

полимерными генами, называются полигенными. Полимерия чаще всего сводится к суммированию действия сходных аллелей этих генов, определяющих формирование одинакового варианта признака. Полимерное взаимодействие генов лежит в основе определения многих количественных (рост, масса, величина АД, уровень интеллекта) и некоторых качественных (цвет кожи) признаков человека. Часто степень выраженности признака зависит от количества доминантных генов. Эта полимерия называется кумулятивной. Такие сложные признаки, как способности и таланты человека, наследуются по типу кумулятивной полимерии.

Выводы

Рассмотренные три типа взаимодействия неаллельных генов являются примером проявления многих признаков у человека. Проявление данных признаков — результат взаимодействия генов между собой в онтогенезе. Изучение типов взаимодействия генов необходимо для дальнейшего получения медицинского образования. В будущем врач любой специализации может столкнуться с проявлением наследственных заболеваний и, зная, как они наследуются, сможет выбрать правильный путь лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Петрова, Е. В. Основы классической генетики / Е. В. Петрова. — 1997. — С. 80.
2. Орехова, В. А. Медицинская генетика: учеб. пособие / В. А. Орехова, Т. А. Лашковская, М. П. Шейбак. — М., 1997. — С. 53–56.

УДК 616.214-053.36-089

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕПРОХОДИМОСТИ СЛЕЗНО-НОСОВОГО КАНАЛА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Казмерчук А. С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Л. В. Дравица

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Врожденная непроходимость слезно-носового канала может быть вызвана различными причинами, вследствие чего возникает препятствие к оттоку слезы, которая скапливается в полости слезного мешка. При этом содержимое слезного мешка (слизь, детрит эмбриональных, эпителиальных клеток) является благоприятной средой для роста микрофлоры с последующим развитием гнойного дакриоцистита новорожденных [1]. Наибольшую актуальность для клинической практики представляет закрытие выхода слезно-носового канала, не рассосавшейся к рождению, тонкой перепонкой из мезодермальной ткани, закрывающей выход слезно-носового канала в нос в период эмбрионального развития. В результате канал оказывается заполненным желатинообразной массой, представляющей собой слизь и остатки отторгнувшихся клеток эпителия [2]. Второй по частоте причиной дакриоцистита новорожденных является патология слезного мешка (дивертикулы, складки слезного мешка), третьей — отсутствие костной части слезно-носового канала, а далее следуют вторичные причины: патология носа и окружающих тканей вследствие воспаления или повреждений [3].

Цель

Изучение эффективности хирургического лечения непроходимости слезно-носового канала у детей первого года жизни.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ архивных материалов (операционных журналов) 945 пациентов, находившихся на стационарном лечении в детском отделении микрохирургии глаза Гомельской областной специализированной клинической больницы в период

2016–2017 гг. с диагнозом непроходимость слезно-носового канала. Из них мальчиков — 393 (56 %) и девочек — 314 (44 %). Жители г. Гомеля и Гомельского района составили 538 (50,28 %) человек, из остальных районов Гомельской области 407 (49,72 %). Непроходимость правого слезно-носового канала была выявлена в 288 (41 %) случаях, левого — в 263 (37 %), оба канала были непроходимы в 156 (22 %) случаях.

Методика зондирования слезно-носового канала. После инстилляции местного анестетика, коническим зондом Зихеля расширяют слезную точку и, слегка вращая зонд по оси, зондируют дистальный отдел слезного канальца. Затем цилиндрический зонд Боумана № 1 или более тонкий № 0 вводят через каналец до упора в костную стенку слезной ямки, а затем поворачивают вертикально — в слезно-носовый проток и, продвигая зонд книзу, устраняя препятствие. Завершают зондирование слезоотводящих путей их обязательным промыванием через верхнюю или нижнюю слезные точки при помощи шприца с канюлей. При восстановлении проходимости слезно-носового канала промывная жидкость (раствор фурацилина с антибиотиком.) свободно проходит в носоглотку.

Результаты исследования и их обсуждение

За 2016–2017 гг. зондирование слезно-носового канала было проведено 707 пациентам (863 глаза).

Оперативное вмешательство в изучаемой группе у 39 (5,5 %) пациентов было выполнено в возрасте до 3 месяцев; 552 (78,1 %) пациентам — в возрасте от 4 до 7 месяцев и 116 (16,4 %) пациентам — в возрасте от 8 до 12 месяцев. Таким образом, максимальное количество зондирований выполнено пациентам в возрасте от 4 до 7 месяцев. Детям в возрасте до 2 месяцев жизни (6 (0,85 %) пациентов) зондирование выполнялось в связи с возникшими осложнениями непроходимости слезно-носового канала (дакриоцистоцеле, абсцесс слезного мешка).

После хирургического вмешательства у 147 пациентов (171 глаз) проходимость слезно-носового канала не была восстановлена, им потребовалось проведение повторного хирургического вмешательства. В связи с отсутствием положительного результата у 34 пациентов (41 глаз), потребовалось проведение третьего этапа хирургического лечения. 18 пациентам после трехкратных этапов зондирования слезно-носового канала, которые не дали положительного результата, потребовалось проведение реконструктивной хирургии — интубация слезно-носового канала путем проведения лигатуры.

В связи с увеличением частоты непроходимости слезно-носового канала за последние 10 лет в Гомельской области, нами было решено выявить возможное наличие связи непроходимости слезно-носового канала со способом родоразрешения (разрыв мезодермальной пленки, закрывающей выход слезно-носового канала в нос во время прохождения через родовые пути или с первым криком ребенка) и течением беременности. Методом случайной выборки была сформирована группа из 50 детей с непроходимостью слезно-носового канала. У матерей этих детей был выяснен способ родоразрешения и течение их беременности. Физиологическое ведение родов без осложнений на сроке 37–40 недель у 19 (38 %) женщин. Физиологическое родоразрешение, протекавшее на фоне осложнений беременности и родов на сроке 35–40 недель — 17 (34 %) женщин. Родоразрешение путем кесарева сечения на сроке 37–40 недель у 14 (28 %) женщин. Таким образом, у 62 % детей с врожденной непроходимостью слезно-носового канала, роды и беременность их матерей протекали с осложнениями или путем кесарева сечения.

Выводы

1. Положительный эффект после проведения этапов хирургического лечения непроходимости слезно-носового канала достигнут у 689 (97,5 %) пациентов.
2. Наибольшее количество хирургического вмешательства по поводу непроходимости слезно-носового канала выполнено пациентам в возрасте от 4 до 7 месяцев — 552 (78,1 %) пациентам.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арестова, Н. Н. Дакриоцистит новорожденных. Избранные лекции по детской офтальмологии / Н. Н. Арестова; под ред. В. В. Нероева. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 12 с.
2. Руководство по клинической офтальмологии / под ред. А. Ф. Бровкиной, Ю. С. Астахова. — М.: МИА, 2014. — 208 с.
3. Аветисов, Э. С. Руководство по детской офтальмологии / Э. С. Аветисов, Е. И. Ковалевский, А. В. Хватова. — М.: Медицина, 1987. — Гл. 14. — 298 с.