

Дакриоцистит новороджених

Как известно, органы зрения и слуха являются основными инструментами познания окружающего мира у детей. Поэтому следить за нормальным формированием этих органов необходимо с первых дней жизни ребенка. Учитывая что большинство детей сразу после рождения находятся под наблюдением неонатолога, а затем педиатра, необходимо помнить о возможности дакриоцистита у новорожденного, так как ранняя его диагностика с последующим лечением может предупредить развитие серьезных осложнений.

Дакриоцистит — это воспаление слезного мешка, который расположен у внутреннего угла глазницы, ниже внутренней слезки века. Обычно дакриоцистит возникает из-за нарушения проходимости носослезного протока, который в норме проводит слезную жидкость в носовую полость. В мешке скапливаются патогенные бактерии и развивается воспаление. Дакриоцистит новорожденных (ДН) является одной из наиболее частых проблем, с которой сталкиваются неонатологи, педиатры и детские офтальмологи.

Осветить эту проблему согласилась старший научный сотрудник отдела офтальмопатологии детского возраста ГУ «Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В.П. Филатова НАМН Украины», кандидат медицинских наук Анна Николаевна Дембовецкая.

— Как часто встречается данная патология у новорожденных?



— Дакриоцистит новорожденных, по статистике, является одним из наиболее распространенных заболеваний слезоотводящих путей, однако число исследований, посвященных данной патологии, за последние 20 лет остается незначительным. При анализе статистики зарубежных источников по ДН, в том числе и российских, сведения о заболеваемости довольно противоречивы. По данным М.Г. Беклемишевой, ДН имеет место у 1-2% всех новорожденных, Н.Ф. Бобровой — от 5 до 7,3%, других авторов — от 7 до 13,4% из числа первично обратившихся амбулаторных больных детского возраста. Из статистических публикаций детских офтальмологических учреждений г. Москвы и Санкт-Петербурга известно, что ДН составляют 7-14% заболеваемости глаз. В Украине эта проблема, по данным различных авторов, встречается приблизительно у 3-9% новорожденных.

Однако все авторы отмечают рост числа ДН начиная с 90-х годов прошлого столетия, несмотря на снижение рождаемости, при этом частота ДН не зависит от благополучия родителей и возраста матери.

— Какие причины развития ДН?

— Дакриоцистит новорожденных является пограничным состоянием между аномалией развития и приобретенной патологией. В норме слеза из глаза по слезоотводящим путям стекает в носовую ход. Свободное сообщение между слезным мешком и полостью носа формируется на восьмом месяце внутриутробного развития. До этого времени выходное отверстие слезно-носового канала, соединяющего полость слезного мешка с полостью носа, закрыто тонкой перепонкой. К моменту рождения у большинства детей перепонка рассасывается либо прорывается при первом крике. Кроме эмбриональной перепонки, в период внутриутробной жизни слезно-носовой канал заполнен слизисто-желатинозной массой (пробкой), которая защищает его от околоплодных вод. В момент рождения при первом вдохе

и крике новорожденного желатинозная пробка выталкивается, и создается проходимость слезно-носового канала.

Следует отметить, что рождение недоношенных, а также слабых детей с различной патологией сердечно-сосудистой и дыхательной систем способствует развитию ДН.

Существует несколько теорий возникновения ДН. Большинство исследователей возникновения ДН объясняют тем, что выход слезно-носового канала в полость носа к моменту рождения не всегда открывается, а остается закрытым соединительнотканной перепонкой или слизисто-желатинозной пробкой. Поэтому в слезном мешке и канале застаивается первоначально стерильный секрет, инфицирующийся из конъюнктивального мешка во время родов или в первые дни жизни ребенка. Нарушение отхождения слизисто-желатинозной пробки в нос при первых дыхательных движениях связывают с анатомическими особенностями нижнего конца протока у места его перехода в носовую полость, когда он открывается не сразу у костного отверстия, а проходит под прикрытием слизистой носа узким каналцем, смещенным кпереди или кзади от костного канала.

Приверженцы анатомической теории считают, что причиной ДН могут являться анатомические препятствия (в том числе рино- и одонтогенные). Однако анатомическая теория не объясняет те случаи ДН, когда инфицированное отделяемое появляется в более поздние сроки, например через месяц после рождения и позже, так как существующее к моменту рождения препятствие должно вызвать ранние клинические проявления. Смешанная теория ДН среди офтальмологов является наиболее популярной. ДН рассматривается как пограничное состояние между приобретенной и врожденной патологией. Перепонка, закрывающая нижнее отверстие слезно-носового канала во внутриутробной жизни, к моменту рождения не рассасывается, и слезный мешок превращается в «слепой» мешок. В нем застаивается секрет, куда проникает микробная флора из конъюнктивальной полости, и развивается ДН. Зачастую при заполнении слезного мешка содержимым эта перепонка настолько выбухает, что ее можно видеть в виде беловатой ткани либо при риноскопии, либо с помощью назального эндоскопа. Популярность смешанной теории легко объясняется, потому что она сочетает в себе анатомическую и микробную теории и наиболее полно объясняет механизм развития ДН.

В некоторых случаях можно проследить наследственный характер заболевания. G.G. Gilliland считает, что в 9% случаев ДН носит наследственный характер. Он же отмечает, что брахицефалы чаще страдают ДН, так как у них слезно-носовой канал более узкий и слезная ямка неглубокая, а новорожденные с удлиненным лицом, приплюснутым носом имеют больший риск развития ДН из-за узкого слезно-носового канала. Другие авторы указывают как на наследственный, так и на расовый и конституциональный характер факторов, приводящих к ДН. Африканские

народы реже страдают ДН из-за больших размеров слезно-носового кости. Народности Кавказа тоже реже подвержены этому заболеванию, так как слезно-носовой канал у них короче и прямее. Чаще развитие ДН отмечено у новорожденных монголоидной расы из-за плоской широкой переносицы и частичного выворота века.

Кроме того, на мой взгляд, рост распространенности ДН в последние годы во многом связан с применением в родильных домах 1% тетрациклиновой мази для профилактики бленореи. Густая мазевая основа способствует дополнительной obturации слезных путей, что при уже имеющихся проблемах (слизисто-желатинозной пробке, неразрывшейся перепонке) в слезно-носовом канале затрудняет их проходимость. Использование в качестве антибиотика тетрациклина необходимо исключить, так как в инструкции к применению препарата прописано, что тетрациклиновая мазь противопоказана детям до 8 лет.

— При каких клинических признаках врач в первую очередь должен подумать о ДН?

— Явления непроходимости слезных путей чаще всего развиваются у детей к двум месяцам, когда слезная железа начинает активно вырабатывать слезу. Тем не менее первые симптомы могут проявляться уже в первые недели жизни ребенка в виде слезостояния, слезотечения, слизистого или слизисто-гнойного отделяемого в конъюнктивальной полости. При этом слезостояние, особенно при кормлении, плаче, на ветру, в начале развития заболевания может быть первым и единственным симптомом. При длительном существовании процесса может развиться гиперемия конъюнктивы. Ребенок обычно спокоен, признаки интоксикации чаще всего отсутствуют.

При хроническом течении процесса основным клиническим признаком является обильное гноемое отделяемое из слезного мешка, которое заполняет всю глазную щель, особенно после сна или плача.

— С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику при ДН?

— В первую очередь ДН необходимо дифференцировать с конъюнктивитом. Основным отличительным признаком дакриоцистита является выделение слизисто-гнойного содержимого через слезные точки, усиливающееся при надавливании на область слезного мешка. Иногда на фоне медикаментозной терапии этот симптом не выявляется, но повторные исследования с проведением пробы Веста (колларголовой пробы) и промываниями помогают установить диагноз. При пробе Веста в глаза закапывается одна капля 3% раствора колларгола (красящего вещества). Предварительно в полость носа вставляется ватный фитилек. Появление красящего вещества на фитильке через 5 минут после закапывания оценивается как положительная проба. Пробу считают замедленной при обнаружении краски в носу через 6-20 минут и отрицательной — позже 20 минут. Пробу также можно считать положительной, если после закапывания

колларгола произошло просветление конъюнктивы глазного яблока в течение 3 минут. Отрицательный результат слезно-носовой пробы указывает на нарушение проводимости в слезоотводящей системе, но не определяет уровень и характер поражения, поэтому необходима консультация отоларинголога. Если у ребенка присутствует насморк, слизистая слезных путей может отекает, в результате чего также может суживаться просвет и затрудняться отток слезы. В беседе с родителями необходимо выяснить, насколько постоянный признак слезостояния. Если такой симптом появляется только при простудных заболеваниях и затрудненном носовом дыхании, чаще всего это связано с отеком (любого характера) и воспалением слизистой носа.

— Какие обследования необходимо проводить при ДН?

— Обязательным является предварительное исследование отделяемого и содержимого конъюнктивальной полости — посев с определением чувствительности к антибиотикам. Это необходимо делать, так как микрофлора при ДН может быть представлена различными микроорганизмами и чувствительность ее к различным антибиотикам может значительно различаться.

В отделении детской офтальмологии при ГУ «Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В.П. Филатова НАМН Украины» в 2006 г. наблюдалось 68 детей с ДН. Результаты микробиологического тестирования у них показали преобладание в гноемом содержимом *S. epidermidis* — 35%, *S. aureus* — 29%, *S. haemolyticus* — 23%, реже высевались *E. coli*, *Enterococcus*, *Klebsiella*, *P. aeruginosa*, *P. vulgaris*. При этом следует отметить, что сапрофитная флора (*S. epidermidis*) в сочетании с другими возбудителями становится патогенной и вызывает торпидное течение и устойчивость к антибиотикам.

В ряде исследований отмечается изменчивость возбудителя ДН со временем. В некоторых зарубежных работах показано, что раньше большая часть ДН была вызвана грамположительными кокками, причем преимущественно *S. pneumoniae*. В последние годы в связи с массовым потреблением антибиотиков в этиологии ДН начали часто встречаться грамотрицательные микроорганизмы семейства *Enterobacteriaceae*.

При подготовке к выполнению зондирования слезно-носового канала необходимо дополнительно провести общий анализ крови, анализ крови на свертываемость и консультацию отоларинголога для исключения патологии носовой полости.

— Какие существуют методы лечения дакриоцистита?

— При ДН используют комплексное консервативное и хирургическое лечение. Как правило, рекомендуется начинать лечение с массажа слезного мешка в сочетании с местным применением антибиотиков.

Только в тяжелых случаях рекомендуется вводить антибактериальные препараты парентерально. Лечение дакриоциститов у новорожденных должно начинаться немедленно, как только установлен диагноз, так как отмечается зависимость эффективности консервативного лечения от времени его начала. Основным методом консервативного лечения является массаж слезного мешка с целью прорвать эмбриональную пленку.

Техника массажа заключается в следующем.

- Коротко обрезать ногти на руках.
- Тщательно вымыть руки и просушить полотенцем.
- Положить ребенка горизонтально и зафиксировать голову.
- Раствором дезинфицирующих капель смыть отделяемое с ресниц и внутреннего угла глаза.
- Излишки дезинфицирующих капель и отделяемое промокнуть стерильным тампоном.
- Круговыми движениями выполнить массаж области проекции слезного мешка (по боковой стенке носа ниже внутреннего угла глаза).
- Затем, продолжая давление, продвигаться пальцем вверх (в сторону слезных точек).
- После массажа необходимо смыть отделяемое раствором дезинфицирующих капель.
- Излишки дезинфицирующих капель и отделяемое промокнуть стерильным тампоном.
- Открыть флакон капель Флоксала (офлоксацин).
- Расположить перевернутый вверх дном флакон над глазом, не прикасаясь к ресницам.
- Осторожно, захватив пальцами нижнее веко, слегка оттянуть его вниз.
- Слегка сжать флакон, чтобы капля попала между глазным яблоком и оттянутым нижним веком.
- Закапывание и массаж слезного мешка повторять несколько раз в день (перед каждым кормлением).
- Закрыть флакон и хранить его в соответствии с предписанием.
- Не использовать капли в случае изменения их цвета или появления мутного осадка.

Массаж нужно проводить несколько раз в день. Если в течение одного-двух месяцев эффекта нет, то показано зондирование слезно-носового канала. Эта процедура приравнивается к оперативному вмешательству и проводится только в офтальмологическом стационаре, как правило, не ранее двухмесячного возраста ребенка.

— В чем причина частых осложнений ДН флегмоной слезного мешка?

— Нерациональный выбор топического антибактериального препарата для профилактики и лечения ДН, позднее обращение родителей за медицинской помощью и несвоевременная диагностика со стороны неонатологов и педиатров являются основными причинами развития осложнений, в первую очередь флегмоны слезного мешка.

Уже несколько лет сотрудниками нашего института проводится обучение персонала родильных домов и педиатров по вопросам профилактики и лечения ДН с указанием на необходимость использования жидких лекарственных форм антибиотиков для местного применения.

На фармацевтическом рынке представлено немало антибактериальных препаратов для местного применения в офтальмологии, однако далеко не все из них приемлемы для лечения детей грудного возраста. Например, глазные капли с гентамицином не рекомендуем назначать детям первого года жизни в связи с потенциальной ототоксичностью.

Многие препараты обладают раздражающим действием на конъюнктиву ребенка, а этого по возможности следует избегать. Как показал наш опыт, удобными для использования являются глазные капли Флоксал. Они не только эффективны для профилактики и лечения дакриоцистита, но и адаптированы для детей, удобны в применении, не

вызывают дискомфорта или болезненных ощущений при инстилляциях.

Офлоксацин обладает широким спектром антибактериального действия и активен даже в отношении микроорганизмов, устойчивых к другим антибиотикам и сульфаниламидным препаратам, в частности в отношении грамположительных (стафилококки, стрептококки) и грамотрицательных (кишечная палочка, протей, клебсиелла и др.) бактерий, а также энтерококков и синегнойной палочки.

Следует отметить, что, по данным ряда исследований, при местном применении офлоксацина не отмечены системные побочные явления, что дает возможность использовать Флоксал в педиатрической практике, в частности у новорожденных.

В нашем отделении мы провели исследование эффективности глазных

капель Флоксал при ДН. Препарат применяли в течение пяти дней (инстилляций в конъюнктивальный мешок 3-4 раза в день). Исходно и в конце курса лечения проводили микробиологическое исследование отделяемого из конъюнктивальной полости.

При использовании капель Флоксал наблюдалась положительная динамика в виде уменьшения количества отделяемого, изменения характера отделяемого (от гнойного к слизистому). При отсутствии эффекта от нисходящего массажа консервативное лечение продолжалось еще в течение 2-3 дней при помощи восходящего массажа слезного мешка с целью эвакуации содержимого слезного мешка через слезные каналы.

Через пять дней применения капель Флоксал у большинства (86,1%) наблюдаемых детей микрофлора в отделяемом

из конъюнктивальной полости не была обнаружена и только у 13,9% высевался эпидермальный стафилококк, наличие которого не является противопоказанием для проведения лечебных манипуляций.

Таким образом, глазные капли Флоксал можно применять не только для лечения дакриоцистита, но и для профилактики развития дакриоцистита и тяжелого его осложнения — флегмоны слезного мешка. Через пять дней инстилляций этого препарата рекомендуем проводить зондирование слезно-носового канала или другие лечебные манипуляции без повторного бактериологического исследования, не опасаясь развития инфекционных осложнений.

Подготовил **Владимир Савченко**

3

ФЛОКСАЛ

Ваш антибиотик № 1

- Самый назначаемый фторхинолон в странах Восточной Европы и Германии*
- Высокая эффективность при всех бактериальных инфекциях переднего отрезка глаза
- Превосходная проникающая способность
- Отличная переносимость и комфорт
- Рекомендован для применения у детей и новорожденных
- Мазь Флоксал — единственный фторхинолон в Украине без консервантов
- Офлоксацин рекомендован ESCRS для профилактики эндофтальмитов

* Данные IMS за 2008

BAUSCH + LOMB

Представительство "Шовен анкерфарм ГмБХ" в Украине
тел.: (044) 467-50-91, факс: (044) 467-51-86
www.bausch.ua