

Дакриоцистити у дітей: сучасний алгоритм лікування



А.А. Барінова

Такое инфекционно-воспалительное заболевание, как дакриоцистит (воспаление слезного мешка), зачастую впервые выявляется у младенцев неонатологами, педиатрами и семейными врачами на основании жалоб родителей и характерной клинической картиной. Какие же шаги должен предпринять врач первичного звена здравоохранения при выявлении дакриоцистита у маленького пациента? Куда направить ребенка, что разъяснить и посоветовать обеспокоенным родителям малыша? Об этом, а также о современных возможностях комплексного лечения дакриоциститов, имеющих на сегодняшний день в распоряжении детских офтальмологов, нашему корреспонденту рассказала одна из ведущих отечественных экспертов в области патологии слезных путей у детей, заведующая отделением микрохирургии и реконструктивно-пластической хирургии глаза Украинского медицинского центра детской офтальмологии и микрохирургии глаза Национальной детской специализированной больницы «ОХМАТДЕТ», кандидат медицинских наук Анна Александровна Барінова.

? – Уважаемая Анна Александровна, сегодня мы хотим побеседовать с Вами о таком инфекционно-воспалительном заболевании, как дакриоцистит. Насколько часто, по данным литературы и по Вашему практическому опыту, у детей встречается указанная патология?

– За последние годы частота диагностирования дакриоциститов существенно возросла. По данным как отечественной, так и зарубежной статистики, дакриоциститом страдают от 2 до 15% всех новорожденных детей и детей первого года жизни. Таким образом, есть все основания считать дакриоцистит одним из наиболее распространенных офтальмологических заболеваний у детей раннего возраста.

? – Какие анатомические условия и сопутствующие заболевания способствуют развитию данного заболевания у новорожденных и детей первого года жизни?

– При врожденном стенозе или закрытии выходного отверстия носослезного протока эмбриональной пленкой в ряде случаев инфицирование слезного мешка происходит еще внутриутробно или при прохождении через родовые пути матери, и дети появляются на свет с уже имеющимися симптомами дакриоцистита. Ключевым симптомом дакриоцистита является выделение гноя из слезных точек, которое усиливается при надавливании на область слезного мешка. В таком случае клинический диагноз дакриоцистита новорожденных не вызывает сомнений. В большинстве случаев нарушение слезоотведения у ребенка клинически проявляется начиная с 1-1,5-месячного возраста, когда слезная железа уже начинает активно функционировать. При непроходимости носослезного канала происходит застой слезной жидкости, вследствие чего присоединяется вторичная инфекция, которая непосредственно и вызывает классические клинические проявления дакриоцистита.

Кроме того, дакриоцистит у детей может возникать на фоне воспалительных заболеваний околоносовых пазух и полости носа или при определенных врожденных особенностях строения ЛОР-органов. К ним, в первую очередь, относятся искривление носовой перегородки и анатомическая узость носовых ходов. Среди причин возникновения дакриоцистита выделяют наследственную предрасположенность, а также нарушение закладки зубов и другие аномалии челюстно-лицевой области. Известно, что недоношенные дети страдают дакриоциститом примерно в два раза чаще, чем дети, рожденные в срок.

? – Каковы основные возбудители дакриоцистита у новорожденных согласно современным научным данным?

– В подавляющем большинстве случаев дакриоцистит новорожденных вызван грамположительной бактериальной

флорой, при этом основными его возбудителями являются стафилококки (в том числе *Staphylococcus aureus* и *epidermidis*) и стрептококки (наиболее часто – *Streptococcus viridians*).

? – По каким клиническим признакам педиатр или семейный врач может заподозрить дакриоцистит у ребенка? Может ли он подтвердить этот диагноз самостоятельно на этапе клинического обследования?

– Да, педиатр может самостоятельно установить клинический диагноз дакриоцистита на основании выявления патогномичных для этого заболевания симптомов – слезостояния и выделения гноя из слезной точки при надавливании на область слезного мешка. При этом конъюнктивная век и самого глазного яблока у ребенка с дакриоциститом может оставаться интактной (имеет бледно-розовый цвет, не гиперемирована), то есть никаких признаков конъюнктивита у детей с дакриоциститом в большинстве случаев не наблюдается.

? – Каков алгоритм дальнейших действий врача первичного звена при выявлении данной симптоматики? Является ли данная клиническая ситуация плановой или urgentной?

– Если у ребенка с клинически диагностированным дакриоциститом нет признаков развития флегмоны слезного мешка (покраснение кожи в области слезного мешка, напряжение, болезненность и припухлость близлежащих тканей в этой области, повышение температуры тела), тогда его направляют на консультацию к детскому офтальмологу в плановом порядке. Желательно проконсультироваться с детским офтальмологом до достижения ребенком возраста 1 мес, чтобы можно было своевременно назначить адекватное лечение и объяснить родителям, как правильно проводить массаж слезного мешка. К сожалению, далеко не все педиатры могут правильно продемонстрировать родителям технику данного массажа, что зачастую приводит к совершению таких ошибок, как выдавливание гноя на конъюнктиву или его «втирание» в область слезного мешка, хотя смысл проведения массажа слезного мешка как раз заключается в том, чтобы самим гнойным содержимым продавить эмбриональную пленку (а не выдавить гной наружу!), которая при успешном выполнении данной манипуляции может прорваться самостоятельно. Таким образом, на сегодняшний день лечение дакриоцистита остается прерогативой детского офтальмолога.

? – Чем опасен дакриоцистит у ребенка? Какими осложнениями чревато данное заболевание при отсутствии своевременного лечения?

– При отсутствии лечения дакриоцистит становится первопричиной таких опасных офтальмологических воспалительных заболеваний, как язва роговицы и кератиты,

а также такого тяжелейшего осложнения, как флегмона слезного мешка. Длительно нелеченные дакриоциститы (даже если они не осложняются гнойным воспалением других сегментов глаза) приводят к тому, что на фоне постоянно существующего воспаления обычно тонкая эмбриональная пленка грубеет, и по ходу носослезного канала образуются дополнительные сращения, которые усугубляют течение дакриоцистита и значительно снижают эффективность первичного зондирования носослезного канала. В целом, чем старше ребенок на момент обращения к детскому офтальмологу, тем более выражено снижается эффективность первичного зондирования. Если в возрасте от 1,5 до 4 мес его эффективность составляет 98%, то в возрасте 9-12 мес – снижается до 85%.

? – Какова современная тактика ведения детей с дакриоциститом? Какие врачебные манипуляции и консервативные назначения она подразумевает?

– К основным манипуляциям, используемым при дакриоцистите, относится зондирование носослезного канала, а также массаж слезного мешка, проводимый с целью нарушения целостности перекрывающей носослезный канал эмбриональной пленки. В основном при дакриоцистите у детей, не достигших возраста 4-6 мес, можно ограничиться однократным зондированием. Чем старше ребенок, тем больше вероятность того, что ему придется проводить повторное зондирование. При этом мы не рекомендуем выполнять более 3 зондирований, поскольку вследствие повторных неэффективных манипуляций количество сращений по ходу носослезного канала только увеличивается. Если три последовательных зондирования носослезного канала не увенчались успехом, то ставится вопрос о проведении такого хирургического вмешательства, как интубация носослезного протока силиконовыми нитями под общим наркозом.

Отдельно хотелось бы остановиться на особенностях техники массажа слезного мешка. Основными ошибками, которые зачастую допускают родители, являются выдавливание гноя в глазную щель и «втирание» гнойного содержимого в область слезного мешка. **Правильная техника массажа заключается в том, чтобы поместить указательный палец на область внутренней спайки век в медиальном углу глаза (под пальцами ощущается как плотный тяж) и затем произвести нисходящие толчкообразные движения по направлению от глаза к носу.** Перед выполнением массажа руки следует тщательно продезинфицировать; ногти должны быть коротко острижены. Массаж слезного мешка длится около 1 мин и проводится 5-6 раз в день. После проведения процедуры необходимо закапать в конъюнктивальный мешок глазные капли, содержащие антисептики или антибактериальные

средства. **Топическая антибактериальная терапия, как правило, назначается на срок 5-7 дней.** Для ее проведения можно с успехом использовать капли офлоксацин 0,3% (Флоксал) – по 1 капле 4 раза в день в конъюнктивальный мешок пораженного глаза. Офлоксацин характеризуется широким спектром антибактериальной активности, охватывающим основные возбудители дакриоцистита, и длительным бактерицидным действием. Мы рекомендуем родителям проводить эти процедуры перед кормлением ребенка, чтобы потом его можно было быстрее успокоить, переключив внимание на кормление. Что же касается срока такого комплексного консервативного лечения, то в неосложненных случаях дакриоцистита новорожденных массаж слезного мешка следует выполнять до самостоятельного прорыва эмбриональной пленки или до проведения зондирования носослезного канала, то есть в среднем в течение 1-2 мес. При этом следует отметить, что наибольшая эффективность данного метода лечения отмечается в первый месяц жизни ребенка.

Следует предупредить родителей о прекращении массажа при появлении отека, гиперемии и припухлости во внутреннем углу глаза в области слезного мешка.

Основой консервативного лечения дакриоцистита является антибактериальная терапия. В подавляющем большинстве случаев для ее проведения используют местные лекарственные формы антибиотиков, специально предназначенные для применения в офтальмологии. Системная антибактериальная терапия показана только при развитии такого осложнения, как флегмона слезного мешка, которое сопровождается нарушением общего состояния ребенка (повышение температуры тела, характерные изменения в общем анализе крови). В таких случаях отдаются предпочтение введению цефалоспориновых антибиотиков, в частности цефалоспоринов III поколения. Антибактериальная терапия назначается эмпирически, не дожидаясь результатов посева гнойного отделяемого и исследований чувствительности выделенных возбудителей к антибиотикам. Затем, при необходимости, ее можно корректировать.

? – Хотелось бы подробно остановиться на особенностях применения местных антибактериальных препаратов при дакриоциститах новорожденных. Каким именно антибиотикам и лекарственным формам (капли, мази) следует отдавать предпочтение?

– При проведении местной антибактериальной терапии дакриоциститов новорожденных следует назначать только те антибактериальные препараты, которые разрешены для применения у новорожденных и детей первого года жизни. На сегодняшний день их количество невелико, и они представлены преимущественно глазными

каплями на основе фторхинолонов (офлоксацин 0,3%) и аминогликозидов (тобрамицин). При этом, согласно современным представлениям, рекомендуется назначать данные антибиотики именно в форме глазных капель, а не мазей. Так, по данным специалистов ГУ «Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В.П. Филатова НАМН Украины» (Одесса), профилактическое применение у новорожденных антибиотиков в форме мазей приводит к увеличению частоты развития дакриоцистита и не может быть показано с целью лечения данной патологии. Дело в том, что использование мазей (тетрациклиновой, эритромициновой) способствует еще большей закупорке носослезного канала из-за густой мажевой основы, которая нарушает отток слезной жидкости. При неосложненной форме дакриоцистита антибактериальные препараты в форме глазных капель повторно назначаются в режиме монотерапии, но ее длительность должна быть ограничена. К сожалению, мы встречаемся в своей практике со случаями бесконтрольного и

нерационального применения топических антибактериальных средств. Бывает, что до проведения первичного зондирования носослезного канала ребенок уже последовательно получал несколько различных видов глазных капель. Такие назначения ошибочны: первоначально достаточно провести курс антибактериального лечения глазными каплями офлоксацин 0,3% в сочетании с массажами слезного мешка. Если на фоне такого лечения не произошло самостоятельного прорыва эмбриональной пленки, перекрывающей носослезный канал, то в дальнейшем до проведения зондирования применение топических антибактериальных средств прекращают и ограничиваются лишь выполнением массажа слезного мешка с последующим закапыванием дезинфицирующих средств. Антибактериальные средства в форме глазных капель повторно назначаются курсом уже после проведения зондирования носослезного канала.

? – А если зондирования оказались неэффективными, и ребенку все же

понадобилась операция по дренированию носослезного канала, то какова тактика антибактериальной терапии в послеоперационном периоде?

– В послеоперационном периоде ребенку также назначаются местные антибактериальные препараты в форме глазных капель, но уже в комбинации с противовоспалительными средствами (топическими стероидами). Системная антибиотикотерапия после операции не показана. Спустя 1 неделю закапывания глазных капель на основе комбинации антибактериальных препаратов со стероидами переходят на закапывание антисептиков.

? – Встречаются ли у детей рецидивы дакриоцистита? Существуют какие-либо меры вторичной профилактики дакриоцистита?

– Да, к сожалению, случаи рецидивирования дакриоцистита встречаются. На сегодня помимо туалета глазной полости и санации носовой полости не существует каких-либо действенных мер

предупреждения повторного стеноза и образования сращений в носослезном канале. Согласно статистическим данным, рецидивы заболевания возникают у 12-22% страдающих дакриоциститом детей, хотя у большинства детей с врожденным дакриоциститом для излечения достаточно проведения одного зондирования носослезного канала. Если первое, а затем и второе зондирование оказались неэффективными, то мы предлагаем выполнить третье зондирование с использованием вискоэластического раствора. Он вводится для того, чтобы разграничить противостоящие стенки носослезного протока и препятствовать их сращению в течение 2 дней, пока идет регенерация поврежденного эпителия. Благодаря использованию такой инновационной методики мы добиваемся повышения эффективности лечения и уменьшения риска рецидивирования дакриоцистита.

– Спасибо за интересную беседу!

Подготовила Елена Терещенко

37

НА ЗАМЕТКУ ВРАЧУ

Офлоксацин — обоснованный выбор в лечении воспалительных заболеваний конъюнктивы

Для лечения воспалительных заболеваний переднего отдела глаза у детей, в том числе конъюнктивитов и дакриоциститов, в настоящее время применяется несколько групп антибактериальных средств. С точки зрения эффективности и безопасности использования наибольшего внимания заслуживают препараты группы фторхинолонов и аминогликозидов (Шелінговська та співавт., 2004; M.J. Koss et al., 2007; M.S. Kim et al., 2012).

В ряде исследований определена наиболее высокая чувствительность бактерий к офлоксацину, который относится к монофторхинолонам второго поколения, по сравнению с фторхинолонами первого поколения и аминогликозидами (гентамином), которая не снижается при длительном использовании (K.M. Hosny, 2009; H. Sueke et al., 2010).

Офлоксацин в отличие от других антибиотиков, применяемых в лечении конъюнктивитов, обладает высокой способностью к внутриклеточному проникновению с возможностью депонирования в структурах глаза и пролонгацией антибактериального эффекта; так, его концентрации в конъюнктиве, роговице и склере в 8-10 раз выше, чем в слезе (L.V. Cantor et al., 2008; A. Bozkir et al., 2012). Благодаря этому свойству (накоплению с последующим постепенным выделением в слезу) и за счет липофильных свойств офлоксацина создаются условия для длительного поддержания бактерицидной концентрации препарата в конъюнктивной полости – до 6-12 ч (Giardidi et al., 2011; Caskun et al., 2011), что позволяет считать офлоксацин антибиотиком наиболее высокого пролонгированного действия.

Кроме того, преимуществом офлоксацина по сравнению с другими антибиотиками местного глазного действия является его низкое проникновение в системный кровоток. Не отмечено системных побочных эффектов, что позволяет использовать препарат в педиатрии, даже у новорожденных (Н.Н. Сергиенко и соавт., 2004; A. Usha et al., 2006; A.M. Thompson, 2007).

По данным литературы, применение глазных капель офлоксацина в качестве монотерапии у детей с бактериальными инфекциями глаза оказалось эффективным в 97,6% случаев (высокая или существенная эффективность). Сроки лечения слизисто-гнойных конъюнктивитов удалось сократить на 3,4±0,4 дня, а продолжительность местных воспалительных явлений в среднем на

4,3±0,4 дня; отрицательный результат посева с конъюнктивы определен через 4 дня. Рецидивов воспалительного процесса и хронизации заболевания не было выявлено.

Учитывая широкий спектр антибактериального действия офлоксацина, высокую эффективность при лечении воспалительных заболеваний глаза у детей, включая новорожденных, а также отсутствие раздражающего местного и побочного системного действия, целесообразно его применение с целью профилактики конъюнктивитов у новорожденных непосредственно после рождения в условиях родильного дома. Способ применения: инстилляцией 1-2 капли офлоксацина в конъюнктивальную полость 4 раза в день в течение 4 дней после рождения.



ФЛОКСАЛ

офлоксацин 0,3% мазь глазная – 3 г
капли глазные – 5 мл

Антибиотик № 1 в лечении инфекционных заболеваний глаз

- ▶ Высокая проникающая способность
- ▶ Широкий спектр действия
- ▶ Высокий профиль безопасности
- ▶ Для взрослых и детей



Мазь без консервантов. Микронизированный офлоксацин. Хорошие адгезионные свойства. Точка разжижения близка к температуре роговицы.

Осмолярность, pH, вязкость и индекс рефракции близки к характеристикам слезной жидкости.



1 см мази 3 раза в сутки (при хламидийных инфекциях – 5 раз в сутки).

По 1 капле 4 раза в сутки.

Опыт лечения новорожденных и детей более 20 лет

- ▶ Безопасность доказана клинически
- ▶ Часто используется и хорошо переносится
- ▶ Отсутствие системного действия
- ▶ Коррекция дозы не требуется

Показания к применению:

- ✓ Конъюнктивит, кератит, язва роговицы, ячмень
- ✓ Блефарит, дакриоцистит, хламидийная инфекция



Информация предназначена для профессиональной деятельности медицинских и фармацевтических работников. Полная информация о лекарственном препарате находится в инструкции для медицинского применения. Фармакотерапевтическая группа, Средства, применяемые в офтальмологии, Противомикробные средства, Офлоксацин, Код АТХ S01A E01, P.C. № UA/8528/01/01 и P.C. № UA/8528/02/01 от 26.07.2013 г. Состав лекарственного препарата, Действующее вещество: ofloxacinum; 1 г мази глазной содержит 3 мг офлоксацина, одна доза (1 см полоски мази) содержит 0,12 мг офлоксацина; 1 мл р-ра содержит 3 мг офлоксацина, 1 капля содержит 0,1 мг офлоксацина. Показания, инфекции передней камеры глаза, вызванные чувствительными к офлоксацину патогенными микроорганизмами: капли – воспаление конъюнктивы, роговицы глаза, краев век и слезного мешка; ячмень и язва роговицы; мазь – хронический конъюнктивит, кератит, язва роговицы и хламидийные инфекции. Способ применения и дозы. Капли: взрослым, детям, в том числе новорожденным, следует вводить в конъюнктивальный мешок пораженного глаза по 1 капле 4 раза в сутки. Мазь: взрослым, детям, в том числе новорожденным, вводят в конъюнктивальный мешок пораженного глаза полоску мази длиной 1 см 3 раза в сутки (при хламидийных инфекциях – 5 раз в сутки). Лечение Флоксалом не должно превышать 2 нед. Противопоказания, повышенная чувствительность к любому компоненту препарата, другим хинолонам. Условия отпуска. По рецепту. Производитель: Др. Герхард Манн, Хем.-фарм. Фабрик ГмБХ, Германия. Флоксал – зарегистрированная торговая марка Bausch & Lomb Incorporated и ее филиалов. © Bausch & Lomb Incorporated.

VALEANT

000 «ВАЛЕАНТ ФАРМАСЬЮТИКАЛЗ» 01103, Киев, ул. Подвысоцкого Профессора, 6-В, тел.: +38 (044) 459-04-84

BAUSCH+LOMB