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.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ КРОВАВОЙ БЛЕФАРОРАФИИ

Г. С. Школьник, Н. А. Поздеева, В. П. Лукин, И. Н. Григорьева
Чебоксарский филиал ФГБУ «МНТК “Микрохирургия глаза” им. акад. С. Н. Федорова» Минздравсоцразвития России, Чебоксары

Актуальность. Проблема адекватной защиты глазной поверхности приобретает большое значение в связи с возрастающей актуальностью проблемы сухого глаза как общесоматического генеза, так и связанного с офтальмопатологией. Эффективность консервативных и малоинвазивных методов лечения бывает недостаточной в случаях повреждений роговицы, приводящих к образованию длительно незаживающих эрозий и язв.

Цель работы – определить показания к операции кровавой блефарорафии и изучить ее эффективность.

Материалы и методы. Проанализированы 15 случаев кровавой блефарорафии, произведенной 14 пациентам с язвами и эрозиями роговицы. Кроме биомикроскопии и окрашивания глазной поверхности витальными красителями при решении вопроса о тактике лечения использовались микробиологическое исследование и тестирование слезопродукции по пробе Ширмера и ее модификациям.

Блефарорафия проводилась под местной инфильтрационной анестезией. Выполнялся разрез по интрамаргинальному краю на глубину 1–2 мм симметрично на верхнем и нижнем веке. Через веки накладывались 1–2 П-образных шва.

В послеоперационном периоде проводилось этиотропная антибактериальная, а также противовоспалительная и слезозаместительная терапия. В ходе послеоперационного мониторинга состояния роговицы определены сроки восстановления глазной щели, которое выполнялось при помощи радиохирургического ножа Surgitron (Ellman International, USA).

Результаты и обсуждение. У 11 пациентов (12 глаз) была диагностирована длительно незаживающая язва роговицы вследствие трофических нарушений у лиц, перенесших неврит лицевого нерва, острое нарушение мозгового кровообращения, различные глазные операции. Развитие трофического кератита и его осложнений провоцировали сопутствующие коллагенозы, эндокринопатии, опоясывающий лишай, лагофтальм. В одном случае лагофтальм, осложнившийся язвой роговицы, имел ятрогенную природу после операции по поводу блефароптоза. Двум пациентам частичная блефарорафия была выполнена с профилактической целью после операции сквозной пересадки роговицы.

На этапе предоперационного обследования нарушение суммарной и основной слезопродукции выявлено у всех пациентов. По результатам микробиологического исследования у 12 больных в конъюнктивальном мешке была обнаружена кокковая флора (пневмококк, стрептококк), у 2 мазок был стерильным.

Результатом операции был частичный или субтотальный анкилоблефарон, после устранения которого было обнаружено рубцевание язвенного дефекта в 100 % случаев, восстановление прозрачности роговицы – у 20 %, а уменьшение площади поражения роговицы с образованием помутнений различной степени еще у 73 % пациентов. Таким образом, в 93 % случаев был достигнут не только лечебный, но и оптический эффект.

Выводы. Высокая эффективность (до 100 %) кровавой блефарорафии при трофических поражениях роговицы, лагофтальме и как профилактиктической меры после операций у пациентов с кератоконъюнктивальным ксерозом свидетельствует о целесообразности ее применения, а в части случаев безальтернативности.

СПОСОБ БИКАНАЛИКУЛЯРНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ СЛЕЗООТВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭНДОНАЗАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДАКРИОЦИСТОРИНОСТОМИИ

М. И. Шляхтов, В. А. Ободов, А. В. Крушинин
Екатеринбургский филиал ФГБУ «МНТК “Микрохирургия глаза” им. акад. С. Н. Федорова» Минздравсоцразвития России, Екатеринбург

Актуальность. Биканаликулярная интубация слезных путей силиконовыми трубками – широко используемый метод при проведении наружных и эндоназальных дакриоцисториностомий (ДЦР). Интубированные стенты длительное время сохраняют просвет вновь созданных путей слезоотведения, что способствует их полной эпителизации.