

КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 617.764.7-007.271-053.1-08

В.В. Бржеский¹, М.Н. Чистякова¹, И.В. Калинина²

РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ОСНОВНЫХ ЭТАПОВ ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ВРОЖДЕННОМ СТЕНОЗЕ НОСОСЛЕЗНОГО ПРОТОКА У ДЕТЕЙ

¹ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздравсоцразвития России; ²СПбГБУЗ «Городская Мариинская больница» Санкт-Петербург

Выполнен анализ результативности и причин безуспешности различных лечебных мероприятий, поэтапно проведенных детям с атрезией носослезного протока. В исследование были включены 285 детей в возрасте 2 нед—15 лет с атрезией носослезного протока (346 глаз), которая у 236 из них (296 глаз; 85,6%) осложнилась дакриоциститом новорожденных. Полное восстановление слезоотведения после зондирования носослезного протока отмечено в 93,6% случаев, после бужирования — в 46,7%, последующего бужирования с интубацией силиконовой нитью по Ритленгу — в 58,3%, после дакриоцисториностомии по Тауми — в 77,8% случаев. Указанные вмешательства следует проводить поэтапно при отсутствии результата предшествующей процедуры. При наличии клинических признаков дакриоцистита в период подготовки к очередному вмешательству целесообразны инстилляцией антибактериальных препаратов широкого спектра действия с учетом возрастных ограничений.

Ключевые слова: атрезия носослезного протока, дакриоцистит новорожденных, консервативное и хирургическое лечение

THE EFFECTIVENESS OF THE MAIN STAGES OF REMEDIAL MEASURES DESIGNED TO MANAGE CONGENITAL STENOSIS OF THE NASOLACRIMAL CANAL IN THE CHILDREN

V.V. Brzhesky, M.N. Chistyakova, I.V. Kalinina

Sankt-Peterburg State Pediatric Medical University, Mariinskaya City Hospital, Sankt-Peterburg

The authors undertook the analysis of the effectiveness and the causes behind the failure of various stepwise remedial measures provided for the children presenting with atresia of the nasolacrimal canal. The study included 285 children at the age varying from 2 weeks to 15 years (346 eyes). 235 or 85.6% patients (296 eyes) suffered complications in the form of neonatal dacryocystitis. Lacrimation was completely recovered after probing and bougienage of the nasolacrimal canal (in 93.6% and 45.7% of the cases respectively), after the subsequent bougienage and Ritleng lacrimal intubation with the use of a silicone filament (58.3%), and after dacryocystorhinostomy by the modified method of Taumi (77.8%). All these interventions should be performed for the patients exhibiting the clinical signs of dacryocystitis (taking into consideration their age) in a sequential fashion, after each preceding procedure failed to yield the desired effect. Instillation of antibacterial preparations with a broad spectrum of actions is indicated during the preparation to each next surgical intervention.

Key words: atresia of the nasolacrimal canal, neonatal dacryocystitis, conservative and surgical treatment

Как известно, ведущей причиной слезотечения в первые месяцы жизни ребенка является атрезия выхода носослезного протока (НСП), частота которой у новорожденных достигает 5% [7].

В нашей стране такую патологию традиционно называют дакриоциститом новорожденных. Вместе с тем, как свидетельствует практика, клиническая картина дакриоцистита наблюдается далеко не в каждом случае атрезии НСП, что безусловно требует коррекции существующей терминологии. На наш взгляд, более рационально при формулировке диагноза таким больным ограничиваться термином «атрезия носослезного протока».

В лечении детей с атрезией НСП, начиная с первых недель их жизни прибегают к лечебному массажу слезного мешка, промыванию слезоотводящих путей и/или зондированию НСП. Предложены и различные варианты стентирования слезоотводящих путей [1, 2, 4, 6 и др.]. Вместе с тем остается не изученной результативность поэтапного использования перечисленных методов в лечении детей различного возраста

с атрезией НСП, в том числе осложненной уже упомянутым дакриоциститом новорожденных.

Целью исследования явилась оценка эффективности различных методов лечения детей с атрезией НСП и определение рациональной тактики их этапного лечения.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 285 детей в возрасте от 2 нед до 15 лет с атрезией НСП (346 глаз), которая у 236 из них (296 глаз; 85,6%) осложнилась дакриоциститом новорожденных. Из числа лечебных мероприятий, проводимых в соответствующем возрасте, детям были выполнены лечебный массаж слезного мешка, промывание (зондирование) слезоотводящих путей, а при их неэффективности — бужирование слезоотводящих путей, в том числе с интубацией стентом Ритленга (66 детей, 66 глаз), дакриоцисториностомия (18 детей, 18 глаз) и лакопротезирование (2 детей, 2 глаза).

Результаты и обсуждение. Как показывает практика, эффективность лечебного массажа слезного мешка максимальна в первые недели жизни ребенка,

Вероятные причины безуспешности лечебных мероприятий, проводимых детям с атрезией носослезного протока

Предположительные причины безуспешности мероприятий	Массаж слезного мешка (57 детей, 76 глаз)			Зондирование носослезного протока (29 детей, 33 глаза)		
	число		%	число		%
	детей	глаз		детей	глаз	
Неправильное выполнение массажа родителями	52	68	89,5	—	—	—
Позднее выполнение процедуры	28	35	46,1	7	8	24,2
Чрезмерно плотная мембрана на выходе носослезного протока	28	34	44,7	—	—	—
Наличие сопутствующего стеноза в месте перехода слезного мешка в носослезный проток	22	31	40,8	19	21	63,6
Эктазии и дивертикулы слезного мешка, сужение просвета слезоотводящих путей	19	26	34,2	23	25	75,8
Не устраненная или остро возникшая патология носа	3	5	6,6	2	4	12,1

хотя обычно не превышает 30%. Нами выполнен анализ причин безуспешности массажа слезного мешка по результатам выборочного обследования 57 детей грудного возраста (76 глаз), направленных в клинику для зондирования слезоотводящих путей.

Как видно из данных, приведенных в таблице, факторами, способными повлиять на результативность этой процедуры, послужили методически неправильное выполнение массажа родителями (89,5%), позднее (2-й месяц жизни ребенка и позже) его назначение (46,1%), чрезмерно плотная мембрана на выходе НСП (44,7%), наличие сопутствующего стеноза в месте перехода слезного мешка в НСП (40,8%), анатомические особенности слезоотводящих путей (34,2%), а также воспалительные заболевания слизистой оболочки носа.

Большинство из перечисленных факторов были установлены в ходе последующего зондирования НСП.

Вторым этапом лечения детей с не устраненной массой атрезией НСП явилось его зондирование. Оно было выполнено 212 детям (283 глаза) с результативностью 93,6% в случаях проведения процедуры в период со 2-го по 4-й месяц жизни ребенка [3].

Причинами безуспешности этой процедуры, по результатам повторных вмешательств, выполненных в нашей клинике в разные годы 29 детям (33 глаза) с рецидивом стеноза НСП, в 75,8% случаев были анатомические особенности слезоотводящих путей (эктазии и дивертикулы слезного мешка, сужение их просвета и др.), в 63,6% — наличие сопутствующего стеноза в месте перехода слезного мешка в НСП, в 24,2% — позднее (в возрасте 6 мес и старше) выполнение процедуры и в 12,1% случаев — не устраненная или остро возникшая патология носа (см. таблицу).

При рецидиве стеноза НСП у детей первых двух лет жизни традиционно производят его повторное зондирование. Что же касается детей 1,5—6 лет, оптимальным пособием явилось бужирование их стенозированного НСП.

По данным наших клинических наблюдений, базирующихся на результатах лечебного бужирования у 30 детей в возрасте от 1,5 до 6 лет с рецидивом врожденного стеноза НСП, установлено, что функция слезоотведения была восстановлена полностью только у 14 (46,7%) из них. Вместе с тем у 7 (23,3%) детей зафиксирована его недостаточность средней, а у 9 (30%) — тяжелой степени (по классификации В.В. Бржеского и Р.Л. Трояновского, 2000 [2]).

При отсутствии эффекта лечебного бужирования НСП, а также в качестве альтернативного способа хирургического лечения его стеноза у детей 2—6 лет нами апробирована методика его интубации силиконовой нитью с помощью стента Ритленга (производство фирмы «FCI», Франция). Набор для интубации включает силиконовую нить диаметром 0,64 мм с двумя направляющими полипропиленовыми лесками на ее концах, полый зонд с мандреном для проведения нити и крючок для захвата нити в носу (рис. 1).

Оперативное вмешательство выполняли под эндотрахеальным наркозом. После расширения верхней слезной точки и верхнего слезного канальца зондом Зихеля бужировали НСП зондами Боумана (№ 1—3). Затем в НСП (до упора в твердое небо) проводили зонд-проводник, который слегка (на 5—7мм) подтягивали вверх, мандрен из его просвета извлекали и по зонду в нос пропускали полипропиленовый конец интубационной нити до появления его под нижней носовой раковиной (рис. 2). Нить извлекали крючком Ритленга (рис. 3). Зонд извлекали, а концы нити закрепляли лейкопластырем на коже брови и щеки (рис. 4). Проведение нити через один каналец сохраняло возможность промывания слезоотводящих путей через

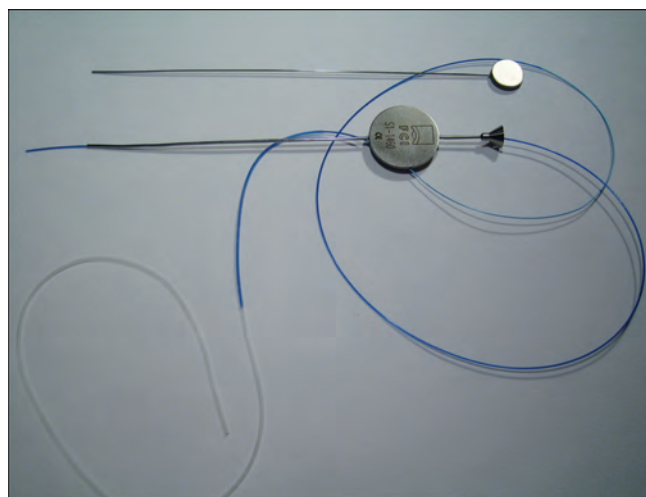


Рис. 1. Инструменты набора Ритленга для интубации слезоотводящих путей силиконовой нитью. Мандрен из зонда-проводника извлечен, в его просвет вставлена полипропиленовая направляющая силиконовой нити.



Рис. 2. Этап проведения полипропиленовой направляющей силиконовой нити через зонд Ритленга в носослезный проток.

второй. Срок имплантации нити составил в среднем 1,5мес. В послеоперационном периоде в конъюнктивальную полость больным инстиллировали глюкокортикостероидные и антибактериальные препараты.

Из технических трудностей, возникших в ходе операции, следует отметить отрыв полипропиленовой направляющей от силиконовой нити, произошедший в 4 случаях, что потребовало замены нити. Кроме того, у 4 детей после извлечения из слезоотводящих путей силиконовой нити (через 1,5 мес после операции) отмечено паретическое расширение слезной точки.

В результате данного вмешательства полный функциональный эффект был получен у 21 (58,3%) ребенка. У 9 (25%) детей сохранялась легкая функциональная недостаточность слезоотведения, у 1 (2,8%) ребенка диагностирована недостаточность слезоотведения средней степени, а у 5 (13,9%) эффект лечения не был достигнут.

Дакриоцисториностомия традиционно служит вмешательством, выполняемым детям старше 5-6 лет с клинической картиной хронического дакриоцистита. Лишь при наличии дивертикула или фистулы

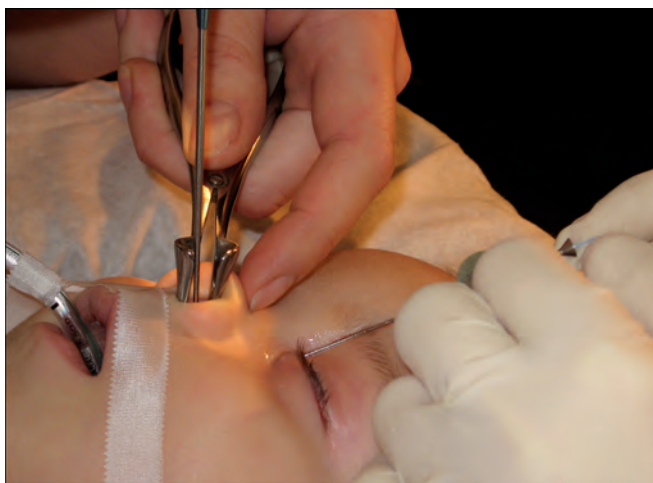


Рис. 3. Этап извлечения полипропиленовой направляющей силиконовой нити с помощью крючка Ритленга из левой ноздри.



Рис. 4. Силиконовая нить, интубирующая слезоотводящие пути левого глаза, фиксирована на коже лба и щеки.

слезного мешка, а также в случаях предшествующей безуспешной дакриоцисториностомии операцию можно выполнить и в более младшем возрасте. Особенности вмешательства явились индивидуальное моделирование риностомы небольшой площади, коагуляция дивертикула слезного мешка и/или приводящего колена слезной фистулы, а также интубация риностомы силиконовой нитью.

В наших наблюдениях дакриоцисториностомия, выполненная детям с рецидивом дакриоцистита на почве атрезии НСП, оказалась успешной в 14 из 18 случаев (77,8%). Эффективность повторной дакриоцисториностомии у них составила 50% (2 из 4 пациентов).

Лишь у двух больных из числа анализированных нами (0,58%) при неэффективности перечисленных выше оперативных пособий была успешно выполнена операция лакопротезирования. Примечательно, что в структуре показаний к лакопротезированию, выполненному в нашей клинике за последние 10 лет, доля рецидивирующего дакриоцистита на почве атрезии НСП не превышает 12,5% (2 из 16 больных).

Другим аспектом лечения детей с атрезией НСП (осложненной хроническим гнойным дакриоциститом) служит антибактериальная терапия, традиционно проводимая в период между оперативными вмешательствами. По результатам лабораторных исследований, выполненных на нашей кафедре Т.Н. Воронцовой и соавт. (2010), микрофлора конъюнктивальной полости детей с хроническим дакриоциститом представлена *Staphylococcus epidermidis* (53,3%), *Staphylococcus aureus* (23,0%), *Enterococcus faecalis* (13,3%), *Alcaligenes faecalis* (11,5%), *Candida albicans* (11,5%) и *Enterobacter* (6,7%), включая микстинфекцию [5].

Вместе с тем для большинства эффективных антибактериальных препаратов существуют возрастные ограничения, которые следует принимать во внимание при их назначении детям. С учетом сведений, содержащихся в инструкциях к наиболее распространенным в нашей стране препаратам, приводим перечень разрешенных детям с клиническими признаками хронического дакриоцистита.

Пациентам грудного (до 1 года) возраста можно назначить витабакт (Thea), а также отечественные препараты сульфацил-натрий, эритромицин, гентамицин и 3% колларгол. При этом отечественный левомицетин не разрешен к применению новорожденным.

У детей старше 1 года, наряду с перечисленными выше препаратами, успешное применение нашли Вигамокс (новый препарат 0,5% моксифлоксацина из группы фторхинолонов IV поколения) и тобрекс-2х (Alcon), офтаквикс (Santen), сигницеф, ципромед и данцил (Promed Exports).

Указанные препараты целесообразно применять при хроническом гнойном дакриоцистите в период ожидания оперативного вмешательства.

Заключение

При наличии у ребенка атрезии НСП назначение лечебных мероприятий должно быть ориентировано на его возраст, а также на характер и эффективность прешествующих оперативных вмешательств.

В первые недели жизни ребенка не следует пренебрегать лечебным массажем слезного мешка, а при отсутствии эффекта в первые 2—4 мес рекомендуется выполнить зондирование НСП. В возрасте 1—6 лет операцией выбора служит бужирование НСП с его интубацией силиконовой нитью. Вмешательство противопоказано при рубцовой деформации слезного мешка с эктазией его стенки. В таких случаях, а также всем детям старше 6 лет, целесообразно выполнить дакриоцисториностомию. Неоднократные безуспешные дакриоцисториностомии служат показанием к лапропротезированию у таких детей.

При наличии клинических признаков хронического гнойного дакриоцистита в период ожидания операции показаны инстилляци антибактериальных препаратов широкого спектра действия с учетом возрастных ограничений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арестова Н.Н., Старикова А.В., Гвоздюк Н.А. Тактика лечения дакриоцистита новорожденных // III Российский обще-

национальный офтальмологический форум: Сборник трудов науч.-практ. конф. с международным участием. — М., 2010. — Т.2. — С. 242—248.

2. Бржеский В.В., Трояновский Р.Л. Хирургическое лечение поврежденной слезоотводящих путей // Современная офтальмология: Руководство для врачей / Под ред. В.Ф. Даниличева. — СПб., 2000. — С. 396—416.
3. Бржеский В.В., Чистякова М.Н., Дискаленко О.В. и др. Тактика лечения стенозов слезоотводящих путей у детей // Современные проблемы детской офтальмологии: Материалы юбилейной науч. конф., посвящ. 70-летию основания первой в России кафедры детской офтальмологии. — СПб., 2005. — С. 75—76.
4. Бубен Л.К., Гридюшко Е.М., К вопросу о лечении дакриоциститов у детей // Сборник трудов науч.-практ. конференции «Современные методы диагностики и лечения заболеваний слезных органов». — М., 2005. — С. 89—91.
5. 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 юбилейной науч. конф., посвящ. 75-летию основания первой в России кафедры детской офтальмологии. — СПб., 2010. — Т.1. — С. 74—81.
6. Давыдов Д.В., Юсупова Э.Р., Коробкова Г.В., Казакова Т.Л. Биканаликулярная интубация слезоотводящих путей при лечении хронического дакриоцистита у детей // Современные методы диагностики и лечения заболеваний слезных органов: Сборник науч. статей. — М., 2005. — С. 103—105.
7. 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 08.08.12

Сведения об авторах: Бржеский В.В., д-р мед. наук, проф. зав. каф. офтальмологии с курсом клинической фармакологии Санкт-Петербургского гос. педиатрического медицинского университета; Чистякова М.Н., врач отд-ния микрохирургии глаза клиники Санкт-Петербургского гос. педиатрического медицинского университета; Калинина И.В., врач отд-ния микрохирургии глаза Городской Мариинской больницы.

Для контактов: Бржеский Владимир Всеволодович, 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2. Тел. +7 921 943-97-99, e-mail: vvbrzh@yandex.ru

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 617.72-073.96

Е.В. Брусакова¹, Р.В. Еришова¹, В.М. Панчишена¹, В.О. Соколов¹, Н.В. Фомина²

СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД ВИЗУАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ УГЛА ПЕРЕДНЕЙ КАМЕРЫ ГЛАЗА У ДЕТЕЙ — ИРИДОКОРНЕАЛЬНАЯ ГОНИОГРАФИЯ

¹ГБУЗ «Диагностический центр № 7» (глазной) для взрослого и детского населения (главный врач — канд. мед. наук В.О. Соколов), ²кафедра детской офтальмологии (зав. — д-р мед. наук Э.И. Сайдашева) ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова», Санкт-Петербург

Представлена методика визуального исследования угла передней камеры глаза с использованием широкопольной цифровой педиатрической ретинальной камеры RetCam — иридокорнеальная гониография. Приведены результаты обследования 120 детей (240 глаз) в возрасте от периода новорожденности до 18 лет, показана диагностическая ценность метода. Полученные новые данные расширяют возможности исследований угла передней камеры глаза в детском возрасте. Иридокорнеальная гониография глаза может быть рекомендована для широкого использования в офтальмопедиатрии.

Ключевые слова: угол передней камеры, иридокорнеальная гониография, педиатрическая ретинальная камера RetCam