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**

**Дакриоцистит новорожденных**

**Выполнила:** Нечкина Арюна Церемпилоновна

Ординатор 2 года

**Проверил:** асс. Балашова П.М.

Красноярск 2022

Оглавление

Актуальность

Определение

Этиология и патогенез

Клиническая картина

Диагностика

Лечение

Методика зондирования слезоотводящих путей

Реабилитация

Список литературы

Актуальность

Воспаление слезного мешка – дакриоцистит – составляет основу всей патологии вертикального отдела слезооотводящего тракта. В общей массе глазной патологии воспалительных заболеваний вертикального отдела слезоотводящего тракта на его долю приходится от 2 до 7,5%, а в детском возрасте дакриоциститы составляют от 7% до 14% глазной заболеваемости. Столь высокая частота патологии связана, в первую очередь, с эмбриональными особенностями развития слезоотводящих путей, а также со строением носа у новорожденных. Дакриоцистит встречается у 1-2% всех новорожденных.

Практически повсеместно на территории России с начала 90-х годов отмечается рост числа ДН, хотя рождаемость в эти годы оставалась достаточно низкой. ДН подвержены дети как из благополучных, так и из асоциальных семей, рожденные матерями разного возраста, состояния здоровья, как первородящими, так и повторнобеременными. Отмечается и наследственный характер заболевания.

Определение

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 канальцы – в конъюнктивальную полость.

Дакриостеноз – сужение или полное закрытие слезоотводящих путей.

Дакриодуктостеноз – сужение или полное закрытие на уровне носослезного протока.

Носослезный канал – костный канал, соединяющий костную слезную ямку с полостью

носа.

Носослезный проток – мягко-тканное образование, выстилающее носослезный канал.

Эпифора – слезотечение при нарушении оттока слезы.

Этиология и патогенез

По этиологическим данным ДН может быть бактериальным, вирусным, микотическим, паразитарным, вызванным инородными телами и посттравматическим. Бактерии являются основным этиологическим фактором ДН. По данным британских исследователей, при обструкции слезоотводящих путей выделяется грамположительная флора: S. еpidermidis — 26,9%, S. aureus — 12,2%, другие стафилококки — 8,3%, S. pneumoniae — 5,1%, другие стрептококки — 6,4%. Грамотрицательная флора представлена следующими видами: Haemophilus influenzae — 3,8%, H. parainfluenzae — 1,3%, E. coli — 1,9%, Enterobacter — 1,9%. В 12,8% случаев при данной патологии встречаются анаэробы, из них 10,3% составляют Propionibacterium

Основной причиной развития дакриоцистита новорожденного является атрезия выходного отверстия носослезного протока, блокирующая слезоотток. Как известно, в норме свободное сообщение между носослезным протоком и полостью носа формируется только на восьмом месяце эмбрионального развития. До этого выходное отверстие протока закрыто тонкой перепонкой, а его полость до момента рождения заполнена желатинообразной массой, состоящей из слизи и отторгнувшихся эпителиальных клеток. К моменту появления на свет у большей части детей перепонка подвергается обратному развитию, однако в ряде случаев (1-7%) пленка сохраняется, причем у 5- 10% детей с обеих сторон.

Слизисто-желатинозная пробка самопроизвольно проходит в нос при первых дыхательных движениях и крике новорожденного, после чего создаются условия для нормального слезоотведения. Иногда пробка задерживается в просвете слезно-носового протока, нарушая его проходимость.

ДН рассматривается как пограничное состояние между приобретенной и врожденной патологией. Перепонка, закрывающая нижнее отверстие слезо-носового канала во внутриутробной жизни к моменту рождения не рассасывается, и слезный мешок превращается в слепой мешок. В нем застаивается секрет, куда проникает микробная флора из конъюнктивального мешка, и развивается 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.

Клиническая картина

Клинически дакриоцистит новорожденных протекает сначала в виде катарального, а затем гнойного воспалительного процесса, который может привести к флегмоне слезного мешка.

Оптимальными сроками развития дакриоцистита считаются первые недели жизни ребенка. Первыми признаками заболевания являются слизистое или слизисто-гнойное отделяемое из конъюнктивальной полости одного или обоих глаз, гиперемия конъюнктивы. Таким детям педиатры нередко ошибочно ставят диагноз конъюнктивита, не считая его серьезным заболеванием. Ребенку назначают закапывание антибактериальных капель. Однако, несмотря на некоторое временное улучшение, «конъюнктивит» не прекращается.

К слизистому или слизисто-гнойному отделяемому в возрасте 2-3 месяцев присоединяется дополнительный признак – слезотечение, свидетельствующий о непроходимости слезоотводящих путей.

Из серозного развивается гнойный дакриоцистит при инфицировании содержимого слезного мешка вульгарной флорой, проникающей из конъюнктивальной полости. А многие матери отмечают, что глазки у детей начали гноиться еще в родильном доме. При обострении гнойного дакриоцистита может развиться флегмона слезного мешка. Частота ее в среднем составляет от 5-7% от всех случаев врожденных дакриоциститов. Флегмонозный дакриоцистит характеризуется бурно развивающимися явлениями воспаления в области слезного мешка, с резкой багровой гиперемией кожных покровов, плотной инфильтрацией окружающих тканей, сильным отеком век и щеки. Протекает тяжело и сопровождается общими симптомами: высокой температурой, интоксикацией, беспокойным поведением ребенка. Как правило, имеют место лейкоцитоз крови, повышенная СОЭ.

Диагностика

1. 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 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. Отёк, разлитая гиперемии кожи или припухлость в области слезного мешка могут быть признаком распространения воспалительного процесса за пределы слезного мешка. Наличие проминирующего, непульсирующего 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.

1. 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 удается не каждому ребенку из-за его беспокойного поведения и плача

1. 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.

1. 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 (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 7 тканями (в том числе околоносовыми пазухами), выявить врожденные аномалии развития слезоотводящих путей и структур средней зоны лица.

- промывание и/или зондирование слезных путей.

Лечение

При ДН у новорожденного используют консервативный и хирургический способы лечения, причём, как правило, в комплексе.

Лечение должно быть щадящим и физиологичным, и начинать его следует с массажа и проводить в течение 1-2 недель. Родители могут сами освоить технику массажа и проводить его один раз в день утром до кормления ребенка. Рациональным является назначение массажа слезного мешка до 3-месячного возраста. После этого массаж нецелесообразен, так как может привести к активизации гнойной инфекции. При гнойных же дакриоциститах он вообще противопоказан из-за возможности возникновения флегмоны слезного мешка. 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.

Параллельно с массажем слезного мешка следует закапывать в конъюнктивальную полость дезинфецирующие капли (20% раствор сульфацила натрия, 0,25% раствор левомицетина).

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). Эффективность промывания слезных путей у детей первых месяцев жизни достигает 75%, а в более поздние сроки (после 8 месяцев) - 51%.

Зондирование слезно-носового канала является наиболее эффективным и радикальным способом лечения дакриоциститов новорожденных. Его эффективность достигает 99% и зависит от ряда факторов, одним из которых является возраст ребенка. Оптимальным следует считать возраст от 3 до 6 месяцев. Чем старше ребенок (особенно после года), тем эффективность зондирования меньше. Однако его не следует исключать из плана лечения до 3-5-летнего возраста. Зондирование проводят, как правило, однократно, иногда многократно с перерывами от 4-5 дней до 2 недель, при двустороннем процессе – от 2 до 3 дней.

Показания к зондированию и промыванию слезных путей:

- Наличие врожденной непроходимости слезоотводящих путей (дакриоцистита новорожденных, дакриоцистоцеле, врожденной атрезии выхода носослезного протока).

- 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, оценку длительности кровотечения; при необходимости - лабораторную диагностику гемотрансмиссивных инфекций.

Зондирование и промывание слезоотводящих путей выполняют ребенку натощак 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 канальцев, особенно нижнего, как наиболее функционально значимого, должно быть крайне деликатным и атравматичным, поскольку ятрогенная травма нижнего слезного канальца зачастую в последующем приводит к неустранимому слезотечению.

Коническим зондом Зихеля расширяют слезную точку и, слегка вращая зонд по оси, зондируют дистальный отдел слезного канальца. 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 канальца 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 канальцев при воспалении часто слипаются. При неделикатном зондировании повреждается сложная система складок-клапанов и последующее рубцевание травмированных тканей ведет к потере упругости канальца – 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.

Возможные осложнения зондирования слезоотводящих путей у новорожденных:

- значительные носовые кровотечения встречаются редко и требуют передней тампонады нижнего носового хода;

- перфорация стенки слезного канальца с отеком века из-за попадания промывной жидкости в мягкие ткани. Лечение: холод на область отека века, повторные зондирования возможны через 1-2 недели, притом через противоположный слезный каналец;

- разрыв воспаленной стенки слезного канальца при резком повороте зонда из горизонтального положения в вертикальное. Лечение: глазные капли антисептические (0,05% раствор пиклоксидина) или антибактериальные широкого спектра действия с учетом возрастных ограничений.

- разрыв стенки слезного мешка с проникновением зонда между стенкой носослезного протока и костной стенкой носослезного канала или в мягкие ткани вдоль передней поверхности верхней челюсти. Лечения не требует. При развитии остеомиелита, гайморита, флегмоны слезного мешка, глазницы, тромбофлебита и даже менингоэнцефалита (в литературе описаны подобные единичные случаи) – системное и местное антибактериальное и противовоспалительное лечение в многопрофильном стационаре с участием смежных (ЛОР, ЧЛХ или нейрохирург) специалистов;

 - повреждение стенки костного носослезного канала с проникновением зонда в гайморову пазуху или повреждение слезной кости с проникновением в полость носа. Чаще не требует лечения, при гайморите, этмоидите – лечение с участием ЛОР-специалиста;

 - атония слезных канальцев - чаще ятрогенное осложнение, следствие травматичного зондирования слезных путей толстыми зондами, нередко ведет к стойкому, чаще неустранимому слезостоянию и слезотечению. Лечение малоэффективно.

Реабилитация

После лечебного зондирования слезоотводящих путей необходимо продолжить инстилляции в конъюнктивальную полость антибактериальных. 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.

Список литературы

1. Клинические рекомендации ВРОЖДЕННАЯ ПАТОЛОГИЯ СЛЕЗООТВОДЯЩИХ ПУТЕЙ (ДАКРИОЦИСТИТ НОВОРОЖДЕННЫХ, ДАКРИОЦИСТОЦЕЛЕ, ВРОЖДЕННЫЙ СТЕНОЗ СЛЕЗООТВОДЯЩИХ ПУТЕЙ) У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ
2. НЕРЕШЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДАКРИОЦИСТИТА НОВОРОЖДЕННЫХ Линара Табрисовна Мусина1 , Александр Николаевич Самойлов2 , Гузель Закировна Галеева3 1Кафедра микробиологии (зав. — проф. О.К. Поздеев), 2 кафедра офтальмологии (зав. — докт. мед. наук А.Н. Самойлов) Казанского государственного медицинского университета, 3 Детская республиканская клиническая больница (главврач. — Е.В. Карпухин), г. Казань. Казанский медицинский журнал, 2009 г., том 90, №6
3. ДАКРИОЦИСТИТ НОВОРОЖДЕННЫХ Н.Г. Солодовникова, ассистент кафедры офтальмологии УО «Гродненский государственный медицинский университет. Журнал ГГМУ 2005 № 3