требований к операции, соблюдение косметического эффекта в отношении к доступам и зоне оперативного вмешательства, плюс широкое внедрение эндоскопических технологий, все это перевешивает чашу весов в пользу эндоназальных методов оперативного лечения ХДЦ, находящихся в зоне ответственности ЛОР-врачей [5-7].

Лечение ХДЦ эндоскопическим эндоназальным методом особенно сильно получило поддержку в российской школе оториноларингологов по руководством профессора Пискунова Г.З. Среди оперирующих ЛОР-врачей эндоназальная эндоскопическая дакриоцисториностомия «по Г.З. Пискунову» в настоящее время считается общепринятой и имеет немало положительных достоинств [8]. Тем не менее, отечественная школа оториноларингологов, под руководством академика НАН РК Тулебаева Р.К. разработала модифицированный способ эндоназальной эндоскопической дакриоцисториностомии, отличающийся от традиционной методики меньшим объемом операционной травмы и большей физиологичностью вмешательства [9].

Цель исследования. На основании данных офтальмологического обследования сравнить динамику клинических проявлений хронического дакриоцистита после модифицированной эндоназальной эндоскопической дакриоцисториностомии и традиционной эндоскопической дакриоцисториностомии.

Материал и методы. По методу отбора больных исследование являлось пилотным когортным и проспективным. В соответствии с поставленной целью работы применялась сплошная выборка вплоть до набора требуемого количества пациентов, с фиксацией изменений в ходе наблюдения.

Критериями включения в исследование являлись: наличие хронического дакриоцистита (ХДЦ) и показаний к оперативному лечению, возраст от 18 до 69 лет, наличие информированного согласия пациента на участие в исследовании. Критериями исключения из исследования являлись симптомы ОРВИ на момент проведения исследований, сочетанная патология органа зрения, декомпенсированные состояния при хронических заболеваниях (хронические сердечная, почечная, печеночная недостаточность и др.).

Клинические исследования проводились на базе ГККП «1-я городская больница г. Астана» с 2008 по 2010 годы.

Под наблюдением находились 103 больных с хроническими дакриоциститами. В зависимости от метода оперативного вмешательства, больные были разделены на две группы: первую группу (n=72) составили больные, которым была выполнена модифицированная в ГККП «1-я городская больница г. Астана» эндоназальная эндоскопическая дакриоцисториностомия (МЭДЦРС), во второй группе (n=31) была выполнена эндоназальная эндоскопическая дакриоцисториностомия по общепринятой методике (ЭДЦРС).

Отличительными особенностями модифицированной операции являлись изменение доступа и зоны операционного поля. В данном случае костное трепанационное окно проводится под передним концом средней носовой раковины на стыке лобного отростка верхней челюсти и слезной кости, в результате чего трепанационное отверстие соответствует анатомической середине костного ложа слезного мешка. При проведении ЭДЦРС трепанация проводится перед средней носовой раковиной с удалением массивной костной структуры лобного отростка верхней челюсти. При этом, частичное удаление переднего слезного гребешка приводит к повреждению мышечного аппарата, окутывающего слезный мешок, что в конечном итоге нарушает физиологический процесс его сокращения с развитием застоя слезной жидкости. Применение модифицированной методики исключает данные осложнения.

Фиксирование результатов комплексного офтальмологического обследования и статистическая обработка в стандартном пакете программы STATISTICA 6.0 проводились перед операцией, на 3-е и 7-е сутки после операции.

Результаты и обсуждение. При поступлении в стационар, в наблюдаемых группах по клиническим показателям статистически достоверных отличий не выявлено, группы являлись сопоставимыми. Больные предъявляли следующие жалобы: длительно продолжающееся слезотечение, дискомфорт, ощущение инородного тела, слепание ресниц по утрам, боль и припухлость во внутреннем углу глаза, гиперемия, отек кожи внутреннего угла глаза, слабость и утомляемость, головная боль.

При проведении офтальмоскопии мы наблюдали следующие объективные симптомы ХДЦ: гиперемия и отек полупушной складки конъюнктивы, гиперемия и отек слезного мясца, отек и болезненность при пальпации внутреннего угла глаза, выделение из нижней слезной точки мутной слезы и гноя при надавливании на медиальный угол глаза.

После проведения оперативного лечения в исследуемых группах на 1-2-е сутки отмечались классические признаки раннего послеоперационного периода: болезненность в проекции оперативного вмешательства, реактивный отек, гиперемия конъюнктивы.

На 3-е сутки после оперативного лечения нами отмечены некоторые отличия в динамике жалоб и данных офтальмоскопии между группами МЭДЦРС и ЭДЦРС.

В первой группе жалобы на слезотечение наблюдались у 3 пациентов (4,2±2,4%), жалобы на дискомфорт, ощущение инородного тела наблюдались у 2 пациентов

(2,8±1,9%), слипание ресниц по утрам наблюдалось также у 2 больных (2,8±1,9%), послеоперационные боли беспокоили 53 пациентов 73,6±5,2% пациентов. Слабость, утомляемость и другие общие симптомы не наблюдались.

Во второй группе слезотечение отмечалось у 4 пациентов (12,9±6,0%), жалобы на дискомфорт, ощущение инородного тела наблюдались так же у 4 пациентов (12,9±6,0%), слипание ресниц по утрам наблюдалось у 2 больных (6,5±4,4%), послеоперационные боли обращали на себя внимание у 25 пациентов 80,6±7,1% па-

циентов. Слабость, утомляемость и другие общие симптомы наблюдались у одного пациента 3,2±3,2%.

В динамике объективных симптомов на третьи сутки нами не наблюдались статистически достоверные отличия между группами. Снижение таких признаков воспаления как гиперемия и отек полулунной складки конъюнктивы (56,9±5,8%), гиперемия и отек слезного мясца (59,7±5,8%), в первой группе было несколько быстрее, чем снижение аналогичных симптомов во второй группе (67,7±8,4%). Динамика объективных симптомов представлена в таблице 1.

Таблица №1. - Анализ объективных симптомов после операции.

№	Симптомы	3-е сутки		7-е сутки	
		Первая % ± m	Вторая % ± m	Первая % ± m	Вторая % ± m
1	Гиперемия и отек полулунной складки конъюнктивы	56,9±5,8	67,7±8,4	4,2±2,4*	19,4±7,1*
2	Гиперемия и отек слезного мясца	59,7±5,8	67,7±8,4	4,2±2,4*	19,4±7,1*
3	Болезненность при пальпации внутреннего угла глаза	73,6±5,2	80,6±7,1%	11,1±3,7*	32,3±8,4*

Примечание: * - различия между сравниваемыми показателями статистически достоверны p < 0,05;

На 7-е сутки после операции в первой группе пациентов жалобы практически не наблюдались, за исключением болевых ощущений в проекции оперативного вмешательства у 8 пациентов (11,1±3,7%). Перед выпиской, у всех 72 пациентов, прекратилось слезотечение; исчезли дискомфорт и ощущение инородного тела, слипание ресниц не наблюдалось.

Жалобы пациентов во второй группе так же претерпели ощутимый регресс: дискомфорт и ощущение инородного тела наблюдались у 6 пациентов (19,4±7,1%) слезотечение и слипание ресниц после сна не наблюдалось. Частота болевых ощущений в области оперативного вмешательства была достоверно выше (32,3±8,4%) чем в первой группе (P<0,05).

Офтальмоскопическая картина на 7-е сутки соответствовала регрессу жалоб пациентов, легкие признаки реактивного воспаления конъюнктивы и слезного мясца сохранялись в первой группе у 3 пациентов (4,2±2,4%). Во второй группе умеренные признаки реактивного воспаления сохранялись у 4 больных (12,9±6,0%), легкие воспалительные проявления сохранялись у 2 пациентов (6,5±4,4%).

Анализ вышеуказанных клинических проявлений свидетельствует о достоверной картине (P<0,05) более быстрого восстановления нормальной физиологии слезоотводящей системы после модифицированной в ГККП «1-я городская больница г. Астана» эндоскопической дакриоцисториностомии по сравнению с традиционным способом ЭДЦРС.

Выводы:

1. Сравнительный анализ на основании данных офтальмологического обследования показал достоверные преимущества модифицированной в ГККП «1-я городская больница г. Астана» эндоназальной эндоскопической дакриоцисториностомии над традиционной эндоскопической дакриоцисториностомией.

2. Статистическая достоверность различий клинических проявлений после модифицированной в ГККП «1-я городская больница г. Астана» эндоназальной эндоскопической дакриоцисториностомии и традиционной эндо-

скопической дакриоцисториностомии подтверждается к моменту выписки больных из стационара на 7-е сутки.

Литература:

1. Паламарчук В.В., Булавин К.А. Опыт применения препарата Солу-Медрол в клинической практике // Здоровье Украины. – 2010. - №5. – С. 30-31.
2. Беднякова Н.Н. Диагностика и лечение хронических дакриоциститов, обусловленных патологией носа и околоносовых пазух, с применением эндоскопических технологий.- Автореф. дисс. ... канд. мед. наук.- Бишкек, 2008.- 23 с.
3. Lee D.W., Chai C.H., Loon S.C. Primary external dacryocystorhinostomy versus primary endonasal dacryocystorhinostomy: a review // Clin. Exp. Ophthalmol.- 2010.- Vol.38.- N.4.- P.418-426
4. Korkut A.Y., Taker A.M., Ozsutca M. A comparison of endonasal with external dacryocystorhinostomy in revision cases //Eur. Arch.Otorhinolaryngol.- 2010.- Vol.26.- P.41-47
5. Кузнецов М.В. Совершенствование диагностики и эндоназальной эндоскопической хирургии при непроходимости слезоотводящих путей.- Автореферат дисс. ... канд. мед. наук.- М., 2004.- 24 с.
6. Hausler R., Caversaccio M., Frenz M. Endonasal and transcanalicular ER:YAG laser dacryocystorhinostomy // Rhinology.- 2008.- Vol.39.- N.1.- P.28-32
7. Altan-Yaycioglu R., Canah H., Sigmaz H. Nasolacrimal duct obstruction: clinicopathologic analysis of 205 cases //Orbit.- 2010.- Vol.29.- N.5.- P.254-258
8. Сидорова М.В. Диагностика и лечение актиномикотических и микотических заболеваний слезоотводящих путей.- Автореферат дисс. ... канд. мед. наук.- М., 2009.- 23 с.
9. Байменов А.Ж., Тулебаев Р.К., Сатыбалдина Г.К., Розенсон Р.И. Компьютерно – томографическое обоснование эндоназальной эндоскопической дакриоцисториностомии // Здравоохранение Кыргызстана. Научно-практический медицинский журнал. - 2010. - № 1. – С.26-30.

**Операциядан кейінгі ерте кезеңде созылмалы дакриоциститті операциялық емдеудің эндоназалды әдістерін офтальмологиялық бағалау
А.К. Айтаханова, А.Ж. Байменов, Р.И. Розенсон**

Операциядан кейінгі ерте кезеңде созылмалы дакриоциститтің клиникалық көрінісін зерттеу жұмысы науқастардың екі тобында жүргізілді: бірінші топта «Астана қ. 1-ші қалалық емханасы» МҚҚК өзгертілген эндоскопиялық дакриоцисториностомия жасалынды, екінші топта Г.Пискунов әдісі бойынша дәстүрлі эндоскопиялық дакриоцисториностомия өткізілді.

Откізілген зерттеулердің нәтижесінде операциядан кейін 7 тәулік өткеннен соң созылмалы дакриоциститтің клиникалық белгілерінің жойылуы өзгертілген әдіс жасалған науқастар тобында шынайы тұрғыдан жоғары болатыны анықталды.

Ophthalmologic study of modified nasal endoscopic surgery in patients with chronic dacryocystitis in early postoperative period
A.K. Aitakhanova, A.Zh. Baimenov, R.I. Rozenon

We compared the effectiveness of surgery in 2 groups of patients with chronic dacryocystitis. The first group consisted of patients operated by the modified endoscopic technique, the second – patients operated by the classical endoscopic sinus surgery technique. The results were beneficial in the early postoperative period in the first group of patients.

УДК 616.329-616-005.1

ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА У БОЛЬНЫХ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В УСЛОВИЯХ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

**С.П. Боровский, Н.Б. Малаев, И.Н. Сагандыков, С.С. Мухаметкалиев,
 В.В. Землянский, Е.Т. Сабитов, С.С. Мусаев**

АО «Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи», г. Астана

При наличии варикозных вен пищевода и желудка примерно у 60% больных с портальной гипертензией возникает профузное пищеводное кровотечение, при этом у 80% оно рецидивирует в течение года, около 30-40% погибают при каждом эпизоде. Поэтому организация эффективного лечения кровотечений из варикозных вен пищевода является ключевым моментом в лечении портальной гипертензии. Применение консервативной терапии, эндоскопического склерозирования или лигирования, как показывают обширные рандомизированные исследования, не всегда эффективно [1,2,3,4]. Хирургическое портосистемное шунтирование, получившее наибольшее распространение в качестве профилактической меры, ограничивается больными, относящимися к классу А и В по классификации Child. Выполнение различных видов разобщающих операций весьма проблематично при декомпенсированных формах портальной гипертензии, особенно на фоне развившегося кровотечения в силу тяжести состояния пациентов. Лечебные эндоваскулярные вмешательства являются прототипами соответствующих хирургических операций, но в отличие от них обладают минимальной травматичностью и могут быть методом выбора в тех ситуациях, когда операция необходима, но выполнить ее невозможно или она сопряжена с высокой степенью риска.

Цель данного исследования - оценить возможности и определить оптимальный объем эндоваскулярных вмешательств для лечения пищеводных кровотечений у больных с портальной гипертензией.

Материалы и методы. С марта по сентябрь 2010 года на базе Республиканского научного центра неотложной медицинской помощи эндоваскулярные вмешательства при кровотечениях из варикозных вен пищевода и желудка были выполнены у 14 больных с внутрипеченочной формой портальной гипертензии (цирроз печени). Субкомпенсированная стадия портальной гипертензии была у 3 больных, декомпенсированная – у 11 по классификации М.Д. Пациоры (1984). Эндоваскулярные вмешательства проводились после тщательного изучения ангиоархитектоники в бассейнах чревного ствола, воротной вены, показателей воротнопеченочной гемодинамики, оценки коллатерального (артериального и венозного) кровообращения. При этом решался вопрос о показаниях и целесообразности применения соответствующих эндоваскулярных вмешательств: эмболизации селезеночной и варикозно-

расширенных вен пищевода и кардиального отдела желудка.

Эмболизацию селезеночной артерии считали показанной во всех случаях портальной гипертензии при наличии спленомегалии и гиперспленизма. Учитывая отрицательные стороны острой окклюзии селезеночной артерии (инфарцирование, абсцедирование селезенки, панкреатит и др.), мы применяли методику постепенной окклюзии, используя конические спирали без дополнительных нитей.

Для прекращения притока к варикозным венам пищевода и кардиального отдела желудка выполняли эмболизацию левой желудочной и коротких желудочных вен. В первую очередь производили эмболизацию мелких коротких желудочных вен, затем варикозных вен и основного ствола левой желудочной вены. Вначале вводили металлические спирали типа Гиантурко с целью редукции кровотока, затем жидкие склерозирующие средства (тромбовар, этиловый спирт 96%) и гемостатическую губку. Такой порядок введения препаратов был необходим для более длительного контакта склерозирующих веществ с интимой варикозных вен, а также профилактики эмболических осложнений. Эффективность окклюзии указанных вен подтверждали при помощи рентгенотелевизионного контроля или ангиографически.

После проведенных вмешательств катетер в воротной вене оставался еще на сутки. Это было необходимо для введения лекарственных препаратов непосредственно в регионарное русло печени, а также для контроля над эффективностью эмболизации. При контрольной портографии и выявлении реканализации ранее эмболизированных сосудов, возникновении коллатеральных путей выполняли соответствующие корригирующие лечебные эндоваскулярные вмешательства.

Результаты и обсуждения. Применение эмболизации селезеночной артерии в данном варианте ее выполнения не приводило к резкой ишемии селезенки и соответствующего некроза органа. Развитие инфаркта селезенки с абсцедированием, других тяжелых осложнений не наблюдалось. Эмболизация варикозных вен пищевода сопровождалась остановкой кровотечения, регрессом флэбэктазий, улучшением состояния слизистой дистального отдела пищевода. Эмболизацией селезеночной артерии и снижением объема притока крови в портальное русло нивелировался прирост дав-