



IDA-TALLINNA KESKHAIGLA

AS Ida-Tallinna Keskhaigla
Ravi 18, 10138 Tallinn
Rg-kood 10822068
Tel 666 1900
E-post info@itk.ee
www.itk.ee

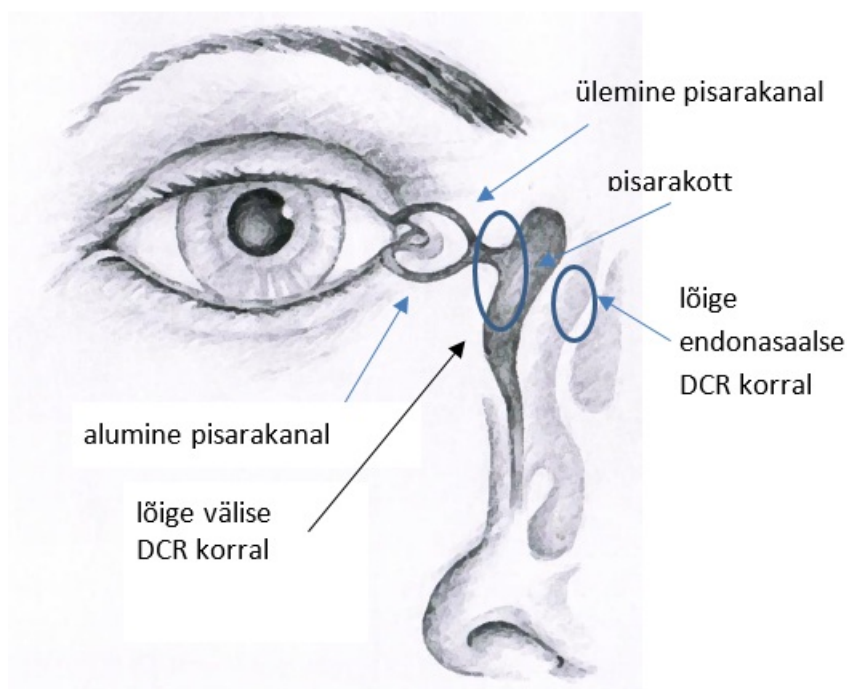
Pisarateede omandatud sulguse ravi

Infolehe eesmärk on anda patsiendile ülevaade pisarateede omandatud sulgusest ja selle erinevatest ravivõimalustest.

Kaebused, diagnoosimise meetodid ja diferentsiaaldiagnostika

Kui pisarateedes esineb sulgus, ei saa pisarad oma ettenähtud teed pidi nina kaudu kurku voolata ning tekib pisarate ülevool. Häiriv pisaravool esineb siis tavaliselt nii siseruumides kui ka väljas. Pisaravool esineb ka kuiva silma sündroomi puhul, millest tuleks pisarateede sulgust kindlasti eristada. Pisarateede sulguse korral esineb patsiendil tavaliselt limane või mädane eritis pisarateedest; seda saab diagnoosida pisarakotile vajutades. Sellisel juhul aitab vahel antibiootikumi tilkade ravikuurist ja pisarakoti massaažist, mida saab patsient ise teha. Kui aga ravi ei anna tulemust, võib pisarateede sulgus kujuneda krooniliseks või ägedaks pisarakotipõletikuks ehk dakrotsütiidiks. Sel juhul tekib silma sisenerka pisarakoti piirkonda kombeldav punn, mis enam vajutades ära ei kao. Ägeda põletiku korral lisandub ka punetus, valulikkus, palavik.

Pisarateede sulguse diagnoosimiseks tuleb pisarateid sondeerida. Selleks pannakse patsiendile silma tuimestustilkasid ja läbi ülemise või alumise pisarapunkti viiakse pisarateedesse sond. Pisarateid loputatakse füsioloogilise lahusega ning selle käigus selgub sulguse asukoht ja vajalik ravimeetod. Vahel on võimalik sondeerimise käigus takistus pisarateedest eemaldada.



Pilt 1. Pisarateede anatoomia ning operatsiooniavade asukohad

Pisarateede sulguse ravivõimalused

1. Pisarateede intubeerimine

Pisarateede intubeerimist silikoontoruga kasutatakse pisarateede sulguse korral enamasti esmase ravimeetodina, kui sondeerimine pole andnud tulemust. Kuna operatsioon toimub üldnarkoosis, siis hommikul ei tohi süüa ega juua, kuid oma igapäevased rohud võib vähese veega ära võtta. Operatsiooni käigus sondeeritakse pisarateed, läbitakse takistused ning asetatakse pisarateedesse silikoontoru. Vahel paigutatakse silikoontoru ainult läbi ühe kanali, kui operatsiooni käigus selgub, et seda pole võimalik läbi mõlema kanali asetada. Operatsioon kestab umbes pool tundi kuni tund, olenevalt patsiendi anatoomilistest iseärasustest ja patoloogia raskusest. Kuna operatsiooni ajal väljutatakse silikoontorud läbi nina, siis võib esineda operatsiooni järel ninaverejooks, mistõttu pannakse tavaliselt ninna tampoon. Haiglast saab patsient koju samal päeval. Pärast operatsiooni tuleb silma ja ninna panna arsti poolt välja kirjutatud tilkasid ja hoiduda kõvasti nuuskamisest. Kui silikoontoru peaks ninast välja tulema, ei tohiks sellest ehmata, vaid tuleks see sinna tagasi panna. Samuti ei tohiks silma siseturka kõvasti hõõruda, see võib silikoontoru asendit häirida. Tavaliselt eemaldatakse silikoontoru pisarateedest 6–8 nädala pärast. Selleks kutsub arst patsiendi vastuvõtule. Arst lõikab toru läbi ja patsient nuuskab selle kabinetis ise välja. Kui see mingil põhjusel ei õnnestu, tuleb see eemaldada endoskoobi abil. Kui patsiendil on endiselt kaebused, tuleb teha uus operatsioon, millest on juttu järgmises lõigus. Tavaliselt aitab pisarateede intubeerimine lapsi ja nooremaid täiskasvanuid ning patsiente, kellel pole olnud pisarakotipõletikku.

2. Väline dakrüotsüstorinostoomia (väline DCR, ingl *external dacryocystorhinostomy*)

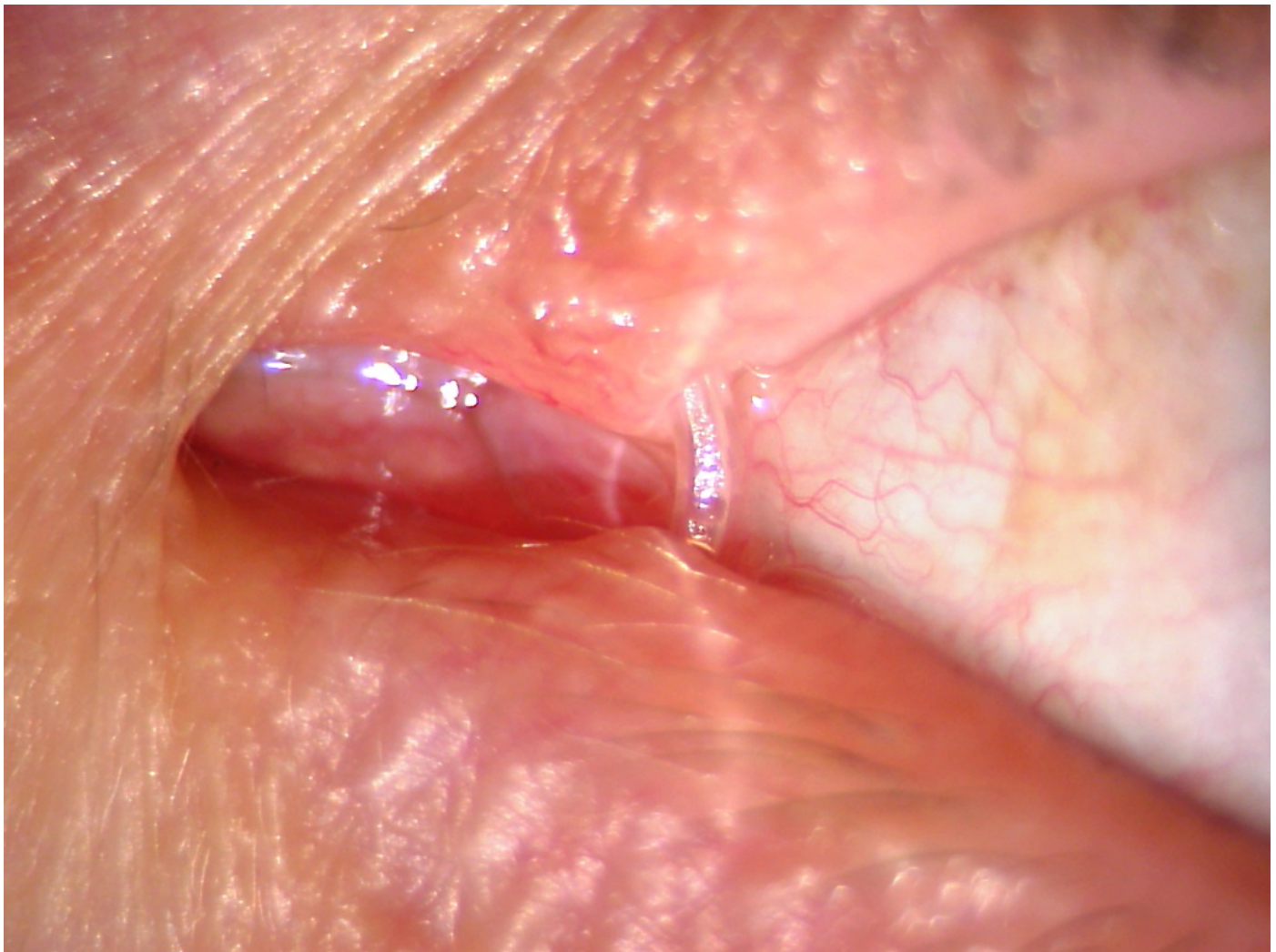
Kui patsiendil on esinenud pisarakotipõletikke või intubeerimise järel on takistus pisarateedes taastekkinud, tehakse üldnarkoosis väline DCR. Selleks tehakse ninajuurele 1 cm suurune lõige, mille kaudu moodustatakse pisarateedele läbi ninaseina luuava uus juurdepääs ninaõõnde (pilt 1). See ava kaetakse pisarakoti ja nina limaskestaga. Pisarateedesse asetatakse armistumise takistamiseks ajutiselt silikoontoru. Kuna avaus tehakse ninaõõnde, siis on loomulik, et operatsiooni ajal ja järel esineb ninast verejooks. Selle tõttu pannakse ninna tampoonid. Just ninaverejooksu ohu tõttu soovitage me patsiendil ühe öö haiglas olla, et vajadusel osutada vastavat ravi. Patsiendid, kes tarvitavad verevedeldajaid, eriti Marevani korral, peaksid sellest kindlasti arstile teatama. Aspiriin oleks hea ära jätta 5 päeva enne operatsiooni; Marevani puhul tuleb teha üleminek teisele ravimile ehk sildamine perearsti juures. Kindlasti tuleb vererõhu tabletid hommikul ära võtta, kuigi ka sel juhul on keelatud söömine-joomine operatsioonipäeva hommikul. Operatsiooni ajal asetatakse haavale niidid, mis tuleb eemaldada lasta 7–10 päeva pärast kas perearstil, ravival silmaarstil või kutsub kirurg patsiendi oma vastuvõtule. Selle operatsiooni õnnestumine on erinevatel andmetel kuni 95%. Negatiivseks pooleks on ninajuurel olev arm, mis aga aastatega kaob, samuti võib silma ümber ja alla tekkida hematoom, mis iseenesest kaob. Pärast operatsiooni kirjutab arst välja vajalikud tilgad silma ja ninna panemiseks; samuti pole lubatud tugevalt nuusata 2 nädalat. Silikoontoru tuleb eemaldada 6–8 nädala pärast polikliinikus.

3. Endonasaalne dakrüotsüstorinostoomia (endonasaalne DCR, ingl *endonasal dacryocystorhinostomy*) Endonasaalse DCR-i korral tehakse ühendus pisarateede ja ninaõõne vahele nina kaudu endoskoobi abiga ning nahale lõiget ei tehta. Pisarateedesse (pilt 1) asetatakse armistumise takistamiseks ajutiselt silikoontoru, mis eemaldatakse 6–8 nädala pärast polikliinikus. Ka selle operatsiooni järel esineb tavaliselt verejooks ninast, mis pole ebatavaline ning seetõttu asetatakse ninna tampoonid. Seetõttu on patsiendil valida, kas ta soovib ööseks haiglasse jääda või mitte. Harvadel juhtudel tuleb operatsiooni käigus teha ava siiski naha poolt, kui patsiendi anatoomiliste iseärasuste tõttu pole võimalik läbi nina operatsiooni teha. Selle operatsiooni eeliseks on patsiendi kiirem taastumine. Kuna nahalõiget ei tehta, ei kahjustu ka pisarapumba funktsioon ja ei jää armi. Selle operatsiooni õnnestumise tõenäosus on sama suur, kui eelmisel meetodil. Endonasaalset DCR-i ei saa kasutada kõikidel patsientidel, näiteks erinevate ninapatoloogiate (polüübid, ninavaheseina kõverused) korral, samuti siis, kui kahtlustatakse näiteks pahaloomulist kasvajat. Arst otsustab, milline operatsioon teile sobib. Operatsiooni võimalikud tüsistused on liikvori leke, silmamuna ja silmalihaste kahjustus, mis on õnneks aga väga harva esinevad.

Operatsioonijärgne ravi

Esimestel operatsioonijärgsetel päevadel võib esineda vereeritus ninast, mis lakkab iseenesest ja mille pärast ei pea muretsema. Oluline on hoiduda nuuskamisest 2 nädalat. Pärast operatsiooni tuleb 5 nädalat kasutada arsti poolt määratud silmatilkasid opereeritud pisarateedega silma. Lisaks tuleb turse alandamiseks kasutada apteegis käsimüügis saadaval olevat ninaaerosooli 7 päeva, edaspidi võib nina loputada meresoola veega. Verevalumid operatsiooni piirkonnas on väga tavalised ning eraldi ravi ei vaja.

Pisarateedesse jääb ligikaudu 6–8 nädalaks silikoontoru (pilt 2), mille eemaldab arst vastuvõtu ajal, kui patsient pärast toru läbi lõikamist selle välja nuuskab.



Pilt 2. Silinkoontoru pisarakanalites.

Lastel ja teatud erijuhtudel täiskasvanutel eemaldatakse toru uue operatsiooni käigus. Silinkoontoru võib aevastamise või nuuskamise käigus ninast välja tulla; see ei ole ohtlik ning toru tuleb ninna tagasi lükata. Ise ei tohi toru läbi lõigata ja eemaldada, sest osa torust võib sellisel juhul pisarateedesse jääda. Kui patsient on segaduses ja ei oska olukorda hinnata, võib ta äärmisel juhul pöörduda Ida-Tallinna Keskhaigla valvesilmaarsti poole.

ITK865

Käesoleva infomaterjali on kooskõlastanud silmakliinik 01.01.2023. a.