

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования "Красноярский государственный
медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра офтальмологии с курсом ПО им. проф. М.А. Дмитриева
Зав. кафедрой: д.м.н., доцент, Козина Е.В.

Реферат

Врожденная патология слезоотводящих путей (дакриоцистит
новорожденных, дакриоцистоцеле, врожденный стеноз слезоотводящих
путей) у новорожденных и детей первого года жизни.

Выполнила: Климкина Е.С.
Ординатор 1 года обучения
Проверила: ассистент кафедры
Балашова П.М.

Красноярск 2021

Дакриоцистит новорожденных (ДН) – воспаление слезного мешка, в основе которого лежит врожденная непроходимость носослезного протока.



Дакриоцистоцеле (ДЦ) – врожденная патология слезного мешка (водянка) с его растяжением секретирующейся слизью при полном нарушении ее оттока как через носослезный проток в нос, так и через слезные каналы – в конъюнктивальную полость.



Дакриостеноз – сужение или полное закрытие слезоотводящих путей.

Дакриодуктостеноз – сужение или полное закрытие на уровне носослезного протока.

Атрезия выхода носослезного протока встречается почти у 10% новорожденных. При этом более, чем у 2/3 таких детей она осложняется дакриоциститом.

Несмотря на то, что у некоторых детей в течение первого года жизни слезоотведение может восстановиться самопроизвольно, отсутствие своевременного лечения детей с ДН впоследствии нередко требует сложных хирургических вмешательств.

Этиология и патогенез.

Заболевание связано с врожденной блокадой выхода носослезного протока зародышевой желатинообразной пробкой из слизи и омертвевших эмбриональных клеток или эмбриональной рудиментарной мембраной, не успевшей рассосаться к моменту рождения (недоразвитые,

неперфорировавшиеся к рождению клапаны Rosenmuller и Hasner). С этой мембраной рождаются около 35% новорожденных, и если она не претерпевает обратного развития, то возникает препятствие к оттоку слезы, которая скапливается в полости слезного мешка.

При этом содержимое слезного мешка (слизь, детрит эмбриональных, эпителиальных клеток и др.) является благоприятной средой для роста микрофлоры с последующим развитием гнойного дакриоцистита – дакриоцистита новорожденных (ДН).

Причиной дакриоцистита у новорожденных также могут быть врожденная и наследственная патология слезоотводящих путей: дивертикулы, складки слезного мешка, узкий, извитой носослезный проток, аномальный выход его в полость носа, нередко прикрытый слизистой носа, или выход несколькими выводными канальцами, отсутствие костного канала, а также возрастные особенности (узкие носовые ходы, малая высота нижнего носового хода), патология носа и окружающих тканей вследствие воспаления (утолщенная слизистая нижнего носового хода, грануляции), неправильная закладка зубов и повреждения лица при наложении щипцов во время родов и др.

Кроме того, у ребенка после рождения нередко можно обнаружить дакриоцистоцеле (ДЦ) в виде образования, располагающегося чуть ниже внутреннего угла глазной щели и имеющего голубоватую окраску с отсутствием пульсации и признаков воспаления.

Жалобы и анамнез.

Ребенка с атрезией выхода носослезного протока, начиная с 2-х недель жизни, беспокоит слезостояние и слезотечение с одной или обеих сторон.



При инфицировании содержимого слезного мешка и развитии ДН, в конъюнктивальной полости появляется слизисто-гнойное отделяемое, усиливающееся при компрессии слезного мешка.

При нарушении эвакуации гноя из слезного мешка в конъюнктивальную полость может развиваться абсцесс слезного мешка (с отеком тканей, гиперемией кожи в проекции слезного мешка) или флегмона слезного мешка (с распространением гиперемии, болезненной инфильтрации на веки, щеки), повышается температура.

Диагностика.

Наружный осмотр:

- Оценка наличия слезостояния или слезотечения в спокойном состоянии ребенка, положение век, межреберного края век, рост ресниц. У новорожденных, особенно при пухлых щеках, монголоидном типе лица, узкой глазной щели или эпикантусе, нередко наблюдается складка нижнего века, которая сопровождается заворотом ресниц в сторону глазного яблока и слезостоянием вследствие травматизации роговицы.
- Оценка состояния кожи век и в проекции слезного мешка.

У детей с ДН изменений кожи указанной локализации обычно не наблюдается, лишь при выраженном слезотечении и обильном отделяемом может отмечаться мацерация кожи.

Наличие гиперемии кожи, инфильтрации тканей, флюктуация в области слезного мешка, болезненность при пальпации свидетельствуют об остром воспалении слезного мешка. Отек, разлитая гиперемия кожи или припухлость в области слезного мешка могут быть признаком распространения воспалительного процесса за пределы слезного мешка.

Наличие проминирующего, неппульсирующего образования в области слезного мешка с синевато-багровой кожей над ним (растяжение тканей) характерно для дакриоцистоцеле.

– Определение наличия и особенностей строения слезных точек. Нередко у детей одна или все слезные точки отсутствуют или закрыты зародышевой пленкой.

– Проведение компрессионной пробы слезного мешка для оценки характера и количества патологического отделяемого из слезных точек и слезного мешка. Слизь или гной из одного, чаще обоих глаз ребенка в первые недели, месяцы жизни и положительная компрессионная проба (слизь или гной из слезных точек при надавливании на область слезного мешка) позволяют установить диагноз «дакриоцистит новорожденного». При этом слезотечения и слезостояния может не быть: у новорожденных продукция слезы недостаточно выражена, особенно у недоношенных детей.

Функциональная диагностика.

- Оценка проходимости слезных путей цветными пробами (канальцевая и носовая).

- При замедленной или отрицательной слезно-носовой пробе, а также подозрении на риногенную причину слезотечения проводят «двойную пробу Веста». Положительная двойная проба Веста свидетельствует о риногенной этиологии слезотечения, требующей участия ЛОР-специалиста.

Лабораторная диагностика.

- Проведение (при необходимости) микробиологического исследования содержимого конъюнктивальной полости и слезного мешка с определением чувствительности к антибактериальным лекарственным препаратам.

Инструментальная диагностика.

- Лучевые методы исследования с контрастированием слезоотводящих путей. Показанием к лучевым методам исследования слезоотводящих путей у детей первого года жизни служит отсутствие эффекта от повторного лечебного их зондирования, рецидив ДН; наличие врожденных пороков развития лицевого

скелета в сочетании с аномалиями слезоотводящих путей (патология слезного мешка, аплазия костного носослезного канала, патология носа, окружающих тканей и др.). Дакриоцисторентгенография проводится в окципитофронтальной и битемпоральной проекциях после введения контрастирующего вещества через слезный каналец (обычно нижний) в слезный мешок с помощью канюли.

- Проведение компьютерной томографии средней зоны лица в 3-х проекциях с контрастной дакриоцисторентгенографией, позволяющая получить информацию о взаимоотношении слезного мешка и носослезного протока с окружающими тканями (в том числе околоносовыми пазухами), выявить врожденные аномалии развития слезоотводящих путей и структур средней зоны лица.

Лечение.

Консервативная терапия ДН.

Лечение дакриоцистита новорожденного должно быть ранним, щадящим и поэтапным, начинать его следует с массажа слезного мешка, технике которого надо обучить родителей ребенка не только теоретически, но и практически.

Массаж области слезного мешка противопоказан при дакриоцистоцеле, покраснении и мацерации кожи, припухлости в



области слезного мешка. Массаж слезного мешка сочетают с дезинфицирующей, антибактериальной терапией. Обработку кожи век производят ватным тампоном, смоченным кипяченой водой.

При наличии обильного гнойного отделяемого в ожидании лечебного зондирования слезоотводящих путей необходимо назначить инстилляцию в конъюнктивальную полость антисептических препаратов, или

антибактериальных широкого спектра действия с учетом возрастных ограничений.

Хирургическое лечение.

Если правильно выполняемый нисходящий массаж слезного мешка в течение 2-х недель не приводит к выздоровлению, необходимо провести зондирование с последующим промыванием слезоотводящих путей, которые являются одновременно и диагностическими (оценка пассивной проходимости слезоотводящих путей), и лечебными (восстановление их проходимости).

Реабилитация.

После лечебного зондирования слезоотводящих путей необходимо продолжить инстилляцию в конъюнктивальную полость антибактериальных препаратов. При неэффективности показано микробиологическое исследование содержимого конъюнктивальной полости и слезного мешка с определением чувствительности к антибактериальным лекарственным препаратам (при необходимости).

Профилактика.

Мероприятий, направленных на предупреждение атрезии носослезного протока и развития ДН и ДЦ не существует. К мероприятиям по профилактике хронического или осложненного течения заболеваний можно отнести рациональную антибактериальную терапию, соблюдение сроков выполнения вмешательства, с учетом противопоказаний к вмешательству и соблюдение рекомендаций врача в послеоперационном периоде.

Литература

1. Федеральные клинические рекомендации «Врожденная патология слезоотводящих путей (дакриоцистит новорожденных, дакриоцистоцеле, врожденный стеноз слезоотводящих путей) у новорожденных и детей первого года жизни. Диагностика и лечение».
2. Офтальмология: национальное руководство / ред. С.Э. Аветисов, Е.А. Егоров, Л.К. Мошетова, В.В.Нероев, Х.П. Тахчиди. – 2ое изд – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018.- 369-372с.
3. <http://avo-portal.ru/doc>
4. <https://eyepress.ru/Default.aspx>