

# Флегмона слезного мешка у дітей первого года жизни — осложнение, о котором должен помнить каждый врач

На первый взгляд может показаться, что о таком серьезном осложнении, как флегмона слезного мешка, должны знать только офтальмологи. Безусловно, это не так. Ведь нередко родители обращаются к педиатру не сразу после появления у ребенка первых симптомов дакриоцистита, а значительно позже, когда его общее состояние уже нарушено и имеет место выраженный гнойно-воспалительный процесс. Поэтому педиатр должен уметь не только диагностировать дакриоцистит, но и заподозрить флегмону слезного мешка, при которой следует безотлагательно направить ребенка к офтальмологу. Рекомендация делать в домашних условиях массаж слезного мешка в подобной ситуации может привести к серьезным последствиям.

О современных подходах к профилактике и лечению дакриоцистита должны обязательно знать и неонатологи, так как врожденный дакриоцистит очень часто наблюдается у недоношенных и ослабленных новорожденных, которых первые недели жизни наблюдает не участковый педиатр, а неонатолог в стационаре.

Рассказать о современных принципах диагностики, лечения и профилактики дакриоцистита новорожденных и флегмоны слезного мешка мы попросили старшего научного сотрудника отдела офтальмопатологии детского возраста ГУ «Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В.П. Филатова АМН Украины», кандидата медицинских наук, врача высшей категории Анну Николаевну Дембовецкую.

— Что представляет собой флегмона слезного мешка? Насколько актуальна эта проблема сегодня?

— Флегмона слезного мешка (острый гнойный перидакриоцистит) является серьезным осложнением дакриоцистита и представляет собой воспалительный процесс, распространяющийся на мягкие ткани, окружающие слезный мешок (в то время как дакриоцистит — это инфекционно-воспалительный процесс непосредственно в слезном мешке).

Что касается флегмоны слезного мешка, то ее распространенность еще несколько лет назад была существенно выше (12-15% всех случаев дакриоцистита новорожденных), так как эффективных антибактериальных препаратов в жидких лекарственных формах, что оптимально для лечения дакриоцистита у детей первого года жизни, практически не было. Сегодня распространенность этого осложнения составляет 3-5% от всех случаев дакриоцистита новорожденных, однако следует отметить рост абсолютного количества случаев флегмоны слезного мешка в связи со значительным увеличением частоты дакриоциститов (до 10-15% новорожденных). По нашим данным, пик роста распространенности врожденных дакриоциститов приходится на последние три года.

— В чем вы видите причину роста распространенности дакриоциститов новорожденных и соответственно абсолютного числа случаев флегмоны слезного мешка?

— Я считаю, что рост распространенности дакриоцистита новорожденных связан в первую очередь с применением в родильных домах 1% тетрациклиновой мази для профилактики гонобленорей. Очевидно, мазевая основа способствует дополнительной обтурации слезных путей при уже имеющейся желатинозной пробке и тем самым затрудняет их проходимость.

Основными причинами достаточно высокой частоты развития осложнений, и в первую очередь флегмоны слезного мешка, можно считать нерациональный выбор топического антибактериального препарата для профилактики и лечения

дакриоцистита новорожденных, позднее обращение родителей за медицинской помощью и несвоевременную диагностику.

Последние два года мы постоянно проводим обучение сотрудников родильных домов и педиатров по вопросам профилактики и лечения дакриоцистита новорожденных, указывая на необходимость использования жидких лекарственных форм антибиотиков для местного применения. Одним из наиболее удобных и эффективных препаратов этой группы являются глазные капли Флоксал (0,3% офлоксацин, Bausch & Lomb).

— Почему вы рекомендуете именно Флоксал для профилактики и лечения дакриоцистита у новорожденных?

— Несмотря на то, что на фармацевтическом рынке представлено немало антибактериальных препаратов для местного применения в офтальмологии, далеко не все из них являются оптимальными для применения у детей грудного возраста. Так, глазные капли с гентамицином мы не рекомендуем назначать детям первого года жизни в связи с потенциальной ототоксичностью. Многие препараты обладают раздражающим действием на конъюнктиву ребенка, чего по возможности следует избегать. В то же время глазные капли Флоксал являются не только эффективным средством для профилактики и лечения дакриоцистита, но и адаптированной для детей лекарственной формой, удобной в применении, не вызывающей дискомфорта или болезненных ощущений при инстиляции.

Офлоксацин обладает широким спектром антибактериального действия и активен даже в отношении микроорганизмов, устойчивых к другим антибиотикам и сульфаниламидным препаратам. Спектр бактерицидного антибактериального действия Флоксала включает грамположительные (стафилококки, стрептококки) и грамотрицательные (кишечная палочка, протей, клебсиелла и др.) бактерии, а также энтерококки и синегнойную палочку.

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 дакриоцистите новорожденных. Препарат применяли в течение пяти дней (инстиляции в конъюнктивальный мешок 3-4 раза в день). Исходно и в конце курса лечения проводили микробиологическое исследование отделяемого из конъюнктивальной полости.

Также всем детям проводили нисходящий толчкообразный массаж области слезного мешка. Следует отметить, что, несмотря на его проведение, восстановление

проходимости слезных путей не произошло ни в одном случае. Тем не менее мы наблюдали положительную динамику в виде уменьшения количества отделяемого, изменения характера отделяемого (от гнойного к слизистому), что мы связываем с инстиляциями капель Флоксал. При отсутствии эффекта от нисходящего массажа, консервативное лечение продолжалось еще в течение 2-3 дней с помощью восходящего массажа слезного мешка с целью эвакуации содержимого слезного мешка через слезные каналы.

При первом бактериологическом исследовании отделяемого из конъюнктивальной полости у большинства детей были выделены патогенные микроорганизмы (синегнойная палочка, гемолитические формы стафилококка или стрептококка), а также эпидермальный стафилококк. Хотя этот микроорганизм относится к сапрофитам, недооценивать его роль в этиопатогенезе дакриоцистита нельзя. При непроходимости



А.Н. Дембовецкая

слезных путей он проявляет патогенные свойства — снижает резистентность слизистой оболочки слезного мешка к другим возбудителям, облегчает присоединение патогенной микрофлоры. Через пять дней применения капель Флоксал у меньшей части детей высевался только эпидермальный стафилококк (13,9% глаз), наличие которого не является противопоказанием для проведения лечебных манипуляций, а у большинства (86,1%) микрофлора в отделяемом из конъюнктивальной полости вовсе не была обнаружена.

Таким образом, мы можем применять глазные капли Флоксал не только для лечения дакриоцистита, но и в качестве предоперационной подготовки. Через пять дней инстиляций этого препарата мы рекомендуем проводить зондирование носослезного канала или другие лечебные манипуляции без повторного бактериологического исследования, не опасаясь развития инфекционных осложнений.

Продолжение на стр. 42.

**Bausch & Lomb**  
**ФЛОКСАЛ**  
(офлоксацин 0,3%)



**Флоксал — Ваш антибиотик первого выбора**

- Флоксал — самый назначаемый фторхинолон в Германии, Польше, Чешской Республике и Украине\*
- Высокая эффективность при всех бактериальных инфекциях переднего отрезка глаза
- Превосходная проникающая способность
- Отличная переносимость и комфорт

\* данные IMS за 2008

**Показания к назначению:**

Инфекционные заболевания придатков глаз, вызванные чувствительной микрофлорой:

- ячмень
- блефарит
- дакриоцистит, в т.ч. у новорожденных

Инфекционные заболевания переднего отдела глаза:

- конъюнктивит
- кератит
- язва роговицы
- хламидийная инфекция глаз

Профилактика и лечение бактериальной инфекции:

- травмы глаз
- ожоги глаз
- предоперационная подготовка
- состояние после операции
- гонобленноррея новорожденных

**Флоксал рекомендован для применения у детей и новорожденных**



За дополнительной информацией Вы можете обратиться в фармацевтическое подразделение компании "Бауш энд Ломб" (Представительство компании "Шовен Анкерфарм ГмБХ", тел.: (044) 467 50 91, 467 50 92), [www.bausch.com.ua](http://www.bausch.com.ua)

# Флегмона слезного мешка у дітей першого рока життя — ускладнення, о якому должен помнить каждый врач

Продолжение. Начало на стр. 41.

— Каковы основные причины, факторы риска и механизмы развития дакриоцистита новорожденных и флегмоны слезного мешка?

— Перед тем как рассмотреть этиопатогенез дакриоциститов и флегмоны слезного мешка, кратко напомним об анатомии и физиологии слезного аппарата. Слезоотводящие пути начинаются слезным ручьем, представляющим собой капиллярную щель между задним ребром нижнего века и глазным яблоком, по которому слеза стекает в слезное озеро, расположенное у медиального угла глаза. В слезное озеро погружены нижняя и верхняя слезные точки, от которых начинаются нижний и верхний слезные каналы, впадающие в слезный мешок. Слезный мешок, окруженный рыхлой клетчаткой и фасциальным футляром, расположен в слезной ямке, образованной лобным отростком верхней челюсти и слезной костью. Слезный мешок через носослезный проток открывается в нижний носовой ход. Слезная жидкость, вырабатываемая слезными железами, увлажняет поверхность глаза, а оставшаяся ее часть отводится по носослезным путям.

Препятствие оттоку слезы может возникать на любом уровне: верхнего или нижнего слезных канальцев, слезного мешка, по всей длине носослезного

протока, устья носослезного протока. Нарушение проходимости носослезного канала приводит к застою слезы в слезном мешке, а присоединение инфекции — к развитию дакриоцистита.

Нарушение проходимости носослезного протока у новорожденных может быть результатом наличия желатинозной пробки (пленки) в носослезном протоке, врожденных аномалий слезного мешка (сужение, атрезия и др.) или костного канала. Во внутриутробном периоде развития носослезный проток заполнен слизисто-желатинозной массой, которая после рождения ребенка (при первом крике) обычно выталкивается (иногда рассасывается еще до рождения ребенка или в первые недели его жизни). Если новорожденный слабый, например недоношенный, полного очищения слезных путей после родов может не происходить. Со временем жидкая часть желатинозной массы дренируется, а густая остается, образуя желатинозную пленку, препятствующую оттоку слезной жидкости. В результате этого в слезном мешке скапливается слеза, создавая благоприятные условия для развития инфекционно-воспалительного процесса. Так как слезные канальцы новорожденных очень узкие, обратный отток вязкого содержимого слезного мешка в конъюнктивальную полость также затруднен.

Если отток гнойного содержимого из слезного мешка затруднен в течение

длительного времени, патологический процесс распространяется на окружающие ткани (педиатрам хорошо известно, что инфекционно-воспалительные процессы у детей вследствие анатомо-физиологических особенностей склонны к быстрому распространению) и развивается флегмона слезного мешка, что приводит к еще большему сужению носослезного протока. Более серьезным осложнением является распространение процесса в параорбитальную клетчатку с развитием флегмоны орбиты.

— Какие клинические проявления позволяют заподозрить дакриоцистит и флегмону слезного мешка?

— Первые симптомы дакриоцистита новорожденных появляются уже в первые недели жизни ребенка в виде слезостояния, слизистого или слизисто-гнойного отделяемого в конъюнктивальной полости, слезотечения. Может иметь место незначительная гиперемия конъюнктивы. Ребенок обычно спокоен, признаки интоксикации отсутствуют. Дифференциально-диагностическим признаком дакриоцистита является появление или более обильное выделение слизисто-гнойного отделяемого через слезные точки при надавливании на область слезного мешка. Чаще явления непроходимости слезных путей развиваются у детей к двум месяцам, когда слезная железа начинает активно вырабатывать слезу.

Заподозрить развитие флегмоны слезного мешка позволяют следующие симптомы: резко болезненная припухлость в проекции слезного мешка, гиперемия и отечность кожи в этой области, распространение отека на кожу носа и щеки, уменьшение ширины глазной щели. Ребенок при этом ведет себя беспокойно, отказывается от кормления, температура тела повышена. Через несколько дней в области слезного мешка появляется флюктуация. В большинстве случаев прорыв гнойного содержимого происходит через кожу в средней трети проекции слезного мешка, после чего состояние ребенка улучшается.

— Какие методы исследования используются в диагностике флегмоны слезного мешка?

— В большинстве случаев флегмону слезного мешка можно диагностировать при осмотре ребенка. Однако у глубоко недоношенных и ослабленных детей такие симптомы, как повышение температуры тела и выраженная гиперемия кожи в проекции слезного мешка, могут отсутствовать. Наличие флюктуирующей припухлости в области слезного мешка с незначительной гиперемией кожи может навести на мысль о гемангиоме. Проведение магнитно-резонансной томографии помогает точно определить характер данного образования (полость слезного мешка, заполненная гноем или опухолевидное образование).

— Как проводится лечение флегмоны слезного мешка?

— Классическим методом лечения флегмоны слезного мешка является чрескожное ее вскрытие при размягчении. Возможен и самостоятельный транскутанный прорыв гноя. После хирургического вмешательства или самопроизвольного вскрытия флегмоны остается видимый кожный рубец, который формируется

в процессе вторичного заживления инфицированной раны. В большинстве случаев формируется свищ слезного мешка.

В нашем отделении разработан новый малоинвазивный метод лечения флегмоны слезного мешка, при котором эвакуация гнойного содержимого проводится не путем рассечения кожи и мягких тканей, а через слезные канальцы, т.е. через естественные пути оттока. Методика заключается в деликатном расширении слезных канальцев (с помощью конических зондов разного диаметра) в течение 2-3 дней с целью создания условий для оттока содержимого слезного мешка с последующим удалением гнойного содержимого из него путем промывания (на 3-5-й день) раствором офлоксацина без зондирования носослезного канала. Это достаточно сложная манипуляция, которую должен выполнять офтальмолог, в совершенстве ею владеющий, так как существует опасность создания ложного хода в рыхлых инфильтрированных тканях.

При наличии флегмоны слезного мешка обязательно проводится системная (преимущественно парентерально) и местная антибиотикотерапия (глазные капли Флоксал) в течение 5-7 дней.

Зондирование носослезного канала осуществляется, как правило, после полного купирования воспалительного процесса, т.е. спустя 2-3 недели. После проведения зондирования носослезного канала назначают глазные капли Флоксал в течение 5-7 дней.

— Какие мероприятия эффективны для профилактики дакриоцистита новорожденных и флегмоны слезного мешка?

— Профилактика развития флегмоны слезного мешка заключается в ранней диагностике дакриоцистита, своевременном начале терапии и адекватном выборе лекарственных средств. Для профилактики и лечения дакриоцистита у детей в возрасте до 1 года следует применять только жидкие лекарственные формы (глазные капли), а не гели и мази. Педиатры должны проводить обучение родителей правильному уходу за глазами ребенка. Если у новорожденного есть признаки непроходимости слезных путей (слезостояние), как можно раньше необходимо рекомендовать нисходящий массаж слезного мешка, так как он эффективен только в первые недели жизни ребенка (до 1 месяца). В более поздние сроки необходимы промывание и зондирование слезных путей (при отсутствии гнойно-воспалительного процесса).

Категорически запрещается проводить профилактическую вакцинацию при наличии врожденного дакриоцистита, а также в течение 2 недель после зондирования слезных путей (повышается риск развития флегмоны и общих осложнений).

Завершая нашу беседу, хотелось бы еще раз напомнить, что при постановке диагноза «врожденный дакриоцистит» обязательным является проведение микробиологического исследования отделяемого конъюнктивальной полости с последующим лечением глазными каплями Флоксал (Bausch & Lomb). Зондирование носослезного канала можно проводить без повторного исследования микрофлоры на 5-7-й день после начала инстилляций капель Флоксал с последующими инстилляциями их в течение 5-7 дней после манипуляции. Оригинальный метод лечения флегмоны слезного мешка, разработанный в нашем отделе и проводимый на фоне системной и местной антибактериальной терапии, малотравматичен, позволяет ускорить процесс выздоровления пациентов и сократить расходы на лечение.

Подготовила **Наталья Мищенко**

3

## 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 капель 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.