

УДК: 617.764.6-002.36-089

Мамедов Ш.Ю., Агаев М.М., Султанова М.М.\*

## ФЛЕГМАНОЗНЫЙ ДАКРИОЦИСТИТ: ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ

*Национальный Центр Офтальмологии имени академика Зарифы Алиевой, г. Баку, Азербайджан  
Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования Врачей им. А.Алиева, г.Баку, Азербайджан\**

**Ключевые слова:** *дакриоцистит, флегмона слезного мешка*

Патология слезоотведения является одной из самых сложных проблем современной офтальмологии. Постоянное слезо- и гноетечение доставляет массу неудобств пациентам, зачастую осложняет выбор специальности либо выполнение профессиональных обязанностей. Кроме того, возникает серьезная косметическая проблема [1]. Несмотря на то, что в арсенале офтальмологов имеются лазерные и хирургические методы борьбы с этим недугом, остается ряд пациентов, у которых развивается флегмона слезного мешка. Тактика ведения больных с флегмонозным дакриоциститом остается дискуссионной. Ряд хирургов предлагают немедленное оперативное вмешательство, другие придерживаются тактики терапевтической подготовки пациентов к последующей хирургии [2].

**Цель работы** – оптимизировать тактику лечения пациентов с флегмоной слезного мешка.

### **Материалы и методы**

Нами проанализированы истории болезни и карты обследования 43 пациентов с диагнозом “Хронический гнойный дакриоцистит. Флегмона слезного мешка”. Средний возраст пациентов составил 42+9 лет, 30 из них были женщины, 13 мужчины. У 28 пациентов наблюдались неоднократные флегмоны. Всем больным при обращении проводились рутинные методы обследования: визометрия, рефрактометрия, тонометрия, ставились цветные пробы на слезоотведение. При необходимости назначалось УЗ-исследование слезного мешка, рентгенография, компьютерная томограмма. Ультразвуковое исследование позволяло определить степень растяжения стенок слезного мешка. Обязательно производился общий анализ крови, рентгеноскопия грудной клетки, ЭКГ. После того, как диагностировалась флегмона слезного мешка, назначалось терапевтическое лечение. Пациент получал антибиотики широкого спектра действия внутримышечно и инстилляции в конъюнктивальную полость, компресс с гипертоническим раствором. При необходимости производилась пункция слезного мешка (8 больных), либо вскрытие флегмоны и установка дренажа (4 пациента). После того, как ткани успокаивались, пациентам предлагалось произвести дакриоцисториностомию (ДЦР) либо дакриодукториностомию (ДДР).

Оперативное вмешательство проводилось по методике профессора Султанова М.Ю. [3-4]. Одномоментно производился линейный разрез мягких тканей, диаметр костного отверстия составлял 8 мм. Особенностью данной методики является то, что на лоскуты слизистых оболочек носа и слезного мешка не накладываются швы. Это позволяет сократить время хирургического вмешательства. Кроме того, сводится к минимуму травматизация слизистых оболочек. Как известно, рубцовые процессы при восстановлении слизистых после хирургии приводят к грубым изменениям тканей, что становится причиной частых рецидивов после дакриоцисториностомии по Дюпюи-Дюгану. В риностоме обязательно ставился резиновый тампон, фиксирующий неушитые слизистые обложки для предупреждения их дислокации. Через слезные точки интубировалась круговая силиконовая трубка. Резиновый тампон удалялся из риностомы на 3 сутки, силиконовые трубки оставались в просвете слезоотводящих путей для профилактики рецидива патологии. Как известно, флегмонозные дакриоциститы часто повторяются, иногда неоднократно. Рубцевание у таких пациентов всегда непредсказуемо, частота рецидивов достаточно высока. Интубированные силиконовые трубки позволяли предупредить возникновение рецидивов. Длительность госпитализации составляла 5-6 дней.

### **Результаты**

Непосредственные результаты операции определялись через 3-7 дней после вмешательства. Исходы хирургического лечения оценивались как полный успех (при отсутствии жалоб на слезотечение, положительном результате цветной слезно-носовой пробы до 5мин.), частичный успех (при замедленном или отрицательном результате пробы и жалобы на слезотечение при пассивной проходимости слезоотводящих путей), без успеха – рецидив дакриоцистита. Кроме того, осматривался послеоперационный рубец – его выраженность, наличие гипертрофии соединительной ткани, эпикантуса и т.д.

Полный успех наблюдался у всех больных. Безуспешных операций не было. Из осложнений можно отметить незначительное кровотечение во время операции и сразу после нее, наблюдавшееся у 10 больных (21.3%).

При осмотре через 1 месяц после оперативного вмешательства успешные результаты отмечены у 29 больных после ДДР и у 17 больных после ДЦР. У одного больного, перенесшего операцию ДЦР, наблюдалось легкое слезостояние на стороне операции. Слезовасясающая и слезно-носовая пробы оказались несколько замедленны (6 и 10 минут соответственно). При промывании слезоотводящих путей жидкость свободно проходила в полость носа. Результат операции признан частичным.

Кожный рубец был практически неразличим у 39 (83%) больных, заметен в 8 (17%) случаях. Грубых гипертрофических рубцов, эпикантуса, других косметических недостатков не наблюдалось. Отдаленные результаты операции успешными признаны в 46 (97,9%) случаях, удовлетворительными в 1 (2,1%) случае (после хирургической травмы). Косметические исходы вмешательства в отдаленном периоде были успешны во всех случаях.

#### Заключение

Щадящая методика дакриоцисториностомии по профессору Султанову М.Ю. позволяет избежать излишней травматизации тканей во время операции, что обеспечивает хорошие и отличные результаты как в ранние, так и в отдаленные сроки после хирургии. Наружная ДДР и ДЦР по щадящей технике могут являться операцией выбора при флегманозных дакриоциститах различной этиологии. Предпочтительна ДДР, т. к. слезный мешок при ней остается почти интактным, что оставляет поле для работы в случае рецидива дакриоцистита, а одномоментно произведенный линейный разрез всех тканей обеспечивает прекрасные косметические результаты. Результаты наших исследований показывают, что хирургическое вмешательство после проведенного терапевтического лечения флегмоны слезного мешка позволяет добиться хороших результатов. Операция проходит с минимальным количеством осложнений, послеоперационная рана хорошо заживает, косметические результаты удовлетворительны.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Mandal R., Banerjee A.R., Biswas M.C. et al. Clinico-bacteriological study of chronic dacryocystitis in adults // J. Indian Med Assoc., 2008, v.106(5), p.:296-298.
2. Черкунов Б.Ф. Болезни слезных органов. Самара, 2001, 296 с.
3. Султанов М.Ю. Щадящая техника наружной дакриоцисториностомии // Вестн. офтальмологии, 1969, №2, стр.73-76
4. Султанов М.Ю. Дакриоцисториностомия с временной интубацией соустья вкладышем-фиксатором слизистых оболочек // Вестн. офтальмологии, 1709, №3, стр.49-52

Məmmədov Ş.Y., Ağayev M.M., Sultanova M.M.\*

#### FLEQMANOZ DAKRİOSİSTİT: PASİYENTLƏRİN APARILMA TAKTİKASI

*Akademik Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzi, Bakı şəh., Azərbaycan  
Ə.Əliyev ad. Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, Bakı şəh., Azərbaycan\**

**Açar sözlər:** *dakriosistit, gözyaşı kisəsinin fleqmonası*

**Məqsəd** – gözyaşı kisəsinin fleqmonası ilə pasiyentlərin aparılma taksikasının

#### Material və metodlar

Bizim tərfimizdən “Xroniki irinli daqriosistit. Gözyaşı kisəsinin fleqmonası” diaqnozu ilə 43 pasiyentin xəstəlik tarixi və müayinə kartları təhlil edilib. Xəstələrin orta yaş həddi 42±9 olmuşdur, onlardan 30-u qadın, 13-i –kişi təşkil edirdi. 28 pasiyentdə dəfələrlə fleqmonalar müşahidə olunub. Bütün xəstələrə müraciət zamanı ənənəvi müayinə metodları aparılırdı. Lazım gəldikdə gözyaşı kisəsinin US-müayinəsi, rentgenoqrafiya, kompüter tomoqramması təyin olunurdu. Mütləq qanın ümumi analizi, döş qəfəsinin rentgenoskopiyası, EKQ aparılırdı. Gözyaşı kisəsinin fleqmonası diaqnozu təsdiq olunduqda terapevtik müalicə təyin olunurdu. Pasiyentlərə əzələdaxili antibiotiklər (bir qayda olaraq seftriakson), konyunktival boşluğa Tobreks instillyasiyası, hipertonik məhlul ilə kompres təyin edilib.

Lazım gəldikdə göz yaşı kisəsinin punksiyası (8 xəstə) və ya fleqmonanın açılması və drenajın qoyulması (4 pasiyent) yerinə yetirilirdi. Toxumalar sakitləşdikdən sonra pasiyentlərə dakriosisto- və ya dakrioduktorinostomiyanın keçirilməsi təklif edilirdi. Cərrahi müdaxilə professor M.Y.Sultanovun metodikasıyla keçirilirdi.

#### Nəticə

Müxtəlif etiologiyalı fleqmanoz dakriosistitlər zamanı qoruyucu texnika üzrə xarici dakrioduktorinostomiya və dakriosistorinostomiya seçim əməliyyatı ola bilər. Göz yaşı kisəsinin fleqmonasının keçirilmiş terapevtik müalicəsindən sonra cərrahi müdaxiləsi yaxşı nəticələrə nail olmağa imkan verir. Əməliyyat minimal sayda fəsadlarla keçir, əməliyyatdan sonrakı yara yaxşı sağalır, kosmetik nəticələr kifayətdir.

Mamedov Sh.Yu., Agayev M.M., Sultanova M.M.\*

## PHLEGMONOUS DACRYOCYSTITIS: TACTICS, OF PATIENTS' OBSERVATION

*National Centre of Ophthalmology named after acad. Zarifa Aliyeva, Baku, Azerbaijan  
Azerbaijan Institute of Postgraduate Education after A.Aliyev, Baku\**

**Key words:** *dacryocystitis, phlegmon of the lacrimal sac*

### SUMMARY

**Aim** – to optimize the tactics of the lacrimal sac phlegmon patients' observation.

#### Material and methods

We'd analysed the case records and cards of examination of 43 patients with diagnosis: "Chronic purulent dacryocystitis. Phlegmon of the lacrimal sac". The middle age of patients was 42±9 years, there were 30 women, 13 men. 28 patients were noted with the repeated phlegmons. By applying all patients were subjected to the routine methods of examination. In case of need Us-investigation of lacrimal sac, roentgenography, computer tonogram were prescribed. Total blood count, roentgenoscopy of chest, ECG were necessary. After diagnosis of the lacrimal sac phlegmon, the therapeutic treatment was assigned. The patient received antibiotics (Ceftriaxone) intramuscular, instillations of Tobrex into the conjunctival cavity, compress with the hypertonic solution. In case of need the puncture of lacrimal sac (8 patients) or dissection of phlegmon and drainage (4 patients) were performed. When the tissue became tranquil we offered the patients dacryocysto- or dacryoductorrhinostomy. Surgical intervention was made according the method of prof. Sultanov M.Yu.

#### Conclusions

In the phlegmonous dacryocystitis of various etiology the external dacryoductorrhinostomy and dacryocystorrhinostomy may be the surgery of choice. Surgical intervention after the therapeutic treatment of the lacrimal sac phlegmon allows to get good results. The surgery is made the minimal complications, postoperative wound heals well, the cosmetic results are satisfactory.

### Для корреспонденции:

Касимов Эльмар Мустафа оглы, доктор медицинских наук, профессор, директор Национального Центра Офтальмологии имени академика Зарифы Алиевой

Мамедов Шахин Юсиф оглы, к.м.н. отдела хирургии катаракты Национального Центра Офтальмологии имени академика Зарифы Алиевой

Агаев Мисирхан Мурадхан оглы, к.м.н., заведующий отделом хирургии катаракты Национального Центра Офтальмологии имени академика Зарифы Алиевой

Султанова Марият Мамедовна, старший лаборант кафедры офтальмологии АзГИУВ им. А.Алиева

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

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

Email: administrator@eye.az ; www.eye.az