

($p < 0,05$), а после нового метода – объем яичка возвращался к исходному уровню. Уменьшение объема яичка свидетельствует о компрессии элементов семенного канатика рубцово-склеротическим процессом в паховом канале. Рецидив грыжи (через 3 года) после герниопластики по Лихтенштейну диагностирован у 3,6% пациентов. У пациентов, перенесших герниопластику по новому методу, рецидива грыжи мы не наблюдали. Новый метод атензионной герниопластики характеризовался и самым высоким уровнем коэффициентов медицинской ($K_m = 1,00$) и социальной эффективности ($K_c = 0,86$). После операции Лихтенштейна уровень коэффициентов медицинской ($K_m = 0,96$) и социальной эффективности ($K_c = 0,78$) был ниже.

Солодовникова Н.Г.¹, Логош С.М.², Плавский Д.М.²

¹ Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

² Гродненская университетская клиника, Гродно, Беларусь

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СЛЕЗОТЕЧЕНИЯ

Актуальность. Слезотечение – одна из основных проблем современной офтальмологии и наиболее частый симптом непроходимости слезоотводящих путей. Данная патология может быть врожденного и приобретенного характера. Ринопатология в развитии дакриостенозов и воспаления слезных путей, по данным разных авторов, составляет до 85%. Усовершенствование методов обследования и лечения проблем слезоотведения являются актуальной задачей.

Цель. Ознакомить с междисциплинарным подходом, отличием в диагностике и лечении патологии слезоотводящего аппарата взрослых и детей в УЗ «Гродненская университетская клиника».

Методы исследования. Под наблюдением находились пациенты, направленные в отделение микрохирургии глаза с проблемой слезоотведения. Возраст пациентов составил от 5 дней до 80 лет. Определены группы: I группа – дети до 5 лет – 190 пациентов, II группа – взрослые – 42 человека. Выполнено стандартное офтальмологическое обследование. Пациенты осмотрены оториноларингологом, анестезиологом, стоматологом, педиатром или терапевтом.

Результаты и их обсуждение. Дополнительный алгоритм обследования в I группе: на амбулаторном этапе канальцевая и слезно-носовая пробы с флюоресцеином, УЗИ слезного мешка. В I группе 168 детей (88,4%) были соматически здоровы, у 22 пациентов (11,5%) имелась патология других органов и систем. Причина слезотечения в I группе – врожденный стеноз носослезного канала – 98%, атрезия, сужение слезных точек и канальцев – 2%. Восстановление проходимости слезно-носового канала было достигнуто под общей ингаляционной анестезией Севораном у 184 детей (97%) после первого зондирования слезно-носового канала по стандартной методике, у 5 – при повторном зондировании. Алгоритм диагностики II группы: диагностическое промывание слезных путей, МСКТ лицевого черепа с контрастированием слезных путей. Соматически здоровы – 47% пациентов, в анамнезе АГ – 26%, сахарный диабет – 7%, травмы – 12%. Ринопатология по данным МСКТ: смещенная носовая перегородка, хронический ринит, синехии правой половины носа, хронический верхнечелюстной синусит, полипы – 78%. Во II группе диагностированы: хронические дакриоциститы – 17 пациентов (40,4%), хронические дакриоциститы с рецидивирующими флегмонами слезного мешка – 7 (16,7%), каналикулиты с конкрементами слезных канальцев – 3 (7,14%), эверсии слезных точек в сочетании с выворотом нижнего века – 6 (14,2 %), сужение слезных точек – 9 (21,4%). В гнойном лор-отделении для взрослых под общей анестезией бригадой врачей-оториноларингологов и офтальмологов выполнялась эндоназальная дакриоцисториностомия (ЭДЦР) с применением эндоскопического оборудования 24 пациентам с хроническим и флегмонозным дакриоциститом. ЭДЦР дополнялась биканаликулярной интубацией слезных канальцев сроком на 3 месяца для предотвращения риска образования синехий в области дакриостомы. Интубация канальцев длилась 3 месяца, после чего стенты извлекались. Хирургическое устранение ринопатологии решалось одномоментно с ЭДЦР оториноларингологами. Восстановление проходимости достигнуто у 98% в раннем послеоперационном периоде. При наблюдении в течение 2 лет – 94%.
