
Віддалені результати дакріоцисториностомії залежно від стану слизової оболонки носа

Ліщенко В. Б. Левтюх О. В.

ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України» (Одеса, Україна)

Багато авторів знаходили тісний кореляційний зв'язок між захворюваннями слъозного мішка з одного і захворюваннями та станом слизової оболонки носа з іншого боку. До числа останніх відносяться склерома та озена.

Під нашим спостереженням знаходилося 5 хворих з хронічним гнійним дакріоциститом, які мали супутню патологію: склерому – 4, озену – 1 чоловік. Тривалість захворювання озеною 10 років, склеромою 15-21 рік. Хворі лікувалися з приводу супутньої патології в спеціалізованому відділенні. Всім хворим з приводу дакріоцистититу виконана операція – зовнішня дакріоцисториностомія. В післяопераційному періоді, а також через 3 місяці, слъозні шляхи прохідні на всьому протязі, але через 6 місяців у хворих з склеромою вони були частково прохідні, з'явилися скарги на слъозотечу, слъозостояня. З боку ЛОР-органів відмічалося загострення процесу. Через 6-8 міс. наступив рецидив дакріоцистититу, і було здійснено повторне оперативне втручання. Вибір методики і техніки реоперацій залежав від причини, які обумовили рецидив захворювання, від стану слъозного мішка, ступеня і характеру рубцевих змін слъозного мішка і слизової носа. Редакріоцисториностомія була виконана у всіх хворих. Розсічення м'яких тканин ми виконували за старим рубцем з використанням ламаного розрізу. Наш досвід проведення дакріоцисториностомії свідчить про переваги ламаного розтину над лінійним, так як він дає можливість дбайливо натягувати тканини під час оперативного втручання, а також забезпечує достатній доступ до слъозного мішка при відносно невеликій довжині. Під час операції, в області кісткового отвору, знайдена щільна фіброзна тканина, яка закриває його, слъозний мішок фіброзно змінений. Використання вдосконаленого способу формування кісткового вікна дозволило реформувати отвори в кістці до потрібних розмірів, зберігши неушкодженою слизову носа. Основними вимогами до розмірів і розташування кісткового отвору є те, щоб нижній край досягав місця переходу слъозного мішка в слъозо-носовий канал, задній край доходив до слъозного заднього гребінця, а верхній – на 3 мм вище рівня впадання гирла слъозних каналців в слъозний мішок. Цим вимогам відповідає запропонована нами трапецієвидна форма отвору з закругленими кутами. Фіброзна тканина видалена, кістковий отвір розширено. Під час реоперацій використовували запропонований нами дренаж. Вдалося сформувати риностому між слъозним мішком і слизовою носа з чотирма стінками. При шовному формуванні використовували дренаж у вигляді ковпачка-фіксатора. Сутність його полягає в тому, що в області риностому запропонований дренаж може змінювати свій діаметр, надійно фіксуватися, не порушуючи епітелізацію співустя, сприяє правильному його формуванню.

В двох хворих, які постійно спостерігались у офтальмолога і ЛОР лікаря та отримували курси специфічного лікування – слъозні шляхи були прохідні. Термін спостереження до 5 років. У двох інших хворих, через 6-12 міс. настав рецидив (однак вони не регулярно спостерігались). Хворий з озеною звернувся через 8 міс. з рецидивом, але в подальшому не спостерігався.

Ми зробили висновок, що оперативне втручання у хворих з дакріоциститом, які мають в анамнезі патологічні зміни оболонки носа, до числа яких відносяться склерома та озена, не завжди дає позитивний результат. Ці пацієнти потребують постійного контролю окуліста та диспансерного спостереження, лікування і санації порожнини носа ЛОР лікарями.

Long-term results dakriotsistorinostomija depending on the state of the mucous membrane of the nose

Lischenko V. B., Levtiukh O. V.

The Filatov Institute of Eye Diseases and Tissue Therapy of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine (Odessa, Ukraine)

There were five patients operated with purulent chronic dacryocystitis, who had in past medical history oesena – one-person, and scleroma – four patients. Over six months the relapse began and four patients with scleroma were reoperated. Two patients had positive results (permanent observation and treating in ophthalmologist and otorhinolaryngologist), others – negative (unregular observation). The term of observation under five years. Patient with oesena had the relapse over eight months, further not observed.

Роль интерферонотерапии и селективной внутриартериальной химиотерапии в комбинации ксеноновой фотокоагуляцией и их сочетание с брахитерапией при лечении больных увеальной меланомой

Малецкий А.П.

ГУ «Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В.П.Филатова НАМН Украины» (Одесса, Украина)

Актуальность. Важность органосохраняющего лечения больных с увеальной меланомой (УМ) состоит не только в сохранении органа зрения, но и в более 40% случаев оно позволяет сохранить достаточно высокое зрение. Основными лечебными факторами применяемыми при этом, являются фотодеструкция (фотокоагуляция (ФК)) и брахитерапия (БТ). За последние десятилетия отработаны четкие показания для их применения. Нам представляется, что расширение терапевтических возможностей ФК и БТ в лечении больных с УМ может идти по пути повышения чувствительности опухолевых клеток к данным лечебным факторам. В связи с этим, нами в комплекс вышеприведенного лечения были включены рекомбинантный альфа-2b интерферониселективная внутриартериальная химиотерапия (СВАХ).

Цель. Изучить эффективность интерферонотерапии (ИФТ) и СВАХ в сочетании с ксеноновой фотокоагуляцией (КФ) и их сочетания с БТ в лечении больных УМ.

Методы. ИФТ с КФ и их сочетание с БТ проведены 324 больным, возраст ($54,3 \pm 10,8$) лет. По характеру лечения больные были разделены на две группы. Первую группу составили 64 больных с проминенцией опухоли ($3,40 \pm 1,13$) мм, которым проводились КФ и ИФТ (суммарная доза (СД) 30 млн. МЕ). Контрольная группа – 49 больных с проминенцией ($3,62 \pm 1,33$) мм, которым проводилась только КФ. Второй группе – 257 пациентов с проминенцией опухоли ($5,83 \pm 1,73$) мм проводились КФ, БТ (СД= $2570,0 \pm 458,4$ Гр) и ИФТ. Контрольная группа – 140 пациентов с проминенцией ($6,03 \pm 1,28$) мм, получавшие только КФ и БТ (СД= $2547,1 \pm 490,0$ Гр). Сроки наблюдения 36-60 месяцев. СВАХ с КФ, БТ и ИФТ были проведены 34 больным с УМ (срок наблюдения 12-36 мес.). Курс химиотерапии состоял из 6-10 внутриартериальных инфузий цисплатина в височную артерию (СД= $69,4 \pm 12,6$) мг.

Результаты. У 64 больных, которым проводились КФ и ИФТ, активность резорбции опухоли была достоверно выше и положительный результат наблюдался в 90,2% случаях, в контроле – 57,5% случаев. У 257 больных, которым проводились КФ, БТ и ИФТ, активность резорбции опухоли была достоверно выше в сравнении с контролем (КФ, БТ) и положительный результат составлял 82,6%, а в контроле – 68,6%. У больных после СВАХ в сочетании с КФ, БТ и ИФТ проминенция опухоли через 4, 12 и 36 мес. Уменьшилась на 41,9%, 61,3% и 56,3%, соответственно, тогда как в контрольной группе – на 13,4%, 30,0% и 38,4%.

Выводы. Включение ИФТ в комплекс органосохраняющего лечения (ФК и БТ) меланом хориоидеи позволило активизировать интенсивность резорбции опухоли и добиться положительного результата КФ у 90,2% больных (контроль – 57,5%), а при сочетании КФ