

ЧАСТОТА ДАКРИОЦИСТОЦЕЛЕ СРЕДИ ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИИ СЛЕЗО-НОСОВОГО ПРОТОКА У ДЕТЕЙ (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР И СОБСТВЕННОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

В статье описываются случаи патологии носослезных путей у новорожденных с акцентом на частоту дакриоцистоцеле среди них и результаты оздоровления. Приведен пример ранней диагностики дакриоцистоцеле в перинатальном периоде по литературным данным.

Ключевые слова: патология носослезных путей у новорожденных, диагностика дакриоцистоцеле

Актуальность

Дакриоцистоцеле – киста слезного протока, обнаруживаемая в виде небольшого образования, локализирующегося ниже и медиальнее орбиты.

Эта патология известна также под названием амиоцистоцеле, мукоцеле и киста слезного мешка.

Появляется в неонатальном периоде в виде образования голубоватой окраски с отсутствием пульсации, что отличает эту патологию от менингоцеле и явлений воспаления.

В некоторых случаях исчезает спонтанно, как во внутриутробном периоде, так и после рождения.

В других случаях требуется массаж области слезного мешка, бужирование и зондирование слезо-носового канала.

Однако новорожденные с дакриоцистоцеле составляют группу высокого риска по развитию флегмонозного дакриоцистита, кератита.

У грудных детей до 2-х месяцев жизни закрытие носослезного канала происходит из-за сохранившейся так называемой «желатинозной пробки». Это наблюдается у 5% здоровых новорожденных.

Если пробка не рассосалась, нарушается отток слезы, глаз воспаляется, в данном случае заболевание называется дакриоцистит новорожденных.

Дакриоцистит – воспаление слезного мешка встречается у 1–5% новорожденных. Значительно реже в таком возрасте встречаются другие причины непроходимости канала, как дакриоцистоцеле. Этот порок приходится 1 раз на 700–800 родов.

В литературе представлены несколько случаев перинатальной диагностики дакриоцистоцеле. Один из них: ультразвуковая диагностика дакриоцистоцеле при ультразвуковом исследо-

вании плода в сроке беременности 32 недели, медиальнее и ниже внутреннего угла глаз с обеих сторон были обнаружены анэхогенные образования без признаков кровотока внутри, не связанные с глазом и структурами головного мозга.

В неонатальном периоде произошло спонтанное исчезновение этих кист носослезных протоков.

Цель исследования

Изучение клиники одной из редких патологий слезо-носового протока – дакриоцистоцеле и его дифференциальное отличие от воспалительных проявлений слезоотводящих путей у детей.

Материалы и методы

За период с 2006 по 2009 год наблюдались 8 новорожденных с дакриоцистоцеле, 3 мальчика и 5 девочек. У всех патология односторонняя, из них у 6 справа, у 2 слева. Клинические проявления у них почти одинаковы – у внутреннего угла глаза, ниже орбиты определялось образование с размерами 0,6*1,0*0,6, синего цвета, ближе к фиолетовому, плотное, безболезненное, при надавливании выделялась прозрачная жидкость. Соответственно кистозное образование становилось меньше и мягче, однако через некоторое время вновь становилось больше и плотнее. Общее состояние всех новорожденных не страдало. Все из роддома выписались в срок под наблюдением у окулиста по месту жительства. Почти у всех на 7-10-й день киста спонтанно исчезала и со стороны носослезного аппарата других патологий не выявлено.

Только в одном случае процесс был длительным. В родильном доме у новорожденного заметили припухлость в области слезного мешка справа. Это расценили как воспалительный процесс (рис. 1, цветная вкладка). На второй день у

ребенка поднялась температура, заложенность носа, наблюдалась картина ОРВИ. Ребенку назначили антибиотики, десенсибилизирующие, жаропонижающие. Местно на область слезного мешка компресс с мазью Вишневского. Самочувствие и общее состояние ребенка через 3 дня улучшилось, температура нормализовалась, но местное изменение сохранилось. Ребенок через неделю переведен в офтальмологическое отделение по настоянию родителей, где диагностировано дакриоцистоцеле и назначены дезинфицирующие глазные капли и общее наблюдение. На 21-й день жизни ребенка наступило спонтанное разрешение и во внутреннем углу орбиты на месте кисты сохранилось углубление мягкой ткани в течение 2-3 дней, затем постепенно пропало. Выписан ребенок в удовлетворительном состоянии. Конъюнктивальная полость справа чистая, отделяемого нет. В возрасте 2 месяца ребенок здоров (рис. 2, цветная вкладка).

В данном примере и в нескольких других случаях врачи в начале дакриоцистоцеле принимали за абсцесс или флегмону слезного мешка и проводили антибактериальную (общее и

местно) терапию. Для последних характерны гиперемия кожи, местная температура, припухлость без четких границ, болезненность, общее беспокойство ребенка, температурная реакция. Как правило, процесс не с самого рождения ребенка. Порой мазевые компрессы, частые инстилляций антибактериальных глазных капель приводят к раздражению нежной детской кожи и развитию дисбактериоза конъюнктивальной полости. При последнем случае длительное сохранение процесса связано с сопутствующим явлением ОРВИ, отеком слизистой носа. Появление углубления мягкой ткани в области кисты слезного мешка возможно за счет вдавления кистозным мешком.

Выводы

При диагностике патологии слезоотводящих путей у детей, особенно у новорожденных, следует обратить внимание на анамнез и различие клинических проявлений между дакриоцистоцеле и воспалением слезных путей. Тактика ведения малышей с данными патологиями совершенно отличается.

Список использованной литературы:

1. Аветисов Э.С., Ковалевский Е.И., Хватова А.В. Руководство по детской офтальмологии. М., 1987.
2. Аубакирова А.Ж. Врожденная патология глаз у детей. Алматы, 1993.
3. Веропотвелян Н.П. Пренатальная диагностика, журнал, №1. М., 2007.
4. Жуманиязов А.Ж., Фаттахов Б.Т. Актуальные вопросы клиники, диагностики и лечения глазных болезней. Алматы, 2008.
5. Ковалевский Е.И. Глазные болезни. М., 1980.
6. Ковалевский Е.И., Гусева М.Р. Особенности состояния и осмотра органа зрения недоношенного ребенка. Методические рекомендации. М., ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001.
7. Мартыненко А.Н., Магдей Е.Н. Структура врожденно-наследственной патологии органа зрения у детей // Тезисы докладов 2 Всесоюзной конференции по актуальным вопросам детской офтальмологии. Москва, 1985.
8. Девид Тейлор, Крейг Хойт. Перевод с англ. Под общей редакцией д.м.н. проф. Егоровой Э.В. Детская офтальмология. М., 2007.
9. Роберт Б. Пенн. Перев.с англ, под общей редакцией Груши Я.О. Атласы по офтальмологии. М., 2009.