

2. С учётом полученных экспериментальных данных целлюлоза может рассматриваться в качестве материала для изготовления тампона для тампонады наружного слухового прохода с последующим проведением клинических испытаний.

Литература:

1. Крюков, А. И., Хамзалиева Р. Б. Пути оптимизации ведения больных в раннем послеоперационном периоде. // Тезисы научн. практ. конф., посвященной 65 – летию МНИИ уха, горла и носа. – Москва. – 2000. – с. 3-5.

2. Каркищенко, Н. Н. Руководства по лабораторным животным и альтернативным моделям в биомедицинских технологиях / Н. Н. Каркищенко, С. В. Грачев // Москва. – 2010. – С. 120.

3. Походенько-Чудакова, И. О. Одонтогенный хронический верхнечелюстной синусит. Новые подходы к прогнозированию и лечению в амбулаторных условиях / И. О. Походенько-Чудакова, А. В. Сурин, А. И. Герасимович // Изд. центр БГУ. : Минск. – 2020. – С. 64-73.

ЛЕЧЕНИЕ ЭПИФОРЫ У ДЕТЕЙ

Солодовникова Н. Г.¹, Логош С. М.²

¹ Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

² Гродненская университетская клиника, Гродно, Беларусь

Актуальность. Слезотечение (эпифора) – актуальная проблема офтальмологии. Постоянное слезотечение и слезостояние – основные симптомы при врожденном дакриоцистите, который доминирует в структуре врожденной патологии слезных органов у детей с периода новорожденности. Частота встречаемости дакриоцистита, по данным разных авторов, достигает 7-14% [1]. Врожденный дакриоцистит возникает при непроходимости слезно-носового канала и при несвоевременном лечении, присоединении особо вирулентной инфекции приводит к развитию флегмонозного дакриоцистита. Слезостояние – также один из симптомов растяжения слезного мешка (дакриоцистоцеле) у детей во внутриутробном периоде. Тактика рационального лечения новорожденных с эпифорой зависит от многих факторов и индивидуальна для каждого ребенка.

Цель. Провести анализ клинических проявлений и лечения эпифоры у детей.

Методы исследования. Предметом исследования стали 199 детей, обратившихся на амбулаторно-поликлинический прием к офтальмологу и поступивших в отделение микрохирургии глаза УЗ «Гродненская университетская клиника» с проблемами слезоотведения.

Результаты и их обсуждение. 1 группа – 190 детей с врожденным дакриоциститом, 2 группа – 7 детей с флегмонозным дакриоциститом, 3 группа – 2 детей с дакриоцистоцелем. В первой группе 156 детей (82,1%) родились с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов, 8 (4,21%) пациентов родились недоношенными в сроке гестации 28-34 недели. Вес при рождении составил 3200 г (минимальный – 1100 г, максимальный – 4400 г). Мальчиков было 146 (76,84%), девочек 44 (23,15%). От первой беременности родились 64 (33,68%) ребенка, от второй – 95 (50%), от последующих – 31 (16,31%). Двусторонний дакриоцистит встречался у 38 (20%) детей и чаще протекал в виде двух форм: серозного – 76 глаз (40%) и гнойного – 114 глаз (60%). Во 2 группе – 5 детей (71,4%) родились с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов, 2 (28,6%) пациента родились недоношенными в сроке гестации 31-32 недели. Вес при рождении составил 3300 г. Мальчиков было 4 (57,1%), девочек 3 (42,8%). В 3 группе – двое детей (девочки) родились с оценкой по шкале Апгар 8 баллов, доношенными, весом 3150 и 3300 г. Клиническими проявлениями патологии слезных органов у всех пациентов была эпифора, отделяемое слизистого или гнойного характера из слезных точек. Пациенты 1 группы были соматически здоровы. Пациенты 2 группы поступили в стационар в остром периоде заболевания, который проявлялся общей и местной симптоматикой. Повышение температуры тела, беспокойное поведение, лейкоцитоз и повышение СОЭ в общем анализе крови было отмечено у всех детей. Повышение температуры тела до 38,0°C – 3 детей, до 38,2°C – 2 детей, до 38,6°C – 2 детей. Со стороны ЛОР-органов патологии не диагностировано. Местная симптоматика следующая: явления воспаления в области слезного мешка, эктазия слезного мешка, резкий отек данной области, багровая гиперемия кожных покровов, отек век, переходящий на область щеки и инфильтрацией окружающих тканей. Пациенты 3 группы были соматически здоровы, в проекции слезного мешка имелось образование синюшного цвета с отсутствием пульсации и признаков воспаления (дакриоцистоцелем), размером около 10,0 мм. Данный порок развития был выявлен у детей в результате пренатального ультразвукового исследования в 3 триместре беременности матери в виде гипозооного образования во внутреннем квадранте орбиты. При поступлении в стационар пациенты трех групп осматривались анестезиологом, на догоспитальном этапе – педиатром и оториноларингологом.

Лечебная тактика восстановления проходимости слезно-носового канала у пациентов была разной. В 1 группе выполнялось зондирование слезно-носового канала по стандартной методике с использованием конических зондов и зонда Боумана под общей ингаляционной анестезией севораном с использованием ларингеальной маски в отделении микрохирургии глаза совместно с врачом-анестезиологом. Положительный эффект в виде восстановления проходимости слезно-носового канала был достигнут у 184 (97%) пациентов после первого зондирования. У 5 пациентов эффект достигнут при повторном зондировании. Одному ребенку выполнена хирургическая

операция – эндоназальная дакриоцисториностомия с биканаликулярной интубацией слезоотводящих путей под общей анестезией совместно с оториноларингологами. Пациентам 2 группы с выраженными симптомами интоксикации, с плотным отеком век производили расширение слезных канальцев в течение двух дней коническими зондами, улучшая эвакуацию гнойного содержимого из слезного мешка через слезные точки. На третьи сутки производили промывание слезно-носового канала без зондирования, жидкость проходила в нос, что позволило ограничиться промыванием. Такую тактику использовали у 3 детей с выраженной местной и общей симптоматикой флегмоны слезного мешка. Пациентам с менее выраженными симптомами общей интоксикации и менее плотным отеком производили зондирование слезно-носового канала в остром периоде на фоне антибактериальной терапии. Пройодимость восстановлена у всех пациентов. Вскрытия флегмоны слезного мешка не производилось, так как данный метод лечения не является радикальным и не приводит к восстановлению проходимости слезно-носового канала. Пациентам с дакриоцистоцеле выполнялась эвакуация содержимого из слезного мешка через слезные точки после их расширения без последующего зондирования, выполнялся щадящий массаж слезного мешка, что привело к самостоятельному разрешению данной патологии. В обоих случаях родители отмечали, что через 2 недели из носа ребенка вытекла жидкость, исчезло образование в области внутреннего угла орбиты.

Выводы. Слезотечение – самая распространенная жалоба родителей детей первого года жизни и требует своевременного лечения для предотвращения осложнений. Способы восстановления проходимости слезных путей зависят от течения заболевания, требуют совместных усилий в лечении и диагностике данной патологии с привлечением оториноларингологов и анестезиологов для безрецидивного течения.

Литература:

1. Давыдов Д. В., Юсипова Э. Р., Коробкова Г. В., Казакова Т. Л. Биканаликулярная интубация слезоотводящих путей при лечении хронического дакриоцистита у детей// Сборник трудов Научно-практической конф. «Современные методы диагностики и лечения заболеваний слезных органов». – М., 2005. – С. 103–106.

РАЗВИТИЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

**Хоров О. Г.¹, Алещик И. Ч.¹, Ракова С. Н.²,
Плавский Д. М.², Логис О. В.²**

¹Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

²Гродненская университетская клиника, Гродно, Беларусь

Первая информация, которой мы располагаем, о помощи пациентам с заболеваниями уха, горла, носа на Гродненщине относится к так называемому межвоенному периоду (1920-1939). Специализированная оториноларингологическая помощь начала оказываться с 1924 г. В этом году в амбулатории стал работать врач-отоларинголог. За первый год в амбулатории при городской больнице им оказана помощь 66 пациентам.

С каждым годом число пролеченных пациентов увеличивалось. Количество врачей-специалистов росло. Приём вели доктора Ривкинд Л., Сапачински Ю., Ващук Я. Лечение в городской больнице было платным, больные оплачивали 34% стоимости лечения. Доктор Шумковски С. работал ЛОР-врачом страховой кассы.

С конца 1925 г. в г. Гродно начал работать 3-й окружной военный госпиталь. Он располагался в Новом замке на изрезанном берегу реки Неман. Госпиталь на 400 коек имел почти все основные отделения: внутреннее, хирургическое с гинекологическим и акушерским, нервное, инфекционное, кожно-венерическое, ушное, глазное, рентгенологическое, бактериологическую лабораторию, стоматологическую поликлинику и гарнизонную аптеку, а также специализированные поликлиники. Персонал состоял из опытных офицеров-медиков и они оказали существенную медицинскую помощь каждому пациенту. Задачей 3-го окружного военного госпиталя было лечение солдат и лиц, имеющих право на военное лечение, а также оказание специализированной помощи гражданскому населению. Следует подчеркнуть, что 3-й окружной госпиталь был особо важным учреждением для всей Гродненской области, так как медики этого учреждения были вовлечены в деятельность многих общественных организаций, где выполняли ключевую роль. Наиболее важное из них – Гродненское отделение Польского Красного Креста, в основные задачи которого входила организация учебных курсов для медсестер для Службы неотложной медицинской помощи и профессиональных медсестер. Такие курсы проводились на базе 3-го Гродненского военного окружного госпиталя в виде 2-3 месяцев теоретических занятий и 2 месяцев практики на этом объекте. Лекторами были офицеры-врачи, а курсом обычно руководил начальник госпиталя. До 1935 г. госпиталем руководил подполковник доктор