

**И.М. Чиненов¹, С.А. Обрубов², А.В. Мишустин¹,
М.Б. Бологова¹, О.С. Лебедева¹**

¹ Российская детская клиническая больница, Москва

² Российский государственный медицинский университет, Москва

Лечение хронических дакриоциститов у детей

Проведен сравнительный анализ двух хирургических методов – с наружным и внутриносовым подходами. Выполнено 122 дакриоцисториностомии у детей в возрасте 3–15 лет: 24 – наружные, 98 – эндоназальные. Учитывая малую травматичность и непродолжительность оперативного вмешательства при эндоназальном подходе, при необходимости (в 6 случаях) мы проводили дакриоориноцистостомию одномоментно с двух сторон. Двусторонних операций с использованием наружной дакриоцисториностомии не проводили. В двух случаях дакриоцистит был осложнен свищом слезного мешка. После эндоназальной дакриоцисториностомии в обоих случаях произошло самопроизвольное закрытие свищей на 6–7-й день. В трех случаях эндоназальную дакриоцисторино-стию успешно провели у больных с обострением флегмонозного процесса слезного мешка. При наружной дакриоцисториностомии у 7 (20%) больных наблюдали образование келоидных рубцов, а при эндоназальной – косметический эффект был максимальным. Преимущества эндоназального подхода: возможность его проведения в остром периоде воспаления; в ходе операции можно оценить и исправить анатомические особенности полости носа; проведение пластики соустья между слезным мешком и полостью носа; создание костного «окна» в форме воронки; в случае рецидива легче восстановить нормальный отток слезы; возможность одномоментно выполнять двусторонние операции на слезоотводящих путях, веках и орбите, обеспечение профилактики возникновения носового кровотечения.

Ключевые слова: дакриоцистит, лечение, дети.

Контактная информация: Чинёнов Игорь Михайлович.

E-mail: chinenov_i_m@rdkb.ru

© Коллектив авторов, 2010

I.M. CHINENOV, S.A. OBRUBOV, A.V. MISHUSTIN, M.B. BOLOGOVA, O.S. LEBEDEVA

Treatment of chronic dacryocystitis in children

A comparative analysis was conducted of two surgical techniques involving both external and intranasal approaches. A total of 122 dacryocystorhinostomies were performed in children aged 3 to 15 years: 24 - external and 98 - endonasal. Due to low rates of traumatic injury and short duration of surgical intervention during endonasal approach, we carried out dacryocystorhinostomy concomitantly on both sides when necessary (in six cases). No bilateral surgery involving external dacryocystorhinostomy was performed. In two cases dacryocystitis was exacerbated by the presence of lacrimal sac fistula. In both cases post endonasal dacryocystorhinostomy resulted in spontaneous repair of fistula on the 6th/7th day. Endonasal dacryocystorhinostomy was successfully performed in three cases in patients with aggravation of lacrimal sac phlegmon. Cicatricial keloids tended to form during external dacryocystorhinostomy in seven (20%) patients while the cosmetic effect was maximal with endonasal surgery. Endonasal approach offers a host of advantages: the possibility of its being carried out during the acute period of inflammation; anatomical features of the nasal cavity can be assessed and corrected during surgery; plasty of anastomosis between the lacrimal sac and the nasal cavity is a possibility; creation of funnel-shaped osseous "window"; ease of restoring normal tear outflow if a relapse occurs; the possibility of concurrently conducting bilateral surgery on the lacrimal passages, eyelids and orbital cavity; provision of preventive care should nose bleeding occur.

Key words: dacryocystitis, treatment, children.

Относительно метода лечения хронического дакриоцистита у детей ни в отечественной, ни в иностранной литературе нет единого суждения. Выбор метода операции зависит от особенностей проявления этого заболевания. Эффективен хирургический метод лечения, который заключается в наложении соустья между слезным мешком и полостью носа [2, 4, 5].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Мы провели сравнительный анализ двух хирургических методов – с наружным и внутриносовым подходами [6]. Выполнено 122 дакриоцисториностомии у детей в возрасте от 3 до 15 лет, из них 24 – наружные (контрольная группа) и 98 – эндоназальные (исследуемая группа). Проведение операций у детей в более раннем возрасте мы считаем нецелесообразным, учитывая продолжающееся формирование лицевого скелета, а также неудобство доступа к операционному полю, что затрудняет полноценную обработку, а следовательно, чревато рецидивом заболевания, к тому же в этом возрасте нежелательно проведение наркоза.

При наружном подходе мы применяли классическую методику дакриоцисториностомии по *Dupuy-Dutemps et Burget* [7], при внутриносовом – эндоназальную дакриоцисториностомию с применением изогнутого долота Веста в модификации В.Г. Белоглазова и О.В. Груши [1] и другие модификации, используемые при лечении взрослых пациентов [3]. Особенность модификации заключалась в способе создания отверстия в кости. Для этой цели мы использовали ультразвуковую пилу или электрофрезу (*рис.*).

Рис. Схема эндоназальной дакриоцисториностомии с использованием электрофрезы



В процессе эндоназальных операций мы проводили несложные корригирующие внутриносовые вмешательства: резекцию переднего конца средней носовой раковины, удаление прилегающих к слезной ямке клеток решетчатого лабиринта, удаление спаек и рубцов между боковой стенкой носа и носовой перегородкой, резекцию гипертрофированного переднего бугорка носовой перегородки.

Из 15 детей с рецидивирующими дакриоциститами, которые ранее были оперированы по поводу хронического дакриоцистита с наружным подходом, только двоим мы произвели редакриоцисториностомию с эндоназальным подходом при помощи ультразвуковой пилы. У остальных пациентов эндоназальное вмешательство ограничилось выжиганием рубцовой ткани в области соустья при помощи электрокаутера и резекции гипертрофированного переднего конца средней носовой раковины, которая прикрывала область слезной ямки и была причиной рецидива.

Эндоназальная дакриоцисториностомия продолжалась в среднем 30 ± 10 мин, а наружная – около 90 ± 10 мин. Таким образом, при эндоназальном подходе операция занимает в три раза меньше времени, а значит, ребенок в меньшей степени подвергается интоксикации в процессе общего наркоза.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Учитывая малую травматичность и непродолжительность оперативного вмешательства при эндоназальном подходе, при необходимости (6 случаев) мы проводили дакриоцисториностомию одновременно с двух сторон. В контрольной группе (наружная дакриоцисториностомия) двусторонних операций не проводили.

В двух случаях дакриоцистит был осложнен свищом слезного мешка. После эндоназальной дакриоцисториностомии в обоих случаях произошло самопроизвольное закрытие свищей на 6–7-й день. В трех случаях эндоназальная дакриоцисториностомия была успешно проведена у больных с обострением флегмонозного процесса слезного мешка.

Один из важных критериев, который мы учитывали при выборе операции, – косметический эффект. При наружной дакриоцисториностомии у 7 (20%) детей мы наблюдали образование келоидных рубцов, а при эндоназальной дакриоцисториностомии косметический эффект был максимальным, так как не проводили наружных разрезов кожи. В 11 (20%) случаях, когда поражения слезных канальцев сочетались с воспалением слезного мешка, мы проводили эндоназальную каналикулодакриоцисто-

Таблица

Результаты хирургического лечения хронических дакриоциститов у детей

Вид операции	Выздоровление		Рецидив		ВСЕГО	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
ЭДЦР	93	95	5	5	98	100
НДЦР	22	92	2	8	24	100

риностомии. В 4 (5%) случаях при полной рубцовой облитерации слезных канальцев была произведена эндоназальная лакориностомия.

Результаты хирургического лечения хронических дакриоциститов представлены в *таблице*. Эффективность лечения при применении наружной и эндоназальной дакриориноцистостомии практически одинакова, но в детском возрасте предпочтение следует отдавать эндоназальным операциям, которые имеют немаловажные преимущества:

- ▶ возможность их проведения в остром периоде (при наличии флегмонозного процесса);

- ▶ возможность оценить в ходе операции те или иные анатомические особенности полости носа, способные стать пусковым механизмом в этиологии развития дакриоцистита, и устранить их;

- ▶ возможность проведения пластики соустья между слезным мешком и полостью носа, не оставляя «кармана» в нижнем отделе слезного мешка;

- ▶ образование костного «окна», имеющего форму воронки, открывающейся вниз, отток слезы при этом более физиологичен, при наружных операциях это технически невыполнимо;

- ▶ в случае рецидива легче восстановить нормальный отток слезы, произведя выжигание термокаутером рубцовой ткани, закрывающей соустье (длительность операции – 5 мин);

- ▶ при создании соустья со слезным мешком не производится отсепаровка слезного мешка от окружающих тканей, при которой разрушаются нервно-сосудистые связи, – это более физиологично в отношении сохранения механизма слезоотведения (длительность операции – 20–30 мин);

- ▶ возможность одновременно выполнять двусторонние операции на слезоотводящих путях, веках и орбитах;

- ▶ профилактика возникновения носового кровотечения.

Исследования ближайших и отдаленных результатов проведенных нами операций показали, что в отличие от эндоназального подхода наружная дакриоцисториностомия имеет ряд существенных недостатков:

- ▶ большая длительность операции под наркозом (1,5–2 ч);

- ▶ невозможность проведения операции одновременно с двух сторон;

- ▶ послеоперационный рубец;

- ▶ невозможность проведения операции при наличии флегмонозного процесса;

- ▶ большая травматичность операции при рецидиве заболевания (длительность операции увеличивается до 2–3 ч);

- ▶ трудности, связанные с наложением кетгутовых швов на соустье при наличии маленького слезного мешка и дряблости слизистой носа;

- ▶ угроза носового кровотечения в послеоперационном периоде.

ВЫВОДЫ

Сравнительный анализ двух видов оперативных вмешательств показал, что эндоназальный подход обладает несомненными преимуществами.

Литература

1. Белоглазов В.Г., Груша О.В. Особенности хирургической тактики при эндоназальных операциях на слезных путях у детей. Тезисы докладов II Всесоюзной конференции по актуальным вопросам детской офтальмологии. – М., 1983, с. 154.
2. Белоглазов В.Г. Клинические аспекты эндоназальной хирургии стенозов и непроходимости слезоотводящих путей / Автореф. дисс... д.м.н. – М., 1979, 391 с.
3. Белоглазов В.Г. Эндоназальные способы хирургического лечения облитераций слезных канальцев и мешка // Вест. офтальм., 1979, №2, с. 38.
4. Строгаль А.С. Эффективность лечения врожденных дакриоциститов // Офтальм. журнал, 1983, №7, с. 437–438.
5. Хасанов С.А. и др. Эндоназальная дакриоцисториностомия у детей // Вест. оториноларингол., 1992, №2, с. 16–19.
6. Чиненов И.М. Усовершенствование методов ранней диагностики и эффективности устранения нарушений слезоотведения у детей / Автореф. дисс... к.м.н. – М., 1987.
7. Dupuy-Dutemps L. Statistique de 299 cas de dacryocystorhinostomie plastique. Bull et mem de la Soc Franc d'ophtal 1924; 37: 286.