

Касимов Э.М., Султанова М.М.

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПОСЛЕ ДАКРИОЦИСТОРИНОСТОМИИ ПО ЩАДЯЩЕЙ МЕТОДИКЕ И ДАКРИОДУКТОРИНОСТОМИИ У ДЕТЕЙ ОТ 3 ДО 15 ЛЕТ.

*Азербайджанский Государственный институт усовершенствования врачей имени акад. А.Алиева, кафедра офтальмологии, Баку, Азербайджан.*

**Ключевые слова:** дакриохирургия у детей.

Любое хирургическое вмешательство, производимое среди пациентов детского контингента, имеет свои особенности. Течение послеоперационного периода также отличается от такового у взрослых пациентов. Дети тяжелее переносят общую анестезию и требуют особого наблюдения врача офтальмолога и анестезиолога после вмешательства. В рамках данной работы мы оценили несколько возможных вариантов ведения пациентов и выделили, с нашей точки зрения, максимально адаптированный и адекватный вариант по отношению к данной возрастной группе больных.

**Цель работы.** Определить оптимальную тактику ведения пациентов детского возраста после дакриохирургии.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 46 детей (47 глаз) в возрасте от 3 до 15 лет. На 29 глазах была произведена дакриодукториностомия, в 18 случаях – дакриоцисториностомия по щадящей технике. Все дети в послеоперационном периоде находились на стационарном лечении. Больным рекомендовалось находиться в постели с несколько возвышенным положением головы. На следующий день после операции давящую повязку отменяли, оставляя лишь тонкий слой бинта, прикрывающий непосредственно область разреза. Такая мера в детской практике необходима, поскольку контролировать движения ребенка не всегда представляется возможным. Пациент может неосознанно повредить наложенные швы, раньше времени извлечь резиновый тампон или интубированные трубочки. Производился туалет раны и глаза, инстилляцией дезинфицирующих и кортикостероидных капель. Операционное поле смазывали 1% спиртовым раствором бриллиантовой зеленой и антибиотиковой глазной мазью. Марлевый тампон из носа удаляли. Глаз оставляли открытым, так как свободный режим мигательных движений век способствует активному слезоотведению. На 5-е сутки резиновый тампон из риностомы удалялся. Данную манипуляцию, как правило, проводят в условиях манипуляционной без применения наркоза.

Первые 5 суток после оперативного вмешательства ведение пациентов было во всех случаях идентичным. Далее, по различным причинам, дети в разные сроки отпускались на долечивание домой. В зависимости от сроков пребывания в стационаре, пациенты были разделены на 3 группы. Дети первой группы выписывались на 5 сутки. Общее состояние детей этой группы было удовлетворительным, рана чистой, края адаптированы. Им рекомендовалось производить ежедневный туалет раны 1% спиртовым раствором бриллиантовой зеленой и антибиотиковой глазной мазью, инстилляцией антибиотиков и дексаметазона в глаз на стороне оперативного вмешательства. Пациенты 2-ой группы оставались в стационаре 7-8 дней, а 3-ей группы – 9-10 дней. Общее состояние пациентов и область послеоперационной раны были удовлетворительны. Рекомендации этим детям давались такие же, что и в первой группе. Уход за операционным полем осуществлялся медицинским персоналом.

**Результаты и обсуждения.** В 10 случаях (дети первой группы) пациенты были выписаны под амбулаторное наблюдение на 5-е сутки после произведения оперативного вмешательства. У этих пациентов в 40% случаев дома наблюдались незначительные кровянистые выделения из полости носа со стороны проведения операции (таб.1). Данный факт вполне объясним, учитывая, что резиновый тампон был извлечен из риностомы непосредственно перед выпиской. Однако, этот симптом неоднозначно воспринимался родителями пациентов. Туалет раны в домашних условиях неадекватно производился у 6 детей (60% наблюдений), что почти всегда приводило к образованию плотной, плохо снимаемой корочки, что в свою очередь, ухудшало заживление кожных тканей. Это могло привести к ухудшению косметических результатов оперативного вмешательства. В 6 случаях силиконовые интубационные трубочки снимались ребенком на первые-вторые сутки после выхода из стационара. В целом, время ношения последних среди этих детей составило 5-8 дней.

29 детей из 2 группы находились в стационаре в течение 7-8 дней. После выписки пациентов жалоб на отделяемое из полости носа не было. Недостаточно качественный туалет раны не приводил к образованию корочек и не мог помешать заживлению кожи, соответственно, не ухудшал косметические результаты операции у 23 детей (79%). У 6 пациентов (21%) наблюдалось образование корочек, однако, они были менее интенсивны, чем в первой группе детей и имели меньшие последствия. Не зависимо от способа крепления интубационных трубок, дети извлекали их из полости носа на 1-5 сутки после выписки из стационара. Однако, общая продолжительность ношения трубок среди этих детей составила 9-15 дней. Косметические и функциональные отдаленные результаты среди детей этой группы соответственно лучше, чем в первой группе.

Таблица 1

**Осложнения, наблюдаемые в ранний послеоперационный период у детей после дакриохирургии в зависимости от сроков пребывания в стационаре.**

	1 группа (10 детей)	2 группа (29 детей)	3 группа (7 детей)
Неадекватная обработка раны	6 (60%)	6 (21%)*	—
Отделяемое из полости носа	4 (40%)	—	—
Преждевременное извлечение интубационных трубок	6 (60%)	8 (27,6%)*	2 (22%)
<i>Примечание: * - достоверность отличий во второй группе по сравнению с первой, p&lt;0,05.</i>			

В 7 случаях (3 группа) продолжительность стационарного лечения пациентов составила 9-10 дней. Однако, каких-либо значимых отличий от пациентов 2 группы отмечено не было. 2 пациента (22%) самостоятельно удалили интубационные трубочки в условиях стационара, однако, это не повлекло за собой никаких последствий.

**Выводы.** Оптимальное время нахождения детей в стационаре после дакриохирургии составляет 7-8 дней. Эти сроки достаточны для первичного заживления раны, и не достаточно аккуратно производимая обработка области разреза не приводит к ухудшению косметических результатов в дальнейшем. Раньше срока удаленные интубационные трубки могут привести к ухудшению функциональных результатов. Более длительное пребывание на стационарном лечении нецелесообразно.

Qasimov E.M., Sultanova M.M.

## UŞAĞLARDA DAKRIOƏMƏLİYYATLARDAN SONRAKI APARMASININ XÜSUSİYYƏTLƏRİ

*Akad. Əziz Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, Bakı, Azərbaycan*

### XÜLASƏ

**Məqsəd.** Uşaqlarda dakrioəməliyyatlardan sonrakı optimal aparmasının qiymətləndirilməsi.

**Materials.** Xroniki irinli dakriosistit diaqnozu doğulmuş 46 uşaqda (47 göz) cərrahi əməliyyat aparılmışdır. Uşaqların yaşı 3-15 arasında olmuşdur. 29 gözdə DDR, 14 gözdə sadələşdirilmiş DCR cərrahi əməliyyat icra olunmuşdur. Onlardan 10 nəfər xəstəxanada 5-6 gün ərzində oldular (1 grup), 29 uşaq 7-8 gün (2 grup), 7 nəfər – 9-10 gün (3 grup).

**Nəticələr.** Aparılmış əməliyyatların nəticələrinə əsaslanaraq, ən yaxşı nəticələr 2 grup uşaqlar arasında müşahidə olunub.

## ESPECIALITY OF CLINICAL COURSE AFTER DACRIOSURGERY IN CHILDREN AT AGE OF 3-15 YEARS OLD.

*Azerbaijan State Institute of Physicians' Advanced Training named after A.Aliyev. Baku.*

### SUMMARY

The aim of the study was to discover the optimal way to care children after dacriosurgery.

**Materials.** 46 patients (47 eyes) at the age of 3-15 years old after dacriosurgery were under observation. 10 of them (1 group) stayed at the hospital for 5-6 days, 29 children (2 group) were cared by nurses for 7-8 days and 7 patients (3 group) – for 9-10 days.

**Conclusions.** The best results were obtained in the group of children, who stayed under nurses caring during 7-8 days.

### Для коррекции:

Касимов Эльмар Мустафа оглы, доктор медицинских наук, профессор, директор Национального Центра Офтальмологии имени академика Зарифы Алиевой  
Султанова Марият Мамедовна, старший лаборант кафедры офтальмологии АЗГИУВ им. акад.А.Алиева

*Адрес: AZ1000, г.Баку, ул. Джавадхана, 32/15.*

*Тел.: (99412) 569-91-36, (99412) 569-91-37*

*Email: administrator@eye.az : www.eye.az*