

ИНФОРМАЦИЯ И ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С ДАКРИОЦИСТИТОМ НОВОРОЖДЕННЫХ

В основе этого заболевания – наличие врожденной пленки, закрывающей выход из слезно-носового протока в нос во время внутриутробного развития плода. В норме выход из слезно-носового протока закрыт зародышевой мембраной до 8 месяцев внутриутробного развития. У 35% новорожденных эта пленка сохраняется к рождению. В большинстве случаев эта пленка самопроизвольно разрывается во время рождения ребенка или течение первых дней/месяцев после рождения. Если же разрыва ее не происходит (т.е. имеется непроходимость слезно-носовых путей), происходит застой слезы, слизи в слезном мешке, что, с присоединением инфекции, ведет к гнойному воспалению слезного мешка – «дакриоцистит». Часто это заболевание неправильно диагностируется как гнойный конъюнктивит и длительно безуспешно лечится.

Дакриоцистит у маленьких детей может осложняться гнойным воспалением роговицы - кератитом с потерей зрения, а при длительном существовании гнойного процесса – привести к расплавлению слезного мешка и выходу гноя в окружающие ткани с тяжелыми осложнениями - вплоть до сепсиса. Поэтому важно начинать лечение как можно раньше. В ряде случаев, особенно у детей первых 3 месяцев жизни бывает эффективен **массаж слезного мешка**, однако если в течение 1-2 недель улучшения не наступает, необходимо провести **зондирование слезоотводящих путей** (лучше в возрасте 1-3 месяцев).

Цель этой хирургической манипуляции - восстановить проходимость слезно-носовых путей. В дальнейшем необходимо настойчивое продолжительное медикаментозное лечение (от 1 до 2-3 мес) для полного купирования признаков воспалительного процесса в слезном мешке и предупреждения нередких рецидивов воспаления. Для этой цели, помимо закапывания глазных капель, при необходимости, проводятся повторные промывания слезно-носовых путей растворами антисептиков или антибиотиков. Обычно бывает достаточно 1-3 промываний с интервалами в 7-10 дней. Реже (у позднообратившихся детей, в возрасте старше 3 месяцев, с высокопатогенной микрофлорой, сопутствующей патологией носоглотки, сочетанными врожденными аномалиями и др.) приходится проводить длительное лечение слезного мешка с индивидуальным подбором медикаментов в зависимости от микробиологической флоры, обнаруженной при исследовании содержимого слезного мешка ребенка и курсами лечебных промываний слезоотводящих путей.

Только своевременное хирургическое восстановление проходимости слезно-носовых путей и полная санация слезного мешка позволит избежать поствоспалительных рубцовых деформаций его, флегмон слезного мешка и необходимости в дальнейшем (в 5-7 летнем возрасте) проведения сложной хирургической операции – дакриоцисториностомии (восстановление соустья между слезным мешком и полостью носа с трепанацией костей носа)

Основной манипуляцией, которой должны обучиться родители для скорейшего и эффективного излечения своего ребенка с гнойным дакриоциститом новорожденного или непроходимостью слезно-носовых путей, устранения необходимости сложного хирургического лечения в будущем является массаж слезного мешка.

Клинические рекомендации: ВРОЖДЕННАЯ ПАТОЛОГИЯ СЛЕЗОТВОДЯЩИХ ПУТЕЙ (ДАКРИОЦИСТИТ НОВОРОЖДЕННЫХ, ДАКРИОЦИСТОЦЕЛЕ, ВРОЖДЕННЫЙ СТЕНОЗ СЛЕЗОТВОДЯЩИХ ПУТЕЙ) У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Профессиональные ассоциации: Общероссийская общественная организация «Ассоциация врачей-офтальмологов»