

Конъюнктивит и дакриоцистит у новорожденных: профилактика и лечение

Конъюнктивит и дакриоцистит занимают первое место в общей структуре заболеваемости среди новорожденных. Рост удельного веса этих заболеваний в последние годы объясняется рядом неблагоприятных факторов: загрязнением окружающей среды, низкими показателями общего здоровья новорожденных и их матерей, устойчивостью многих штаммов бактерий к современным антибиотикам, бессистемным и недифференцированным использованием лекарств и другими факторами.

Поделиться опытом лечения и профилактики конъюнктивита и дакриоцистита у новорожденных мы попросили заведующую отделом офтальмопатологии детского возраста ГУ «Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В.П. Филатова НАМН Украины» (г. Одесса), заслуженного деятеля науки и техники Украины, доктора медицинских наук, профессора Надежду Федоровну Боброву.



Что представляют собой дакриоцистит и конъюнктивит у новорожденных?

— Дакриоцистит у новорожденных развивается в большинстве случаев вследствие врожденного блокирования слезно-носового канала зародышевой желатинозной пробкой из слизи и клеточного детрита или эмбриональной рудиментарной мембраной, которая не успела рассосаться к рождению ребенка или в первые недели его жизни, что дает предпосылки для развития бактериального воспалительного процесса в конъюнктиве и слизистой оболочке слезного мешка. Дакриоцистит новорожденных (dacryocystitis neonatorum) — пограничное состояние между аномалией развития и приобретенной патологией.

Как часто встречается данная патология в клинической практике?

— В настоящее время конъюнктивит у недоношенных новорожденных проявляется в 1,5 раза чаще по сравнению с данными предыдущих исследований. Так, в 1952 г. частота заболеваемости конъюнктивитом у новорожденных составляла всего 1,2% (М.М. Золоторева), а в 1991 г. выросла до 30% (Е.И. Ковалевский).

На сегодня, по данным разных авторов, дакриоцистит встречается у 10–15% новорожденных. Как показали проведенные в течение 3 лет исследования в отделе офтальмопатологии детского возраста ГУ «Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В.П. Филатова НАМН Украины», которые основаны на анализе результатов лечения 175 детей (276 глаз) в возрасте от 6 дней до 12 мес с врожденным дакриоциститом, отмечено достоверное увеличение заболеваемости ($p < 0,5$) данной патологией. Так, в 2005 г. заболевание диагностировано у 36 детей (52 глаза), в 2006 г. — у 68 детей (86 глаз), а в 2007 г. — у 71 ребенка (138 глаз), из них у 6 новорожденных в возрасте от 6 дней до 3 нед, направленных из роддомов, развилась флегмона слезного мешка. Следует отметить, что в 2007 г. достоверно увеличилось и количество двусторонних дакриоциститов ($p < 0,5$). Повышение заболеваемости врожденным дакриоциститом, особенно двусторонней формой, предположительно, объясняется применением 0,5% эритромициновой или 1% тетрациклиновой мази в роддомах в целях профилактики гонобленнореи новорожденных, которое проводится согласно Приказу № 152 от 04.04.2005 г. МЗ Украины. Очевидно, мазевая основа способствовала дополнительной обтурации слезных путей, так как накладывалась на уже имеющуюся желатинозную пробку, еще более затрудняя их проходимость. В соответствии с Приказом № 289 от 01.04.2010 г. МЗ Украины, были внесены изменения в перечень средств для профилактики гонобленнореи, в котором рекомендуемые являются 0,3% раствор тобрамицина или 0,3% раствор офлоксацина, что не только обеспечивает адекватное противомикробное действие, но и устраняет дополнительный обтурационный фактор.

Какая микрофлора чаще всего является причиной возникновения заболеваний глаз у новорожденных?

— В последние десятилетия наблюдаются изменения в спектре микрофлоры, вызывающей развитие дакриоцистита и конъюнктивита у новорожденных. Хотя по-прежнему ведущей микрофлорой конъюнктивального мешка у новорожденных в настоящее время является золотистый и эпидермальный стафилококк (55%), значительно уменьшилось количество конъюнктивитов, вызванных гонококком, кишечной палочкой (4%), синегнойной палочкой (10,2%), за счет увеличения количества заболеваний, вызванных стрептококковой и хламидийной инфекциями. Чаще стали проявляться *Haemophilus influenzae*, вирус простого герпеса, цитомегаловирус, возбудители микоплазмоза (*Mycoplasma hominis*) и уреоплазмоза (*Ureaplasma urealyticum*), кандидозы. Также возрастает количество резистентных к большинству лекарств возбудителей.

Какие методы профилактики дакриоцистита и конъюнктивита у новорожденных являются актуальными?

— С учетом широкого спектра антибактериального действия офлоксацина, высокой эффективности при лечении воспалительных заболеваний глаз у детей, в том числе у новорожденных, а также отсутствия раздражающего местного и побочного системного действия препарата, целесообразно его применение с целью профилактики конъюнктивита у новорожденных непосредственно после рождения в условиях роддома.

Офлоксацин в отличие от других антибиотиков, используемых в лечении конъюнктивита, обладает высокой способностью к внутриклеточному проникновению с возможностью депонирования в структурах глаза и пролонгацией антибактериального эффекта, так как его концентрация в конъюнктиве, роговице и склере в 8–10 раз выше, чем в слезе. Благодаря этому свойству — накоплению с последующим постепенным выделением в слезу — и за счет липофильных свойств офлоксацина складываются условия для длительного поддержания бактерицидной концентрации препарата в конъюнктивальной полости — до 6–12 ч, что позволяет считать его антибиотиком наиболее пролонгированного действия. Кроме того, преимуществом офлоксацина по сравнению с другими антимикробными препаратами местного глазного действия является его низкое проникновение в системный кровоток. Не отмечено системных побочных эффектов, что позволяет использовать препарат в педиатрии, в том числе у новорожденных.

Способ применения: инстилляцией 1–2 капли офлоксацина в конъюнктивальную полость 4 раза в день в течение 4 дней после рождения.

О современных методах лечения дакриоциститов и конъюнктивитов у новорожденных рассказала кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник, врач-офтальмолог высшей категории, заведующая отделением микрохирургического лечения детских заболеваний глаза ГУ «Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В.П. Филатова НАМН Украины» (г. Одесса) Дембовецкая Анна Николаевна.

Какие алгоритмы лечения дакриоцистита и конъюнктивита у новорожденных существуют на сегодня?

— В связи с ранним развитием клинических признаков дакриоцистита у новорожденных понятно стремление хирургов к его консервативному лечению в начальном периоде путем санации конъюнктивальной полости в сочетании с нисходящим внешним



массажем участка слезного мешка. Для успешной консервативной терапии этой патологии необходимо исследовать микрофлору, контаминацию конъюнктивальной полости и чувствительность возбудителей к антибактериальным препаратам.

Однако при значительных гнойных выделениях из конъюнктивальной полости лечение следует начинать сразу при установлении диагноза, не дожидаясь результата посева.

Согласно разработанному алгоритму ведения новорожденных с дакриоциститом, всем детям с клиническими признаками заболевания при первичном обращении рекомендуется следующее лечение: в течение первых 2–3 дней проводить массаж области слезного мешка сверху вниз (нисходящий массаж) с целью прорвать желатинозную пленку силой гидравлического удара. Одновременно с массажем назначать инстилляцию глазных капель с действующим веществом офлоксацина (0,3%) 3–4 раза в сутки. При отсутствии эффекта консервативную терапию следует продолжить, массажировать область слезного мешка снизу вверх (восходящий массаж) еще в течение 2–3 дней в целях эвакуации его содержимого. При этом уменьшается объем слезного мешка и облегчается попадание антибиотика в конъюнктивальную полость для санации после инстилляций.



Техника инстилляций антисептиков и массажа слезного мешка у грудных детей с дакриоциститом

1. Коротко обрежьте ногти.
2. Тщательно вымойте руки и просушите полотенцем.
3. Положите ребенка горизонтально и зафиксируйте голову.
4. Раствором дез. капель смойте отделяемое с ресниц и внутреннего угла глаза.
5. Излишки дез. капель и отделяемое промокните стерильным тампоном.
6. Круговыми движениями выполняйте массаж области проекции слезного мешка (по боковой стенке носа ниже внутреннего угла глаза).
7. Затем продвигайте палец вверх (в сторону слезных точек), продолжая давление.
8. Раствором дез. капель смойте отделяемое, которое выделилось после массажа.
9. Излишки дез. капель и отделяемое промокните стерильным тампоном.
10. Откройте флакон глазных капель — 0,3% раствор офлоксацина (Флоксал).
11. Расположите перевернутый вверх дном флакон над глазом, не прикасаясь к ресницам.
12. Осторожно, захватив пальцами нижнее веко, слегка оттяните его вниз.
13. Слегка сожмите флакон, чтобы капля попала между глазным яблоком и оттянутым нижним веком.
14. Закапывание и массаж слезного мешка повторяйте несколько раз в день (перед каждым кормлением).
15. Закройте флакон и храните его в соответствии с предписанием.
16. Не используйте капли в случае изменения их цвета или появления мутного осадка.

Контрольное микробиологическое исследование содержимого конъюнктивальной полости на 5-й день после начала применения антибактериальных капель (офлоксацина), по нашим наблюдениям, определило значительное улучшение бактериологического состояния, что свидетельствовало о санации полости: только на 12 глазах (13,9%) сохранился рост количества эпидермального стафилококка — сапрофитного возбудителя, наличие которого не является противопоказанием для проведения вмешательств, а на 74 глазах (86,1%) роста микрофлоры выявлено не было.

Зондирование слезно-носового канала и промывание слезных путей могут быть проведены на 5–7-й день после инстилляций антибактериальных капель. Процедура осуществляется под местной анестезией с использованием физиологического раствора и добавлением раствора антибиотика офлоксацина с помощью шприца и тупоконечной иглы через верхнюю или нижнюю слезную точку по разработанной оригинальной методике, которая позволяет выполнить все необходимые манипуляции при однократном вхождении в слезные пути.

Какая должна быть тактика врача при лечении рецидивирующего дакриоцистита у новорожденных?

— Причинами развития рецидивов непроходимости слезных путей и сопровождающего его дакриоцистита могут быть технические ошибки при проведении первичного вмешательства: формирование «ложного» хода, неполное устранение анатомической причины непроходимости, а также явления длительного воспалительного процесса, который может привести к повторной обтурации просвета слезовыводящих путей. Для лечения рецидивирующих форм дакриоцистита у новорожденных при отсутствии эффекта первичного вмешательства разработана методика зондирования слезно-носового канала с его вискоинтубацией по методике С.А. Рыкова и соавт.

Подготовил Владимир Савченко

