

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ФЛЕГМОН СЛЕЗНОГО МЕШКА

В. А. Ободов, Е. С. Борзенкова, М. И. Шляхтов

Екатеринбургский Центр МНТК «Микрохирургия глаза», директор –

О. В. Шиловских.

Резюме. В работе приведены отдаленные результаты лечения 20 пациентов с развитой стадией флегмоны слезного мешка методом эндоскопической эндоназальной хирургической дакриориностомии. Оценка результатов проводилась через 6 и более месяцев после операции. Полное выздоровление с восстановлением слезооттока в носовую полость достигнуто у всех пациентов.

Ключевые слова: флегмона слезного мешка, эндохирургическое лечение.

В последние годы в связи с развитием новейших технологий методом выбора при лечении флегмон слезного мешка становится эндохирургический. Этот метод позволяет экстренно и малоинвазивно ликвидировать не только флегмонозное воспаление слезного мешка, но и в целом санировать слезные пути до полного выздоровления [1, 2].

Цель работы. Оценка отдаленных результатов эндохирургического лечения флегмон слезного мешка.

Материалы и методы

Проанализированы отдаленные результаты лечения 20 пациентов с развитой стадией флегмоны слезного мешка методом эндоскопической эндоназальной хирургической дакриоцисториностомии за 2005 год. Из них было 16 женщин, 4 – мужчин в возрасте от 19 до 77 лет. Общая длительность заболевания составила от 6 месяцев до 10 и более лет. По этиологии: наблюдался хронический дакриоцистит у 17 пациентов, посттравматический дакриоцистит – 3. У всех пациентов на момент обращения в нашу клинику предшествовало лечение: консервативное – в 4 случаях, самопроизвольное вскрытие слезного мешка – в 6 (неоднократное - у 3), хирургическое наружное дренирование без формирования риностомы – у 9 (в том числе многократное – в 4, с формированием фистулы слезного мешка - в 2), наружная дакриоцисториностомия – в 1.

Всем пациентам помимо стандартного офтальмологического обследования перед операцией проводилась эндоскопическая риноскопия для определения состояния носовой полости и возможности эндохирургического вмешательства. Нормальная анатомия носовой полости выявлена лишь у 3 пациентов, в остальных случаях имелись

аномальные варианты строения или патологические изменения (или их сочетание) – бугор перегородки носа, узкие носовые ходы, увеличение крючковидного отростка, признаки хронического ринита, полипоз слизистой носа, травматическая дислокация слезного мешка. Все пациенты поступали с данными компьютерной томографии орбит и околоносовых пазух в 3 проекциях без контрастирования, однако увеличение слезного мешка на стороне поражения было заметно. Накануне операции пациентам назначалась антибиотикотерапия – цифран по 0,5 г per os 2 раза в день, ципролет эпibuльбарно - 5 раз в день. Лечение проводилось эндоскопическим эндоназальным методом под общим обезболиванием, амбулаторно, вне зависимости от степени выраженности изменений кожи и подкожных тканей в проекции слезного мешка по методике, изложенной в Colour Atlas of Lacrimal Surgery (под редакцией Jane Olver, 2002). Местное лечение и наружное дренирование нами не выполнялось. Ликвидация фистулы слезного мешка (у 2 пациентов) хирургическим путем не проводилась. Операция завершалась интубацией слезных путей силиконовой системой «Мопока» через один из слезных канальцев с выводом и фиксацией свободных концов ее на крыле носа – в 13 случаях, системой «Вика» через оба слезных канальца с фиксацией в полости носа – в 5 случаях. В 3 случаях операция проводилась без интубации слезных путей. Удаление силиконовых систем выполнялось через 1 месяц после операции.

Результаты и обсуждение

Оценка результата проводилась через 6 и более месяцев после проведения операции. Полное выздоровление с восстановлением слезооттока в носовую полость достигнуто у всех пациентов. Сформированная риностома была широкая, хорошо функционирующая. Воспалительные явления на коже в проекции слезного мешка и подглазничной области купировались в течение первых 3 дней после операции без дополнительного местного лечения. Остаточных изменений в этой области не наблюдалось. Фистулы слезного мешка зарубцевались спонтанно через 1 неделю после операции. В 1 случае при травматическом дакриоцистите возник рецидив через 3 месяца после операции в связи со значительной дислокацией и дилатацией слезного мешка. Проведенная повторно с учетом этих особенностей операция привела к полному выздоровлению.

Таким образом, эндоскопическая эндоназальная дакриоцисториностомия высокоэффективна и должна являться методом выбора при флегмонах слезного мешка в любой стадии развития. При проведении эндохирургического лечения флегмон слезного мешка не требуется дополнительного местного лечения воспаления тканей подглазничной области и хирургической ликвидации фистул.

LONG-TERM RESULTS OF ENDOSURGICAL TREATMENT OF TEAR-BAG PHLEGMON.

V. A.Obodov, E.S.Borzenkova, M. I.Shljahtov

IRTC Eye Microsurgery named,

(IRTC Eye Microsurgery, Ekaterinburg)

20 cases of the educed stage of a tear-bag phlegmon were analyzed. It was done by endoscopic, edonasal surgical dacryocystorhinostomy. All patients had full rehabilitation with recovery of lacrimal outflow in nasal cavity. The wide, good functioned rhinostoma was formed. The analysis of results allows making a coclusion about endoscopic, edonasal surgical dacryocystorhinostomy efficiency. It must be a method of tear-bag phlegmon treatment on any stage of development. At the same time, the additional local treatment of infraorbital region tissue inflammatory and surgical liquidation of fistulas is not necessary.

Литература

1. Черкунов Б. Ф. Болезни слезных органов. Самара, 2001. С. 191 – 215.
2. Малиновский Г. Ф., Моторный В. В. Практическое лечение по лечению заболеваний слезных органов. Минск, 2000. С. 164 – 167.