

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

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

Реферат

Дакриоцистит новорожденных

Выполнила: Кистанкина В.П.

Ординатор 1 года обучения

Проверил: ассистент кафедры

Торопов А.В.

Красноярск, 2022

Содержание

Введение.....	3
Этиология и патогенез.....	3
Клиническая картина.....	4
Диагностика.....	5
Лечение.....	8
Реабилитация.....	12
Показания к госпитализации.....	12
Осложнения.....	12
Профилактика.....	13
Литература.....	14

Введение

Дакриоцистит новорожденных – патология слезоотводящих путей, характеризующаяся застоем слезы и воспалением слезного мешка вследствие врожденного сужения или непроходимости носослезного канала.

В педиатрии и детской офтальмологии дакриоциститы диагностируются у 1-5% всех новорожденных. Дакриоцистит новорожденных выделяют в отдельную форму, наряду с острым и хроническим дакриоциститом взрослых.

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.

В большинстве случаев проходимость слезных путей восстанавливается самостоятельно в первые недели после рождения посредством выхождения пробки или разрыва пленки носослезного протока.

Основными факторами, обеспечивающими нормальное слезоотведение у ребенка, являются капиллярность слезных точек (засасывание жидкости в них), отрицательное давление в слезоотводящей системе (за счет сокращения и расслабления круговой мышцы глаза и мышцы Горнера), сокращение слезного мешка, сила тяжести слезы, а также наличие складок слизистой оболочки слезоотводящих путей, играющих роль гидравлических клапанов. Важное значение в обеспечении нормального слезоотведения имеет отсутствие патологии в полости носа и сохранность носового дыхания.

Клиническая картина

Клиническая картина дакриоцистита новорожденных развивается в первые сутки или недели жизни, у недоношенных детей - на 2-3-м месяце жизни. В типичных случаях в одном или обоих глазках ребенка появляется слизистое, слизисто-гнойное или гнойное отделяемое. Может обнаруживаться болезненная припухлость в области слезного мешка, гиперемия конъюнктивы, реже - слезостояние и слезотечение. Очень часто этот процесс ошибочно расценивается как конъюнктивит. Отличительным признаком дакриоцистита новорожденных служит выделение гноя из слезных точек при компрессии слезного мешка.

Обычно воспаление слезного мешка развивается в одном глазу, однако возможен и двусторонний дакриоцистит новорожденных. У некоторых новорожденных к началу третьей недели жизни желатинозная пробка отходит самостоятельно и явления дакриоцистита стихают. В случае отсутствия оттока инфицированного содержимого наружу у ребенка может сформироваться флегмона слезного мешка. При этом состояние новорожденного ухудшается: резко повышается температура, нарастают явления интоксикации. Подозрение на абсцесс или флегмону слезного мешка требует немедленной госпитализации ребенка.

Нередко в первые дни жизни выявляется врожденный порок развития слезного мешка - дакриоцистоцеле - водянка слезного мешка. Это проминирующее образование в области мешка не пульсирует, кожа над ним имеет синевато-багровый оттенок из-за растяжения тканей, при развитии

инфекции в полости слезного мешка через кожу просвечивает желтое содержимое мешка.

Диагностика

Анамнез:

- наличие и давность выделений из глаз,
- слезотечения или слезостояния,
- динамику жалоб;
- узнать, как лечили ребенка, с какого возраста и как долго.
- какие местные лекарственные препараты уже применялись, какой эффект или побочные реакции наблюдались со стороны конъюнктивы и кожи век.

Обязательно попросить мать ребенка продемонстрировать технику проводимого ею массажа слезного мешка на себе и на ребенке.

Физикальная диагностика.

Исследование состояния слезных органов детей начинают с наружного осмотра:

- 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 дакриоциститом новорожденных 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. Отёк, 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). После выдавливания содержимого из слезного мешка и очистки полости носа ребенка в его конъюнктивальную полость инстиллируют 1% раствор флюоресцеина-натрия и оценивают появление красителя в носовом ходе. Следует однако отметить, что выполнить эту пробу удастся не каждому ребенку из-за его беспокойного поведения и плача.

- При замедленной или отрицательной слезно-носовой пробе, а также подозрении на риногенную причину слезотечения проводят «двойную пробу Веста» по описанной выше методике. 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.

Известно, что более чем у 95% детей с дакриоциститом новорожденного обнаруживают патогенные стафилококки (эпидермальный, золотистый, гемолитический и др.), реже - стрептококк и даже синегнойную палочку, обычно чувствительные к антибактериальным препаратам широкого спектра действия.

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 дакриоцистита новорожденных; 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 (иодолипол 30%) через слезный каналец (обычно нижний) в слезный мешок с помощью канюли.

- проведение компьютерной томографии средней зоны лица в 3-х проекциях с контрастной дакриоцисторентгенографией (контраст - омнипак), 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.

- промывание и/или зондирование слезных путей.

Лечение

Целью лечения является восстановление физиологической проходимости слезоотводящих путей, купирование воспалительного процесса в слезном мешке, санация всей слезоотводящей системы в целом.

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.

Правильно проводимый массаж слезного мешка ведет к полному выздоровлению ребенка без хирургических манипуляций у 1/3 детей в возрасте до 2 месяцев, у 1/5 детей в возрасте 2-4 месяцев и только у 1/10 детей в возрасте старше 4 месяцев.

Цель массажа - нисходящими толчкообразными движениями создать перепады гидростатического давления в слезоотводящей системе, что может удалить желатинообразную пробку или разорвать рудиментарную пленку, закрывающую выход из слезно-носового протока в нос.

Техника массажа слезного мешка:

Толчкообразный нисходящий пальцевой массаж слезного мешка производится следующим образом:

Вымыв руки, необходимо указательным пальцем правой руки сделать 5-10 толчкообразных движений сверху-вниз, строго в вертикальном направлении. Стремиться, прижимая к костям носа мягкие ткани вместе со слезным мешком и устьем слезных канальцев (блокируя рефлюкс через слезные точки), продавить содержимое мешка книзу - в слезно-носовой проток.

Нередко родители копируют движения врача, выполняющего компрессию слезного мешка для оценки его содержимого, расценивая это восходящее движение, как массаж слезного мешка. Категорически нельзя разрешать родителям выдавливать гной из слезного мешка. Ретроградное движение гноя вызывает воспаление слезных канальцев. Круговые, спиралевидные и др. движения также недопустимы, поскольку многократное «втирание» гнойного содержимого в стенки мешка может привести к его растяжению, деформации и даже разрыву.

Начинать массирующее движение следует, нащупав внутреннюю спайку век (плотный горизонтальный тяж под кожей у внутреннего угла глаза), ставя подушечку указательного пальца правой руки строго над спайкой (свод слезного мешка выступает над внутренней связкой век на 3-4 мм) и заканчивать нисходящее толчкообразное движение - на 1 см ниже этой спайки. Массаж следует проводить 5-6 раз в день - перед каждым кормлением ребенка. После массажа слезного мешка закапать назначенные дезинфицирующие глазные капли. Для предупреждения раздражения кожи необходимо остатки глазных капель удалить влажной стерильной ватой с кожи век.

Массаж слезного мешка категорически противопоказан и должен быть прекращен при первых признаках выхода воспаления за пределы слезного мешка - отеке, гиперемии кожи или припухлости в области слезного мешка.

При наличии обильного гнойного отделяемого в ожидании лечебного зондирования слезоотводящих путей необходимо назначить инстилляцию в конъюнктивальную полость антисептических препаратов (0,05%- раствор пиклоксидина), или антибактериальных широкого спектра действия с учетом возрастных ограничений.

Медикаментозное лечение:

Массаж слезного мешка сочетают с дезинфицирующей, антибактериальной терапией.

Микробиологическое исследование конъюнктивального отделяемого, выделений из слезного мешка детей с дакриоциститом новорожденного более чем у 95% детей обнаруживает патогенные стафилококки (часто гемолитический, золотистый), чувствительные к левомицетину, гентамицину, реже - стрептококк и даже синегнойную палочку. Обычно, до получения результатов лабораторных исследований, идентификации флоры (отделяемого с конъюнктивы век) и чувствительности ее к антибиотикам, рекомендуется начинать для промывания глаз новорожденных лечение с применения минимально токсичных, неаллергенных дезинфицирующих средств.

Современным препаратом для лечения инфекций переднего отдела глаза у детей в последние годы стал витабакт (0,05% пиклоксидин), разрешенный ВОЗ для применения у новорожденных. Широкий спектр антибактериального действия этого препарата сравним с антибиотиками и охватывает *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria*, *Escherichia coli*, *Acinetobacter baumannii*, *Haemophilus influenzae*, *Klebsiella*

oxytoca, ингибция Chlamydia trachomatis. Преимуществом этого антисептика является также отсутствие перекрестной чувствительности с антибиотиками, отсутствие аллергических реакций у детей.

Местные антибиотики (левомецетин 0,25%, тобрекс 0,3%, гентамицин 0,3%) следует назначать строго в соответствии с результатами исследования чувствительности к ним. Новорожденным противопоказано местное применение ципрофлоксацина (ципромед, ципрофлоксацин и др.). При аллергической реакции назначают дополнительно лекролин.

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).

Зондированию и промывание слезных путей:

- Новорожденным с дакриоцистоцеле зондирование слезоотводящих путей целесообразно проводить поэтапно: сначала – слезных канальцев с эвакуацией слизи из слезного мешка, затем (в пределах одной процедуры или даже спустя 1 сут.) – носослезного протока – с восстановлением его проходимости.

Противопоказания к зондированию и промыванию слезных путей:

Абсолютные:

- острые респираторные заболевания, острые воспалительные заболевания уха, горла, носа, тяжелая общая соматическая патология в стадии декомпенсации.

Относительные:

- предшествующие многократные и безуспешные зондирования и промывания слезоотводящих путей, атония слезных канальцев. Тяжелая общая соматическая патология в стадии субкомпенсации - при наличии разрешения педиатра или профильного специалиста.

Лабораторное обследование ребенка, направленного на зондирование слезоотводящих путей, должно включать клинический анализ крови, при необходимости - лабораторную диагностику гемотрансмиссивных инфекций.

Зондирование и промывание слезоотводящих путей выполняют ребенку натошак в амбулаторных или стационарных условиях.

Методика зондирования слезоотводящих путей. Зондирование слезоотводящих путей технически проще выполнить через нижнюю слезную точку. Однако в случаях предшествующего безуспешного зондирования, рассматриваемую процедуру целесообразно провести через верхний слезный каналец, для предупреждения травматического атонического слезостояния. Слезные точки у новорожденных нередко прикрыты эмбриональной пленкой, которая легко разрывается тонким коническим зондом.

Зондирование каналцев, особенно нижнего, как наиболее функционально значимого, должно быть крайне деликатным и атравматичным, поскольку ятрогенная травма нижнего слезного каналца зачастую в последующем приводит к неустранимому слезотечению. Коническим зондом Зихеля расширяют слезную точку и, слегка вращая зонд по оси, зондируют дистальный отдел слезного каналца. Затем конический зонд заменяют на цилиндрический зонд Боумена № 1 или более тонкий № 0, который вводят через каналец до упора в костную стенку слезной ямки, а затем поворачивают вертикально – в носослезный проток и, продвигая зонд книзу, бужируют стенозированный участок протока. Как показывает практика, при ДН обычно препятствие располагается на выходе из носослезного протока в нижний носовой ход, реже оно сочетается с вторичным стенозом в месте перехода слезного мешка в носослезный проток.

Следует, однако, иметь в виду, что слезоотводящие пути имеют сложную систему клапанов, наподобие венозных. Слезный каналец – это не ровная трубка одного диаметра: при переходе вертикальной части каналца в горизонтальную имеется воронкообразное сужение и грушевидное расширение (ампула), у впадения в мешок – выпячивание (синус Мейера) и кольцевидная заслонка (снизу – складка-клапан Гушке, сверху – клапан Розенмюллера). Стенки каналцев при воспалении часто слипаются. При неделикатном зондировании повреждается сложная система складок-клапанов и последующее рубцевание травмированных тканей ведет к потере упругости каналца – атоническому, нередко неустранимому слезотечению. Поэтому при зондировании следует стремиться выпрямить профиль

канальца, слегка натягивая кожу нижнего века, не форсировать продвижение зонда, который должен продвигаться в просвете канальца легко, не травмируя складки-клапаны. При затруднении движения зонда лучше его извлечь и повторить попытку.

Завершают зондирование слезоотводящих путей их обязательным промыванием через верхнюю или нижнюю слезные точки при помощи шприца с канюлей. Повторные промывания, как и зондирования, лучше выполнять через верхний слезный каналец, оберегая функционально более значимый нижний каналец от излишней травматизации и последующего атонического слезостояния. При восстановлении проходимости слезоотводящих путей промывная жидкость (раствор фурацилина или др.) свободно проходит в носоглотку.

Реабилитация.

После лечебного зондирования слезоотводящих путей необходимо продолжить инстилляции 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). Родителям детей с патологией слезоотводящих путей может быть выдана инструкция по уходу за ребенком и технике массажа слезного мешка.

Показания к госпитализации

Лечение обычно проводится амбулаторно, только при неэффективности повторных зондирований и промываний слезных путей бывает показано стационарное лечение - курс лечебных бужирований с промывание слезоотводящих путей, подбором лекарств по результатам антибиотикограмм детям 1-5 лет или дакриоцисториностомия детям 5-7-летнего возраста.

Осложнения

Несвоевременное и неадекватное лечение дакриоциститов у новорожденных является угрозой развития язвы роговицы с риском потери зрения. Основные серьезные осложнения дакриоциститов новорожденных обусловлены выходом воспалительного процесса за пределы слезного мешка: острый гнойный перидакриоцистит, абсцесс и флегмона слезного мешка (или

флегмонозный дакриоцистит). Гнойная инфекция из слезного мешка может распространиться в орбитальную клетчатку (флегмона орбиты) и полость черепа, вызвать тромбоз кавернозного синуса, менингит, сепсис с гематогенными очагами гнойной инфекции.

Профилактика

Мероприятий, направленных на предупреждение атрезии носослезного протока и развития дакриоцистита новорожденных 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. Глазные болезни. Учебник/ Под ред. Проф. В.Г. Копаевой .- М.: Издательство « Офтальмология», 2018.- 482 с.: ил. (Учеб. Лит. Для студентов мед. Вузов).
2. <https://oofd72.ru/upload/documents/Razrab-1-Vrozhdennaya-patologiya-slezootvodyashhih-putej-u-novorozhdennyh-i-detej-pervogo-goda-zhizni.-Diagnostika-i-lechenie- -KlinRekDakrioArestova.pdf>
3. Бржеский В.В., Чистякова М.Н., Дискаленко О.В., Уханова Л.Б., Антанович Л.А. Тактика лечения стенозов слезоотводящих путей у детей // Современные проблемы детской офтальмологии. Мат. науч.- практ.конф. - СПб., 2005. - С. 75-76.
4. Кански Д. Слезоотводящая система: Клиническая офтальмология: систематизированный подход. Пер. с англ. - М.: Логосфера, 2006.