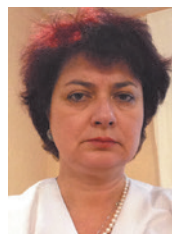


## Результаты лечения флегмоны слезного мешка и дакриоцистоцеле у новорожденных

М.Е. Валявская<sup>1</sup>А.В. Овчинникова<sup>1</sup>Е.Ю. Маркова<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Морозовская ДГКБ, Москва, Россия

<sup>2</sup> Кафедра офтальмологии педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н. И. Пирогова, Москва, Россия

### РЕЗЮМЕ

Проанализированы результаты лечения 113 детей (124 глаза) с флегмоной слезного мешка (78 глаз) и дакриоцистоцеле (46 глаз). Описаны особенности тактики ведения больных с гнойным осложнением дакриоцистита новорожденных (флегмоны) и дакриоцистоцеле, как основной причины его развития. Показано, что раннее хирургическое лечение этих состояний способствует быстрому выздоровлению, предотвращению осложнений и отказу в большинстве случаев от применения общей антибактериальной терапии. Выявлено, что при дакриоцистоцеле повышен риск развития флегмоны слезного мешка.

**Ключевые слова:** флегмона слезного мешка, дакриоцистоцеле, новорожденные

### RESUME

M. E. Valjavskaia, A. V. Ovchinnikova, E. Yu Markova

Results of phlegmon's treatment lacrimal sac and dacryocystocele at newborns

Results of treatment of 113 children (124 eyes) with phlegmon lacrimal sac (78 eyes) and dacryocystocele (46 eyes) are analysed. Features of tactics of maintaining patients with purulent complication phlegmon lacrimal sac newborns (phlegmon) and dacryocystocele, as main reason for its development are described. It is shown that early surgical treatment of these conditions promotes fast recovery, prevention of complications and refusal in most cases from application of the general antibacterial therapy. It is revealed that at dacryocystocele the risk of development phlegmon lacrimal sac is increased.

**Key words:** phlegmon lacrimal sac, dacryocystocele, newborn

Офтальмология. — 2013. — Т. 10, № 4. — С. 41–44.

Поступила 08.10.13. Принята к печати 25.11.13

Цель исследования — оценка эффективности раннего хирургического лечения флегмоны слезного мешка и дакриоцистоцеле, как основной причины ее развития.

Флегмона слезного мешка — тяжелое осложнение гнойного дакриоцистита новорожденных (3, 4), которая возникает при распространении воспаления за пределы слезного мешка на окружающие его ткани. Процесс может достигнуть орбитальной клетчатки, полости черепа, вызвать тромбоз кавернозного синуса, менингит и сепсис с гематогенными очагами гнойной инфекции (1, 4). Распространенность гнойно-воспалительных заболеваний органа зрения и его придатков среди новорожденных подчеркивает значимость своевременного и эффективного лечения этих заболеваний (1, 7, 11).

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За последние 5 лет нами проведено лечение 113 детей (124 глаза) с флегмоной слезного мешка (77 детей, 78 глаз) и дакриоцистоцеле (36 детей, 46 глаз). Возраст детей колебался от 4 дней до 3 месяцев. У 11 детей выявлено двустороннее дакриоцистоцеле, у 1 ребенка — двусторонняя флегмона. У 37 детей односторонней флегмоне или дакриоцистоцеле сопутствовал врожденный стеноз носослезного протока (НСП) на втором глазу, но без признаков перифокального воспаления.

Для анализа результатов исследования все дети были разделены на 2 подгруппы.

Первую подгруппу составили 97 детей (108 глаз), которым в день поступления выполнено зондирование

Адрес:

Контактная информация: Валявская Марина Евгеньевна — врач отделения микрохирургии глаза Морозовской ДГКБ; email: valuavskiy@yandex.ru

ние НСП по поводу флегмоны слезного мешка (61 ребенок, 62 глаз) и дакриоцистоцеле (36 детей, 46 глаз). Процедуру проводили под местной анестезией, зондированию предшествовало промывание слезного мешка, завершали вмешательство повторным промыванием НСП, и полость мешка заполняли раствором антибиотика. Для промывания использовали препараты пенициллинового, цефалоспоринового ряда, гентамицин. Затем инстиллировали в конъюнктивальную полость препарат витабакт 4-6 раз в день в течение 7 дней. Общая антибактериальная терапия в виде внутримышечных инъекций потребовалась 30 детям (31%), что было связано с выраженным воспалением окружающих тканей с помощью препаратов оксамп, цефазолин и цефтриаксон.

Во вторую группу вошли 16 детей (16 глаз) с флегмоной слезного мешка, которым проведение зондирования НСП было отсрочено либо из-за выраженного отека век и особенностей состояния НСП (14 глаз), либо из-за вскрытия слезного мешка (2 глаза). При вскрытии слезного мешка его полость промывали раствором антибактериального препарата, накладывали асептическую повязку и проводили отсроченное зондирование после рубцевания раны (на 6-7 день). На остальных 14 глазах зондирование НСП выполняли через 2-5 дней после поступления. Местная терапия, как и в первой подгруппе, заключалась в инстилляциях витабакта 4-6 раз в течение 10-14 дней. В этой подгруппе общую антибактериальную терапию (оксамп, цефазолин и цефтриаксон) с момента госпитализации проводили всем детям.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Хирургическое вмешательство в обеих группах протекало без осложнений. В первой подгруппе купирование флегмоны отмечено на 2-3-й день после зондирования у всех больных (61 ребенок, 62 глаз). Слезоотведение после первичного зондирования было восстановлено на всех глазах. Рецидив стеноза НСП, потребовавший повторного зондирования в течение первого месяца, отмечен в 16% случаев (17 глаз).

При анализе результатов зондирования детей с дакриоцистоцеле (36 детей, 46 глаз) обнаружено, что рецидив возник в течение первого месяца на 13 глазах (в 28% случаев), что подчеркивает склонность дакриоцистоцеле к рецидиву.

Во второй подгруппе, несмотря на то, что купирование процесса отмечено также на 2-3 день после проведения зондирования у всех 16 детей (16 глаз), в целом для стабилизации ургентного состояния потребовалось 5-9 дней интенсивного лечения. У двух детей имело место вскрытие слезного мешка — в одном случае спонтанное, в другом — с лечебной целью. Зондирование НСП этим детям проводили после рубцевания мешка на 6-7 день лечения. В обоих случаях сле-

зоотведение удалось восстановить, и свищ слезного мешка не сформировался. Восстановление слезоотведения непосредственно после операции отмечено, как и в первой подгруппе, во всех случаях. Рецидив стеноза НСП, потребовавший повторного зондирования в течение первого месяца возник в 25% случаев (4 глаза). Э.И. Сайдашева (2010) отмечает, что среди новорожденных с патологией глаз, потребовавшей стационарного лечения, инфекционно-воспалительные заболевания составляют 44,9%. Из них 33,2% приходится на патологию слезоотводящих путей (11). Место гнойно-воспалительных заболеваний в структуре офтальмопатологии новорожденных подчеркивает значимость правильной тактики ведения этой категории пациентов. Наличие у ребенка флегмоны слезного мешка, бесспорно, требует госпитализации и неотложного лечения.

Традиционно лечение при флегмоне принято начинать с общей антибактериальной терапии (АБТ). Многие офтальмологи проводят зондирование после купирования острого состояния (1, 6, 14, 10,12), а при наличии флюктуации некоторые офтальмохирурги предпочитают вскрыть и провести дренирование полости слезного мешка (8). При этом причиной его флегмоны всегда является блокада слезоотведения, поэтому этиопатогенетические принципы лечения гнойных осложнений дакриоцистита новорожденных в первую очередь подразумевают восстановление оттока слезы, дополненное симптоматической терапией — применением антибактериальных препаратов. Эффективность подобного подхода подтверждают результаты нашего исследования — низкий процент рецидивов заболевания, снижение потребности в дополнительном лечении с помощью общей антибактериальной терапии, а также уменьшение длительности пребывания больного в стационаре. Аналогичной точки зрения придерживаются Н.В. Ашихмина с соавторами (2012) и В.Г. Белоголазов (1972), О.А. Катаргина, С.Н. Грицук (1972), которые подчеркивают целесообразность раннего зондирования с промыванием слезоотводящих путей антибиотиками, не допуская самопроизвольного вскрытия гнойника (2, 3, 7).

Некоторые авторы обращают внимание на значительный рост распространенности флегмоны слезного мешка, как осложнения гнойного дакриоцистита у новорожденных (7, 9, 13), отмечая при этом роль позднего обращения к офтальмологу, неправильной техники массажа слезного мешка и несвоевременного, неадекватного лечения в процессе развития заболевания (1, 9, 10). По нашим данным появление флегмоны слезного мешка в 43 случаях (56%) было связано с поздним обращением родителей к специалисту, в 14 (18%) — с ошибочной оценкой состояния глаза, неадекватным лечением в медицинских учреждениях и в 20 (26%) — со стремительным развитием воспалительного процес-

# Теагель

— ГЕЛЬ —



## ГЕЛЬ

ДЛЯ ЕЖЕДНЕВНОЙ ГИГИЕНЫ ВЕК

- ◆ РАСТВОРЯЕТ И УДАЛЯЕТ ВЫДЕЛЕНИЯ И ОМЕРТВЕВШИЕ КЛЕТКИ
- ◆ ОБЕСПЕЧИВАЕТ ЧУВСТВО СВЕЖЕСТИ
- ◆ СОХРАНЯЕТ ЕСТЕСТВЕННЫЙ ВИД ВЕК
- ◆ ЗАБОТИТСЯ О КОЖЕ И ГЛАЗАХ
- ◆ УДОБНЫЙ В ПРИМЕНЕНИИ



Реклама

Косметологический препарат. Не является лекарственным средством.

ООО "БИОКОДЕКС" 119019, г. Москва, ул. Новый Арбат, д. 21

Тел. (495) 783 26 80, факс (495) 783 26 81

[www.biocodex.ru](http://www.biocodex.ru)

Рег.уд.: RU.77.01.34.001.E.020085.12.11 от 06.12.2011 г.

са. Таким образом, гнойные осложнения дакриоцистита новорожденных, как правило, обусловлены поздним обращением за медицинской помощью и реже, дефектами диагностики, что, на наш взгляд, подчеркивает важность санпросвет работы среди населения и адекватной подготовки педиатров и офтальмологов родильных домов и поликлиник.

У всех детей в качестве местной терапии мы применяли препарат витабакт. Особое значение выбор топического препарата приобретал у пациентов, не получавших общую антибактериальную терапию. Витабакт (раствор пиклоксидина дигидрохлорида 0,05%) — противомикробный препарат, обладающий широким спектром действия, что немаловажно в остром периоде заболевания, когда нет возможности быстро определить характер возбудителя и его чувствительность к антибиотикам. Кроме этого, наше предпочтение было отдано Витабакту в связи с наличием разрешения на его применение у детей первого года жизни. В процессе лечения ни у одного ребенка токсическая или аллергическая реакция на препарат не отмечена.

У 37 детей первой и второй подгруппы с односторонней флегмоной слезного мешка или дакриоцистоцеле на другом глазу выявлен стеноз НСП. Помимо этого, двустороннее дакриоцистоцеле диагностировано у 11 детей и еще у одного ребенка — двусторонняя флегмона слезного мешка. Таким образом, в целом двусторонний процесс имел место у 49 наших пациентов (43%). Не исключено, что при билатеральном стенозе наличие гнойного осложнения на одном из глаз указывает на риск развития флегмоны и на втором глазу. Именно поэтому мы проводили двустороннее зондирование НСП при двустороннем процессе у всех детей, независимо от возраста и наличия гнойных осложнений, несмотря на то, что большинство офтальмохирур-

гов предпочитают проводить зондирование по поводу неосложненного стеноза НСП у детей в возрасте 2-4 месяцев (1, 5, 9, 14). Необходимо отметить, что у всех 37 детей с неосложненным дакриоциститом новорожденных рецидива слезостояния не отмечено.

## ВЫВОДЫ

1. Этиопатогенетическим лечением дакриоцистита новорожденных является восстановление оттока слезы, независимо от наличия гнойных осложнений.

2. Раннее зондирование детей при флегмоне слезного мешка обеспечивает выздоровление ребенка в короткие сроки, предотвращает возможные осложнения флегмоны слезного мешка и, в ряде случаев, позволяет избежать проведения общей антибактериальной терапии.

3. У детей с дакриоцистоцеле риск рецидива значительно выше, чем при физиологическом строении НСП, поэтому они требуют дополнительного наблюдения для проведения своевременного лечения.

4. Основными причинами роста распространенности флегмоны слезного мешка являются позднее обращение родителей к специалисту и ошибочная оценка состояния глаза в медицинских учреждениях. Это подчеркивает важность санпросвет работы среди населения и адекватного, своевременного лечения дакриоцистита для предотвращения развития такого грозного осложнения как флегмона слезного мешка.

5. При выявлении стеноза НСП у детей с односторонней флегмоной слезного мешка и дакриоцистоцеле на втором глазу целесообразно проводить зондирование НСП с целью восстановления слезоотведения и предотвращения развития осложнений, вне зависимости от возраста ребенка.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Арестова Н.Н. Дакриоциститы новорожденных. В кн.: Нероев В.В. Избранные лекции по детской офтальмологии. М.: 2009: 9-28.
2. Ашихмина Н.В., Петров С.А., Голубева А.М. Опыт лечения дакриоциститов новорожденных, возникших у детей с врожденной дакриоцистоцеле. В кн.: Нероев В.В., ред. Сборник научных трудов научно-практической конференции с международным участием. Москва 3-5 октября 2012. М.: Апрель 2012; с. 551-553.
3. Белоглазов В.Г. Клиника и лечение дакриоциститов у детей. Методическое письмо. Калинин: 1972.
4. Белоглазов В.Г. Врожденные заболевания слезоотводящих путей. В кн.: Аветисов С.Э., Егоров Е.А., Машетова Л.К., Нероев В.В. Офтальмология: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа 2008: 368-371.
5. Бржеский В.В., Чистякова М.Н., Калинина М.В. Этапность лечебных мероприятий при стенозах носослезного протока у детей. В кн.: Нероев В.В., ред. Сборник научных трудов научно-практической конференции с международным участием. Москва 3-5 октября 2012 г. М.: Издательство Апрель 2012, с. 566-570.
6. Кански Д. Слезоотводящая система. В кн.: Кански Д. Клиническая офтальмология: системный подход. Пер. с англ. М.: Логосфера; 2006: 43-45.
7. Катаргина О.А., Грицюк С.Н. Раннее активное консервативное лечение флегмонозного дакриоцистита у детей. Офтальм. Журн. 1972; 7: 512-514.
8. Малиновский Г.Ф., Моторный В.В. Практическое руководство по лечению заболеваний слезных органов. Минск: Белорусская наука; 2000.
9. Малиновский Г.Ф. Тактика лечения дакриоциститов новорожденных. Медицинские новости. 2005; 2: 40-41.
10. Сайдашева Э.И. Врожденный порок развития слезного мешка как причина развития неонатального дакриоцистита. Российская педиатрическая офтальмология. 2009; 2: 22-25.
11. Сайдашева Э.И. Совершенствование офтальмологической помощи новорожденным детям в условиях мегаполиса: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. СПб.; 2010.
12. Тейлор Д., Хойт К. Слезные органы. В кн.: Тейлор Д., Хойт К. Детская офтальмология. Пер. с англ. М.: БИНОМ; 2007: 99-103.
13. Черкунов Б.Ф. Болезни слезных органов. Самара: ГП «Перспектива»; 2001.
14. Школьник С.Ф., Григорьева И.Н., Шиханов А.О., Школьник Г.С., Шленская О.В. К вопросу о сроках и методах лечения врожденной патологии слезоотводящих путей. Актуальные вопросы детской офтальмологии. Всероссийская научно-практическая конференция (Калуга, 9 декабря) 2011. В кн.: Терещенко А.В., Белый Ю.А. Сборник научных трудов. М.; 2011: 83-86.