**Выводы.** При одонтогенном происхождении инфекция проникает в орбиту одновременно контактным и гематогенным путем с развитием тромбофлебита вен орбиты, сепсиса и тромбоза кавернозного синуса.

Разработанная операция оказалась высокоэффективной, позволила исключить повторные хирургические вмешательства, получить клиническое выздоровление у 90 % пациентов.

## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДАКРИОЦИСТОЦЕЛЕ

*С. Ф. Школьник*
**Чебоксарский филиал ФГБУ «МНТК “Микрохирургия глаза” им. акад. С. Н. Федорова» Минздравсоцразвития России, Чебоксары**

**Актуальность.** Клиническая картина хронического эктатического дакриоцистита достаточно специфична. Классический набор симптомов: слезотечение, слезостояние, опухолевидное образование у внутреннего угла глаза, опорожняющееся при пробе рефлюкса в конъюнктивальный мешок слизисто-гнойным содержимым – делает диагноз безошибочным.

Значительно больше затруднений вызывает диагностика тех случаев дакриоцистита, при которых окклюзия носослезного протока сочетается с блокадой устья канальцев, когда формируется дакриоцистоцеле, для которого характерным является невозможность компрессией на эктазированный слезный мешок добиться его опорожнения. Это делает необходимыми дополнительные диагностические тесты и исключение заболеваний со схожей симптоматикой.

**Цель работы** – разработать комплекс диагностических мероприятий, направленных на исключение ошибочной интерпретации симптома «опухолевидное образование у внутреннего угла глаза».

**Материал и методы.** Из 120 пациентов с подозрением на эктатический дакриоцистит, среди которых 82 женщины и 13 детей, были выбраны для исследования 32 – с отрицательной пробой рефлюкса (основная группа). Остальные пациенты были отнесены к контрольной группе. Помимо ординарных методов оценки функционального состояния слезоотводящего тракта в отдельных случаях для дифференциальной диагностики заболевания были применены компьютерная (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ), эндориноскопия, дакриоэндоскопия, УЗИ, а также гистологическое исследование.

**Результаты и обсуждение.** Жалобы на слезотечение и слезостояние предъявляли подавляющее большинство пациентов (95 %). Опухолевидное образование, локализовавшееся у внутреннего угла глаза, имело различные форму, консистенцию, размеры, подвижность и цвет покрывающей его кожи. У 20 больных второй группы деликатное зондирование слезных канальцев выявило преодолимое препятствие, локализовавшееся в их устье, после смещения которого зонд упирался в кость, а окончание зондирования сопровождалось уменьшением «кисты» в объеме и появлением в конъюнктивальном мешке при компрессионной пробе ее застойного содержимого, иногда с примесью крови. Более плотные препятствия исследовались при трансканаликулярной эндоскопии и преодолевались под прямым визуальным контролем. В одном случае дакриоэндоскопия позволила обнаружить новообразование слезного мешка, оказавшееся при гистологическом исследовании папилломой с признаками начальной малигнизации. Характерно, что у этого пациента имелся также вторичный дакриоцистит. Патология параназальных синусов выявлялась в ходе КТ, МРТ,

эндориноскопических исследований и операций, симультанно санировавших пазухи и слезоотводящие пути. Так, в двух случаях дакриоцистит оказался следствием сопутствующей ретенционной кисты клеток решетчатого лабиринта, которая не только пальпировалась в щечно-носовой области, но и сдавливала проксимальную часть носослезного протока. К казуистическим можно отнести случай отсутствия эпифоры и сохранения положительной слезно-носовой пробы, оказавшихся симптомами мукоцеле, происходившими из верхнечелюстной пазухи и возникшим после ее чрескожной пункции у пациента, долгое время лечившегося затем по месту жительства «по поводу дакриоцистита наружными вскрытиями флегмоны слезного мешка». Активное слезоотведение отсутствовало в случае множественных атером медиальной трети век, оказывавших давление на слезные канальцы, приводящее к эпифоре. Это отчасти маскировало заболевание под дакриоцеле, а соседство атероматозных кист со слезными путями создавало определенные сложности и риски при их удалении. У двоих новорожденных детей с дермоидной кистой и гемангиомой соответствующей локализации диагноз дакриоцистоцеле был исключен по результатам опроса родителей, не отмечавших слезотечения на стороне новообразования, а также В-сканирования, выявившего характерное для этих кист содержимое и отсутствие их связи со слезной системой.

Известные из литературы примеры других новообразований слезных органов и экстралакримальные онкозаболевания, локализующиеся у внутреннего угла глаза, в нашей практике не встречались, однако растущие диагностические возможности могут повысить выявляемость этой патологии, до настоящего времени считающейся крайне редкой. Вообще, врачебные ошибки при опухолях слезного мешка, костей и мягких тканей этой области весьма вероятны, ведь сопутствующий дакриоцистит маскирует основное заболевание. Известно также, что выполнение дакриоцисториностомии, равно как и вскрытие кист данной локализации без достаточных для этих манипуляций показаний, чреваты прогрессированием опухолевого процесса.

**Выводы.** Всякое опухолевидное образование у внутреннего угла глаза должно подвергаться всесторонней оценке и дифференциальной диагностике с применением как ординарных, так и дополнительных методов исследования. Чаще других при подозрении на муко- и пиоцеле слезного мешка в дакриологической практике приходится исключать аналогичные заболевания и новообразования околоносовых пазух, опухоли мягких тканей, покрывающих слезный мешок и опухоли самого слезного мешка, в том числе осложненные вторичным дакриоциститом.