

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**



УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель Министра

Д.Л. Пиневиц

16. 02 2012 г.

Регистрационный № 153-1211

**МЕТОД ЭНДОНАЗАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ
ДАКРИОЦИСТОРИНОСТОМИИ**

Инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК:

ГУ «Республиканский научно-практический центр
оториноларингологии»

АВТОРЫ:

канд. мед. наук Макарина-Кибак Л.Э.,
канд. мед. наук, доцент Затолока Д.А.,
канд. мед. наук, доцент Еременко Ю.Е.,
д. мед. наук, профессор Малиновский Г.Ф.,
Корженевич Е.И., Воронович Т.Ф.

Минск 2013

В настоящей инструкции изложена и разъяснена методика эндоназальной эндоскопической дакриоцисториностомии. Дакриоцисториностомия выполняется одновременно с коррекцией внутриносовых структур. Эндоскопия позволяет оценить состояние пациента перед операцией, определить объём предполагаемого вмешательства, обеспечивает хорошую визуализацию всего процесса в узком операционном поле, малоинвазивность, функциональный подход, критически оценить результат хирургического лечения в разные сроки послеоперационного периода.

Внедрение в оториноларингологическую практику методов функциональной эндоскопической ринохирургии позволит выполнять малоинвазивные вмешательства и при патологии слёзоотводящего аппарата.

Инструкция предназначена для врачей-оториноларингологов и врачей-офтальмологов отделений.

Область применения: оториноларингология, офтальмология.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Показаниями к применению метода эндоназальной эндоскопической дакриоцисториностомии являются:

- 1) наличие у пациента хронического гнойного или посттравматического одно- или двухстороннего дакриоцистита, флегмоны слезного мешка;
- 2) эктазия слезного мешка;
- 3) хроническое слезотечение;

- 4) свищи слезного мешка;
- 5) отсутствие эффекта от предшествующих оперативных вмешательств на слезном мешке;
- 6) посттравматические состояния.

КОНТИНГЕНТ ПАЦИЕНТОВ

Пациенты, обратившиеся в организации здравоохранения с жалобами на слезотечение и имеющие симптомы воспаления слезного мешка и признаки непроходимости слезоотводящих путей.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ МЕТОДА

Общие противопоказания для выполнения плановых хирургических вмешательств.

МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

Стандартное оборудование и оснащение операционных блоков оториноларингологических и офтальмологических отделений многопрофильных и специализированных стационаров, в которых обеспечена возможность выполнения эндоназальной эндоскопической дакриоцисториностомии, включая:

- эндовидеокомплекс;
- жесткие эндоскопы со оптоволоконными световодами (диаметр 4 мм, длина 180 мм; 0, 30 и 700);
- микромоторная система;
- эндоназальная дрель с набором фрез (диаметр 1–3 мм);
- эндосветовод для введения в слезные пути;

- стенты для дренирования слезных путей и формирования дакриостомы;
- набор микрохирургического инструментария для активизации слезной точки, идентификации слезного мешка, проведения стента в полость носа;
- набор инструментария для выполнения эндоназальных эндоскопических вмешательств;
- носовые тампоны (губчатые).

ЦЕЛЬ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА

Обеспечение практического использования нового метода эндоскопической эндоназальной дакриоцисториностомии для восстановления проходимости слезных путей с помощью формирования соустья между слезным мешком и полостью носа.

ОПИСАНИЕ МЕТОДА ЭНДОНАЗАЛЬНОЙ ЭНДСКОПИЧЕСКОЙ ДАКРИОЦИСТОРИНОСТОМИИ

1. Выполнение эндоскопии полости носа с помощью торцевого эндоскопа (0°). Определение объема хирургического вмешательства.
2. Расширение анатомического пространства в проекции слезного мешка путем коррекции внутриносовых структур, устранения хронической ринопатологии (при необходимости – эндоскопическая микросептопластика и коррекция внутриносового бугра, септумпластика, резекция буллезно- измененной средней носовой раковины, этmoidотомия, полисинусотомия при наличии

хронического синусита, вмешательство на нижних носовых раковинах при хроническом рините).

3. Формирование лоскута слизистой на латеральной стенке носа: первый вертикальный разрез – позади *linea maxillaries* перед *processus uncinatus*; второй вертикальный разрез – кпереди и кверху от переднего конца средней носовой раковины.
4. Сформированный и отсепарованный лоскут слизистой смещается в сторону нижней носовой раковины.
5. Трансиллюминация медиальной стенки слезного мешка (введение эндоосветителя в слезный мешок через нижнюю слезную точку и каналец).
6. Формирование костного окна в проекции светового пятна на латеральной стенке носа с помощью эндоназальной дрели (под эндовидеоконтролем).
7. Идентификация слезного мешка путем введения зонда через нижнюю слезную точку, каналец и слезный мешок в полость носа.
8. Иссечение медиальной стенки слезного мешка в пределах остеотомического отверстия с помощью серповидного ножа или шейвера.
9. Установка стента с помощью зонда через нижнюю слезную точку, каналец и слезный мешок в полость носа.
10. Промывание слезных путей раствором антисептика (антибиотика) через стент под эндовидеоконтролем.
11. Укладка отсепарованного лоскута слизистой на нижний край остеотомического отверстия под стент.

12. Фиксация лоскута слизистой с помощью губчатого тампона, уложенного под стент.
13. Тампонада полости носа.

ПРЕИМУЩЕСТВА МЕТОДА

- отсутствие косметического дефекта;
- хорошая визуализация, возможность манипуляций в узком операционном поле;
- малоинвазивность;
- функциональный подход (максимальная сохранность анатомичности структур и их физиологических функций);
- сокращение продолжительности операции;
- сокращение продолжительности пребывания пациента в стационаре;
- возможность выполнения оперативного вмешательства в остром периоде (флегмона слезного мешка);
- возможность одномоментного выполнения операции с двух сторон;
- отсутствие возрастных ограничений;
- возможность осуществления динамического эндоскопического контроля эффективности хирургического лечения в раннем и отдаленном послеоперационном периоде.

Настоящая инструкция по применению эндоназальной эндоскопической дакриоцисториностомии для восстановления проходимости слезных путей являются итогом научно-иссле-

довательской работы и клинической апробации ее результатов по изучению и практическому освоению возможностей эндоназальной эндоскопической дакриоцисториностомии.

Эндоскопическая эндоназальная дакриоцисториностомия с одномоментной коррекцией внутриносовых структур является патогенетически обоснованной.

ВАРИАНТЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ЭНДОНАЗАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДАКРИОЦИСТОРИНОСТОМИИ

1. Вариант неосложненной эндоназальной эндоскопической дакриоцисториностомии.

Под общей анестезией торцевым эндоскопом проводится осмотр полости носа.

После предварительного расширения слезной точки выполняют зондирование носослезного канала.

Выполняют трансиллюминацию стенки слезного мешка.

В полости носа в проекции стенки слезного мешка серповидным ножом выкраивается лоскут слизистой оболочки, который смещают книзу.

С помощью дрели в латеральной стенке носа, в проекции слезного мешка накладывают отверстие диаметром 0,6–0,8 см.

Стенка слезного мешка иссекается с помощью шейвера, избыток слизистой вдоль краев костного отверстия иссекается с помощью серповидного ножа.

При помощи проводника в слезно-носовой канал проводится стент.

Края стента фиксируют у медиального угла глаза.

Через проведенный стент выполняют промывание слезно-носового канала раствором антибиотика под эндовидеоконтролем.

Лоскут слизистой оболочки латеральной стенки носа укладывают на место, фиксируют двумя тампонами (например, «Мероцель», или мазовыми тампонами).

Осуществляют тампонаду половины носа марлей в перчаточной резине.

На протяжении всей операции обеспечивают стойкий гемостаз.

2. Вариант эндоскопической дакриоцистиностомии с шейверной субмукозной деструкцией нижних носовых раковин.

Под общей анестезией торцевым эндоскопом проводят осмотр полости носа.

После предварительного расширения слезной точки выполняют зондирование слезно-носового канала.

Выполняют трансиллюминацию стенки слезного мешка.

В полости носа в проекции стенки слезного мешка серповидным ножом выкраивается лоскут слизистой оболочки, который откидывается книзу.

С помощью дрели в костной стенке латеральной стенки носа в проекции слезного мешка выполняют отверстие диаметром 0,6–0,8 см.

Стенка слезного мешка иссекается с помощью шейвера, избыток слизистой вдоль краев костного отверстия иссекается с помощью серповидного ножа.

При помощи проводника в слезно-носовой канал проводится стент.

Края стента фиксируют у медиального угла глаза.

Через проведенный стент выполняют промывание слезно-носового канала раствором антибиотика под эндовидеоконтролем.

Лоскут слизистой оболочки латеральной стенки носа укладывают на место, фиксируют двумя тампонами (например, «Мероцель», или мазовыми тампонами).

Под контролем торцевой оптики выполняют разрез по переднему краю нижней носовой раковины.

Под слизистую оболочку вводят шейвер, выполняют шейверную субмукозную деструкцию нижней носовой раковины.

Тампонада половины носа марлей в перчаточной резине.

На протяжении всей операции обеспечивают стойкий гемостаз.

3. Вариант эндоскопической эндоназальной дакриоцистиностомии (справа, слева) в сочетании с коррекцией носового бугра или циркулярной резекцией перегородки носа, двухсторонней шейверной подслизистой деструкцией нижних носовых раковин с конхолатеропексией.

Под общей анестезией торцевым эндоскопом проводят осмотр полости носа.

После предварительного расширения слезной точки выполняют зондирование слезно-носового канала.

Выполняют трансиллюминацию стенки слезного мешка.

В полости носа в проекции стенки слезного мешка серповидным ножом выкраивается лоскут слизистой оболочки, который откидывается книзу.

С помощью дрели в костной стенке латеральной стенки носа в проекции слезного мешка выполняют отверстие диаметром 0,6–0,8 см.

Стенка слезного мешка иссекается с помощью шейвера, избыток слизистой вдоль краев костного отверстия иссекается с помощью серповидного ножа.

При помощи проводника в слезно-носовой канал проводят стент.

Края стента фиксируют у медиального угла глаза.

Через проведенный стент выполняют промывание слезно-носового канала раствором антибиотика под эндовидеоконтролем.

Лоскут слизистой оболочки латеральной стенки носа укладывают на место, фиксируют двумя тампонами (например, «Мероцель», или мазевыми тампонами).

С целью расширения пространства между слезным мешком и перегородкой носа производится коррекция носового бугра. Под эндовидеоконтролем производится огибающий разрез слизистой до хряща носовой перегородки спереди от носового бугра. С помощью распатора отсепаровывается слизистая с надхрящницей, серповидным ножом резецируется носовой бугор в хрящевом и костном отделах. Слизистая укладывается на место. Под контролем торцевой оптики выполняют разрез по переднему краю нижней носовой раковины.

Под слизистую оболочку вводят шейвер и выполняют шейверную подслизистую деструкцию нижних носовых раковин, конхолатеропексию.

Выполняют тампонаду носа марлей в перчаточной резине.

На протяжении всей операции обеспечивают стойкий гемостаз.

4. Вариант септумпластики, эндоскопической эндоназальной дакриоцисториностомии (справа, слева), двухсторонней шейверной подслизистой деструкцией нижних носовых раковин с конхолатеропексией.

Под общей анестезией торцевым эндоскопом проводят осмотр полости носа.

После предварительного расширения слезной точки выполняют зондирование слезно-носового канала.

Выполняют трансиллюминацию стенки слезного мешка.

В полости носа в проекции стенки слезного мешка серповидным ножом выкраивается лоскут слизистой оболочки, который откидывается книзу.

С помощью дрели в костной стенке латеральной стенки носа в проекции слезного мешка выполняют отверстие диаметром 0,6–0,8 см.

Стенка слезного мешка иссекается с помощью шейвера, избыток слизистой вдоль краев костного отверстия иссекается с помощью серповидного ножа.

При помощи проводника в слезно-носовой канал проводят стент.

Края стента фиксируют у медиального угла глаза.

Через проведенный стент выполняют промывание слезно-носового канала раствором антибиотика под эндовидеоконтролем.

Лоскут слизистой оболочки латеральной стенки носа укладывают на место, фиксируют двумя тампонами (например, «Мероцель», или мазовыми тампонами).

Выполняется септумпластика по обычной методике.

Под контролем торцевой оптики выполняют разрез по переднему краю нижней носовой раковины.

Под слизистую оболочку вводят шейвер и выполняют шейверную подслизистую деструкцию нижних носовых раковин, конхолатеропексию.

Выполняют тампонаду носа марлей в перчаточной резине. На протяжении всей операции обеспечивают стойкий гемостаз.

5. Вариант эндоскопической эндоназальной дакриоцистиностомии (справа, слева) в сочетании с этмоидотомией, резекцией буллезно-изменённой средней носовой раковины, инфундибулотомией.

Под общей анестезией торцевым эндоскопом проводят осмотр полости носа.

После предварительного расширения слезной точки выполняют зондирование слезно-носового канала.

Выполняют трансиллюминацию стенки слезного мешка.

В полости носа в проекции стенки слезного мешка серпо-

видным ножом выкраивается лоскут слизистой оболочки, который откидывается книзу.

С помощью дрели в костной стенке латеральной стенки носа в проекции слезного мешка выполняют отверстие диаметром 0,6–0,8 см.

Стенка слезного мешка иссекается с помощью шейвера, избыток слизистой вдоль краев костного отверстия иссекается с помощью серповидного ножа.

При помощи проводника в слезно-носовой канал проводят стент.

Края стента фиксируют у медиального угла глаза.

Через проведенный стент выполняют промывание слезно-носового канала раствором антибиотика под эндовидеоконтролем.

Лоскут слизистой оболочки латеральной стенки носа укладывают на место, фиксируют двумя тампонами (например, «Мероцель», или мазовыми тампонами).

Под контролем оптики 30° осматривают остеомеатальный комплекс: резецируется крючковидный отросток, вскрывается гипертрофированная клетка решётчатой буллы, частично резецируется средняя носовая раковина, при необходимости – расширяется естественное соустье верхнечелюстного синуса, вскрываются передние, средние, задние клетки решётчатого лабиринта.

Под слизистую оболочку вводят шейвер и выполняют шейверную подслизистую деструкцию нижних носовых раковин, конхолатеропексию.

Выполняют тампонаду носа марлей в перчаточной резине. На протяжении всей операции обеспечивают стойкий гемостаз.

ПРЕИМУЩЕСТВА МЕТОДА

Пациенты, обратившиеся в организации здравоохранения с жалобами на слезотечение и имеющие симптомы воспаления слезного мешка и признаки непроходимости слезоотводящих путей.

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МЕТОДА И СПОСОБЫ ИХ УСТРАНЕНИЯ

Осложнений не отмечено.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

Разработанные варианты эндоскопической эндоназальной дакриоцисторриностомии (одно- или двухсторонней) обеспечивают практически полное восстановление проходимости слезных путей вследствие формирования соустья между слезным мешком и полостью носа при одно- или двухсторонних дакриоциститах или флегмонах слезного мешка.

ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Итогом применения метода эндоназальной эндоскопической дакриоцисторриностомии, обеспечивающего восстановление проходимости слезных путей, является отсутствие косметического дефекта, практически полное восстановление про-

ходимости слезных путей, одномоментное устранение сопутствующей хронической ринопатологии. При этом достигается сокращение продолжительности послеоперационного периода и сроков пребывания пациента в стационаре.

Производственно-практическое издание

Макарина-Кибак Л.Э.,
Затолока Д.А., Еременко Ю.Е., Малиновский Г.Ф.,
Корженевич Е.И., Воронович Т.Ф.

**МЕТОД ЭНДОНАЗАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ
ДАКРИОЦИСТОРИНОСТОМИИ**

Инструкция по применению

Ответственный за выпуск *В.В. Голикова*

Подписано в печать 05.04.2013. Формат 60×84/16.
Бумага офсетная. Отпечатано цифровым способом. Усл. печ. л. 2,8.
Уч.-изд. л. 1,54. Тираж 100 экз. Заказ 141.

УП «Профессиональные издания».
ЛИ № 02330/988 от 31.09.2011.
Ул. Чернышевского, 10-А, оф. 805, 220012, г. Минск.