

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

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический
центр оториноларингологии» Министерства здравоохранения Республики
Беларусь

Авторы

К.м.н. Макарина-Кибак Л.Э.,

К.м.н., доцент Затолока Д.А.,

К.м.н., доцент Еременко Ю.Е.,

Д.м.н., профессор Малиновский Г.Ф.

Корженевич Е.И.,

Воронович Т.Ф.

Минск, 2011

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ
Первый заместитель министра

_____ Д. Л. Пиневиц

16.02.2012

Регистрационный № 153-1211

**МЕТОД ЭНДОНАЗАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ
ДАКРИОЦИСТОРИНОСТОМИИ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: ГУ «Республиканский научно-практический
центр оториноларингологии»

АВТОРЫ: канд. мед. наук Л. Э. Макарина-Кибак, канд. мед. наук, доц.
Д. А. Затолока, канд. мед. наук, доц. Ю. Е. Еременко, д-р мед. наук, проф.
Г. Ф. Малиновский, Е. И. Корженевич, Т. Ф. Воронович

Минск 2011

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 объем предполагаемого вмешательства, обеспечивать хорошую визуализацию всего процесса в узком операционном поле, малоинвазивность, функциональный подход, а также 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 слезоотводящего аппарата.

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

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, СРЕДСТВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ

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 с оптоволоконными световодами (диаметр 4 мм, длина 180 мм; 0, 30 и 70°);
- микро моторная 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).

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.

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

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

Общие противопоказания для выполнения плановых хирургических вмешательств.

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 ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

1. Эндоскопия 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 оболочки 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 оболочки 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 оболочки на нижний край остеотомического отверстия под стент.

12. Фиксация лоскута слизистой оболочки 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 является итогом научно-исследовательской работы и клинической апробации ее результатов по изучению и практическому освоению возможностей данного метода.

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

ВАРИАНТЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ЭНДОНАЗАЛЬНОЙ ЭНДСКОПИЧЕСКОЙ ДАКРИОЦИСТОРИНОСТОМИИ

1. Неосложненная эндоназальная эндоскопическая дакриоцисториностомия.

Под общей анестезией торцевым эндоскопом проводится осмотр полости носа.

После предварительного расширения слезной точки выполняют зондирование носослезного канала.

Производят 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 оболочки вдоль краев костного отверстия — с помощью серповидного ножа.

При помощи проводника в слезно-носовой канал проводится стент.

Края стента фиксируют у медиального угла глаза.

Через проведенный стент промывают слезно-носовой канал раствором антибиотика под эндовидеоконтролем.

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

Осуществляют тампонаду половины носа марлей в перчаточной резине.

На протяжении всей операции обеспечивают стойкий гемостаз.

2. Эндоскопическая дакриоцистириностомия 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 оболочки вдоль краев костного отверстия — с помощью серповидного ножа.

При помощи проводника в слезно-носовой канал проводится стент.

Края стента фиксируют у медиального угла глаза.

Через проведенный стент промывают слезно-носовой канал раствором антибиотика под эндовидеоконтролем.

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

Под контролем торцевой оптики производят 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. Эндоскопическая эндоназальная дакриоцистириностомия (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.

Осуществляют 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 оболочки 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 промывают слезно-носовой канал 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 оболочки до хряща носовой перегородки кпереди от носового бугра. С помощью распатора отсепаровывается слизистая оболочка 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.

Производят тампонаду носа марлей в перчаточной резине.

На протяжении всей операции обеспечивают стойкий гемостаз.

4. Септумпластика, эндоскопическая эндоназальная дакриоцистиностомия (справа, слева), двухсторонняя шейверная подслизистая деструкция нижних носовых раковин с конхолатеропексией.

Под общей анестезией торцевым эндоскопом проводят осмотр полости носа.

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

Производят 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 оболочки вдоль краев костного отверстия — 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).

Выполняется септумпластика по обычной методике.

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

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

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

5. Эндоскопическая эндоназальная дакриоцисториностомия (справа, слева) в сочетании с этмоидотомией, резекцией буллезно-измененной средней носовой раковины, инфундибулотомией.

Под общей анестезией торцевым эндоскопом проводят осмотр полости носа.

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

Производят 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 оболочки 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 промывают слезно-носовой канал 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 решетчатой буллы, частично резецируется средняя носовая раковина, при необходимости расширяется естественное соустье верхнечелюстного синуса, вскрываются передние, средние, задние клетки решетчатого 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.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

Осложнений не отмечено.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

Разработанные варианты эндоскопической эндоназальной дакриоцисториностомии (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 дакриоцисториностомии, обеспечивающего восстановление проходимости слезных путей, является отсутствие косметического дефекта, практически полное восстановление проходимости слезных путей, одномоментное устранение сопутствующей хронической ринопатологии. При этом достигается сокращение продолжительности послеоперационного периода и сроков пребывания пациента в стационаре.