## ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ФЛЕГМОНЫ СЛЕЗНОГО МЕШКА

К.м.н. С.Ф.Школьник, Чебоксарский филиал ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» МЗ РФ, Чебоксары, РФ

Актуальность. Одним из наиболее неприятных для больного дакриоциститом осложнением является перидакриоцистит или флегмонозное воспаление слезного мешка, заключающееся в распространении воспаления на окружающую клетчатку и соседние структуры полости носа. Имеющее, само по себе, целый ряд осложнений, это заболевание ставит лечащего врача перед выбором тактики лечения, включающего, как правило, несколько этапов и имеющего ургентный характер. Исходами лечения или самопроизвольного флегмонозного воспаления слезного мешка абсцедирование формированием внутреннего наружного ИЛИ лакримального свища, возврат к хроническому дакриоциститу, часто уже в сочетании с блоком слезоотведения на пресакальном уровне, а также более редкие и диаметрально противоположные спонтанное выздоровление или прорыв инфильтрата через тарзо-орбитальную фасцию в орбиту с большим спектром тяжелых и иногда инкурабельных последствий. Чаще лечение флегмоны слезного мешка начинается с курса противовоспалительной терании, включающей антибиотики широкого спектра общего и местного действия, нестероидные

Цель - разработать оптимальную тактику лечения флегмоны слезного мешка. Материалы и методы. Всего за последний год лечение по поводу флегмонозного воспаления слезного мешка получили 28 женщин и 4 мужчин (всего - 32 пациента), что составило около 6% от общего числа больных с заболеваниями слезного аппарата глаза. Днагноз перидакриоцистита, как правило, не вызывал затруднений: выраженные отек, гиперемия и напряжение нжох лина В зоне проекции слезного распространяющиеся на соседние области, а иногда и противоположную половину лица. Данные наружного осмотра дополнялись характерным анамнезом: вначале слезотечение и слезостояние, затем гнойное отделяемое, а затем - «шиніка» у виутреннего угла глаза, боль, повышение общей и местной температуры тела в сочетании с разлитой гиперемией этой зоны.

Этнология заболевания у большинства (25 пациентов) была классической, а развитие симптоматики постепенным, у 3 - предполагаемой причиной флегмоны было распространение экссудативной реакции из околоносовых пазух, у 2 пациентов перидакриоцистит развился из врожденного дакриоцеле, у 2 - в анамнезе была травма с наличием рубцовой деформации в области меднального угла глаза. Больше половины случаев имели рецидивирующее течение, в т.ч. с формированием абсцесса, который вскрывался либо врачами по месту жительства, либо самопроизвольно с образованием наружного свища - фистулы. В части случаев образовалась внутренняя фистула клапанного типа, что вводило в заблуждение врача, воспринимавшего наличие нассивного слезоотведения как признак выздоровления.

Нами нівазнівные маніпуляции, какне как зондирование, промывание и т.п., вне зависимости от стадин флегмонозного воспаления не проводились. Обязательным представлялся многоплановый контроль зрительных функций. Из специальных тестов предпочтение отдавалось компьютерной томографии по следующей методике: в аксиальной проекции сканирование выполнялось с

шагом 5 мм от уровня верхнего отдела лобных пазух книзу до твердого неба. В коронарной проекции - шагом 2 мм от преддверия носа до переднего конца средней носовой раковины, далее до клиновидной пазухи с шагом 5 мм. Параметры проведения КТ: центр окна +600 HU, спектр окна 4000 HU. Контрастные вещества при выполнении КТ не применялись, поскольку контрастирование не столько повышало информативность исследования, насколько усложняло и увеличивало его затратность. Также всем пациентам была проведена эндориноскопия, имевшая целью определить особенности хирургического доступа и наличие сопутствующей ринопатологии. Очевидно также, что наиболее частым субъектом заболевания являются женщины преи климактерического возраста. В основу лечения флегмоны слезного мешка положен метод эндоназальной дакриоцисториностомии модифицированной дополненной, в зависимости от клинической ситуации (см. ниже).

Результаты и обсуждение. Следует отметить, что деление данной патологии на первичную и рецидивирующую, а также стадии обострения и ремиссии достаточно условны, так как инфильтрация перисакальной клетчатки, равно как и уменьшение признаков ее воспаления часто происходят постепенно. Как бы то ни было, ни в одном из 8 случаев обострения флегмоны слезного мешка хирургический этап лечения не был отсрочен до наступления ремиссии. Положительный результат лечения, под которым понималось полное отсутствие жалоб, был достигнут в 31 случае (96,9%). Не потребовалось этапных вмешательств у 28 больных (87,5%). Во всех случаях противовоспалительная терапия проводилась как дополнительная, а не обязательная предоперационная. 1 случай из-за постгравматической ретракции тканей медиального угла глаза и сопутствующего повреждения канальцев потребовал их длительной интубации и участия специалистов в области челюстно-лицевой хирургии. К настоящему времени лечение этого папиента

Принципиальными особенностями хода операций были следующие:

- невозможность выполнения ДЦР наружным доступом в остром периоде флегмонозного воспаления определило второстепенную роль черезкожных манипуляций при этом заболевании;
- по тем же причинам в этот период была невозможна и трансканаликулярная иллюминация слезного мешка и идентация медиальной стенки мешка (выпячивание зондом, введенным в канальцы или пальцевой компрессией на внугренний угол глаза);
- зона хирургического эндоназального вмешательства определялась по наружным ориентирам и их проекции на латеральной стенке носовой полости;
- несечение слизнетой над костным ложем мешка проводилось в большем, по сравнению с классической эндоназальной ДЦР объеме;
- костное окно и сама дакриоцисториностома формировались таким образом, чтобы ее ширина значительно превосходила глубину;
- способ профилактики закрытия соустья, в т.ч. интубация слезоотводящего тракта, подбирался индивидуально при учете: степени инфильтративного отека и перерастяжения стенки мешка, стадии воспаления и наличии осложнений, анатомо-топографических особенностей подлежащих структур носа, их сопутствующей патологии и других факторов, среди которых также и удаленность места жительства больного от врача, владеющего элементарными дакриологическими навыками;

- при выраженной эктазии или многокамерной структуре (дивертикулезе) слезного мешка наружным доступом производилась резекция латеральной его стенки, исключительно в период ремиссии;
- наружный свищ иссекался радиохирургически, после этого в случае значительного раневого отделяемого или риска рубцевания вторичным натяжением на кожу накладывался косметический шов и на несколько дней устанавливался латексный дренаж;
- при наличии внутреннего свища, он объединялся с риностомой, которая формировалась кпереди от него.

Выводы: Экстирпация слезного мешка как метод лечения флегмоны слезного мешка должна быть полностью заменена вмешательствами, не только санирующего свойства, но и восстанавливающими полноценный слезоотток. Несмотря на то, что среди методов и подходов при флегмонозном воспалении слезного мешка бесспорно лидирует первичная эндоназальная ДЦР, ее целесообразно дополнять как консервативными, так и иными хирургическими видами лечения для достижения максимального эффекта. Ход эндоназальной ДЦР при перидакриоцистите зависит от стадии заболевания, наличия осложнений и сопутствующих анатомических и патофизиологических особенностей.