

Тактика лечения инфекционно-воспалительных заболеваний глаз у детей

Инфекционно-воспалительные заболевания глаза встречаются не только в практике офтальмолога, но и терапевта, и педиатра. В большинстве случаев эти состояния требуют от врача активного вмешательства. Ранняя диагностика, своевременное и адекватное лечение позволяют избежать развития тяжелых осложнений. Об основных особенностях диагностики и лечения наиболее распространенных инфекционно-воспалительных заболеваний глаз у детей нам рассказала 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.

— Какие инфекционно-воспалительные заболевания глаза у детей встречаются наиболее часто?

— В общей структуре инфекционно-воспалительных заболеваний глаз у детей различных возрастных групп преобладают конъюнктивиты и, по данным различных авторов, составляют от 30 до 56% от общего числа всех воспалительных заболеваний глаза. При этом следует отметить, что конъюнктивит является первым барьером в качестве защитной оболочки глаза для различных повреждающих факторов: микроорганизмов, токсических, термических и др. У детей раннего и школьного возраста часто встречаются блефариты, когда воспалительный процесс развивается в ресничных краях век, и ячмень — локальное воспаление волосяного фолликула ресницы. Причины развития блефарита разнообразны.

Основная причина — это нарушение гигиены, когда ребенок постоянное трет глаза руками и может внести инфекцию, в результате чего развивается блефарит. У некоторых детей, отличающихся повышенной чувствительностью к различным раздражителям (шерсти животных, пыли, цветочной пыльце и т.д.), может развиваться аллергический блефарит. Отдельно хотелось бы остановиться на том, что в последнее время у детей все чаще диагностируется демодекозный блефарит. Край век могут быть поражены клещами демодекс, не вызывая клинических проявлений; у 80% взрослых людей эти клещи живут на поверхности кожи, в сальных железах, в фолликулах волос. При снижении сопротивляемости организма, обусловленной переутомлением, переохлаждением или каким-либо перенесенным заболеванием, клещи активизируются, усиленно размножаются и, попадая на кожу век, на ресницы, вызывают развитие блефарита. Обычно такая форма блефарита осложняется воспалением слизистой оболочки глаз (конъюнктивит), и тогда возникает блефароконъюнктивит. Часто блефарит возникает при повышении уровня сахара в крови, а также при заболеваниях органов пищеварения (гастрит, колит, холецистит и т.д.), при которых нарушается обмен веществ в организме. Бывает, что инфекция проникает в кожу век с током крови и лимфы из больного зуба, миндалин, любого другого очага инфекции. При этом у ребенка может развиться тяжелое заболевание — бактериальный увеит, который в большинстве случаев сопровождается опасными осложнениями и приводит к потере зрения. Конечно, чаще всего в своей практике офтальмологи и педиатры сталкиваются с таким заболеванием, как дакриоцистит новорожденных.

— Какие факторы способствуют развитию инфекционно-воспалительных заболеваний глаз у детей?

— Увеличение частоты встречаемости воспалительных заболеваний глаз у детей в настоящее время мы связываем со снижением иммунитета, общей ослабленностью организма и наличием определенных факторов риска: нарушения общего и местного иммунитета, соматические заболевания, эндокринные патологии (прежде всего сахарный диабет), недоношенность, внутриутробная инфекция, наличие воспалительных заболеваний половых органов у матери, переохлаждение, стресс, перегревание. Часто инфекционно-воспалительные заболевания глаза развиваются как осложнение острых респираторных вирусных инфекций или выступают их проявлением, например, в случае

аденовирусной инфекции, при этом обязательно наличие катаральных явлений.

— Какие микроорганизмы чаще всего вызывают эти заболевания?

— В отделе офтальмопатологии детского возраста нами проведен анализ микробиологического исследования содержимого конъюнктивальной полости, при этом наиболее показательными являются результаты, полученные при обследовании детей 1 месяца жизни. Первое ранговое место по частоте выделения пришлось на эпидермальный стафилококк, который встречается в 40,8% случаев. Микроорганизм характеризуется слабой вирулентностью, но при определенных условиях может приобретать патогенные свойства. Второе место по частоте (14%), занимает золотистый стафилококк. При этом следует отметить, что особую опасность имеет экзогенная инфекция, так как возможна ее передача с инструментами, перевязочным материалом и предметами ухода. Третье место среди монокультур (6,1%), занимает кишечная палочка. В 32,6% случаев при бактериологическом исследовании конъюнктивальной полости новорожденных выделены ассоциации микроорганизмов. В подавляющем большинстве (87,5%) выделен эпидермальный стафилококк в сочетании с другими патогенными микроорганизмами. Причиной воспалительных заболеваний могут быть также и грибы, что особенно актуально в наше время бесконтрольного использования антибиотиков.

— Какие существуют особенности конъюнктивитов у детей?

— Как известно, конъюнктивит — это воспаление наружной слизистой прозрачной оболочки, покрывающей внутреннюю поверхность век и переднюю поверхность глаза, кроме роговицы. Основными симптомами являются выраженные гиперемия и отек конъюнктивы, дискомфорт, ощущение инородного тела, обильное слизисто-гнойное отделяемое из глаз, склеивание краев век и ресниц, особенно после сна. Кроме того, может наблюдаться отек век. В своей практике мы сталкиваемся с конъюнктивитами различной этиологии — аллергической, вирусной и бактериальной. Однако наибольшую опасность в плане течения и дальнейшего прогноза, особенно у детей раннего возраста, представляют собой бактериальные конъюнктивиты. У детей бактериальные конъюнктивиты развиваются остро. Для этого вида конъюнктивита характерно двустороннее поражение. Основными жалобами являются светобоязнь, слезотечение, боль в глазах, ощущение «песка».

— Чем опасно это заболевание?

— При неадекватном или несвоевременном лечении у больных с конъюнктивитом могут развиваться серьезные осложнения, в частности развитие кератита, а иногда и язвы роговицы. На их развитие указывает появление так называемого роговичного синдрома (выраженная светобоязнь, усиление слезотечения, блефароспазм). В таких случаях обязательна консультация офтальмолога, поскольку для определения степени и глубины поражения роговицы необходимо тщательное обследование. Во избежание дальнейшего распространения инфекционного процесса (ирита, иридоциклита) необходимо назначить топические антибактериальные препараты широкого спектра действия. Отдельно хочу подчеркнуть, что категорически запрещено использование комбинированных препаратов, содержащих дексаметазон.

— Что такое ячмень и халязион и какова тактика лечения таких распространенных инфекционно-воспалительных заболеваний век?

— Как известно, ячмень — это острое воспаление волосяного фолликула, халязион — острое воспаление протока мейбомиевой железы; характеризуются гиперемией, отеком века и болью. Возникновение этих заболеваний нередко связано с ослаблением иммунитета ребенка в результате перенесенных инфекционных заболеваний или токсико-аллергических состояний. Очень часто, особенно при рецидивирующем течении, указывает на повышение уровня сахара в крови.

В стадии инфильтрации проводится местная антибактериальная терапия (без использования различных тепловых процедур). В стадии гнойного расплавления основным методом лечения является сочетание общей и местной антибактериальной терапии. При абсцедировании абсцесс необходимо вскрыть и создать условия для оттока. При этом используются повязки с использованием флоксала и гипертонического раствора. В противном случае процесс может распространяться в параорбитальное пространство. Зачастую все стадии заболевания протекают в течение одного дня.

— Какие проявления свидетельствуют о развитии блефарита?

— Блефарит проявляется в виде чешуйчатой (простой), язвенной, мейбомиевой, ангулярной форм и характеризуется длительным течением. Основными симптомами блефаритов являются: наличие чешуек на крае века, покраснение и утолщение век, выпадение ресниц, их неравномерный рост, зуд края век. При длительном течении блефарит может привести к полному выпадению ресниц. Состояние может ухудшаться при перепадах температуры окружающей среды (горячая ванна, сауна). Иногда длительное течение блефарита может быть связано с заболеваниями пищеварительного тракта, эндокринными нарушениями, аллергией и витаминной недостаточностью. Также длительным течением блефаритов способствуют патологические процессы в околоносовых пазухах носа, кариес зубов, пребывание в загрязненном помещении. Наиболее частыми причинами блефаритов являются некорригированные аномалии рефракции, глистные инвазии и демодекоз век, вызываемый микроскопическим клещом *Demodex folliculorum*. По клинической картине эти формы блефаритов практически не отличаются, хотя заподозрить демодекоз век можно, например, при рецидивирующей угревой сыпи (розацеа). Для определения причины блефарита врач должен руководствоваться таким диагностическим алгоритмом: провести оценку рефракции, анализ кала на яйца гельминтов и лабораторное исследование на демодекоз. Исследование на демодекоз (обнаружение возбудителя в соскобе с пораженной кожи, в секрете кожно-волосных фолликулов или на реснице) доступно и проводится во многих лабораториях. Схема лечения зависит, в первую очередь, от этиологии заболевания (коррекция аномалий рефракции, антигельминтные препараты). Более сложной задачей является терапия демодекоза век. Лечение этого заболевания длительное и не всегда эффективное. В последнее время мы достаточно успешно применяем поэтапную схему, разработанную сотрудниками ГУ «Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В.П. Филатова» НАМН Украины и Харьковского национального медицинского



А.Н. Дембовецкая

университета. Она включает: умывание антибактериальным мылом (дегтярным); Видисик гель (по 1 капле перед обработкой спиртовыми растворами); обработку краев век и кожи в области бровей, лба, крыльев носа, подбородка, наружного слухового прохода спиртовыми растворами (настойкой календулы, эвкалипта, 70% раствором спирта с эфиром) дважды с интервалом 15 мин до применения мазей; использование антибактериального средства (метронидазола); втирание мази Флоксал в край век, брови, кожу лица; Видисик гель после окончания процедуры для максимальной защиты роговицы. Эти процедуры повторяют 2-3 раза в день. Во время терапии желателен массаж века. Курс лечения составляет 10 дней, его необходимо повторить 3 раза с интервалом в 10-14 дней. Пациентам с демодекозом век также необходима консультация дерматолога.

— Как часто в своей практике вы сталкиваетесь с таким заболеванием, как дакриоцистит новорожденных? Каковы причины развития этой патологии?

— Ранее, по данным различных авторов, это заболевание встречалось у 3-9% новорожденных вследствие нарушения оттока слезы и присоединения вторичной бактериальной инфекции. Однако в последние годы дакриоцистит новорожденных диагностируется значительно чаще — в сравнении с 2006 годом, по данным отдела офтальмопатологии детского возраста, в 2011 году частота развития дакриоцистита новорожденных увеличилась более чем в 4,5 раза. По нашим данным, увеличение частоты развития дакриоциститов новорожденных связано с использованием тетрациклиновой мази для профилактики гонобленнореи, так как мазевая основа дополнительно создает условия для окклюзии слезных канальцев.

Как известно, до восьмого месяца внутриутробного развития выходное отверстие слезно-носового канала, соединяющего полость слезного мешка с полостью носа, закрыто тонкой перепонкой. Кроме этого, слезно-носовой канал заполнен слизисто-желатинозной массой (пробкой), которая защищает его от околоплодных вод. В момент рождения при первом крике перепонка разрывается, и желатинозная пробка выталкивается. В некоторых случаях развитие дакриоцистита у новорожденных возникает вследствие сужения или атрезии носослезного канала, патологии костного канала и носа. У недоношенных детей подобное заболевание может возникать гораздо чаще.

— Какие основные клинические признаки дакриоцистита у новорожденных?

— Первые симптомы заболевания могут проявляться уже в первые недели жизни в виде слезостояния, затем — слезотечения, присоединения слизистого или слизисто-гнойного отделяемого в конъюнктивальной полости. При этом слезостояние наблюдается постоянно. При хроническом течении процесса основным клиническим признаком является обильное гнойное отделяемое из слезного мешка, которое заполняет всю глазную щель, особенно после сна или плача.

— С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дакриоцистит у новорожденных?

– Дифференціальну діагностику дакриоциститис новонароджених необхідно, прежде всего, проводити с бактеріальним кон'юнктивитом. Для цього допомагає простий прийом – при надавлюванні на область слезного мішка із слезних точок відділяється слизовий или слизово-гноєвий секрет. Іногдa цей симптом не виявляється, особливо після початку медикаментозного лікування. В таких випадках проводиться проба Веста. При цій маніпуляції в очі закапується одна крапля 3% розчину коларгола (красящого речовини). Предварительно в полость носа вставляється ватний фільтр. Появление красящего речовини на фільтрі через 5 мин після закапування оцінюється як позитивна проба. Замедленной вважають пробу при обнаруженні краски в носу через 6-20 мин. О позитивному результаті свідчить просвітлення кон'юнктиви в течение 3 мин після закапування коларгола. Отрицательный результат слезно-носовой пробы указує на порушення провідності в слезоотводящей системі, но не определяет уровень и характер поражения. При наличии насморка также может нарушаться провідність вследствие отека слезных путей. В подобных случаях проба проводится после выздоровления.

– Какие существуют методы лечения дакриоциститиса?

– Лечение дакриоциститиса новонароджених включает комплексную консервативную терапию и, при необходимости, хирургическое вмешательство. Лечение начинают с массажа слезного мішка и местной антибактериальной терапии.

Эффективность лечения во многом зависит от времени его начала. Во избежание развития столь грозного осложнения, как флегмона слезного мішка, антибактериальное лечение необходимо начинать немедленно.

Массаж слезного мішка проводится с целью прорывания эмбриональной пленки и создания проходимости в носоглотку. Перед проведением этой манипуляции необходимо коротко обрезать ногти, тщательно вымыть руки и просушить их полотенцем. Ребенка следует положить горизонтально, зафиксировать голову и удалить отделяемое с ресниц и кон'юнктивальной полости. При проведении массажа следует толчкообразными движениями надавливать указательным пальцем в проекции слезного мішка на пораженной стороне, создавая повышенное давление в носовом протоке, при правильно проводимой процедуре, эмбриональная пленка прорывается. После массажа в кон'юнктивальный мешок малыша вводится антибактериальный препарат. Подобную процедуру необходимо проводить несколько раз в день. При отсутствии эффекта в течение 1-2 мес необходимо проводить зондирование слезно-носового канала. Подобная манипуляция проводится только в офтальмологическом стационаре, как правило, не ранее 2-3-месячного возраста ребенка.

– Какие клинические признаки позволяют заподозрить развитие такого осложнения, как флегмона слезного мішка?

– О развитии флегмоны свидетельствуют следующие симптомы: резко болезненная припухлость в проекции слезного мішка, гиперемия и отечность кожи в этой области, распространение отека на кожу носа и щеки, уменьшение ширины глазной щели. При этом отмечается резкое беспокойство ребенка, отказ от кормления и повышение температуры тела.

При отсутствии лечения через несколько дней в области слезного мішка появляется флюктуация и в большинстве случаев происходит прорыв гноєвого содержимого через кожу, после чего состояние ребенка улучшается, однако формируется длительно незаживающий свищ, через который постоянно выделяется гноєвое отделяемое, дополнительно раздражающее кожу, а в последующем образуются грубый кожный рубец.

В отделе офтальмопатологии детского возраста разработана оригинальная методика купирования флегмоны слезного мішка путем создания условий для оттока содержимого слезного мішка.

– Какие препараты используются для лечения инфекционно-воспалительных заболеваний глаз у детей?

– Поскольку у многих больных с такой патологией присутствует микст-инфекция, предпочтение следует отдавать топическим антибиотикам широкого спектра действия. Кроме того, препарат должен обладать бактерицидной активностью, проникать в роговицу, переднюю камеру глаза, склере и цилиарное тело, иметь хорошую переносимость, не вызывать неприятных ощущений при применении. Осмолярность, вязкость и pH должны соответствовать показателям слезной жидкости, а также быть безопасными для применения у детей. Желательно назначать антибиотик с невысокой кратностью применения в течение суток, что положительно отразится на приверженности пациента к лечению.

Всем этим требованиям отвечает препарат Флоксал (офлоксацин 0,3%), представленный в двух лекарственных формах – глазные

капли и глазная мазь. Офлоксацин обладает высокой активностью в отношении основных возбудителей инфекционно-воспалительных заболеваний переднего отрезка глаза. Флоксал характеризуется широким спектром действия, включающим облигатные и факультативные анаэробы, аэробы, внутриклеточные возбудители, а также длительно (6-12 ч) бактерицидным действием. Он лучше проникает в переднюю камеру глаза, роговицу, склере и цилиарное тело по сравнению с другими антибактериальными средствами для применения в офтальмологии.

Препарат хорошо переносится и характеризуется оптимальным соотношением эффективности и безопасности. Так, суточная доза офлоксацина при местном применении в офтальмологии сопоставима с приемом 0,002 дозы, рекомендованной для перорального применения. Осмолярность, вязкость, pH, индекс рефракции Флоксала соответствуют показателям слезной жидкости, что выгодно

отличает его от других антибактериальных препаратов для местного применения в офтальмологии.

Глазные капли Флоксал используются в терапии практически всех инфекционно-воспалительных заболеваний переднего отдела глаза, таких как кон'юнктивиты, блефариты, дакриоциститы, ячмень, кератиты, язва роговицы и т.д. Флоксал можно также применять при более глубоких поражениях глаза – иридоциклитах, увеитах.

С 2005 г. Флоксал нашел свое применение и в педиатрической практике. В 2008 г. препарат прошел перерегистрацию в Украине и разрешен для применения у детей начиная с периода новорожденности. На основании Информационного письма № 195/2008 о нововведениях в системе здравоохранения он используется для профилактики и лечения гонорей у новорожденных.

Подготовила Анастасия Лазаренко



BAUSCH+LOMB

ФЛОКСАЛ

(офлоксацин 0,3%)

глазная мазь – 3 г

глазные капли – 5 мл



Преимущества офлоксацина^{1,2}

- Показан при острой и хронической инфекции: действует в любую фазу жизни клетки (и в делении, и в покое)
- Эффективен в отношении большинства Гр+ и Гр– микроорганизмов
- Проникает и создает высокую бактерицидную концентрацию в передней камере глаза
- Длительно поддерживается бактерицидная концентрация в слезе (до 12 часов) за счет липофильных свойств препарата
- Пролонгированный постантибиотический эффект и низкая резистентность микроорганизмов к антибиотикам
- Нет перекрестной резистентности с другими антибиотиками
- Не влияет на регенерацию роговицы, используется в периоперационный период, в лечении травм и ожогов глаза
- Схема лечения: 1 капля 4 раза в день или мазь 3-хкратно – независимо от степени тяжести
- Отличная переносимость – мазь не содержит консервантов
- Нет системных побочных эффектов
- Разрешен для применения у новорожденных

Литература:

1. Инструкция для применения препарата ФЛОКСАЛ Капли глазные 0,3%, 5 мл №1 (Регистрационное свидетельство № UA/8528/01/01)
2. Ghanshyam M. Patel et al. Скорость эпителизации при местном применении ципрофлоксацина, офлоксацина и комбинации офлоксацина с искусственным заменителем слезной жидкости/Cataract Refract Surg 2000; 26; 690-694.