

УДК 617.764.6 – 002 – 053.31

ДАКРИОЦИСТИТ НОВОРОЖДЕННЫХ*Н.Г. Солодовникова, ассистент кафедры офтальмологии**УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

В данной работе мы рассмотрели проблему, связанную с таким заболеванием, как врожденный дакриоцистит. Основной причиной развития врожденного дакриоцистита является непроходимость слезно-носового канала, чаще в его нижней трети. Врожденный дакриоцистит является основной причиной появления слезотечения у детей раннего возраста.

Ключевые слова: дакриоцистит, непроходимость слезно-носового канала, слезотечение, слизистое отделяемое, слезный мешок, зондирование слезно-носового канала, возраст ребенка.

In this article we considered the problem associated with such an illness as congenital dacryocystitis. The main cause of congenital dacryocystitis is nasolacrimal duct obstruction. Congenital nasolacrimal duct obstruction is the commonest cause of epiphora in the early childhood.

Key words: dacryocystitis, nasolacrimal duct obstruction, epiphora, mucous discharge, lacrimal sac, nasolacrimal duct probing, age of a child.

Введение

Воспаление слезного мешка – дакриоцистит – составляет основу всей патологии вертикального отдела слезоотводящего тракта. В общей массе глазной патологии воспалительных заболеваний вертикального отдела слезоотводящего тракта на его долю приходится от 2 до 7,5%, а в детском возрасте дакриоциститы составляют от 7% до 14% глазной заболеваемости. Столь высокая частота патологии связана, в первую очередь, с эмбриональными особенностями развития слезоотводящих путей, а также со строением носа у новорожденных. Дакриоцистит встречается у 1-2% всех новорожденных. Основной причиной развития дакриоцистита новорожденного является атрезия выходного отверстия носослезного протока, блокирующая слезотток. Как известно, в норме свободное сообщение между носослезным протоком и полостью носа формируется только на восьмом месяце эмбрионального развития. До этого выходное отверстие протока закрыто тонкой перепонкой, а его полость до момента рождения заполнена желатинообразной массой, состоящей из слизи и отторгнувшихся эпителиальных клеток. К моменту появления на свет у большей части детей перепонка подвергается обратному развитию, однако в ряде случаев (1-7%) пленка сохраняется, причем у 5-10% детей с обеих сторон.

Слизисто-желатинозная пробка самопроизвольно проходит в нос при первых дыхательных движениях и крике новорожденного, после чего создаются условия для нормального слезоотведения. Иногда пробка задерживается в просвете слезно-носового протока, нарушая его проходимость.

Клинически дакриоцистит новорожденных протекает сначала в виде катарального, а затем гнойного воспалительного процесса, который может привести к флегмоне слезного мешка.

Оптимальными сроками развития дакриоцистита считаются первые недели жизни ребенка. Первыми признаками заболевания являются слизистое или слизисто-гнойное отделяемое из конъюнктивной полости одного или обоих глаз, гиперемия конъюнктивы. Таким детям педиатры нередко ошибочно ставят диагноз конъюнктивита, не

считая его серьезным заболеванием. Ребенку назначают закапывание антибактериальных капель. Однако, несмотря на некоторое временное улучшение, «конъюнктивит» не прекращается. Каждому такому ребенку следует провести простые общедоступные исследования на выявление дакриоцистита.

Во-первых, произвести надавливание пальцем на область слезного мешка у медиального угла глаза. При наличии дакриоцистита из слезных точек появится слизистое или слизисто-гнойное отделяемое, и диагноз заболевания станет несомненным.

При недостаточной уверенности необходимо инстиллировать 2% раствор колларгола для проведения канальцевой и носовой проб. Если проходимость слезоотводящих путей не нарушена, то глаз, окрашенный колларголом, обесцвечивается.

Всекие сомнения в постановке диагноза дакриоцистита снимет промывание слезоотводящих путей, которое должен производить только врач-офтальмолог.

К слизистому или слизисто-гнойному отделяемому в возрасте 2-3 месяцев присоединяется дополнительный признак – слезотечение, свидетельствующий о непроходимости слезоотводящих путей.

Из серозного развивается гнойный дакриоцистит при инфицировании содержимого слезного мешка вульгарной флорой, проникающей из конъюнктивной полости. А многие матери отмечают, что глазки у детей начали гноиться еще в родильном доме.

При обострении гнойного дакриоцистита может развиваться флегмона слезного мешка. Частота ее в среднем составляет от 5-7% от всех случаев врожденных дакриоциститов. Флегмонозный дакриоцистит характеризуется бурно развивающимися явлениями воспаления в области слезного мешка, с резкой багровой гиперемией кожных покровов, плотной инфильтрацией окружающих тканей, сильным отеком век и щеки. Протекает тяжело и сопровождается общими симптомами: высокой температурой, интоксикацией, беспокойным поведением ребенка. Как правило, имеют место лейкоцитоз крови, повышенная СОЭ.

Своевременность распознавания дакриоцистита новорожденных зависит, в первую очередь, от квалификации педиатров. Диагностировать заболевание необходимо в ранние сроки, в связи с чем большое значение придается профилактическим осмотрам новорожденных педиатрами.

Особой спецификой отличаются лечебные мероприятия при дакриоциститах у новорожденных. Прежде всего они все направлены, в основном, на восстановление проходимости слезно-носового канала. Однако до настоящего времени офтальмологи не пришли к единому мнению относительно способа устранения данной патологии, и большинство из них придерживаются следующей тактики.

Лечение обычно начинают с назначения дезинфицирующих капель и массажа. Если это не помогает, то лечебные мероприятия дополняют промыванием слезоотводящих путей. При отсутствии результатов используют нисходящее или ретроградное зондирование. Если же и это не дает эффекта, производят дакриоцисториностомию.

Однако придерживаться такой единой схемы лечения во всех случаях нецелесообразно, поскольку дакриоциститы различаются по происхождению, клинической форме, длительности заболевания, по характеру вызываемых ими осложнений и возрасту пациента. Подход к лечению дакриоцистита должен быть дифференцирован и конкретизирован данными наиболее полного обследования больного не только офтальмологом, но и педиатром, ЛОР-специалистом, стоматологом.

Лечение должно быть щадящим и физиологичным, и начинать его следует с массажа и проводить в течение 1-2 недель. Родители могут сами освоить технику массажа и проводить его один раз в день утром до кормления ребенка. Рациональным является назначение массажа слезного мешка до 3-месячного возраста. После этого массаж нецелесообразен, так как может привести к активизации гнойной инфекции. При гнойных же дакриоциститах он вообще противопоказан из-за возможности возникновения флегмоны слезного мешка [3].

Параллельно с массажем слезного мешка следует закапывать в конъюнктивальную полость дезинфицирующие капли (20% раствор сульфацила натрия, 0,25% раствор левомицетина).

Следующим этапом в лечении дакриоциститов новорожденных (если массаж оказался неэффективен) является промывание слезных путей, когда промывная жидкость выполняет роль мягкого зонда. Эффективность промывания слезных путей у детей первых месяцев жизни достигает 75%, а в более поздние сроки (после 8 месяцев) - 51%.

Ряд офтальмологов [1] отмечают низкую эффективность лечения врожденных дакриоциститов методом промывания слезоотводящих путей. Положительный результат отмечен в 3 случаях из 104, тогда как однократное зондирование с последующим промыванием было положительным у 98 из 101 пациента. Некоторые авторы [3] не рекомен-

дуют проводить промывание слезоотводящих путей как этап в лечении дакриоцистита, так как оно вызывает эктазию слезного мешка, а в ряде случаев приводит к повреждению канальцев, что может осложниться воспалительным процессом окружающих тканей, и поэтому лечение они начинают сразу с зондирования.

Зондирование слезно-носового канала является наиболее эффективным и радикальным способом лечения дакриоциститов новорожденных. Его эффективность достигает 99% и зависит от ряда факторов, одним из которых является возраст ребенка. Оптимальным следует считать возраст от 3 до 6 месяцев. Чем старше ребенок (особенно после года), тем эффективность зондирования меньше. Однако его не следует исключать из плана лечения до 3-5-летнего возраста. Зондирование проводят, как правило, однократно, иногда многократно с перерывами от 4-5 дней до 2 недель, при двустороннем процессе – от 2 до 3 дней.

Объект и предмет исследования

В настоящей работе представлены результаты наблюдения за пациентами с врожденным дакриоциститом.

Под наблюдением находилось 219 детей, которые были направлены в отделение микрохирургии глаза Гродненской областной клинической больницы в 2003-2004 году. Возраст пациентов – от 2 недель до 8 лет. Всем детям до поступления в стационар применяли закапывание дезинфицирующих капель, так как родители всех детей предъявляли жалобы на отделяемое из конъюнктивальной полости и слезотечение, которое появлялось у большинства пациентов в родильном доме или через 7 дней после рождения.

Верификацию диагноза в стационаре проводили на основании анамнеза заболевания, получении отделяемого из слезных точек при нажатии на область проекции слезного мешка, постановки канальцевой и носовой проб.

При подтверждении диагноза дакриоцистита новорожденных мы проводили зондирование слезно-носового протока по следующей методике: под общей анестезией в конъюнктивальную полость закапывали антибактериальные капли, расширяли коническими зондами верхнюю слезную точку и слезный каналец до упора во внутреннюю стенку слезного мешка. Затем через расширенную слезную точку и слезный каналец мы вводили зонд Боумана, в той же фронтальной плоскости зонд переводили в вертикальное положение и входили в начальную часть слезно-носового протока, продвигая зонд по ходу слезно-носового канала. При продвижении зонда в канале слепой конец протока ощущался как персистирующая мембрана. Правильность выполненного зондирования проверяли, промывая слезные пути раствором антибиотиков, вводя шприц на тупой игле в слезную точку и слезный каналец. Жидкость при восстановлении проходимости слезно-носового канала струйно вытекала из носа. При проведении зондирования под

общей анестезией побочных явлений не наблюдали.

Результаты и обсуждение

По возрастным группам пациенты распределились следующим образом:

Дакриоцистит новорожденного был односторонним у 142 (64,8%) детей, двусторонним у 77 (35,2%). Среди пациентов преобладали девочки - 139 (63,5%), мальчиков было 80 (36,5%).

При анализе проводимой терапии до поступления в стационар было установлено, что закапывали глазные капли 219 детям (100%), проводили массаж слезного мешка 163 пациентам (74,4%), ранее производили зондирование в других лечебных учреждениях 8 детям (3,6%), не был установлен диагноз дакриоцистита 24 пациентам (10,95%), направлены на консультацию с диагнозом конъюнктивит - 25 человек (11,4%).

После верификации диагноза установлено, что дакриоцистит протекал у детей в виде нескольких форм: серозной (87 детей - 39,7%), гнойной (129 детей - 58,9%, флегмонозной (3 детей - 1,4%).

Практически все направленные в стационар дети были соматически здоровы.

Зондирование слезно-носового канала выполняли всем детям зондами Боумена различного диаметра в зависимости от возраста ребенка и размера слезной точки. Зондом Боумена №1 - 28 детям (12,8%), №2 - 155 детям (70,8%), №3 - 36 детям (16,4%).

Зондирование оказалось эффективным и жидкость при промывании после зондирования прошла в нос у 214 (97,7%) пациентов. Неэффективной процедура оказалась у 5 детей (2,3%). Из них у 3 это было связано с развившимся в раннем послеоперационном периоде острым ринитом, а у двух детей в связи с их большим возрастом (8 и 7 лет). Через 1 месяц выполненное повторное зондирование у 3 детей, перенесших острый ринит, было эффективным. Двум детям возраста 8 и 7 лет из-за невозможности проведения зондирования слезно-носового канала ввиду высокой плотности костных структур была произведена хирургическая операция - наружная пластическая дакриоцисториностомия.

После проведенного зондирования всем детям закапывались антибактериальные капли (раствор левомицетина) в течение 5-7 дней. На 2-3 день гнойное отделяемое и слезотечение исчезло у 214 (97,7%) детей и в дальнейшем лечении дети они не нуждались.

Заключение

Таким образом, проведенный нами анализ многочисленных клинических наблюдений показал, что при технически правильно выполненном зон-

дировании эффект наступает уже на 2 сутки, а к 5-7-му дню ребенок полностью здоров. Установлено, что при врожденном дакриоцистите имеет место несвоевременное направление детей в стационар для выполнения зондирования слезно-носового канала. Считаем необходимым напомнить офтальмологам и педиатрам, что при появлении у новорожденных детей гнойного отделяемого из конъюнктивной полости в первую очередь необходимо думать о врожденном дакриоцистите. При установлении диагноза врожденный дакриоцистит необходимо проводить следующие лечебные мероприятия:

1. Массаж слезного мешка с рождения до 2 месяцев 2-3 раза в день, обучив этому маму ребенка;

2. Закапывание раствора антибиотиков (0,25% раствор левомицетина) или 20% раствора сульфацила-натрия;

3. Направление ребенка на зондирование слезно-носового канала при отсутствии эффекта от проводимой консервативной терапии в возрасте 3-7 месяцев, когда данная процедура является наиболее эффективной.

При несвоевременной постановке диагноза ребенку придется выполнять обширную операцию - дакриоцисториностомию, которая является более объемной, требует более длительной общей анестезии и длительного послеоперационного лечения. При направлении ребенка в стационар после 12 месяцев выполнение зондирования сопровождается большими техническими сложностями, так как мембрана, закрывающая слезно-носовой канал, имеет уже очень высокую плотность.

Выводы

1. Несвоевременная постановка диагноза врожденный дакриоцистит затрудняет техническое выполнение зондирования слезно-носового канала.

2. Имеет место неправильная диагностика, когда вместо диагноза врожденный дакриоцистит пациентам выставляется диагноз конъюнктивит.

3. Массаж слезного мешка эффективен только до 3-месячного возраста ребенка, более длительный массаж может привести к осложнениям и, в первую очередь, к флегмоне слезного мешка.

4. Правильно поставленный диагноз врожденного дакриоцистита и выполненное в положенные сроки зондирование слезно-носового канала позволяет избежать такой объемной операции, как дакриоцисториностомия.

Литература

1. Алиев А.Г., Булач Э.Х., Нурудинова П.М. Применение ферментных препаратов в лечении дакриоциститов новорожденных // Возрастные особенности органа зрения в норме и при патологии у детей: Респ. сб. научн. тр. М., 1988. С.177-179.
2. Малиновский Г.Ф. Практическое руководство по лечению слезных органов. Мн., 2000. С. 149 - 158.
3. Строгаль А.С. Эффективность лечения врожденных дакриоциститов // Офтальмол. Журн.1983. №7. С. 437-438.
4. Черкунов Б.Ф. Болезни слезных органов.- Самара. 2001. С. 207 - 219.
5. Ford R, Lee V. An Overview of paediatric oculoplastics. Part 2: LACRIMAL J Eye news. 2004/ P. 17-20.
6. Черкунов Б.Ф. Болезни слезных органов.- Самара. 2001. С. 207 - 219.