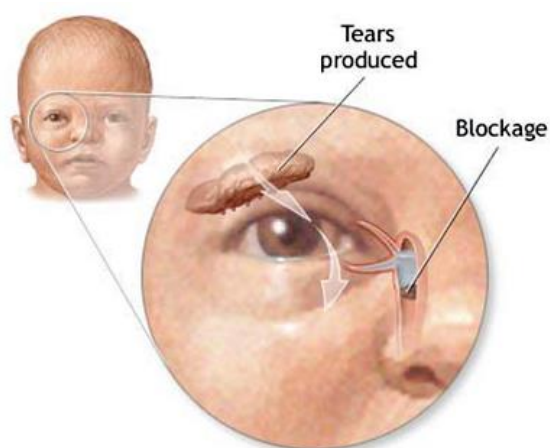


Дакриоцистит новорожденных

Слезка — очень важная жидкость, она смачивает глазное яблоко, препятствует его высыханию, создает специальную пленку на поверхности глазного яблока, содержит антитела и антимикробные вещества.

В норме слезная жидкость продуцируется постоянно. Слезная жидкость продуцируется слезной железой, которая находится под верхним веком с наружной стороны, и маленькими добавочными железами, которые находятся в конъюнктиве глазного яблока и век. У внутренней части глазной щели слезка скапливается и оттекает в слезные каналы. Слезных каналов два, один открывается со стороны верхнего века, другой со стороны нижнего. Самый важный — нижний слезный канал, через него оттекает 90% всей слезной жидкости. При моргании слезная пленка обновляется. Через слезные каналы слезка собирается в слезном мешке и оттуда через носослезный канал попадает в полость носа (вот почему когда человек плачет возникает ощущение насморка).



Дакриоцистит новорожденных является пограничным состоянием между аномалией развития и приобретенной патологией. Он возникает в основном в связи с задержкой открытия костной части носослезного протока к моменту рождения или в первые недели жизни ребенка. Причиной развития дакриоцистита новорожденных могут быть также дивертикулы-складки в слезном мешке, изменения в носослезном протоке и в носу, которые препятствуют прохождению слезы. Частой причиной возникновения дакриоцистита служит желатинозная пробка, закрывающая просвет носослезного протока. Она состоит из слизи и омертвевших эмбриональных клеток и в норме выталкивается из него при первых дыхательных движениях ребенка. Однако иногда этого не происходит, что и приводит к развитию патологии. Последняя возникает и в тех случаях, когда выходное отверстие носослезного протока оказывается закрытым рудиментарной пленкой. Провоцирующую роль могут играть и врожденные анатомические изменения в строении различных отделов слезоотводящего пути.

По данным разных авторов, частота возникновения дакриоцистита составляет 2-4% всех новорожденных (Черкунов Б.Ф., 2002г., Бржеский В.В., 2005г.).

Что происходит?

После рождения ребенка все пути оттока слезной жидкости должны быть хорошо проходимы для слезы. Если нарушен отток и слеза застаивается, то она не способна уже выполнять защитную функцию в полной мере, так как не удаляет попавшие в глазную щель микроорганизмы. Возникает гнойное воспаление. Обычно родители начинают лечение самостоятельно — закапывают антибактериальные капли, промывают чаем или отваром ромашки. Такое лечение может улучшить положение или даже полностью убрать гнойное

отделяемое. Однако после его отмены все повторяется вновь. Это происходит из-за того, что не ликвидирована основная причина заболевания — застой слезы. В глазную щель попадают новые микроорганизмы и начинают там размножаться.

Как проявляется?

- Основное проявление дакриоцистита новорожденных — гнойное отделяемое из глаза, которое появляется к 8-10-му дню жизни. При надавливании на область слезного мешка из слезной точки выделяется гной.
- Покраснение у внутреннего угла глаза
- Возможно слезотечение.
- Ребенок обычно спокоен, признаки интоксикации отсутствуют.

- Процесс может быть односторонним и двусторонним, но чаще воспален один глаз.

- При закапывании антибиотиков или антисептиков процесс может проходить полностью, но при отмене появляется вновь.

Диагностика и лечение

У части детей к 14-му дню жизни желатинозная пробка самостоятельно рассасывается, воспаление стихает, и заболевание заканчивается без всяких последствий. Но в некоторых случаях этого не происходит, и тогда требуется помощь детского офтальмолога.

Лечение дакриоцистита новорожденных состоит из двух этапов.

На первом этапе лечения детей, страдающих дакриоциститом, используют пальцевой толчкообразный

массаж области проекции слезного мешка. Проводить массаж следует в направлении сверху вниз. Создаваемые перепады давления способствуют удалению из протока желатинозной пробки или разрыву имеющейся рудиментарной пленки. Массаж следует проводить 5-6 раз в день перед каждым кормлением ребенка.

После того как гной эвакуирован необходимо закапать раствор антибиотика согласно назначению врача.

Нежелательно использование сульфацила натрия (альбуцида), т.к. он может кристаллизоваться и закупоривать пути оттока слезы, усугубляя патологический процесс.

Эффект от такого лечения наблюдается в 10-15% случаев.

Если вибрационный массаж слезного мешка и промывание слезоотводящих путей не дают положительного результата, переходят к зондированию.

Зондирование носослезного протока - процедура амбулаторная, выполняется в перевязочной или малой операционной, вне обострения дакриоцистита, после проведенной местной антибактериальной подготовки.

Для выполнения зондирования носослезного протока используют специальные конические и цилиндрические зонды. Врач осторожно расширяет слезные канальцы короткими коническими зондами, затем аккуратно проводит длинный цилиндрический зонд Боумена вдоль слезного канальца (чаще - верхнего) до слезной кости. Затем зонд разворачивается в перпендикулярном направлении и продвигается вниз, растягивая и разрывая препятствие в слезно-носовом протоке, извлекается наружу и сразу же проводится промывание слезных путей

растворами антисептиков. При успешном зондировании жидкость попадает в нос и выливается через носовой ход или попадает в носоглотку, и ребенок совершает глотательное движение.

В дальнейшем рекомендуется закапывать ребенку в течение 10-14 дней дезинфицирующие капли, содержащие антибиотик и глюкокортикоид для снятия отёка стенок протока после процедуры, а также продолжать проводить массаж слезного мешочка.

Эффективность зондирования в лечении неонатального дакриоцистита составляет, по данным Американской Академии офтальмологии (1992г.), около 90% у младенцев в возрасте до 9 месяцев.

Средний возраст, в котором проводится зондирование, 3-5 месяцев.

Запоздалая диагностика и лечение приводят к тому, что детям более старшего возраста требуется проводить уже не зондирование, а такое сложное оперативное вмешательство, как дакриоцисториностомия.

По материалам сайта <http://ophthalmos.ru/>

Флегмона слезного мешка



(острый перидакриоцистит) гнойный является серьезным осложнением дакриоцистита и представляет собой воспалительный процесс, распространяющийся на окружающие ткани, окружающие слезный мешок (в то время как дакриоцистит – это инфекционно-воспалительный процесс непосредственно в слезном мешке).

Как проявляется?

- Резко болезненная припухлость в проекции слезного мешка
- Покраснение и отечность кожи в этой области
- Распространение отека на кожу носа и щеки
- Уменьшение ширины глазной щели
- Ребенок ведет себя беспокойно, отказывается от кормления, повышена температура тела

Диагностика и лечение

Флегмону слезного мешка можно диагностировать при осмотре ребенка.

Неотложная помощь при флегмоне слезного мешка должна быть оказана незамедлительно. Однако провести лечение такого заболевания может только специалист. Необходимо как можно скорее доставить больного к офтальмологу.

При наличии флегмоны слезного мешка обязательно проводится системная и местная антибиотикотерапия в условиях стационара.

Так же необходимо провести зондирование с промыванием слезоотводящих путей, которые являются диагностическими, определяя пассивную проходимость слезоотводящих путей, и лечебными, восстанавливая их проходимость.