

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ФЛЕГМОНЫ СЛЕЗНОГО МЕШКА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**Хамроева Ю.А., Бобоха Л.Ю., Махмудова Д.Т., Эргашев Б.О.****Ташкентский педиатрический медицинский институт**

Дифференцированный подход в лечении флегмоны слезного мешка, с учётом этиопатогенеза заболевания и наличия сопутствующей патологии, способствует снижению рецидивов заболевания, необходимости в дополнительном лечении, а также уменьшению числа койко-дней проведенных пациентами в стационар.

Ключевые слова: флегмона слезного мешка, первичный дакриоцистит новорожденных, вторичный дакриоцистит детей, дакриоцистоцеле, стеноз носослезного протока.

ЁШБОЛАРДАКЎЗЁШҚОПИФЛЕГМОНАСИНИДАВОЛАШУСУЛИНИОПТИМАЛЛАШТИРИШ

Касалликнинг этиопатогенезини ва ёндош патологиянинг мавжудлигини ҳисобга олган ҳолда ёш қопи флегмонасини даволашда оптималлаштирилган ёндашув касалликнинг қайталанишини, қўшимча даволанишга бўлган эҳтиёжни камайтиришга, шунингдек ётоқ кунларини камайтиришга ёрдам беради.

Калит сўзлар: кўз ёш қопи флегмонаси, янги туғилган чақалоқларнинг бирламчи дакриоцистити, болаларнинг иккиламчи дакриоцистити, дакриоцистосел, назолакримал канал стенози.

OPTIMIZATION OF THE METHOD OF TREATMENT OF PHLEGMON OF A LACHRYMAL BAG IN YOUNG CHILD

A differentiated approach in the treatment of phlegmon of the lacrimal sac, taking into account the etiopathogenesis of the disease and the presence of concomitant pathology, helps to reduce the recurrence of the disease, the need for additional treatment, as well as a decrease in the inpatient number of patients.

Key words: phlegmon of the lacrimal sac, primary dacryocystitis of newborns, secondary dacryocystitis of children, dacryocystocele, stenosis of the nasolacrimal duct.

Актуальность. Флегмона слезного мешка является тяжелым осложнением гнойного дакриоцистита, представляющий собой воспалительный процесс, распространяющийся за пределы слезного мешка на окружающие его ткань [1,2,3]. По данным литературы [5] 44,9% приходится на инфекционно-воспалительные заболевания глаз у новорожденных, требующих лечения в стационаре, при этом воспалительные заболевания слезоотводящих путей составляют 33,2% [4]. Все вышесказанное указывает на необходимость ранней и эффективной терапии данных заболеваний. При формировании флегмоны слезного мешка лечение начинают с назначения антибактериальных препаратов широкого спектра действия, затем по мере стихания острого процесса необходимо провести зондирование носослезного канала, если отмечается симптомы флюктуации необходимо ее вскрытие и дренирование [5].

Согласно статистическим данным [2,3], в 96,9% случаев отмечается полное выздоровление пациентов с флегмоной слезного мешка при своевременно проведенной терапии, при этом рецидивы составляют 3-4%. При рецидивирующем течении в 12,5% случаев необходимо проведение многоэтапных хирургических вмешательств. В последнее время, сожалению увеличивается процент безуспешных, неоднократно проведенных зондирований, что в итоге привело к росту числа осложнений (до 22%) в виде флегмоны, фистулы слезного мешка. Все выше перечисленное, указывает на необходимость разработки дифференцированного подхода в ведении пациентов с флегмоной слезного мешка.

Цель исследования – разработать дифференцированный подход в лечении флегмоны слезного мешка у детей.

Материал и методы исследования. Клинический анализ проведен в глазном отделении клиники Ташкентского педиатрического медицинского института за период 2019-2021 годы. Обследовано 30 больных (32 глаза) с установленным диагнозом флегмона слезного мешка. Возраст детей варьировал от 5 дней до 16 месяцев, средней возраст составил $4,0 \pm 0,6$ месяца. Из обследованных мальчиков было 50%, девочек 50%. Пациенты разделены на следующие возрастные группы: от 5 дней до 1 месяца 16 пациентов – 18 глаз (56%), от 1 – 3-х месяцев 8 больных 8 глаз (25%), от 3-х – 12 месяцев 4 пациента 4 глаза (13%), от 12 - 16 месяцев 2 больных 2 глаза (6%). При постановке диагноза применяли классификацию по Чиненову И. М. (1997) [6]. Всем детям проведены офтальмологические исследования: пальпация кожи в

проекции слезного мешка, биомикроскопию, визиометрию, офтальмоскопию, рентгенографию орбиты. Консультации смежных специалистов: отоларинголога, стоматолога, педиатра. Для исследования проходимости слезоотводящих путей проводили тест с исчезновением красителя. В конъюнктивальную полость инсталлировали 3% раствор колларгола или флюоресцеина и оценивали за какое время конъюнктивальная полость очистится от красителя – канальцевая проба (в норме до 5 минут) и время появления красителя на тампоне, который мы предварительно поместили в полость носа - носовая проба (в норме до 10 минут).

Результаты и их обсуждение. В 16 (56%) случаев наблюдался односторонний первичный дакриоцистит новорожденных осложненной флегмоной слезного мешка. Причинами первичного дакриоцистита являлись аномалии развития слезоотводящих путей, костно-деструктивные изменения в области проекции слезного мешка, а также сохраненная мембрана в носослезном протоке. Из них в 2 (13%) случаев двусторонний первичный дакриоцистит новорожденных осложненной флегмоной слезного мешка с функционирующим свищем. В 14 (47%) случаев наблюдался вторичный дакриоцистит (развился после 1 года), осложненной флегмоной слезного мешка, как результат повреждения (травмы) слезоотводящего аппарата и прилегающих тканей.

Всем 30 пациентам (32 глаза), в день поступления выполнена пункция гнойного содержимого слезного мешка наружным доступом через кожу стерильным шприцом под местной анестезией, затем накладывалась гипертоническая повязка. Через 5 дней спустя произведено зондирование с промыванием слезного мешка и носослезного протока раствором антибиотика. Двоим пациентам (4 глаза) с двусторонним первичным дакриоциститом новорожденных осложненной флегмоной слезного мешка с функционирующим свищем 6% случаях, зондирование носослезного протока было отсрочено из-за вскрытия слезного мешка самопроизвольно. При этом во вскрывшуюся полость ввели антибиотики цефалоспоринового ряда с последующим промыванием полости и накладыванием монокулярной повязки. После формирования рубцовой такни в области свища (обычно на 10 сутки) провели отсроченное зондирование.

Всем пациентам на протяжении всего лечения назначали антибактериальных глазных капель 4-6 раз в день. Также пациентам назначали антибактериальные препараты в виде внутримышечных или внутривенных инъекций (5 дней). Из всех больных, к повторному зондированию и промыванию носослезного протока, подвергались 13% детей с двусторонним первичным дакриоциститом новорожденных осложненным флегмоной слезного мешка с функционирующим свищем, которые имели сопутствующую патологию со стороны ЛОР органов. В 6% случаев у детей наблюдались костно-деструктивные изменения. Эти дети подвергались хирургическому лечению. Эффективность дифференцированного подхода в лечении флегмоны слезного мешка, с учётом причины, вызвавшей данное осложнение и наличия сопутствующей патологии, способствует снижению рецидивов заболевания, необходимости в дополнительном лечении, а также уменьшению числа койко-дней проведенных пациентами в стационар. Также необходимо не допустить самопроизвольного вскрытия флегмоны, для чего целесообразно проводить раннюю аспирацию гнойного содержимого наружным доступом через кожу, с последующим проведением зондирования и промывания носослезного канала.

Вывод. Этиопатогенетический дифференцированный подход к лечению первичного дакриоцистита новорожденных и вторичного дакриоцистита детей, осложненных флегмоной слезного мешка, способствует низкому проценту рецидива заболевания.

Литература.

1. Арестова Н.Н. Дакриоциститы новорожденных. В кн.: Нероев В.В. Избранные лекции по детской офтальмологии. М.: 2009:9-28
2. Бузруков Б.Т. Усовершенствование методов исследования и лечения детей с осложненными формами врожденного дакриоцистита: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Ташкент, 1998. – С.
3. Белоглазов В.Г. Врожденные заболевания слезоотводящих путей. В кн.: Аветисов С.Э., Эгоров Е.А., Машетова Л.К., Нероев В.В. Офтальмология: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа 2008:368-371.
4. Катаргина О.А., Грицок С.Н. Ранее активное консервативное лечение флегмонозного дакриоцистита у детей. Офтальм.Журн. 1972;7:512-514.
5. Сайдашева, Э. И. Совершенствование офтальмологической помощи новорожденным детям в условиях мегаполиса: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Э. И. Сайдашева - Санкт-Петербург, 2010. - 39 с.
6. Сайдашева Э.И. Совершенствование офтальмологической помощи новорожденным детям в условиях мегаполиса. Российская педиатрическая офтальмология. 2009;2: 22-25.
7. Школьник С.Ф., Григорьева И.Н., Шиханов А.О., Школьник Г.С., Шленская О.В. К вопросу о сроках лечения врожденной патологии слезоотводящих путей. Актуальные вопросы детской офтальмологии. Всероссийская научно-практическая конференция (Калуга, 9 декабря) 2011. В кн: Терещенко А.В., Белый Ю.А. сборник научных трудов. М.; 2011:83-86.
8. Чиненов И.М., Сидоренко Е.И., Белоглазов В.Г. «Лечение хронических дакриоциститов у детей»,- Материалы научно-практической конференции, посвященной 10-летию РДКБ, 1995г., с.130.