

## АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ ДАКРИОЦИСТИТА НОВОРОЖДЕННЫХ

Милашевич Т.О., Иванова В.Ф.

Белорусский государственный медицинский университет,  
Кафедра глазных болезней, г. Минск

**Ключевые слова:** дакриоцистит новорожденных, зондирование, интубация, дакриоцисториностомия

**Резюме.** Лечение ДН необходимо начинать с момента установления диагноза. При слизистом отделяемом массаж проводится до 3 месяцев жизни. При гнойном отделяемом и неэффективности массажа проводится зондирование. ДЦРС рекомендована детям старше 1 года при безуспешных зондированиях с гнойным отделяемым, эктазией мешка, флегмонами в анамнезе.

**Resume.** Dacryocystitis of newborns treatment should begin from the moment of diagnosis. When mucous discharge massage is up to 3 months of life. Sounding held with purulent discharge and when massage is inefficiency. Dacryocystorhinostomy recommended for children older than one year at an unsuccessful sounding with purulent discharge, ectasia of the lacrimal sac, phlegmons in history.

**Актуальность.** Дакриоцистит новорожденных (ДН) наиболее частая патология слезоотводящих (СОП) путей у детей, составляющая от 2 до 14 % педиатрической офтальмопатологии [1]. Причины ДН - нарушение проходимости носослезного протока (НСП), наличие в слезном мешке и НСП дивертикулов и складок [2]. В лечении нет единого подхода.

**Цель:** представить адекватную тактику лечения детей с ДН.

### **Задачи:**

1. Изучить структуру патологии СОП путей по данным РДОЦ за 2014 год.
2. Определить адекватную тактику ведения детей в зависимости от клинической формы ДН и возраста ребенка.
3. Проанализировать эффективность хирургического лечения ДН в зависимости от возраста ребенка и длительности течения патологического процесса.

**Материал и методы.** Истории болезни 707 детей с патологией СОП, лечившихся в РДОЦ в 2014 году. Исследовали эффективность зондирования, временной интубации СОП, дакриоцисториностомии (ДЦРС).

### **Результаты и их обсуждение.**

Возникновение ДН связано с отсутствием облитерации перепонки, закрывающей нижнее отверстие НСК во внутриутробной жизни. Слезный мешок становится слепым мешком, в нем застаивается секрет, куда проникает микрофлора. Большая роль отводится анатомо-топографическим особенностям СОП и патологии носа и придаточных пазух таким как малая высота носовой полости, чрезмерная ширина канала, травма черепа при наложении щипцов, наличие в слезном мешке и НСП дивертикулов и клапанов (Розенмюлера, Краузе, Тайлефера, Гаснера).

В 2014 году в РДОЦ г. Минска было госпитализировано 2840 детей. Из них патологию слезных органов имели 707 детей (25%), количество детей, имевших

дакриоциститы –90,8%, стеноз слезных канальцев –6,5%, флегмоны слезного мешка– 1,1%, заращение слезных канальцев – 0,8%, дакриoadенит – 0,2%, дакриоцистоцеле – 0,1%.

**Таблица 1.**Количество детей с патологией слезных органов (2014 год)

	Количество больных	Структура (в % к итогу)
Всего детей с патологией слезных органов	707	100
в том числе:		
дакриоцистит	642	90,81
стеноз слезных канальцев	45	6,36
флегмона слезного мешка	12	1,70
заращение слезных канальцев	5	0,71
дакриoadенит	2	0,28
дакриоцистоцеле	1	0,14

Общее количество оперативных вмешательств – 2059. Операций на слезоотводящих путях 858 (42%), из них зондирований –97,3%, интубации –1,1%, ДЦРС – 0,8%, активации слезных точек– 0,2%, удаление силиконового капилляра – 0,4%.

**Таблица 2.**Структура оперативных вмешательств на СОП (2014 год)

	Количество операций	Структура (в % к итогу)
Название операций	858	100%
в том числе:		
зондирование	835	97,31
интубация канальцев	10	1,17
ДЦРС	7	0,82
активация слезных точек	2	0,23
удаление силиконового капилляра	4	0,47

Зондирование было проведено 791 ребенку до 1 года, из них первичных - 83%, повторных - 17%. Количество пролеченных детей старше 1 года - 44, первичных зондирований - 25 %, повторных - 36%, интубаций - 23%, ДЦРС - 16%.

**Таблица 3.**Структура зондирований

	Количество детей
Всего зондирований	835
Детей младше одного года:	791

повторных зондирований	135
первичные зондирования	656
Детей старше одного года	44

Лечение ДН должно начинаться с первого осмотра ребенка и зависеть от вида и количества отделяемого. До 3 месячного возраста при слизистом отделяемом следует проводить массаж - толчкообразные движения указательным пальцем правой руки количеством 5 – 10 сверху вниз, ставя подушечку над спайкой век и заканчивая движения на 1 см ниже этой спайки. Для опорожнения слезного мешка иногда достаточно однократного надавливания – содержимое его продавливается в нос и наступает излечение. Все усилия приходится на слезный мешок, пробку, перепонку. Массаж должен проводиться перед кормлением ребенка 5 – 6 раз в сутки в течение 1-3 недель. Неправильные движения приводят к растяжению, деформации и разрыву слезного мешка. При обильном слизисто – гнойном, гнойном отделяемом массаж противопоказан. Промывание считаем не безобидным – возможно повреждение канальцев, эктазия слезного мешка, воспалительный процесс окружающих тканей.

При отсутствии выздоровления от правильно проведенного массажа следует провести зондирование. Успешное проведение зондирования обеспечивало восстановление проходимости СОП по нашим данным у 83% детей. Особое место принадлежит детям в возрасте старше 1 года, требующим проведения зондирования в условиях общей анестезии. При этом частота положительных исходов по нашим данным снижалась до 25 %. Многократные зондирования проводят чаще после погрешностей первого зондирования (ложные ходы или «недозондирование» мембраны), а также детям, имеющим врожденные анатомо-топографические особенности СОП. Считаем оптимальным возрастом для проведения зондирования 1-6 месяцев жизни ребенка, чем раньше проведена процедура, особенно при гнойном ДН, тем выше вероятность выздоровления. При неосложненном проведении зондирования с последующим промыванием наступает выздоровление. В РДОЦ зондирование СОП проводилось в основном детям в возрасте 3 месяцев – 4 лет.

Техника зондирования: коническими зондами расширяем слезную точку и слезный каналец, зонд доводим до внутренней стенки слезного мешка, упираясь в слезную косточку. Затем осуществляем зондирование зондами Боумана №1 и 2. Правильно введенный в носослезный канал зонд принимает устойчивое вертикальное положение. СОП промываем смесью антисептиков с кортикостероидными препаратами для вымывания из полости мешка и канала слизи, крови, фибрина.

Интубация силиконовым капилляром - молодой атрауматичный метод воссоздания физиологических путей оттока слезы. Производится в случае неэффективности неоднократных зондирований, при проходимости или частичной проходимости СОП. В РДОЦ интубация СОП проводилась детям в возрасте 5 мес.

– 3 года. Перед операцией исследовали содержимое слезного мешка и конъюнктивы на флору и чувствительность к АБ и назначали дезинфекционные капли.

Техника: после расширения слезной точки и канальца, и зондирования СНК зондами Боумена № 2 и 3, на зонде Боумена № 0 в СОП вводили силиконовый капилляр, который осторожно снимали с зонда после его выведения из СОП. Силиконовый капилляр должен располагаться в слезных путях от слезной точки до выхода из СНК и находится там не менее месяца (максимально до 3 месяцев). Затем делали разрез задней стенки слезного канальца до 1 мм, под углом 45 градусов срезали конец силиконовой трубочки и фиксировали ее П-образным полипропиленовым швом 5.0., выведенным через ткани нижнего века на кожу и завязывали на силиконовой прокладке. Силиконовый капилляр не препятствовал естественному оттоку слезы, не вызывал пролежней.

Детям старше 1 года при безуспешном зондировании с гнойным отделяемым, эктазией мешка, флегмонами в анамнезе производили дакриоцистористомию. ДЦРС выполняли детям возрасте 2 года – 5 лет по методике Фазакас-Тауми.

Разрез начинали на уровне внутренней связки век в 3-4 мм от внутреннего угла глазной щели, медиальнее его. Разрез в виде прямой линии направляли косо вниз и кнаружи, вдоль переднего слезного гребня, длина разреза не более 15 мм. Лезвие скальпеля удерживали перпендикулярно по отношению к коже, натянутой навстречу лезвию, что дает возможность сместить ангулярные сосуды медиальнее от линии разреза. Надкостницу, рассеченную одновременно с кожным разрезом и соответственно ему, отслаивали от кости во все стороны небольшим острым распатором. Ненужно и травматично создавать большое отверстие в кости. Для того, чтобы опустить в полость носа треугольный лоскут, выкроенный из передне-внутренней стенки мешка основанием книзу достаточно отверстие диаметром 10 мм. Отсутствие при этом надобности накладывать в глубине соустья швы, производить длинные послабляющие горизонтальные надрезы делает технику операции щадящей. Слизистая носа в пределах костного отверстия диаметром 10 мм иссекалась полностью. Треугольный лоскут за вершину перегибали в полость носа, нить, прошивающую верхушку лоскута, через ноздрю выводили наружу.

Так как детям, особенно маленьким, в послеоперационном периоде сложно промывать слезные пути во всех случаях производили временную интубацию силиконовым капилляром. Силиконовый капилляр проводили через канальцы и риностому в полость носа и соответствующую ноздрю наружу. Силиконовый капилляр удерживал лоскут стенки слезного мешка в правильном положении и предотвращал образование спаек. Длительность интубации от 3 недель до 3 месяцев.

ДН – частая патология у детей с наследственными синдромами, для которых характерны множественные врожденные пороки развития, в том числе лицевой области. У таких детей чаще встречаются особенности строения СОП (изгибы слезных канальцев, дивертикулы, атрезии). При зондировании возможны затруднения, образование ложных ходов. В практике РДОЦ наиболее часто ДН

встречаются у детей с синдромом Дауна. В 2014 году один ребенок был с синдромом Корнелии де Ланге.

### **Выводы:**

1 Лечение дакриоцистита новорожденных должно начинаться с момента постановки диагноза.

2 При выборе тактики лечения необходимо учитывать возраст ребенка, клиническую форму ДН, длительность заболевания, характер течения, возникшие осложнения, ранее проводимое лечение и его эффективность, наличие других врожденных аномалий челюстно-лицевой области.

### **Литература**

1. Избранные лекции по детской офтальмологии / под ред. В. В. Нероева. –М.: «ГЕОТАР – Медиа», 2009 – 184 с.
2. Малиновский Г. Ф., Моторный В. В. Практическое руководство по лечению заболеваний слезных органов. – Минск: Белорусская наука, 2000 – 192 с.