

УДК 617.764.2:616-001-089-053.2

Султанова М.М., Касимов Э.М., Гашимова Н.Ф.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМЫ ОРГАНОВ СЛЕЗООТВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ.

*Аз.ГИУВ им. А. Алиева, кафедра офтальмологии. г. Баку, Азербайджан**Национальный Центр Офтальмологии имени академика Зарифы Алиевой, г.Баку, Азербайджан***Ключевые слова:** травма органов слезоотведения, дакриоцисториностомия

Травматические повреждения органов слезоотведения составляют примерно ¼ наблюдений травм придаточного аппарата [1]. Особенностью такой травмы является сочетание её с повреждениями мягких тканей лица, век, возможными переломами костей носа и глазницы. Для восстановления поврежденных структур как правило требуется хирургическое вмешательство. Тесное анатомическое взаимодействие век и глазного яблока делает область глазницы особенно чувствительной как к травмам, так и к хирургическим воздействиям. Важную роль выполняют веки, являясь вспомогательным аппаратом глаза. Расположенные здесь артерии, вены, ветви тройничного нерва тесно связаны с тканями глазного яблока. Оперативное вмешательство, производимое в области век, небезопасно для функционирования вспомогательного аппарата органа зрения, а иногда и для самого глаза. Образование грубых гипертрофических рубцов на месте травмы является одним из осложнений послеоперационного периода. Особую значимость это осложнение приобретает, когда на операционном столе оказываются дети, а вмешательство производится в области лица. Характер изменений зависит как от индивидуальных особенностей ребенка (пол, возраст, конституция, состояние обмена веществ и т. д.), так и от степени травматизации тканей (размеры раны, своевременность первичной хирургической обработки, продолжительность вмешательства, методика операции, отношение к тканям и т. д.). Процессы заживления раны после операции проходят все стадии раневого процесса: альтерация, сосудистая реакция, экссудация, пролиферация, созревание рубцовой ткани. Необходимо отметить, что течение всех фаз раневого процесса, а особенно первой фазы – альтерации – носит более активный характер у детей, чем у взрослых пациентов. В детской практике наиболее часто наблюдаются разрастания грануляционных тканей (рис.2).

Целью данной работы явилось изучение эффективности хирургического восстановления проходимости слезоотводящих путей после травмы у пациентов детского возраста.

Материалы и методы: нами было прооперировано 18 детей (18 глаз) с повреждением органов слезоотведения в результате травмы. Возраст детей составил 3-15 лет. В 14 случаях патология наблюдалась у мальчиков. Среди причин травмы можно выделить удары по лицу, укус собаки, автоаварии, падение с рассечением мягких тканей в области слезного мешка и канальцев. Наблюдались сочетанные повреждения мягких тканей лица с разрывами век (рис.1), переломами костей лицевого скелета. Первичная хирургическая обработка в ряде случаев проводилась без восстановления проходимости слезных путей, иногда хирургами общего профиля без учета специфики травмы. Все перечисленное приводило к образованию грубых рубцов, деформации век. Это осложняло работу офтальмохирурга и затрудняло прогнозирование исходов оперативного вмешательства.



Рис.1. Повреждение верхнего слезного канальца, совмещенное с разрывом мягких тканей верхнего века.

Из 18 пациентов лишь 4 поступили в НЦО им. Акад. З.Алиевой в ранние сроки после ранения, им была произведена первичная хирургическая обработка (ПХО) с восстановлением проходимости слезных канальцев. Оперативное вмешательство производилось под общей анестезией, выполнялась интубация поврежденных канальцев шелковой нитью. Восстановление слезных путей производилось с применением кругового зонда Б.Н.Алексеева. Далее, после максимальной адаптации краев раны, ушивались разрывы мягких тканей. Интубационная нить оставлялась в просвете канальцев на сроки от 3 недель до 2 месяцев.

Диагноз травматического дакриоцистита был установлен на 14 глазах. Эта группа пациентов обращалась в НЦО им. З.Алиевой в более поздние сроки после травмы, когда уже наблюдалась стойкая непроходимость слезоотводящих путей. В 7 случаях пациентам

проводилась ПХО по месту жительства, ушивались мягкие ткани без восстановления проходимости слезоотводящих путей. Операция производилась хирургом общего профиля. Еще 4 пациентам также была произведена ПХО по месту жительства врачом-офтальмологом. В 1 случае после автоаварии наблюдались тяжелые сочетанные повреждения лицевого скелета, целостность век не была восстановлена, впоследствии наблюдалась тяжелая деформация последних. Глаз ребенка не закрывался, слезоотводящие пути были повреждены. В 2 случаях родители детей не обращались в клинику, ПХО не производилась.

Этой группе пациентов назначалась плановая дакриоцисториностомия по щадящей технике не ранее чем через 6-8 месяцев после травмы [1, 2]. Особенностью техники операции была длительная интубация слезоотводящих путей силиконовыми трубочками.

Результаты операции оценивались через 3, 6, 12 месяцев после произведенного вмешательства. Исходы хирургического лечения оценивались следующим образом: полный успех – при отсутствии жалоб на слезотечение, положительном результате цветной слезно-носовой пробы до 5 мин.; частичный успех - при замедленном или отрицательном результате пробы и жалобы на слезотечение при пассивной проходимости слезоотводящих путей; без успеха – отсутствие проходимости слезоотводящих путей сразу после операции.

К рецидивам заболевания относились те случаи, когда после достижения успешного результата операции, слезо- и гноетечение через некоторое время возобновляется. Оценку эффективности выполненных вмешательств в отдаленные сроки производили согласно классификации функциональной недостаточности слезоотведения, по которой выделяют три степени: легкую (слезостояние наблюдается изредка), средней степени тяжести (постоянное слезотечение вне помещения, слезостояние в помещении), тяжелое (постоянное, беспокоящее больного слезотечение, наблюдаемое даже в помещении) [3, 4].

Результаты и обсуждения. Наблюдение за пациентами в ближайшие сроки после вмешательства показало, что наилучшие результаты были у тех пациентов, которым восстановление слезоотводящих путей производилось в ранние сроки после получения травмы. Так, у всех 4 детей, которым восстановление слезоотводящих путей было произведено в течение первых двух суток, наблюдались стабильно хорошие результаты, которые были расценены как полный успех. Больные не предъявляли жалоб на слезотечение, слезостояния не наблюдалось. Цветные пробы были положительными.

Случай из практики: Больной М. 7 лет, поступил в НЦО им. З.Алиевой с диагнозом “Разрыв нижнего века, травматическое повреждение средней трети нижнего слезного канальца”. Травма была получена за 3 часа до обращения, ребенок упал на металлическую сетку во время игры во дворе. Была произведена экстренная первичная хирургическая обработка. Слезный каналец был восстановлен при помощи кругового зонда Б.Н.Алексеева, проведена шелковая нить 2.0, сложенная в 2 раза. Разрывы век ушиты нитью Ethilon 6.0 с атравматической иглой. На третьи сутки ребенок в удовлетворительном состоянии был выписан домой. Через 10 дней после интубации на нижнем веке в области наложенных швов появилось разрастание грануляционных тканей (рис.2). После снятия швов была назначена мазь с содержанием стероида. Наблюдалась регрессия грануляций, а через 10 дней они полностью рассосались. Интубационная нить была снята через 3 недели после ПХО. Состояние больного расценивалось как хорошее, жалоб на слезотечение не наблюдалось.

Из 14 пациентов, которым производилась плановая дакриоцисториностомия по щадящей технике хорошие результаты были получены у 9 больных. У одного ребенка наблюдались переломы верхней челюсти. В 2 случаях ПХО не производилась вообще, у 4 детей – операцию проводил врач-офтальмолог, у 3 – хирург общего профиля. Эти пациенты впоследствии не предъявляли жалоб на слезотечение, результаты цветных проб были положительными. У 4 из них иногда наблюдалось слезостояние, результаты были оценены согласно классификации функциональной недостаточности слезоотведения по Бржескому как недостаточность легкой степени. Наглядно описанные выше показатели представлены в таблице 1.

Еще у 3 пациентов результат операции был признан частичным – цветные пробы на слезоотведение несколько замедлены при наличии пассивной проходимости слезоотводящих путей.

У 2 пациентов в отдаленные сроки была констатирована недостаточность слезоотведения средней тяжести – слезостояние, периодическое слезотечение. У этих детей при наличии пассивной проходимости слезоотводящих путей наблюдались отрицательные цветные пробы на слезоотведение. По-видимому, в результате травмы была нарушена всасывающая функция слезных точек и канальцев. У одного из них слезотечение наблюдалось постоянное, оно беспокоило



Рис.2. Разрастания грануляционных тканей в области наложенных швов после ПХО.

пациента, доставляя ему неудобство. Состояние было признано как тяжелая недостаточность слезоотведения. Данная картина наблюдалась у ребенка с тяжелой деформацией век после аварии, ему была рекомендована также пластика век.

Таблица 1

Результаты хирургического восстановления проходимости слезоотводящих путей после травмы у детей.

Тип операции	Результаты операции				Недостаточность слезоотведения		
	Полный успех	Частичный успех	Без успеха	Рецидив	Легкой ст-ни	Средней тяжести	Тяжелая
ПХО с восстановлением слезоотводящих путей (4 детей)	4	-	-	-	-	-	-
Плановая ДЦР (14 детей)	9	3	-	1	4	2	2
Итого	13	3	-	1	4	2	2

Безуспешных операции не было. Однако у одного из пациентов был отмечен рецидив через 4 месяца после произведенного вмешательства. Этот ребенок получил повреждение слезных канальцев в нескольких местах в результате укуса собаки. Наблюдались грубые рубцы области нижнего и верхнего слезных канальцев. После возникновения рецидива наблюдалось постоянное слезо- и гноетечение.

Выводы. Хирургическое лечение повреждения слезоотводящих путей после травмы у пациентов детского возраста должно производиться в кратчайшие сроки после получения травмы. В ходе первичной хирургической обработки раны необходимо максимально адаптировать края раны и восстановить просвет слезоотводящих путей. Проведение интубации последних способствует достижению лучших результатов. При возникновении стойкой непроходимости слезоотводящих путей после травмы и развитии хронического гнойного дакриоцистита операцией выбора является дакриоцисториностомия по щадящей технике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Намазова И.К., Заргарли И.А., Алиева Г.Ш. и др. К анализу травматических повреждений слезоотводящего аппарата. / Мат. I съезда молодых офтальмологов Азербайджана, Баку, 2007, с. 136-139.
2. Волков В.В., Султанов М.Ю. Наружная дакриоцисториностомия: Л., 1975, 56 с.
3. Бржеский В.В., Трояновский Р.Л. Хирургическое лечение повреждений слезоотводящих путей: Современная офтальмология: Рук-во для врачей / Под редакцией В.Ф.Даниличева. Спб.: Питер, 2000, с.396-416.
4. Бржеский В.В., Чистякова М.Н., Дискаленко О.В. и др. Тактика лечения стенозов слезоотводящих путей у детей / Матер. Юбилейной научной конференции, посвященной 70-летию основания первой в России кафедры детской офтальмологии: Современные проблемы детской офтальмологии, Спб., 2005, с.75-76.

Sultanova M.M., Qasimov E.M., Naşimova N.F.

UŞAQLARDA YAŞAPARICI YOLLARIN ZƏDƏLƏNMƏLƏRİNİN CƏRRAHİ MÜALİCƏSİ.

Ə.Əliyev ad. Az.D.H.T.İ- nün göz xəstəlikləri kafedrası, Bakı ş., Azərbaycan Akademik Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzi, Bakı, Azərbaycan

Açar sözlər: yaşaparıcı yolların zədələnmələri, dakriosistorinostomiya

XÜLASƏ

İşin məqsədi. Uşaqlarda yaşaparıcı yolların zədələnməsi zamanı cərrahi müalicənin effektivliyinin qiymətləndirilməsi.

Material və metodlar. 18 xəstə (18 göz) yaşaparıcı yolların zədələnmələri diaqnozu ilə əməliyyat olunmuşdur. 4 uşaqda yaranın birincili cərrahi işlənməsi travmadan az sonra aparılmışdır. Cərrahiyyə zamanı yaş kanalciğinin tamlığı bərpa olunmuşdur. 14 uşaqda yaranın birincili cərrahi işlənməsi ümumi cərrah tərəfindən aparılmışdır, əməliyyat zamanı yaş kanalciğinin tamlığını bərpa etmək mümkün olmamışdır. Bu uşaqlara 6-8 aydan sonra dakriosistorinostomiya yünqülləmiş üsulu ilə aparılmışdır.

Yekun. Nəticələrin müqayisəsi göstərir ki, yaşaparıcı aparatın yaralanmasının cərrahi əməliyyatı 1-2 gün ərzində aparıldıqda daha effektivdir.

Sultanova M.M., Kasimov E.M., Gashimova N.F.

SURGICAL TREATMENT OF TRAUMATIC INJURIES OF TEAR-ABDUCTING ORGANS IN CHILDREN.

*Azerbaijan Institute of Postgraduate Education named after A.Aliyev
National Ophthalmology Centre named after acad. Z.Aliyeva.*

Key words: traumas injuries of tear-abducting, dacryocystotomy

SUMMARY

The aim of this article was to study the efficiency of surgical treatment of traumatic injuries of tear-abducting organs in children.

Materials and methods. 18 patients (18 eyes) were treated after injuries of tear-abducting organ in children. 4 children were operated on in short time after injuries. During the surgery there was made a restoration of integrity of tear-abducting system. 14 patients were operated on by general surgery without restoration of integrity of tear-abducting system. These patients were operated on after 6-8 months after injuries.

Conclusions. The study shows that the best results were in patients after early surgical treatment with restoration of integrity of tear-abducting system.

Для корреспонденции:

Султанова Марият Мамедовна, старший лаборант кафедры офтальмологии АзГИУВ им. акад.А.Алиева
Касимов Эльмар Мустафа оглы, доктор медицинских наук, профессор, директор Национального Центра Офтальмологии им. академика Зарифы Алиевой

Гашимова Нубар Файзы кызы, кандидат медицинских наук, руководитель отдела детской глазной патологии

Адрес: AZ1000, г.Баку, ул. Джавадхана, 32/15.

Тел.: (99412) 569-91-36, (99412) 569-91-37

Email: sultmm@hotmail.com; administrator@eye.az ; www.eye.az