

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего 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 на тему: “Дакриоцистит”.

Выполнила: Суюнова Ш. А.
ординатор 2 года обучения

Проверила: Ассистент кафедры офтальмологии с
курсом ПО им. проф.
М.А. Дмитриева
Балашова П.М.

“Красноярск 2021”

Содержание	
Введение.....	3
Этиология и патогенез.....	4
Клиническая картина.....	5
Диагностика.....	6
Лечение.....	7
Список литературы	9

Введение

Дакриоцистит – воспаление слезного мешка; встречается у 2-7% больных с заболеваниями слезных органов. У женщин дакриоцистит возникает в 6—10 раз чаще, чем у мужчин.

Дакриоцистит может протекать в острой и хронической формах. К хроническому дакриоциститу относят простой и эктатический катаральный, эмпиему и флегмону слезного мешка, стенозирующий дакриоцистит. Кроме того, выделяют дакриоцистит новорожденных, который имеет простую и эктатическую катаральную, гнойную и флегманозную формы.

Этиология, патогенез

Вследствие воспалительных процессов в полости носа, его придаточных пазухах, в костях, окружающих слезный мешок, возникает сужение или закупорка слезно-носового канала. Это способствует задержке и развитию в нем болезнетворных микробов и приводит к воспалению его слизистой оболочки.

Дакриоцистит у новорожденных обычно возникает из-за сохранения зародышевой пленки, закрывающей нижний отдел слезно-носового канала.

Причиной развития хронического дакриоцистита является сужение носослезного протока, приводящее к застою слезы и отделяемого слизистой оболочки слезного мешка. Стенка мешка постепенно растягивается.

Скапливающееся в нем содержимое является благоприятной средой для развития болезнетворной микрофлоры (стрептококк, пневмококк и т. д.).

Создаются условия для развития вялотекущего воспалительного процесса.

Прозрачный секрет полости слезного мешка становится слизисто-гнойным.

Наиболее часто встречаются повреждения слезных точек и канальцев при ранениях век.

В происхождении и механизме развития дакриоциститов у детей играет роль комплекс факторов - особенности расположения и строения слезоотводящих путей, патология носа, нарушение носового дыхания.

Клиническая картина

Клинические проявления дакриоцистита довольно специфичны. При хронической форме дакриоцистита наблюдается упорное слезотечение и припухлость в проекции слезного мешка. Надавливание на область припухлости приводит к выделению из слезных точек слизисто-гнойного или гнойного секрета. Отмечается гиперемия слезного мясца, конъюнктивы век и полулунной складки. Длительное течение хронического дакриоцистита приводит к эктазии (растяжению) слезного мешка – в этом случае кожа над эктазированной полостью мешка истончается и приобретает синеватый оттенок. При хроническом дакриоцистите высока вероятность инфицирования других оболочек глаза с развитием блефарита, конъюнктивита, кератита или гнойной язвы роговицы с последующим образованием бельма.

Острый дакриоцистит протекает с более яркой клинической симптоматикой: резким покраснением кожи и болезненной припухлостью в области воспаленного слезного мешка, отеком век, сужением или полным смыканием глазной щели. Гиперемия и отек могут распространяться на спинку носа, веки, щеку. По внешнему виду кожные изменения напоминают рожистое воспаление лица, однако при дакриоцистите отсутствует резкое отграничение очага воспаления. При остром дакриоцистите отмечаются дергающие боли в области орбиты, озноб, лихорадка, головная боль и другие признаки интоксикации.

Через несколько дней плотный инфильтрат над слезным мешком размягчается, появляется флюктуация, кожа над ним становится желтой, что свидетельствует о формировании абсцесса, который может самопроизвольно вскрыться. В дальнейшем на этом месте может образоваться наружная (в области кожи лица) или внутренняя (в полости носа) фистула, из которой периодически выделяется слеза или гной. При распространении гноя на окружающую клетчатку развивается флегмона глазницы. Острый дакриоцистит довольно часто принимает рецидивирующий характер течения.

У новорожденных дакриоцистит сопровождается припухлостью над слезным мешком; надавливание на эту область вызывает выделение слизи или гноя из слезных точек. Дакриоцистит новорожденных может осложняться развитием флегмоны.

Диагностика дакриоцистита

Распознавание дакриоцистита производится на основании типичной картины заболевания, характерных жалоб, данных наружного осмотра и пальпаторного обследования области слезного мешка. При осмотре пациента с дакриоциститом выявляется слезотечение и припухлость в области глаза; при пальпации воспаленного участка определяется болезненность и выделение из слезных точек гнойного секрета.

Исследование проходимости слезных путей при дакриоцистите проводится с помощью цветовой пробы Веста (канальцевой). Для этого в соответствующий носовой ход вводится тампон, а в глаз закапывают раствора колларгола. При проходимых слезных путях в течение 2-х минут на тампоне должны появиться следы красящего вещества. В случае более длительного времени прокрашивания тампона (5-10 мин.) в проходимости слезных путей можно усомниться; если колларгол не выделился в течение 10 мин. проба Веста расценивается как отрицательная, что свидетельствует о непроходимости слезных путей.

Для уточнения уровня и протяженности поражения проводится диагностическое зондирование слезных каналов. Проведение пассивной слезно-носовой пробы при дакриоцистите подтверждает непроходимость слезных путей: в этом случае при попытке промывания слезно-носового канала жидкость в нос не проходит, а струей вытекает через слезные точки. В комплексе офтальмологической диагностики дакриоцистита используют флюоресцеиновую инстилляционную пробу, биомикроскопию глаза. Контрастная рентгенография слезоотводящих путей (дакриоцистография) с р-ром йодолипола необходима для четкого представления об архитектонике слезоотводящих путей, локализации зоны стриктуры или облитерации. Для идентификации микробных возбудителей дакриоцистита исследуют отделяемое из слезных точек путем бактериологического посева.

С целью уточняющей диагностики пациент с дакриоциститом должен быть осмотрен отоларингологом с проведением риноскопии; по показаниям назначаются консультации стоматолога или челюстно-лицевого хирурга, травматолога, невролога, нейрохирурга. Дифференциальная диагностика дакриоцистита проводится с каналикулитом, конъюнктивитом, рожей.

Лечение дакриоцистита

Лечение острого дакриоцистита проводят в условиях стационара. Внутривенно или внутримышечно вводят антибиотики широкого спектра действия по 1—2 г/сут; НПВС вводят внутримышечно. До момента появления флюктуации применяют сухое тепло и УВЧ-терапию. В конъюнктивальную полость закапывают 0,3% раствор фторхинолонов (ципрофлоксацина, офлоксацина, ломефлоксади 6—8 раз в день или сульфаниламидов до 6 раз в день.)

При флюктуации флегмону вскрывают.

После вскрытия абсцесса применяют дренажи с 10% раствором хлорида натрия. В течение 3—7 дней рану промывают растворами антисептиков. По мере очищения раны в течение 5—7 суток эту зону смазывают препаратами, улучшающими регенераторные процессы (10% метилурациловая мазь, левомиколь), 3—4 раза в сутки.

Параллельно с перечисленными препаратами применяют магнитотерапию.

При дакриоцистите новорожденных лечение начинают с толчкообразного массажа сверху вниз области слезного мешка, который проводят 3—4 раза в сутки в течение 10—15 дней. После массажа в конъюнктивальный мешок закапывают растворы антисептиков.

При отсутствии эффекта в течение 1—2 нед проводят пассивное промывание слезных путей растворами антисептиков.

Если массаж и промывание оказались неэффективными, делают зондирование с помощью боуменовского зонда.

Хронический дакриоцистит лечат хирургическим путем – выполняют дакриоцисториностомию (создание нового пути оттока слезы среднюю носовую раковину). В послеоперационном периоде назначают внутривенно, внутримышечно и местно, антибиотики, НПВС.

Список литературы

- 1) Золотарева М. М. Глазные болезни. Минск, 1964 г.
- 2) Ковалевский Е. И. Глазные болезни. М., 1980 г.
- 3) Бастриков Н. И. Епихин А. Н. Шлык И. В. Шимко Ю. Н. Дакриоцистит новорожденного и способы его лечения. Ростов, 2006 г.
- 4) Егоров Е.А., Басинский С.Н., Клинические лекции по офтальмологии. Глава 6.

