

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

© Н. Н. АРЕСТОВА, Л. А. КАТАРГИНА, 2013
УДК 617.764.6-002-053.31-08

Н. Н. Арестова, Л. А. Катаргина

АЛГОРИТМ ОПЕРАТИВНОГО И МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДАКРИОЦИСТИТА НОВОРОЖДЕННЫХ

ФГБУ «Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца» Минздрава России

На основании многолетнего опыта лечения более 3000 детей раннего возраста предложен разработанный алгоритм лечения врожденной патологии слезоотводящих путей (дакриоцистит новорожденных, атрезия выхода слезно-носового канала, стеноз слезоотводящих путей, дакриоцистоцеле) с учетом возраста детей. Изложены основные оперативные вмешательства и принципы назначения медикаментозной терапии на разных этапах лечения.

Ключевые слова: дакриоцистит новорожденных, врожденный стеноз слезно-носового протока, атрезия выхода слезно-носового протока, дакриоцистоцеле, методы хирургического и медикаментозного лечения

THE ALGORITHM OF SURGICAL INTERVENTION AND MEDICAMENTAL TREATMENT OF DACRIOCYSTITIS IN THE NEWBORN INFANTS

N.N. Arestova, L.A. Katargina

Moscow Helmholtz Research Institute of Eye Diseases

The many-year experience with the treatment of more than 3,000 young children provided a basis for the development of the algorithm for the treatment of congenital pathology of the tear passages (dacriocystitis of newborn infants, atresia of the nasolacrimal duct, dacryocystocele) taking into consideration the patients' age. The main forms of the surgical intervention are described in conjunction with the principles of medicamental therapy at different stages of the treatment.

Key words: dacriocystitis, newborn infants, congenital stenosis of the nasolacrimal duct, atresia of the opening of the nasolacrimal duct, dacryocystocele, methods of the surgical and medicamental treatment

Дакриоцистит новорожденных (ДН) является осложнением нередких врожденных аномалий: остатков нерассосавшейся эмбриональной мембраны у выхода слезно-носового протока в полость носа, встречающейся у 35% новорожденных [3], атрезии выхода слезно-носового протока у 2—5% новорожденных [4, 11, 15] или врожденного стеноза слезно-носового протока у 6% новорожденных [11], реже в виде порока развития слезного мешка — дакриоцистоцеле [12]. Частота дакриоцистита новорожденных составляет, по данным разных авторов, 1—5% всех новорожденных, 6,5% детей 1-го года жизни, до 19% у недоношенных [1, 4, 8, 15].

В офтальмологической практике нет единого мнения относительно методов и сроков лечения данного заболевания, порядка выполнения оперативных вмешательств, назначения медикаментов с учетом возрастных анатомо-клинических особенностей патологии. Обычно рекомендуют начинать лечение с массажа слезного мешка [4, 5] в сочетании с местным, а в тяжелых случаях и парентеральным применением антибиотиков, реже назначают гормоны, энзимы, токи ультравысокой частоты [2, 9]. Такое лечение наиболее эффективно в ранние сроки заболевания (до 7 дней), к концу первого месяца выздоравливают от 9,3% до 88,4% больных, леченных консервативно [2, 14]. Эффективность массажа слезного мешка с полным излечением ДН у детей первых недель жизни достигает 30%, в возрасте от 3 до 6 мес уже снижается

до 10%, старше 6 мес — до 8,9%, во второй половине 1-го года жизни не превышает 2% [4, 5].

Основным и наиболее эффективным методом лечения ДН является зондирование слезно-носового протока [7—9], причем отмечается необходимость раннего зондирования для предупреждения осложнения длительно существующего ДН, вплоть до остеомиелита ближайших костей [4, 5, 9, 10, 13]. При длительном безуспешном лечении методами зондирования, бужирования и серии лечебных промываний слезоотводящих путей рекомендуют хирургические операции — интубацию слезоотводящих путей (при отсутствии эктазии, дилатации слезного мешка и активности дакриоцистита) и дакриоцисториностомии в возрасте 2—5 лет [3—5].

По данным В. В. Бржеского и соавт. [5], лечебное бужирование слезно-носового протока через верхний каналец в возрасте 2—3 лет ведет к выздоровлению у 85% детей, в возрасте 1,5—6 лет — у 46,7%, бужирование с интубацией слезных путей силиконовой нитью по Ритленгу в возрасте 2—6 лет — у 86,1% (полный функциональный эффект — у 58,3%), дакриоцисториностомия у детей старше 5—6 лет — у 77,8% детей.

Нет единого мнения и относительно методов медикаментозного лечения дакриоцистита новорожденных на разных стадиях заболевания и для сопровождения оперативных вмешательств. Работами последних лет [6, 14] показано, что микрофлора

конъюнктивальной полости детей раннего возраста с хроническим дакриоциститом чаще представлена *Staphylococcus epidermidis* (53,3%), *Staphylococcus aureus* (23,0%), чувствительных к левофлоксацину (84,6% и 94,1% соответственно) и к ципрофлоксацину (84,2% и 93,4%).

Цель работы — изложить оптимальный алгоритм оперативного и медикаментозного лечения ДН, разработанный на основании многолетнего опыта лечения детей раннего возраста с этой патологией в ФГБУ «Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца».

Материал и методы. Ежегодно в амбулаторной операционной ФГБУ «Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца» под местной анестезией проводится 200—400 зондирований слезоотводящих путей детям раннего возраста с врожденной патологией. Так, в 2012 г. выполнено 252 зондирования слезоотводящих путей детям в возрасте от 1 мес до 2,5 лет. Наркоз для обследования и лечения потребовался только 2 детям.

Результаты и обсуждение. На основании опыта лечения более 3000 детей раннего возраста предлагаем разработанный нами алгоритм лечения врожденной патологии слезоотводящих путей. При дакриоцистите новорожденных, атрезии выхода слезно-носового канала, стенозе слезоотводящих путей рекомендуем детям в возрасте:

- до 1 мес — массаж слезного мешка 5 раз в день до кормления ребенка;
- в 1—3 мес — нисходящее зондирование слезных путей через нижнюю или верхнюю точку с промыванием слезных путей инстилляциями раствора витабакт или антибиотика (с учетом чувствительности к ним); при дакриоцистоцеле показано еще более раннее (в возрасте до 1 мес) зондирование, срок которого определяется соматическим состоянием ребенка;
- в 3—6 мес и при рецидивах заболевания — то же с повторными курсами (№ 3—5) промываний слезных путей растворами антибиотиков с кортикостероидами, а после купирования воспалительного процесса при стенозах слезоотводящих путей — с ферментами (коллалазин);
- старше 6 мес — то же с лечебным бужированием слезно-носового протока через верхний слезный каналец;
- старше 2—6 лет — бужирование, при неэффективности — интубация слезных путей силиконовой нитью по Ритленгу;
- старше 5—6 лет — дакриоцисториностомия;
- старше 15 лет — лакопротезирование.

Массаж слезного мешка обязательно следует сочетать с дезинфицирующей, антибактериальной терапией. Обработку кожи век производят ватным тампоном, смоченным кипяченой водой или раствором фурациллина 1:5000 (настой ромашки, чая нежелателен, поскольку способствуют сухости кожи, образованию трещин).

До получения результатов лабораторных исследований, идентификации флоры отделяемого с конъюнктивы век и чувствительности ее к антибиотикам, рекомендуется начинать промывания глаз новорожденных и детей раннего возраста с применения ми-

нимально токсичных, неаллергенных дезинфицирующих средств типа Витабакт (0,05% пиклоксидин), наименее токсичных антибиотиков (0,3% Тобрекс).

Современным препаратом выбора для лечения инфекций переднего отдела глаза у детей в последние годы, по нашему опыту, 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*, *Streptococcus faecalis*, *Neisseria*, *Escherichia coli*, *Acinetobacter baumannii*, *Haemophilus influenzae*, *Klebsiella oxytoca*, ингибция *Chlamydia trachomatis*, некоторых вирусов и грибов. Преимуществом этого антисептика является также отсутствие перекрестной чувствительности к антибиотикам, отсутствие аллергических реакций у детей и сравнительно невысокая стоимость.

При отсутствии эффекта от лечения показано повторное микробиологическое исследование конъюнктивального отделяемого (микроскопия мазков с конъюнктивы, посев конъюнктивального отделяемого диско-диффузионным методом) с определением чувствительности микрофлоры к антибиотикам.

По результатам наших микробиологических исследований отделяемого с конъюнктивы детей с ДН можно заключить, что чаще выявляются стафилококки (*Staphylococcus epidermalis*, *Staphylococcus aureus*), стрептококки (*Streptococcus pneumoniae* и др.), реже — грам-отрицательные бактерии (*Haemophilus conjunctivitis*, *Pseudomonas aeruginosa*). Более чем в 95% случаев ДН были выявлены патогенные стафилококки, чувствительные к гентамицину, тобрексу, левофлоксацину, ципрофлоксацину.

В соответствии с выявленной чувствительностью к антибиотикам следует назначать инстилляцию глазных капель: Тобрекс 0,3%, Гентамицин 0,3%, Левофлоксацин 0,5%.

Большинство офтальмологических средств в России не имеет разрешительных документов на использование в детском возрасте (см. Регистр Лекарственных Средств и Российский Национальный Педиатрический Формуляр). Лишь единичные препараты разрешены у новорожденных для местного применения в виде глазных капель: с рождения — Витабакт (пиклоксидин), сульфацил натрия 20% (сульфацетамид), Фуциталмик (фузидовая кислота), колларгол 2—3%, Тобрекс 0,3% (специальных исследований не проведено, но как отмечено в аннотации препарата «получены данные, подтверждающие безопасность и эффективность применения препарата для лечения конъюнктивита у детей, включая новорожденных, которым назначались глазные капли Тобрекс 5 раз в сутки на протяжении 7 сут»).

Глазные капли Офтаквикс, Ципромед, Сигницеф, Вигамокс, Тобрекс 2х, Флоксал разрешены детям старше 1 года (причем разные фирмы приводят разные возрастные противопоказания для идентичных средств). Применение по назначению врача перечисленных медикаментов в инстилляциях для детей раннего возраста оправданно, если ожидаемый лечебный эффект превышает риск развития возможных побочных эффектов. Основным противопоказанием к применению этих препаратов является индивидуальная

непереносимость, аллергические реакции. Назначать такие средства следует строго по показаниям, предупредив родителей о возможности побочных реакций, а антибиотиков — с учетом чувствительности к ним выявленной микрофлоры.

Использование 20% раствора сульфацила натрия при патологии слезных путей нежелательно из-за известного кристаллообразования, затрудняющего отток слезной жидкости.

После купирования активного воспалительного процесса, когда преобладают признаки сужения слезоотводящих путей (врожденный стеноз или отек слизистой) целесообразна замена инстилляций антибиотиков на инстилляцию комбинированными препаратами, сочетающими антибиотик с кортикостероидом (Гаразон, Дексагентамицин, Макситрол).

У 45% детей с врожденной патологией слезоотведения, особенно с рецидивирующей эпифорой, выявляется риногенный фактор — воспаление, отек слизистой носа и др. патология носа, поэтому обязательна эндоскопия полости носа и неформальная консультация ЛОР врача. Детям разрешено использование назальных капель Називин (Оксиметазолин) в возрасте до 1 года — 0,01%, 1—6 лет — 0,025%.

Анализ эффективности лечения врожденной патологии слезоотводящих путей у детей раннего возраста в соответствии с вышеизложенным алгоритмом показал следующее.

Технически правильно выполняемый массаж слезного мешка ведет к полному выздоровлению (без применения хирургических манипуляций) детей в возрасте до 1 мес в 40% случаев, до 2 мес — до 30%, до 4 мес — до 20%, до 4—6 мес — до 10% [1]. Нисходящее зондирование слезных путей с промыванием приводит к выздоровлению детей в возрасте 1—3 мес в 99,4% случаев, старше 1 года — в 74% [1]. В итоге полное выздоровление у детей первого года жизни достигается в 96,6% случаев, у детей в возрасте от 1 до 5 лет — в 85% случаев.

Восстановить проходимость слезоотводящих путей в большинстве случаев (79,6%) удается однократным зондированием, что ведет к быстрому выздоровлению — за 2—7 дней.

В 20,4% случаев для купирования воспалительного процесса в слезном мешке требуется проведение дополнительных лечебных промываний: однократно у 11,3% детей, двукратно — и 3,4%, три и более раз — у 5,7%. Причем неоднократные лечебные промывания слезных путей с подбором антибиотика в соответствии с данными микробиологического исследования требуются в основном поздно обратившимся детям (7,5% в возрасте 7—12 мес, 14,7% старше 1 года). Только одному ребенку потребовалась в дальнейшем (в возрасте 5 лет) дакриоцистириностомия.

Заключение

Разработанный алгоритм лечения врожденной патологии слезоотводящих путей существенно повышает суммарную эффективность лечения врожденной патологии слезоотводящих путей и поэтому рекомендован для внедрения в практику детской офтальмологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арестова Н. Н., Старикова А. В., Гвоздюк Н. А. Тактика лечения дакриоцистита новорожденных // III Российский общенациональный офтальмологический форум: Сборник трудов науч.-практ. конф. с международным участием. — М., 2010. — Т. 2. — С. 242—248.
2. Белова О. В., Капура О. И. Современные методы диагностики и лечения заболеваний слезных органов // Тезисы науч.-практ. конф. — М., 2005. — С. 54.
3. Белоглазов В. Г. Слезные органы // Глазные болезни: Учебник / Под ред. В. Г. Копаевой. — М., 2002. — С. 168—179.
4. Бржеский В. В., Чистякова М. Н., Дискаленко О. В. и др. Тактика лечения стенозов слезоотводящих путей у детей // Современные проблемы детской офтальмологии: Материалы науч.-практ. конф. — СПб., 2005. — С. 75—76.
5. Бржеский В. В., Чистякова М. Н., Калинина И. В. Результативность основных этапов лечебных мероприятий при врожденном стенозе носослезного протока у детей // Рос. педиатр. офтальмол. — 2012. — № 2. — С. 4—7.
6. Воронцова Т. Н., Бржеский В. В., Ефимова Е. Л. и др. Чувствительность к антибактериальным препаратам микрофлоры конъюнктивальной полости у детей в норме и при некоторых воспалительных заболеваниях глаз // Невские горизонты. — 2010: Материалы юбил. науч. конф., посвящ. 75-летию основания первой в России кафедры детской офтальмологии. — СПб., 2010. — Т. 1. — С. 74—81.
7. Данилюк О. А., Ступакова Н. А. Промывание слезных путей — основа эффективного лечения воспалительных заболеваний глаз новорожденных // Тезисы докладов IX Съезда офтальмологов России. — М., 2010. — С. 481.
8. Ивушкина М. И., Кокорев В. Ю. Опыт лечения дакриоцистита новорожденных в практике офтальмолога детской поликлинике // Тезисы докладов IX Съезда офтальмологов России. — М., 2010. — С. 483.
9. Малиновский Г. Ф., Моторный В. В. Лечение дакриоциститов новорожденных: Практик. руководство по лечению заболеваний слезных органов. — Минск, 2000. — С. 192.
10. Сайдашева Э. И., Сомов Е. Е., Фомина Н. В. Инфекционные заболевания: Избранные лекции по неонатальной офтальмологии. — СПб., 2006. — С. 188—201.
11. Черкунов Б. Ф. Болезни слезных органов. — Самара, 2001. — С. 201—296.
12. Cavazza S., Laffi G. L., Lodi L. et al. Congenital dacryocystocele: diagnosis and treatment // Acta Otorhinolaryngol. Ital. — 2008. — Vol. 28, N 6. — P. 298—301.
13. Fanaroff A. A., Martin R. J. Neonatal-Perinatal Medicine: Diseases of Fetus and Infant. — 7-th Ed. — St. Louis, 2000. — Vol. 2. — P. 676—1732.
14. Kuchar A., Lukas J., Steinkogler F. J. Bacteriology and antibiotic therapy in congenital nasolacrimal duct obstruction // Acta Ophthalmol. Scand. — 2000. — Vol. 78. — P. 694—698.
15. Repka M. X., Chandler D. L., Beck R. W. et al. Primary treatment of nasolacrimal duct obstruction with probing in children younger than 4 years // Ophthalmology. — 2008. — Vol. 115, N 3. — P. 577—584.

Поступила 28.01.13

Сведения об авторах: Арестова Н. Н., д-р мед. наук, вед. науч. сотр. отд. патологии глаз у детей МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца; Катаргина Л. А., д-р мед. наук, проф., рук. отд. патологии глаз у детей, зам. дир. ин-та по науч. работе МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца.

Для контактов: Арестова Наталья Николаевна, 105062, Москва, Садовая-Черногрязская, 14/19, e-mail: arestovann@gmail.com, info@igb.ru, факс: (495)632-95-89.