



Медикаментозное ведение пациентов после эндоскопической эндоназальной дакриоцисториностомии

С.А. Карпищенко, д.м.н., проф., С.Ю. Астахов, д.м.н., проф.,
Н.Ю. Белдовская, к.м.н., О.Е. Верещагина, к.м.н., А.А. Карпов

Адрес для переписки: Сергей Анатольевич Карпищенко, karpischenkos@mail.ru

Для цитирования: Карпищенко С.А., Астахов С.Ю., Белдовская Н.Ю. и др. Медикаментозное ведение пациентов после эндоскопической эндоназальной дакриоцисториностомии. Эффективная фармакотерапия. 2023; 19 (49): 33–35.

DOI 10.33978/2307-3586-2023-19-49-33-35

Слезотечение (эпифора) – основной клинический симптом, который чаще всего встречается при обструкциях вертикального отдела слезоотводящих путей. Эффективным и безопасным методом хирургического лечения такой патологии считается эндоскопическая эндоназальная дакриоцисториностомия. Эндоскопическая техника не только обеспечивает качественную визуализацию зоны оперативного вмешательства и возможность коррекции сопутствующей патологии полости носа, но и позволяет оценить процесс заживления дакриостомы на послеоперационном этапе. Однако даже после выполнения подобного вмешательства не исключены рецидивы заболевания, возобновление слезо- и гноетечения. Непосредственной причиной рецидива обычно становится рубцовое заращение дакриостомы. Этому способствует развивающееся в слезных путях послеоперационное воспаление, особенно когда в процессе операции для улучшения вновь созданного пути оттока слезы устанавливаются лагримальные имплантаты. В таких случаях крайне важен послеоперационный уход за конъюнктивальным мешком, зоной риностомы, полостью носа. В арсенале дакриологов имеются различные медикаментозные препараты, направленные на улучшение хирургических результатов и купирование воспаления. Речь идет о топических назальных и глазных глюкокортикостероидах, местных противомикробных препаратах в виде глазных капель и назальных спреев, комбинации данных средств, назальных деконгестантах, изотонических солевых растворах для орошения полости носа и конъюнктивальной полости, системных антибактериальных средствах. Их использование в послеоперационном периоде способствует профилактике рубцовых и инфекционных осложнений, что делает хирургическое лечение патологии слезоотведения более успешным.

Ключевые слова: слезотечение, обструкция носослезного протока, эндоскопическая эндоназальная дакриоцисториностомия, назальные деконгестанты, назальные и глазные глюкокортикостероиды и антибиотики, пероральные антибиотики

Слезотечение (эпифора) – один из самых распространенных клинических симптомов при патологии слезных органов. Причиной его развития может быть как гиперсекреция слезы, так и нарушение слезоотведения (от неправильного положения век, слезных точек, слезных канальцев до дакриостенозов и полной облитерации слезных путей). Независимо от этиологии эпифора существенно влияет на качество жизни пациента [1]. Непроходимость слезоотводящих путей считается наиболее распространенной причиной возникновения слезотечения и может быть

врожденной, если появляется до первого года жизни, и приобретенной [2]. Кроме того, если рассматривать уровень обструкции, ее также можно разделить на непроходимость горизонтального (на уровне слезных точек, верхнего, нижнего, общего слезных канальцев) и вертикального отделов (слезный мешок и носослезный проток). Последняя форма наиболее распространена и чаще всего встречается у женщин среднего возраста [3]. Обструкция носослезного протока обусловлена, в частности, инфекционными (бактериальными, вирусными, грибковыми, паразитарными), воспалитель-



ными (эндогенными, экзогенными), механическими, неопластическими и травматическими причинами [4]. В отсутствие провоцирующих факторов стеноз обычно классифицируется как первичная приобретенная непроходимость.

В литературе описано множество хирургических и медикаментозных методов лечения стеноза вертикального отдела слезоотводящих путей. Но методом выбора, основанного на показателях функционального успеха, признана дакриоцисториностомия [5]. На протяжении многих десятилетий использовался только наружный подход. Сегодня, с появлением ригидных эндоскопов стало возможным выполнение дакриоцисториностомии эндоскопическим эндоназальным доступом. Одним из преимуществ данного метода является возможность визуально идентифицировать хирургические ориентиры, а также оценить анатомические изменения в полости носа, способные повлиять на ход операции (например, искривленная перегородка носа, буллезно-измененная средняя носовая раковина) [6]. Кроме того, эндоскопический осмотр можно проводить в послеоперационном периоде для прямой визуализации процесса заживления. Одной из основных причин неудач после дакриоцисториностомии, как эндоназальной, так и выполненной наружным доступом, является заращение дакриостомы грануляционной тканью с формированием рубцовой мембраны [7]. Для улучшения результатов хирургического вмешательства и предотвращения избыточного рубцевания, а также развития местной инфекции в области дакриостомы независимо от хирургического подхода на послеоперационном этапе используются различные медикаментозные препараты: топические назальные и глазные глюкокортикостероиды (ГКС), местные противомикробные препараты в виде глазных капель и назальных спреев, комбинации этих препаратов, назальные деконгестанты, изотонические солевые растворы для орошения полости носа, а также системные антибактериальные средства [5, 8].

Состав нормальной конъюнктивальной микрофлоры несколько варьируется у разных людей, микроорганизмы могут взаимодействовать друг с другом, а также с защитными механизмами, как системными, так и локальными [9]. В нормальных условиях подобное взаимодействие приводит к балансу, который предотвращает развитие инфекции. Но если этот механизм перестает работать (например, из-за синдрома сухого глаза, обструкции слезоотводящих путей или иммунодефицита), развивается воспаление. Именно поэтому топические противомикробные препараты в форме глазных капель играют ключевую роль в профилактике местных инфекций.

Необходимо отметить, что потенциально в качестве фактора, провоцирующего развитие инфекции, могут

выступать лакримальные имплантаты, которые в ряде случаев устанавливаются на завершающем этапе дакриоцисториностомии. Фактически, действуя как инородное тело, они могут вызывать местное воспаление и колонизацию микроорганизмами [10]. Если лакримальные стенты остаются в дакриостоме в течение длительного периода времени, образующиеся биопленки могут повлиять на процесс послеоперационного заживления и конечный результат [11].

Учитывая потенциальное формирование грануляционной ткани в зоне дакриостомы (как с применением силиконовых стентов, так и без него), для достижения более высоких показателей успеха после дакриоцисториностомии необходимо использовать местные глазные капли, содержащие ГКС. Эти препараты составляют основу послеоперационного лечения, поскольку характеризуются противовоспалительной активностью и предотвращают закрытие дакриостомы [12]. Использование в послеоперационном периоде назальных топических ГКС можно рассматривать как дополнительную местную противовоспалительную терапию. Кроме того, с учетом риска образования корок в области дакриостомы рекомендуется орошать полость носа изотоническим солевым раствором. В некоторых публикациях сообщается о повышении хирургических результатов при использовании в послеоперационном периоде назальных деконгестантов [13, 14].

Рутинное применение системных антибактериальных препаратов нецелесообразно из-за риска развития побочных эффектов. Эти препараты используются только в случае острого дакриоцистита [15, 16].

Таким образом, правильный уход за больными после эндоскопической эндоназальной дакриоцисториностомии, особенно при одномоментной установке лакримальных имплантатов и/или устранении ринологической патологии, приводит к хорошим косметическим и функциональным результатам.

Послеоперационное ведение пациентов должно включать совместные осмотры офтальмолога и ринолога, закапывание антибактериальных и противовоспалительных капель в конъюнктивальный мешок и носовой ход, промывание слезоотводящих путей на оперированной стороне. Применение топических ГКС и антибактериальных препаратов в форме глазных капель и назальных спреев способствует профилактике инфекционного воспаления и рубцового заращения дакриостомы. В схему лечения необходимо включать средства для восстановления состава слезной пленки – слезозаменители.

В настоящее время в арсенале дакриологов имеется большое количество препаратов различных фармакологических групп, в том числе отечественного производства, которые успешно применяются в клинической практике. ☺

Литература

1. Juri Mandic J., Ivkic P.K., Mandic K., et al. Quality of life and depression level in patients with watery eye. Psychiatr. Danub. 2018; 30 (4): 471–477.



2. Карпищенко С.А., Роднева Ю.А., Карпов А.А. Назальные причины слезотечения у детей. Педиатрия. Приложение к журналу Consilium Medicum. 2021; 3: 244–248.
3. Woog J.J. The incidence of symptomatic acquired lacrimal outflow obstruction among residents of Olmsted County, Minnesota, 1976–2000 (an American Ophthalmological Society thesis). Trans. Am. Ophthalmol. Soc. 2007; 105: 649–666.
4. Bartley G.B. Acquired lacrimal drainage obstruction: an etiologic classification system, case reports, and a review of the literature. Part 3. Ophthalmic Plast. Reconstr. Surg. 1993; 9 (1): 11–26.
5. Vinciguerra A., Nonis A., Giordano Resti A., et al. Best treatments available for distal acquired lacrimal obstruction: a systematic review and meta-analysis. Clin. Otolaryngol. 2020; 45 (4): 545–557.
6. Карпищенко С.А., Верещагина О.Е., Фаталиева А.Ф. и др. Коррекция перегородки носа при эндоскопической эндоназальной дакриоцисториностомии. Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae. 2019; 25 (4): 15–20.
7. Филева Л.В. Профилактика рубцевания дакриориностомы. Российская оториноларингология. 2020; 19 (3): 37–40.
8. Бржеский В.В., Астахов Ю.С., Кузнецова Н.Ю. Заболевания слезного аппарата. Пособие для практикующих врачей. 2-е изд., испр. и доп. СПб.: Издательство Н-Л, 2009; 92–93.
9. Grzybowski A., Brona P., Kim S.J. Microbial flora and resistance in ophthalmology: a review. Graefes Arch. Clin. Exp. Ophthalmol. 2017; 255 (5): 851–862.
10. Becker B.B. Cultures of proximal and distal segments of silicone tubes after dacryocystorhinostomy. Ophthalmic Plast. Reconstr. Surg. 2019; 35 (1): 42–44.
11. Murphy J., Ali M.J., Psaltis A.J. Biofilm quantification on nasolacrimal silastic stents after dacryocystorhinostomy. Ophthalmic Plast. Reconstr. Surg. 2015; 31 (5): 396–400.
12. Sarode D., Bari D.A., Cain A.C., et al. The benefit of silicone stents in primary endonasal dacryocystorhinostomy: a systematic review and meta-analysis. Clin. Otolaryngol. 2017; 42 (2): 307–314.
13. Sosuan G.M.N., Ranche F.K.T., Lagunzad J.K.D. A randomized controlled trial on the effects of oxymetazoline nasal spray after dacryocystorhinostomy among adult patients. BMC Res. Notes. 2020; 13: 236.
14. Korkmaz H., Yao W.C., Korkmaz M., Bleier B.S. Safety and efficacy of concentrated topical epinephrine use in endoscopic endonasal surgery. Int. Forum Allergy Rhinol. 2015; 5 (12): 1118–1123.
15. Boal N.S., Chiou C.A., Sadlak N., et al. Antibiotic utilization in endoscopic dacryocystorhinostomy: a multi-institutional study and review of the literature. Orbit. 2023; 1–7.
16. Wladis E.J., Khan H., Chen V.H. Are systemic antibiotics required during and after dacryocystitis-related dacryocystorhinostomy? Orbit. 2020; 39 (6): 413–414.

Medical Treatment After Endoscopic Endonasal Dacryocystorhinostomy

S.A. Karpishchenko, PhD, Prof., S.Yu. Astakhov, PhD, Prof., N.Yu. Beldovskaya, PhD, O.Ye. Vereshchagina, PhD, A.A. Karpov

Academician I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University

Contact person: Sergey A. Karpishchenko, karpischenkos@mail.ru

Lacrimation (epiphora) is the main clinical symptom that is most often found in obstructions of the vertical part of the lacrimal tract. Endoscopic endonasal dacryocystorhinostomy is considered an effective and safe method of surgical treatment of such pathology. Endoscopic technique not only provides high-quality visualization of the surgical intervention area and the possibility of correction of concomitant pathology of the nasal cavity, but also allows you to evaluate the healing process of dacryostomy at the postoperative stage. However, even after performing such an intervention, relapses of the disease, the resumption of lacrimation and suppuration are not excluded. The immediate cause of relapse is usually cicatricial overgrowth of dacryostoma.

This is facilitated by postoperative inflammation developing in the lacrimal pathways, especially when lacrimal implants are installed during the operation to improve the newly created tear outflow pathway. In such cases, postoperative care of the conjunctival sac, rhinostomy area, and nasal cavity is extremely important.

In the arsenal of dacryologists there are various medications aimed at improving surgical results and relieving inflammation. We are talking about topical nasal and ocular glucocorticosteroids, local antimicrobials in the form of eye drops and nasal sprays, combinations of these agents, nasal decongestants, isotonic saline solutions for irrigation of the nasal cavity and conjunctival cavity, systemic antibacterial agents.

Their use in the postoperative period contributes to the prevention of scarring and infectious complications, which makes surgical treatment of lacrimal pathology more successful.

Keywords: *lacrimation, nasolacrimal duct obstruction, endoscopic endonasal dacryocystorhinostomy, nasal decongestants, nasal and ocular glucocorticosteroids and antibiotics, oral antibiotics*