

нести повреждения в костях канала, так как обычно свободно проходит в полость носа, поэтому диаметр последнего зонда в 4 мм, по нашему мнению, будет наиболее подходящим. После выскабливания этим зондом слезно-носовой канал остается достаточно расширенным и надежно обеспечивает отток слезы и отделяемого в полость носа, гарантируя от осложнений и распространения возможной инфекции.

Ежедневно в течение 2 недель через разрез в слезно-носовой канал вставляем турунду с 1% синтомициновой эмульсией.

Операция делается в амбулаторных условиях.

Этим методом мы проводим лечение не только гнойных дакриоциститов в холодном периоде, но и флегмонозных, избавляя больных от повторной травмы — дакриоцисториностомии, а хирургов — от трудной операции на флегмонозном мешке. Операция продолжается около 15 минут.

После удаления турунды рана обычно закрывается через несколько дней, слезоотведение восстанавливается через естественные пути, выделения из слезного мешка прекращаются. На месте операционной раны остается лишь небольшой рубчик размером до 0,5 см длиной.

На 20 случаев оперированных флегмонозных и обычных хронических гнойных дакриоциститов рецидивов не отмечено. Срок наблюдения — от шести месяцев до года.

**Н. В. Федорова (Казань). Наш опыт применения дакриоцисториностомии в модификации проф. В. Н. Архангельского**

В практике окулиста довольно значительное место занимают заболевания слезоотводящих путей и особенно слезного мешка. Воспаление последнего — дакриоцистит сопровождается весьма неприятными явлениями: слезотечением и гноетечением. С давних времен пытались при этом заболевании искусственно восстановить отток слезной жидкости в носовую полость. Наиболее эффективной следует считать дакриоцисториностомию в модификации проф. В. Н. Архангельского.

С марта 1957 г. в нашем отделении начали применять эту модификацию риностомии. За 2 года произведено 96 операций.

Первые моменты операции (разрез кожи и мягких тканей, отделение от кости мягких тканей и слезного мешка, резекция кости) производятся обычным способом. Полость слезного мешка вскрывают вертикальным разрезом и промывают перекисью водорода. Также вертикально разрезают слизистую оболочку носа в области костного окна, против разреза слезного мешка. Задние края слизистой оболочки носа и слезного мешка сшивают тремя кетгутовыми швами, через передние края слизистой носа и слезного мешка также протягивают кетгутовые швы, но не завязывают их. Затем приступают к масляной тампонаде соустья. Вдвоем сложенную полоску марли длиной 20—25 см и шириной 1,5—2 см обильно смачивают стерильным маслом (вазелиновым, подсолнечным или рыбьим жиром) и присыпают сульфаниламидным препаратом (альбуцидом, стрептоцидом). Такой тампон на зонде вводят через нос в соустье, расправляют пинцетом в новообразованной полости и заполняют им всю полость и соответствующую половину носа. Только после того как в полость плотно уложен тампон, над ним завязывают кетгутовые швы. Кожную рану зашивают 3—4 шелковыми швами, а в последнее время нами шов проводится внутрикожно, что дает более гладкий и незаметный рубец. Тампонада соустья предупреждает кровотечение. Тампон действует как дренаж в первые часы после операции, но в основном предназначается для предупреждения склеивания противолежащих раневых поверхностей передних и задних краев слизистой оболочки. Введенный тампон расправляет полость соустья, а будучи припудрен сульфамидаами, предупреждает размножение микробной флоры и поддерживает чистоту операционной полости. Тампон не склеивается со стенками соустья, так как обильно пропитан маслом. Расправляя полость соустья, он создает благоприятные условия для заживления противолежащих раневых поверхностей, которые им разобщены. Тампон удаляют через 2 суток после операции, он вытягивается легко, и удаление обычно не сопровождается кровотечением.

Из оперированных нами больных с неосложненным дакриоциститом было 81, с дакриоциститом, осложненным флегмоной, 13 и с рецидивом после риностомии 2. Слезопроведение не восстановилось лишь у 3 больных. У одной из них были гипертрофический ринит и увеличение средних раковин, что привело к грануляциям и закрытию слезного отверстия. В одном случае дакриоцистита, осложненного флегмой, слезопроведение не восстановилось в силу резкого сужения просвета канальца у места его входа в слезный мешок. Слезопроведение не восстановилось у больной с рецидивом дакриоцистита повторно нами оперированной.

вом дакриоцистита, повторно нами оперированной. Отдаленные результаты операций, исчисляемые 2—1,5 годами, оказались стой-

Дакриоцисториностомия в модификации проф. В. Н. Архангельского должна найти широкое применение в практике офтальмолога.