

DOI: <https://doi.org/10.17816/rpoj112423>

Клинический случай позднего осложнения врождённого дакриоцистита

И.А. Филатова, С.А. Шеметов, Ю.П. Кондратьева

НМИЦ глазных болезней им. Гельмгольца, Москва, Российская Федерация

АННОТАЦИЯ

Представлен клинический случай у пациентки 62 лет. Из анамнеза известно, что у пациентки был врождённый дакриоцистит, по поводу чего в возрасте 2–4 лет проводили неоднократные зондирования. Данное лечение не имело положительного эффекта. На фоне нерегулярного консервативного лечения и длительного самостоятельного массажа области слёзного мешка развилось позднее осложнение. Пациентка отмечала значительно увеличенный в размере слёзный мешок, затруднение в движении глазного яблока, двоение и выраженный дискомфорт. Объективно у пациентки имелось напряжённое умеренно болезненное образование в области внутреннего угла глазной щели, смещавшее и деформировавшее нижнее веко. Правый глаз был отклонён кнаружи до 7–8 градусов по Гиршбергу, подвижность его была значительно ограничена во внутреннем и ниже-внутреннем отделах, а также незначительно — в нижнем отделе. По данным компьютерной томографии, слёзный мешок был значительно смещён в орбиту, задний отдел слёзного мешка располагался за экватором глазного яблока, а размер слёзного мешка в 1,5 раза превышал размер глаза. Увеличенный слёзный мешок (дакриоцеле) спровоцировал отклонение глазного яблока кнаружи с появлением диплопии. Слёзный мешок был удалён с применением методики радиоволновой хирургии. После разреза кожи и разделения волокон круговой мышцы слёзный мешок был вскрыт. Из мешка было эвакуировано 6,5 мл жидкого содержимого. Стенки мешка были взяты на зажим, и затем деликатно наконечником радиоволнового прибора слёзный мешок был полностью выделен из окружающих тканей. Рана была ушита послойно. После операции пациентка получала стандартное противовоспалительное лечение. После операции осложнений не наблюдалось. Все симптомы (диплопия, отклонение глазного яблока, нарушение подвижности и дискомфорт) разрешились с первых дней после операции.

Ключевые слова: врождённый дакриоцистит; позднее осложнение; диплопия; смещение глазного яблока.

Как цитировать:

Филатова И.А., Шеметов С.А., Кондратьева Ю.П. Клинический случай позднего осложнения врождённого дакриоцистита // *Российская педиатрическая офтальмология*. 2022. Т. 17. №4. С. 43–47. DOI:<https://doi.org/10.17816/rpoj112423>

DOI: <https://doi.org/10.17816/rpoj112423>

Clinical case of late complication of congenital dacryocystitis

Irina A. Filatova, Sergey A. Shemetov, Yulia P. Kondratieva

Helmholtz National Medical Research Center of Eye Diseases, Moscow, Russian Federation

ABSTRACT

A clinical case is presented in a 62-year-old patient. Based on anamnesis, the patient had congenital dacryocystitis, for which repeated probing was performed at the age of 2–4 years. This treatment did not have a positive effect. Irregular conservative treatment and prolonged self-message of the lacrimal sac area resulted in complications: a significantly enlarged lacrimal sac, difficulty in moving the eyeball, double vision, and pronounced discomfort. Objectively, the patient had a tense moderately painful formation in the area of the inner corner of the eye slit, which displaced and deformed the lower eyelid. The right eye was deflected outward to 7°–8° Girshberg, its mobility was significantly limited in the inner and lower-inner part and slightly limited in the lower part. On computed tomography, the lacrimal sac significantly shifted into the orbit, the posterior part of the lacrimal sac was located behind the equator of the eyeball, and the size of the lacrimal sac was 1.5 times that of the eye. The enlarged lacrimal sac (dacryoceles) induced the deviation of the eyeball outward with the appearance of diplopia. The lacrimal sac was removed by radio wave surgery: after the skin incision and separation of the fibers of the circular muscle, the lacrimal sac was opened, and 6.5 mL of liquid contents were evacuated from it. The walls of the bag were clamped, and delicately with the tip of the radio wave device, the lacrimal sac was completely isolated from the surrounding tissues. The wound was sutured in layers. After the operation, the patient received standard anti-inflammatory treatment. The postoperative course proceeded without complications, and all the symptoms (diplopia, eyeball deviation, impaired mobility, and discomfort) were resolved from the first days after the operation.

Keywords: congenital dacryocystitis; late complication; diplopia; displacement of the eyeball.

To cite this article:

Filatova IA, Shemetov SA, Kondratieva YP. Clinical case of late complication of congenital dacryocystitis. *Russian pediatric ophthalmology*. 2022;17(4):43–47. DOI: <https://doi.org/10.17816/rpoj112423>

Received: 08.11.2022

Accepted: 10.11.2022

Published: 22.12.2022

ВВЕДЕНИЕ

В среднем у 5% новорождённых детей желатино-подобная ткань, покрывающая костную часть слёзно-носового канала, не рассасывается и приводит к развитию дакриоцистита новорождённых, который при своевременном лечении в первые месяцы жизни успешно устраняется [1].

Развитие осложнений при врождённом дакриоцистите выявляют в 2–22% случаев, в основном, в детском возрасте до 7 лет [2]. Осложнения выражаются в развитии хронического дакриоцистита, в тяжёлых случаях приводят к флегмоне слёзного мешка.

Цель. Представить клинический случай развития позднего осложнения врождённого дакриоцистита у пациентки в возрасте 62 лет.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Под наблюдением находилась пациентка С. 1960 года рождения, которая обратилась за помощью в НМИЦ глазных болезней им. Гельмгольца с жалобами на припухлость во внутренней части нижнего века, слизистые выделения из правого глаза, слёзотечение и периодическое двоение при работе на близком расстоянии. Со слов пациентки, она с рождения страдает непроходимостью слёзных путей и дакриоциститом справа. В детском возрасте ей выполняли зондирование слёзных путей с кратковременным эффектом, затем длительное время проводилось только консервативное лечение. Пациентка сама ежедневно в течении многих лет массировала веко в проекции слёзного мешка с целью удаления его содержимого через верхние отделы слёзоотводящих путей. Последние несколько лет отмечает увеличение в размере образования нижнего века и отсутствие эффекта от массажа. Хирургическое лечение не проводилось. При обращении получены следующие данные офтальмологического обследования: острота зрения OD=0,2 sph -3,0 cyl -2,75=0,5 н\к; OS=0,2 sph -2,5 cyl -1,0=1,0. Внутриглазное давление в обоих глазах (OU) при пальпировании было нормальным. В проекции слёзного мешка в правом глазу имелось большое мягкотканное образование, выраженное смещение тканей нижнего века, а также смещение глазного яблока к виску (рис. 1), при пальпации образование было безболезненным.

Движение глазного яблока справа (OD) слегка ограничено по горизонтали. Роговица прозрачная, блестящая, сферичная. Передняя камера средней глубины, равномерная, влага её прозрачная. Радужка структурна. Обнаружены умеренные помутнения в ядре и кортикальных слоях хрусталика. Заметна деструкция стекловидного тела. При осмотре глазного дна виден бледно-розовый диск зрительного нерва, границы его чёткие, макулярный рефлекс розовый, на видимой периферии без патологии.

Левый глаз (OS) спокоен. Роговица прозрачная, блестящая, сферичная. Передняя камера средней глубины, равномерная, влага её прозрачная. Радужка структурна. Хрусталик с помутнениями. Отмечена деструкция стекловидного тела. При осмотре глазного дна виден бледно-розовый диск зрительного нерва, границы его чёткие, макулярный рефлекс розовый, на периферии без видимой патологии.

По результатам компьютерной томографии орбит, выполненной в трёх проекциях с шагом 1,5 мм, в области ниже-внутреннего угла переднего и среднего отделов правой орбиты, определяется образование овальной формы с чёткими контурами размерами 28,9 x 22,6 x 26,2 мм (рис. 2).

Правое глазное яблоко смещено кнаружи и кверху, деформировано в проекции прилегания вышеописанного образования, расположенного вдоль медиального отдела глаза на всём его протяжении и превышающий объём глазного яблока в 1,5 раза.

На основании данных исследования установлен следующий диагноз: в правом глазу (OD) врождённый дакриоцистит, дакриоцистоцеле, непроходимость слёзоотводящих путей.



Рис. 1. Пациентка при первичном осмотре.

Fig. 1. The patient during the initial examination.



Рис. 2. Срез на компьютерной томограмме орбиты в аксиальной плоскости в проекции слёзного мешка.

Fig. 2. A section on the computed tomography of the orbit in the axial plane in the projection of the lacrimal sac.

Пациентке было показано хирургическое лечение под общим наркозом. Проведена на правом глазу дакриоцистэктомия радиоволновая. Осуществлён разрез кожи длиной 15 мм в проекции слёзного мешка. Разделены глубокие ткани и рубцы тупым и острым путём, выполнен гемостаз. Слёзный мешок выделен, он имел очень большие размеры с растяжением и смещением в орбиту и в сторону щеки со смещением глазного яблока кнаружи и кверху. Произведено выделение и удаление слёзного мешка радиоволновым ножом с коагуляцией места выхода в слёзно-носовой канал и входа канальцев в слёзный мешок. В процессе хирургического вмешательства из слёзного мешка было удалено 6,5 мл жидкого содержимого в виде прозрачной опалесцирующей жидкости. Гнойного отделяемого отмечено не было. Рана промыта растворами антисептиков и антибиотиков. В рану засыпан сухой антибиотик. Рана ушита послойно: мягкие ткани, кожа. На кожу наложены узловые швы викрилом 6/0. Проведена обработка 0,3% глазной мазью «Флоксал», наложена бинтовая повязка. Удалённый увеличенный и деформированный слёзный мешок направлен на гистологическое исследование (рис. 3).

ОБСУЖДЕНИЕ

Ранний послеоперационный период проходил без особенностей. Операционная рана заживала хорошо. Швы с кожи века были сняты на 9-е сутки после операции.

В соответствии с гистологическим заключением у больной имеется хронический дакриоцистит с признаками атрофии слизистой, а также фиброза и гиалиноза стенки слёзного мешка.

В отдалённом периоде у пациентки остались только жалобы на периодическое слёзотечение при выходе на улицу. Жалобы на двоение и припухлость века больная не предъявляет. Дефектов внешнего вида пациентка не отмечает (рис. 4).

Данное осложнение может быть следствием длительного механического воздействия на слёзный мешок для эвакуации его содержимого. Это могло спровоцировать атрофические изменения в стенке слёзного мешка и нарушение проходимости слёзных канальцев, что привело к увеличению объема слёзного мешка и его растяжению в мягких тканях нижнего века и в орбиту.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несвоевременное лечение дакриоцистита новорождённых, а также длительное самостоятельное очищение слёзного мешка механическим воздействием может привести к грубым деформациям слёзотводящего



Рис. 3. Удалённый слёзный мешок.

Fig. 3. The removed lacrimal sac.



Рис. 4. Пациентка через 6 недель после хирургического лечения.

Fig. 4. Patient 6 weeks after surgical treatment.

аппарата, а также к деформации тканей орбиты и глазного яблока.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Информированное согласие на публикацию. Авторы получили письменное согласие законных представителей пациента на публикацию медицинских данных и фотографий.

ADDITIONAL INFO

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

Consent for publication. Written consent was obtained from the patient for publication of relevant medical information and all of accompanying images within the manuscript.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мельников В.Я., Куликова Е.С., Мельникова Ю.В., Негода В.И. Дакриоциститы новорожденных // Сборник научных трудов научно-практической конференции по офтальмохирургии с международным участием «Восток – Запад». Под ред. проф. М.М. Бикбова; Май 13–14, 2011; Уфа, Россия. Уфа: Дизайн-

ПолиграфСервис, 2011. С. 420. Режим доступа: <https://eyepress.ru/article.aspx?10028>. Дата обращения: 22.11.2022.

2. Черкунов Б.Ф. Болезни слезных органов. Монография. Самара: Перспектива, 2001. С. 100–114.

REFERENCES

1. Mel'nikov VYa, Kulikova EC, Mel'nikova YuV, Negoda VI. Dakriotsistity novorozhdennykh. In: Professor Bikbov MM, editor. Collection of scientific papers of the scientific-practical conference on ophthalmic surgery with international participation «Vostok – Zapad»;

2011 May 13–14; Ufa, Russia. Ufa: DizainPoligrafServis; 2011. P. 420. Available from: <https://eyepress.ru/article.aspx?10028>. (In Russ).

2. Cherkunov BF. *Bolezni sleznykh organov. Monografiya*. Samara: Perspektiva; 2001. P. 100–114. (In Russ).

ОБ АВТОРАХ

***Филатова Ирина Анатольевна**, д.м.н., профессор;
адрес: Россия, 105062, Москва,
ул. Садовая-Черногрозская, 14/19;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5930-117X>;
eLibrary SPIN: 1797-9875; e-mail: filaova13@yandex.ru

Шеметов Сергей Александрович, к.м.н.;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4608-5754>;
eLibrary SPIN: 4597-4425

Кондратьева Юлия Петровна, к.м.н.;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2848-0686>

AUTHORS INFO

***Irina A. Filatova**, MD, Dr. Sci. (Med.), Professor;
address: 14/19, Sadovaya Chernogryazskaya Str.,
105062 Moscow, Russia;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5930-117X>;
eLibrary SPIN: 1797-9875; e-mail: filaova13@yandex.ru

Sergey A. Shemetov, MD, Cand. Sci. (Med.);
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4608-5754>;
eLibrary SPIN: 4597-4425

Yulia P. Kondratieva, MD, Cand. Sci. (Med.);
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2848-0686>

* Автор, ответственный за переписку / Corresponding author