



ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ФЛЕГМОНЫ СЛЁЗНОГО МЕШКА И НАГНОИВШЕЙСЯ АТЕРОМЫ ОБЛАСТИ МЕДИАЛЬНОЙ СПАЙКИ ВЕК. ВОЗМОЖНОСТИ НОВЫХ ПОДХОДОВ К ЛЕЧЕНИЮ

© К. А. Дерен, Н. Ю. Кузнецова, С. А. Новиков, Е. С. Онищенко

Кафедра офтальмологии с клиникой СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, Санкт-Петербург

✧ **Ключевые слова:** диодлазерная деструкция; дисцизия; дифференциальная диагностика; новообразование слёзного мешка.

ВВЕДЕНИЕ

Определённые трудности для молодых специалистов представляет диагностика патологических состояний пограничных топографических зон лица, относящихся к разным областям клинической медицины.

Поскольку такие ситуации нередки, то они требуют более детального анализа, во избежание появления диагностических и тактических ошибок. Необходимо тщательное обследование таких пациентов, с целью проведения дифференциальной диагностики, которая и будет определять дальнейшую тактику их ведения и лечения [2].

АКТУАЛЬНОСТЬ

Представленный клинический случай является весьма демонстративным, так как, несмотря на отсутствие у больного офтальмологической патологии (воспаление дериватов кожи симулировало заболевание слёзного мешка), лечение потребовало привлечение специалистов именно этого профиля. Локализация патологического процесса и современные технологии позволили применить оптимальные методы лечения [1].

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациент Н., 54 года, обратился в начале ноября 2010 года к офтальмологу с жалобами на покраснение в области внутренней спайки век правого глаза, уплотнение в этой зоне, болезненность при пальпации, повышение температуры тела до 37,3 °С. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.

Известно, что с 15 лет у пациента имеется миопия слабой степени (2,0 дптр) обоих глаз. Операций, травм органа зрения не было.

Визометрия:

Vis OD 0,1 со sph — 2,5 дптр=1,0

Vis OS 0,2 со sph — 2,0 дптр=1,0

Аutoreфрактометрия:

OD: Sph-2,5 D; Cyl-0,25 D ax 158°

OS: Sph-2,0 D; Cyl-0,25 D ax 37°

Из анамнеза заболевания: около года назад в области внутренней спайки век правого глаза появилось безболезненное образование, напоминающее горошину, обнаруженное им случайно. Пациент на тот момент никуда не обращался. Спустя полгода появилась яркая гиперемия и легкая болезненность в этой зоне. Из протокола осмотра в диагностическом центре: «OD — у внутреннего угла в области слёзного мешка имеется уплотнение, незначительно гиперемизированное, отмечается легкая болезненность при пальпации. Периодически пациент отмечает самопроизвольное вскрытие образования наружу с эвакуацией гнойного содержимого. Передний отрезок глазного яблока без особенностей. При промывании слёзно-носовых путей раствором антисептика жидкость вытекает в полость носа с задержкой, единичными каплями». С целью уточнения локализации патологического процесса больному было рекомендовано выполнение рентгеноконтрастного исследования слёзных путей.

Контрастирование слёзных путей справа: Контраст свободно проходит в нос. Слёзный мешок слегка расширен, его нижний край несколько смещен кзади и кнутри. Слёзно-носовой канал в своей верхней половине дугообразно смещен кзади (рис. 1).

Заключение: Проходимость слёзно-носовых путей не нарушена; имеет место дислокация слёзного мешка и слёзно-носового канала.

Рекомендовано выполнение МРТ с целью уточнения характера образования, дислоцирующего слёзные пути.

МРТ слёзного мешка, слёзно-носового канала: В нижне-медиальном углу правой орбиты определяется в мягких тканях кистозное образование размерами 14 × 7 мм, имеющее неравномерно повышенный сигнал на T2 ВИ за счет неоднородного содержимого с равномерно утолщенной капсулой до 2 мм (рис. 2).

Заключение: МРТ-картина неоднородной кисты правого слёзно-носового канала с признаками воспаления.

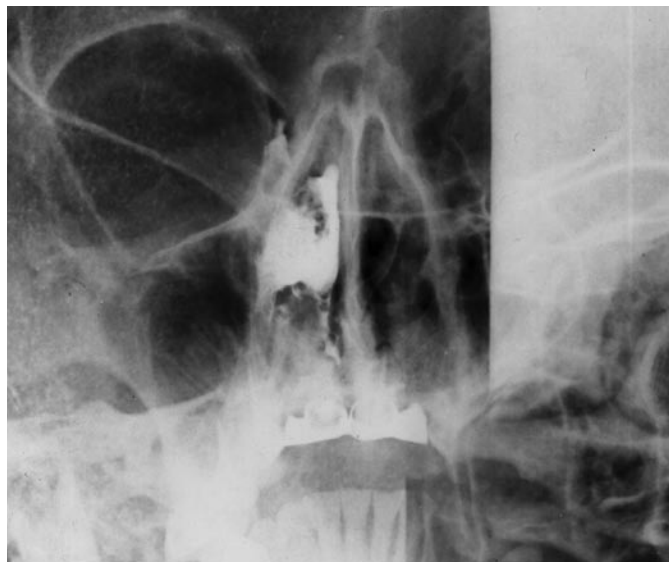


Рис. 1. Рентгенограмма с контрастированием слёзных путей справа, прямая проекция (стрелка указывает на расширение и смещение слёзного мешка)

Консультация отоларинголога:

Данных за патологию ЛОР-органов нет.

Данные объективного исследования

OD — глазная щель несколько сужена, кожа в области внутренней спайки век правого глаза отёчна (в проекции слёзного мешка). Ткани в зоне воспаления резко гиперемизированы, при пальпации болезненные, плотные, напряжены. На вершине новообразования отмечается нежный рубец — зона самопроизвольного вскрытия. Глазное яблоко спокойное, без признаков воспаления.

Диагноз: нагноившаяся атерома области медиальной спайки век.

Больному была назначена противовоспалительная терапия (инстилляцией в OD Laevomycetini 0,25 % 1 капля 2 раза в день; обработка кожи медиального угла глаза Ung. Indometacini 10 %).

В дальнейшем на фоне проводимой терапии отмечалась только положительная динамика: температура тела нормализовалась, уменьшился отёк нижнего века, ткани в данной области стали менее напряженными при пальпации, на вершине инфильтрата диаметром до 2 см сформировалась зона флюктуации (рис. 3).

В асептических условиях было произведено вскрытие зоны флюктуации, эвакуировано гнойное содержимое, образовавшаяся полость дренирована (рис. 4).

Назначена противовоспалительная, гипертоническая терапия (внутри Tab. Diclofenac 100 mg 1 раз в день в течение 5 дней; Ung. Laevomycetini на область послеоперационной раны, повязки с гипертоническим раствором 10 % NaCl), регулярно проводился туалет раны. При промывании слёзно-носовых путей справа через нижнюю слёзную точку раствор антисептика прошёл в нос через 5 минут после промывания.

В дальнейшем на фоне стихания воспалительного процесса и выполнения раны грануляциями, в области внутреннего спайки век правого глаза сохранялось небольшое безболез-



Рис. 2. Данные МРТ: неоднородная киста слёзно-носового канала с признаками воспаления

ненное уплотнение, которое поддерживало вялый воспалительный процесс.

Было решено выполнить лазерное иссечение капсулы данного образования, как главного фактора, поддерживающего воспаление и вызывающего рецидивы процесса.

Протокол операции: «Лазерная деструкция новообразования в области внутреннего угла глазного яблока»

Под местной анестезией раствором Sol. Lidocaini 2 % — 0,5 ml произведена диодлазерная дисцизия мягких тканей (диодный лазер «Алком-Медика», $\lambda=810$ нм, P 0,9–1,0 Вт, экспозиция 10 сек, в режиме постоянной генерации) перпендикулярно ресничному краю нижнего века, длиной 1,4 мм. При лазерной деструкции патологически изменённых тканей получено до 1,0 мл сливкообразного гнойного отделяемого. Рана промыта раствором гентамицина, дренирована резиновой турундой. Инстилляцией в конъюнктивальную полость правого глаза раствора Floxali 0,3 % по 1 капле 4 раза в день. Наложена повязка с гипертоническим раствором.

Гистологическое исследование не производилось в связи с отсутствием новообразованных атипичных тканей в очаге хронического пролиферативного воспаления.

В послеоперационном периоде уже на первые сутки отмечалось уменьшение отёка тканей, исчезновение гиперемии. Рана зажила без признаков воспаления.

При осмотре через месяц: OD — глазная щель правильной формы, смыкается полностью. Кожные покровы в области внутренней спайки век физиологической окраски, в зоне лазерного воздействия отсутствуют какие-либо кожные дефекты (рис. 5).

При промывании слёзных путей справа через нижний слёзный канал жидкость свободной струёй проходит в нос.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Локализация данного процесса и клиническое течение заставляло думать о патологии, относя-

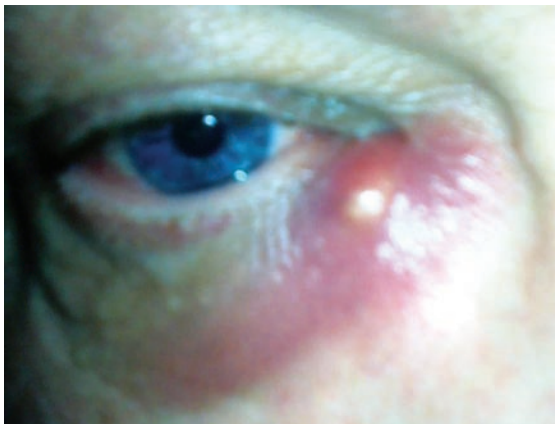


Рис. 3. Внешний вид больного до операции с нагноившейся атеромой в области медиальной спайки век

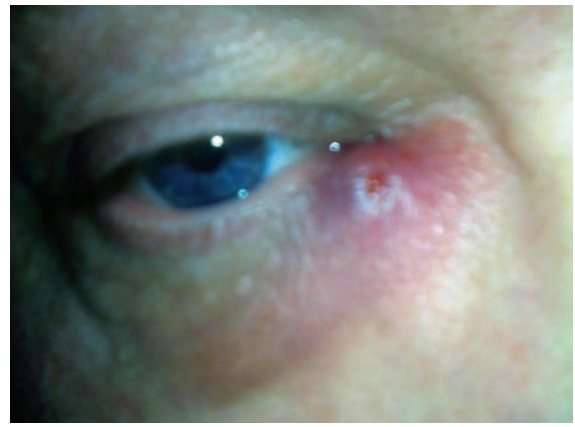


Рис. 4. Вид больного после вскрытия

щейся к трем смежным специальностям: офтальмологии, оториноларингологии и челюстно-лицевой хирургии. В данном случае, основной дифференциально-диагностический поиск заключался в исключении или подтверждении вовлеченности в патологический процесс слёзоотводящих путей. В частности, результаты МРТ-исследования указывали на возможность наличия кистозного новообразования достаточно крупных размеров (14×7 мм) в области правого слёзно-носового канала. Однако сохраняющаяся проходимость слёзно-носовых путей при выполнении диагностического промывания, заключения ринолога настраивали на мысль, что некое новообразование располагается снаружи от слёзного мешка и слёзно-носового протока и не затрагивает их.

Кроме того, задержка прохождения раствора антисептика при промывании слёзно-носовых путей на высоте воспалительного процесса и полное её отсутствие после проведения курса консервативной терапии полностью укладывалось в клиническую ситуацию механического сдавления участка слезоотводящего аппарата извне воспалительным инфильтратом.

Таким образом, выполненная дифференциальная диагностика позволила предположить наличие атеромы и определить дальнейшую тактику лечения.

Очевидно, что локализация воспалительного очага в области медиального угла глаза, в непосредственной близости от слёзных путей исключала применение стандартной хирургической манипуляции. Расположение воспалительного очага на лице, несомненно, актуализирует и косметический эффект предполагаемого лечения.

Имеющиеся в распоряжении офтальмологической клиники средства и методы диагностики, а также инфракрасный диодный лазер (длина вол-

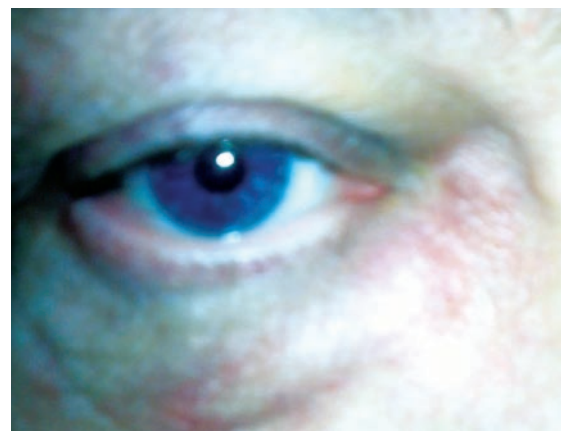


Рис. 5. Внешний вид больного через месяц после лазерной операции

ны 810 нм) с набором световолоконного инструментария полностью удовлетворяет всем требованиям, необходимым для успешного лечения такого больного.

ВЫВОДЫ

Несомненно, лазерное воздействие обладает меньшей травматичностью по сравнению с традиционными хирургическими вмешательствами в данной анатомической зоне.

Многолетний опыт применения лазерного излучения для воздействия на патологические очаги в лицевой области подтверждают хорошие косметические и функциональные исходы лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Неворотин А. И. Введение в лазерную хирургию: Учеб. пособие. — СПб.: Спецлит, 2000. — 200 с.
2. Бржеский В. В., Астахов Ю. С., Кузнецова Н. Ю. Заболевания слёзного аппарата: пособие для практикующих врачей. — СПб: Издательство Н-Л, 2009. — 108 с.

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS BETWEEN THE LACRIMAL SAC PHLEGMON AND THE FESTERED ATHEROMA OF THE MEDIAL CANTHUS AREA AND THE POSSIBILITIES OF NEW TREATMENT PARADIGMS

*Deren-Ayerly K. A., Kuznetsova N. Y.,
Novikov S. A., Onischenko E. S.*

✧ **Key words:** diode laser destruction; dissection; differential diagnosis; lacrimal sac neoplasm.

Сведения об авторах:

Дерен-Айерлы Константин Абдуреимович — врач-офтальмолог, заведующий отделением клиники офтальмологии Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова. 197089, Санкт-Петербург, ул. Л. Толстого, д. 6–8, корпус 16. E-mail: K.derendocor@mail.ru.

Кузнецова Наталия Юрьевна — к. м. н., доцент. Кафедра офтальмологии. Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова. 197089, Санкт-Петербург, ул. Л. Толстого, д. 6–8, корпус 16. E-mail: NUGlaz@mail.ru.

Новиков Сергей Александрович — д. м. н., профессор. Кафедра офтальмологии. Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова. 197089, Санкт-Петербург, ул. Л. Толстого, д. 6–8, корпус 16. E-mail: novikov.phd@gmail.com.

Онищенко Екатерина Сергеевна — аспирант кафедры офтальмологии. Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова. 197089, Санкт-Петербург, ул. Л. Толстого, д. 6–8, корпус 16. E-mail: katerinaon@mail.ru.

Deren-Ayerly Konstantin Abdureimovich — MD, resident. Department of Ophthalmology of the I. P. Pavlov State Medical University. 197089, Saint-Petersburg, Lev Tolstoy st., 6–8, building 16. E-mail: K.derendocor@mail.ru.

Kuznetsova Natalya Yurievna — MD, PhD, assistant professor. Department of Ophthalmology of the I. P. Pavlov State Medical University. 197089, Saint-Petersburg, Lev Tolstoy st., 6–8, building 16. E-mail: nuglaz@mail.ru.

Novikov Sergey Aleksandrovich — doctor of medical science, associate professor. Department of Ophthalmology of the I. P. Pavlov State Medical University. 197089, Saint-Petersburg, Lev Tolstoy st., 6–8, building 16. E-mail: novikov.phd@gmail.com.

Onischenko Ekaterina Sergeevna — MD, resident. Department of Ophthalmology of the I. P. Pavlov State Medical University. 197089, Saint-Petersburg, Lev Tolstoy st., 6–8, building 16. E-mail: katerinaon@mail.ru.