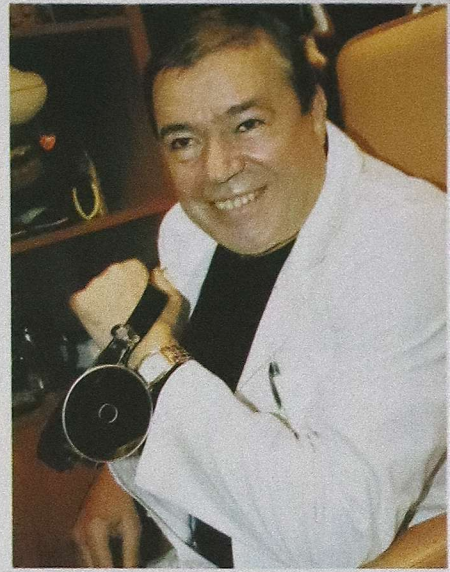


ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИ ЛІКУЮТЬ ОЧІ



У загальній структурі очних патологій запальні захворювання вертикального відділу слезовідвідного тракту займають від 2% до 21,9%. Ця патологія перебуває на межі двох медичних сфер — офтальмології та оториноларингології, й усунути її може тільки хірургічне втручання. Ще вісім років тому за вирішення цієї актуальної проблеми взялися науковці кафедри оториноларингології Української медичної стоматологічної академії. Причому інноваційним методом, який найменше шкодить здоров'ю, — за допомогою ендоскопічних технологій. За цей час проведено понад 200 таких операцій, і з кожним роком вони удосконалюються. Про суть цього методу, його позитивні тенденції розповів **завідувач кафедри оториноларингології УМСА, доктор медичних наук, Заслужений діяч науки і техніки України, професор Сергій БЕЗШАПОЧНИЙ.**

ВЗ Чому саме оториноларингологи взяли за хірургічне лікування дакріоциститів?

— Учені нашої кафедри виявили, що основною причиною розвитку дакріоциститів є наявність патологічних процесів у порожнині носа і його навколососових пазухах. До них ми відносимо гіпертрофічний, атрофічний, катаральний і вазомоторний риніти, викривлення носової перегородки, поліпозний риносинусит, травматичні ушкодження кісток і м'яких тканин носа з порушенням носового дихання, пухлини носа і навколососових пазух тощо. Факторами, що призводять до розвитку риногенних дакріоциститів у дорослих, можуть бути: безпосередній перехід слизової оболонки порожнини носа в слизову оболонку носослізної протоки; наявність судинного зв'язку носа з носовою протокою; існування густого венозного сплетіння, яке безпосередньо переходить в аналогічне утворення носослізної протоки, та деякі інші.

Таким чином, усе вищезазване дає нам, оториноларингологам, привід для оперативного лікування хронічних дакріоциститів.

ВЗ Розкажіть, будь ласка, детальніше про методику внутрішньоносової ендоскопічної мікродакріоцисториностомії, яку ви застосовуєте...

— Перш за все, таке оперативне втручання бажано проводити під інтубаційним наркозом із застосуванням штучної гіпотонії. Найбільш зручним для проведення операції є положення, коли пацієнт лежить на операційному столі із трохи закинutoю головою. Хірург знаходиться праворуч від нього.

За 20—30 хвилин до операції в загальний носовий хід, в ділянку переднього кінця середньої носової раковини, вміщуємо марлеві турунди,

просочені 2% розчином лідокаїну з адреналіном (1:200000). Після цього сентум-голком вводимо 1% розчин лідокаїну з адреналіном у такий же пропорції — в зону *agger nasi*. Через десять хвилин можна починати хірургічні дії. Вони проводяться під постійним ендоскопічним контролем і їх можна спостерігати на моніторі.

За допомогою серпоподібного скальпеля з ділянки проекції слізного мішка викроюється квадратний шматок розміром 1 см². Разом із окістям він зміщується донизу: у такий спосіб прокладається доступ до кісткової стінки слізного мішка.

На другому етапі формується кісткове вікно. На нашу думку, найбільш корисним і безпечним інструментом є хірургічна бормашина.

Кістковий отвір розташовується в нижній частині слізної ямки. При локалізації кісткового «вікна» у даному місці прокладається похила доріжка, і відтік рідини відбувається безперешкодно. Важливо й те, що саме в нижній частині слізної ямки кістка найтонша. Як тільки в кістковому вікні з'являється стінка слізного мішка, робота ріжучим бором зупиняється.

Ідентифікація слізного мішка проводиться за допомогою зонда Боумана, введеного після попереднього бужування через нижню слізну краплю в напрямку сформованого кісткового вікна. Рухами зонда у вказаному напрямку стінка мішка подається в порожнину носа, і серпоподібним ножем ми розкриваємо її у вертикальному напрямку.

У більшості випадків під час розкриття слізного мішка спостерігаються явні виділення гнійного вмісту. Хороша візуалізація структур, а також безпека досягаються завдяки постійній аспірації, що дозволяє працювати на безкровному операційному полі.

У ході виділення тканин слізного пузиря слід проявляти обережність, аби не потрапити в порожнину орбіти. По закінченні операції слізні шляхи промиваються розчином антисептика, і, при необхідності, встановлюється кільцевий стент. Лоскут слизової повертається у своє попереднє положення, його надлишки відсікаються. У ділянку сформованого співустья встановлюється тампон (пальчиковий, ентоцель). Його видаляють через добу, а стент — на п'яту-сьому добу після операції.

ВЗ Які позитивні моменти такої методики?

— За допомогою ендоскопа в нас з'явилася можливість найменш травматичним методом дістатися слізного мішка. Це сприяє мінімізації наслідків такої операції, гарантії швидкого одужання й естетичного вигляду пацієнта після неї: на п'ятий-шостий день на обличчі хворого не залишається будь-яких ознак перенесеного хірургічного втручання. Сучасна хірургічна тактика з використанням ендоскопічної оптики також найкраще забезпечує збереження функції слізних каналців і мішка, найбільше сприяє фізіологічному та швидкому відновленню слезовідведення, скорочує термін перебування хворого на лікарняному — тобто, має й позитивний економічний аспект.

ВЗ Набутий вами досвід уже науково підтверджений?

— Полтавські оториноларингологи ретельно обґрунтовують необхідність ендоскопічної мікродакріоцисториностомії. Ми проводимо ґрунтовне дослідження кісткової частини носослізного каналу, аналізуємо інтраопераційні матеріали тощо.

Наші науковці розмежують гнійний дакріоцистит і рубцево-склеротичний. Раніше в Україні мало хто серйозно займався названою проблемою. А це дуже важливо з огляду на післяопераційний перебіг хвороби. Наприклад, при гнійному дакріоциститі стент у хворого знаходиться 5 днів, при рубцево-склеротичному — довше. Тому що процес ранозагоювання в останніх перебігає з формуванням великої кількості рубців, що можуть закрити сформоване співустья. Ми використовуємо фармакологічні препарати, які попереджають зайве рубцювання: таку практику застосовуємо з самого початку післяопераційного процесу одужання пацієнта.

ВЗ Хто з ваших колег стояв у витоків хірургічного лікування дакріоциститів за допомогою ендоскопа, і чи поширена ця практика в Україні?

— Серед піонерів впровадження цієї сучасної технології — кандидат наук, доцент нашої кафедри Валерій Лобурець, старший лаборант кафедри Богдан Куценко і ваш покірний слуга. А володіє нею більшість науковців клініки. В Україні ендоскопічна мікродакріоцисториностомія практикується в лічених медичних клініках, у тому числі й на кафедрі оториноларингології УМСА. Але в кожного закладу — свій підхід до цієї справи. Маємо власний почерк і ми, полтавці, й ділимося набутим досвідом із колегами з інших областей, аби цей метод став поширеним в Україні.

Розмову вела Ніна КОНДРАТЮК, власкор «ВЗ», м. Полтава