

Лечение амблиопии проводилось назначением прямой окклюзии – выключением из акта зрения лучшего глаза для повышения остроты зрения отклоненного, хуже видящего глаза и проведением засветов. Прямая окклюзия была проведена на 38 глазах (36,5%), засветы проводились на 22 глазах (21%).

Острота зрения 0,3 и выше при косоглазии, которая имелась или была достигнута в результате лечения амблиопии, являлась достаточной для развития одновременного, а затем и бинокулярного зрения. Восстановление бинокулярного зрения является конечной целью лечения содружественного косоглазия. Для восстановления бинокулярного зрения 16 (30,8%) пациентам были проведены курсы занятий на синоптофоре.

#### **Выводы:**

1. Содружественное косоглазие сочеталось с патологией рефракции в 100% случаев.

2. Косоглазие сопровождалось монокулярной функциональной амблиопией в 23,1% случаев, которая уменьшилась до 6,8% случаев в процессе лечения.

3. Угол девиации в 20-25° сохранился в процессе лечения в 15,4% случаев.

4. При отсутствии эффекта от ортоптического лечения при девиации в 20-30° для восстановления правильного положения глазных яблок требуется раннее хирургическое лечение для развития бинокулярного зрения и фузионных механизмов.

#### **Литература:**

1. Хватова, А. В. Состояние и перспективы развития детской офтальмологии / А. В. Хватова, Е. И. Сидоренко // Тезисы докладов VIII съезда офтальмологов России. – М., 2005. – С. 316-317.

## **СЛЕЗОТЕЧЕНИЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ**

*Солодовникова Н. Г., Ильина С. Н., Кринец Ж. М., Логош С. М.,  
Мармыш В. Г.*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»;  
УЗ «Гродненская областная клиническая больница»,  
г. Гродно, Беларусь

**Введение.** Основными симптомами при заболеваниях слезоотводящей системы у новорожденных детей является

слезостояние и слезотечение (эпифора). Они могут быть проявлением врожденных пороков развития слезных канальцев и слезных точек. Слезотечение сопровождается носослезными фистулами у детей первого года жизни, которые могут иметь врожденный характер или возникают как осложнение после вскрытия по поводу флегмоны слезного мешка. Флегмона слезного мешка встречается в первые дни жизни ребенка в результате наличия дакриоцистоцеле. Дакриоцистоцеле развивается в результате врожденного порока слезного мешка и проявляется в виде выпячивания голубого цвета в области проекции слезного мешка у внутреннего угла орбиты без признаков воспаления и с отсутствием пульсации. Отсутствие пульсации и признаков воспаления отличает данную патологию от менингоцеле [1]. Однако наиболее частой причиной слезостояния и слезотечения у новорожденных остается врожденный дакриоцистит. В детском возрасте дакриоциститы составляют от 7 до 14% глазной заболеваемости. Врожденный дакриоцистит – воспаление слезного мешка возникает в результате атрезии носослезного протока, что приводит к нарушению слезоотведения. При отсутствии ранней диагностики, адекватной терапии, при позднем обращении врожденный дакриоцистит может привести к развитию флегмоны слезного мешка, что создает угрозу генерализации инфекции и развитию таких осложнений, как сепсис или флегмона орбиты. Дифференциальная диагностика вызывает затруднения, что приводит к неправильной тактике лечения и возникновению тяжелых осложнений. На амбулаторном этапе при первичном обращении детям в 30% случаев ставится диагноз конъюнктивит, назначаются различные антибактериальные глазные капли и мази, которые используются в течение многих месяцев.

**Объект и методы исследования.** Под нашим наблюдением находились дети, направленные в отделение микрохирургии глаза ГОКБ с диагнозом врожденный дакриоцистит и флегмона слезного мешка в 2013 и 2014 гг. В 2013 г. В отделении МХГ на стационарном лечении находилось 290 детей, в 2014 г. – 250 пациентов с диагнозом врожденный дакриоцистит. Возраст пациентов – от 3 недель до 5 лет. С диагнозом флегмона слезного мешка за данный период времени было пролечено 7 пациентов в возрасте 1 мес. – 2,5 мес.

Пациенты были разделены на две группы. В 1 группу вошли пациенты с диагнозом врожденный дакриоцистит, во 2 группу – пациенты с диагнозом флегмона слезного мешка.

Верификацию диагноза в стационаре проводили на основании анамнеза заболевания, клинической симптоматики, получении отделяемого из слезных точек при нажатии на область проекции слезного мешка, при необходимости проводили канальцевую и носовую пробы. Все новорожденные осматривались педиатром, оториноларингологом и анестезиологом, были проведены лабораторные исследования крови на догоспитальном этапе или по срочным показаниям.

Общие симптомы для 1 и 2 группы проявлялись наличием слезостояния, слезотечения, слизистого или гнойного отделяемого в конъюнктивальной полости.

Пациенты 1 группы были планово направлены на хирургическое лечение врожденного дакриоцистита после безуспешного амбулаторного лечения, которое включало закапывание антибактериальных капель и массаж слезного мешка. Местная симптоматика проявлялась наличием слезостояния, слезотечения, слизистого или гнойного отделяемого в конъюнктивальной полости.

Все пациенты второй группы поступили в стационар по срочным показаниям 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. Гипертермия тела отмечалась до 38,0–38,9<sup>0</sup>. Местная симптоматика проявлялась наличием слезостояния, слезотечения, слизистого или гнойного отделяемого в конъюнктивальной полости, эктазией слезного мешка и выраженными явлениями воспаления в области слезного мешка: резким отеком данной области, гиперемией кожных покровов, отеком век, переходящим на область щеки, инфильтрацией окружающих тканей, резкой болезненностью при пальпации области слезного мешка.

Комплекс лечебных мероприятий в стационаре включал:

В первой группе – назначение глазных антибактериальных капель и плановое проведение под общей анестезией зондирования слезно-носового канала.

Во второй группе – антибактериальные препараты для парентерального введения назначались всем пациентам, согласно весу ребенка после консультации педиатра. Нами использовались препараты цефалоспоринового ряда – цефазолин или цефалексин. Выбор тактики хирургического лечения зависел от местной симптоматики (наличие или отсутствие флюктуации в области слезного мешка, плотность отека) и общей симптоматики.

Мы старались избегать широкого вскрытия флегмоны слезного мешка, так как данный метод лечения не является радикальным и не приводит к восстановлению проходимости слезно-носового канала. Однако, ввиду того, что флюктуация в области слезного мешка была выражена у 1 ребенка на момент поступления в стационар, было произведено вскрытие флегмоны слезного мешка с дренированием. У 3 детей с выраженной местной и общей симптоматикой флегмоны слезного мешка, недоношенностью, малым весом производилось расширение слезных канальцев в течение двух дней коническими зондами, тем самым улучшая эвакуацию гнойного содержимого из слезного мешка через слезные точки. После расширения слезных канальцев закапывали антибактериальные капли в конъюнктивальную полость. На 3-и сутки детям проводили промывание слезно-носового канала без зондирования, так как жидкость проходила в нос, что позволило ограничиться промыванием. Троице пациентам с менее выраженными симптомами общей интоксикации и менее плотным отеком в области слезного мешка было проведено зондирование слезно-носового канала с последующим промыванием в остром периоде на фоне антибактериальной терапии. Прогноз восстановлен у всех пациентов. Клиническая симптоматика флегмоны практически исчезла на следующие сутки.

**Результаты и обсуждение.** Многочисленные клинические наблюдения патологии слезных путей указывают, что основной причиной слезотечения в первые месяцы жизни ребенка является врожденный дакриоцистит. Лечение данной патологии необходимо начинать, соблюдая строгую последовательность. Необходимым мероприятием является массаж слезного мешка, который выполняется с первых недель жизни ребенка до 3-месячного возраста, который выполняет мать ребенка после ознакомления ее

офтальмологом с правильной техникой массажа. После 3-х месяцев данная процедура неэффективна, а порой опасна и может привести к развитию флегмоны слезного мешка. Массаж сочетается с закапыванием антибактериальных капель. При отсутствии эффекта ребенок должен быть направлен на промывание или зондирование слезно-носового канала с 3 месячного возраста. Оптимальным для проведения зондирования является возраст ребенка 3-7 месяцев. Технически правильно выполненное зондирование позволяет добиться успеха в 98% случаев. В возрасте старше одного года эффективность зондирования значительно снижается. Развитие флегмоны слезного мешка у новорожденных приводит к развитию выраженной местной воспалительной реакции и тяжелому общему состоянию ребенка. Выполнение радикальных хирургических мероприятий при флегмонозном дакриоцистите у новорожденных опасно и требует проведения консилиумов с привлечением педиатров, оториноларингологов и анестезиологов для выработки индивидуальной тактики лечения.

#### **Выводы:**

1. Слезотечение, отделяемое в конъюнктивальной полости при отсутствии инъекции глазного яблока – симптомы врожденной патологии слезных путей.

2. Отделяемое в конъюнктивальной полости, инъекция глазного яблока, незначительное слезостояние – симптомы конъюнктивита.

3. Постановка диагноза конъюнктивит при врожденном дакриоцистите удлиняет сроки лечения и может приводить к развитию флегмоны слезного мешка и другим септическим осложнениям.

4. Тактика лечения флегмоны слезного мешка индивидуальна для каждого ребенка и зависит от местных и общих проявлений заболевания.

5. Зондирование слезно-носового канала как метод лечения неонатального дакриоцистита эффективно в 98% случаев в возрасте детей 3-7 месяцев.

#### **Литература:**

1. Сайдашева, Э. И. Избранные лекции по неонатальной офтальмологии / Э. И. Сайдашева, Е. Е. Сомов, Н. В. Фомина // - 2006. - С.188 – 201.