

С. А. Коротких, И. А. Клемперт, К. Е. Рыбакова

ТАКТИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДАКРИОЦИСТИТОВ НОВОРОЖДЕННЫХ В ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ДГКБ №9

Уральский государственный медицинский университет
Детская городская клиническая больница №9
г. Екатеринбург

Аннотация

Представлен опыт лечения дакриоциститов в условиях специализированного отделения многопрофильной больницы.

Ключевые слова: дети, дакриоциститы.

Довольно частой патологией придаточного аппарата глаза является дакриоцистит новорожденных — воспаление слезного мешка, развивающееся из-за имеющегося в слезно-носовом канале препятствия оттоку слезной жидкости (слизисто-желатинозной пробки и/или соединительно-тканной мембраны), которое в норме должно исчезнуть к моменту рождения.

За последние десятилетия отмечается увеличение частоты дакриоциститов. Так, если в 60-70-х гг. прошлого столетия среди глазной патологии они встречались в 1% случаев, то уже в 80-90х гг., по данным разных авторов, их частота составила 5% и больше. В офтальмологическом отделении ДГКБ №9 в 2002 году пролечено 428 человек, в 2003-м — 568, в 2004-м — 754, в 2012-м — 1156, в 2013-м — 1086, в 2014-м — 1157 пациентов.

Попадая в конъюнктивальную полость, слеза, омывая поверхность роговицы и конъюнктиву, оттекает в направлении медиального угла глаза по верхнему и нижнему реберным краям век (преимущественно по нижнему), в слезное озеро (lacus lacrimalis).



При мигании поверхностная и глубокая головки претарзальной части круговой мышцы глаза сдавливают ампулу (синус Майера), укорачивают слезные каналы (за счет умень-

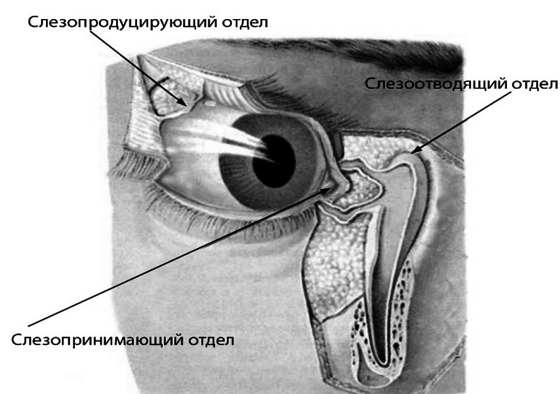


Рис. 1. Схематическое изображение слезоотводящих путей

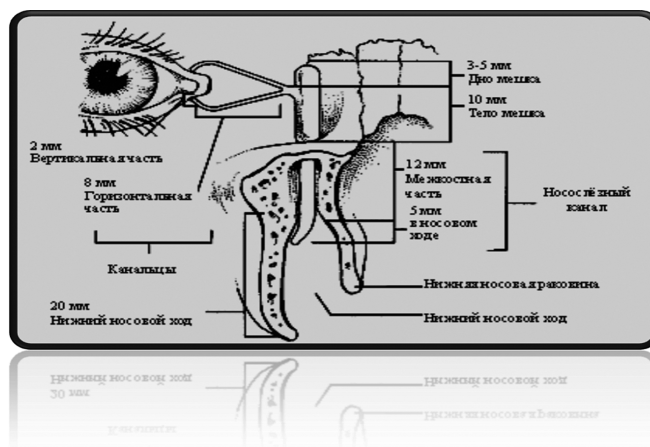
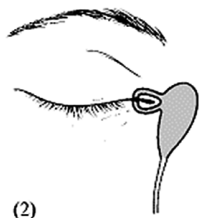


Рис. 2. Механизм оттока слезной жидкости

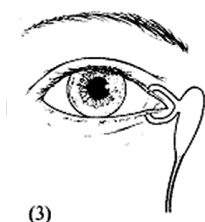
шения их протяженности), сдвигая слезные точки медиально (и погружая их в слезное озеро).

Одновременно с этим пресеапталная часть мышцы (прикрепленная к фасции слезного мешка) сокращается и растягивает мешок, создавая отрицательное давление.

Слезная жидкость поступает в каналцы, ампулу и мешок по градиенту давления, однако следует учитывать и другие силы, способствующие оттоку слезы: капиллярные силы (поступление слезы в слезные каналцы и ее дальнейшее продвижение), сила тяжести и т. д. 70% слезы поступает через нижний каналец, остальная часть — через верхний.



При раскрытии глазной щели происходит расслабление мышц, спадение слезного мешка и поступление слезы в слезно-носовой канал по градиенту давления и под влиянием силы тяжести.



Ранними признаками дакриоцистита новорожденных являются:

- слезостояние;
- слезотечение;
- гнойные выделения из конъюнктивальной полости.

Диагностика заболевания облегчается, если из слезных точек при надавливании на область слезного мешка выделяется слизистое или гнойное содержимое — это кардинальный и легко выявляемый признак дакриоцистита новорожденных.

Для лечения дакриоцистита новорожденных в первую очередь назначают толчкообразный нисходящий массаж слезного мешка и закапывание антибактериальных капель. Если консервативное лечение не дало положительных результатов в течение 2 недель — 1 месяца, то необходимо проводить зондирование слезно-носового канала, лучше в возрасте от 1 до 3-х месяцев.

Правильно проводимый массаж слезного мешка ведет к полному выздоровлению

ребенка без хирургических манипуляций у 1/3 детей в возрасте до 2 месяцев, у 1/5 детей — в возрасте 2-4 месяцев и только у 1/10 детей — в возрасте старше 4 месяцев (Бржевский В. В., 2005).

Поздно выявленные и несвоевременно леченные дакриоциститы новорожденных приобретают хроническое течение, осложняясь множественными плотными сращениями в носослезном протоке, дилатацией, а нередко абсцессом и флегмоной слезного мешка.

Несмотря на многовековой опыт лечения дакриоциститов, проблема патологии слезоотводящих путей на сегодняшний день остается исключительно важной.

Хирургическое лечение. Если правильно выполняемый нисходящий массаж слезного мешка в течение 1-2 недель не приводит к выздоровлению, необходимо провести зондирование слезоотводящих путей, лучше в возрасте ребенка от 1 до 3 месяцев.

Зондирование слезоотводящих путей является одновременно и диагностической процедурой, позволяющей оценить проходимость их, и лечебной, поскольку устраняет непроходимость слезоотводящих путей, разрывая эмбриональную пробку или пленку, восстанавливая проходимость слезоотводящей системы.

Методика: коническими зондами Зихеля бужируют нижнюю или верхнюю слезную точку и зондируют слезный каналец, затем цилиндрическим зондом Боумена 1-2 проводят зондирование слезного мешка и слезно-носового канала (точнее протока). Завершают зондирование слезоотводящих путей обязательным промыванием их. Промывание слезоотводящих путей проводят через верхнюю или нижнюю слезные точки при помощи канюли и шприца. При нормальной проходимости слезоотводящих путей промывная жидкость (физраствор) свободно проходит в носоглотку.

Мы в отделении последние 20 лет используем модификацию классического метода зондирования слезоотводящих путей — исключен этап с использованием цилиндрического зонда Боумена в связи с излишней травматизацией стенок слезных путей.

Флегмоны слезного мешка в детской офтальмологии встречаются, как правило, в возрасте 1-4-х месяцев и являются осложнением дакриоцистита новорожденных либо

(реже) развиваются в первую неделю жизни как следствие врожденного гидропса — патологии, при которой слезный мешок не сообщается ни со слезно-носовым каналом (как при дакриоцистите новорожденных), ни со слезными канальцами.

Для флегмоны слезного мешка характерны:

- отек и гиперемия век;
- локальная припухлость в проекции слезного мешка;
- отсутствие гнойного отделяемого из слезных путей при восходящем массаже;
- но при этом самочувствие ребенка и температура тела довольно длительное время остаются нормальными.

В отделении МХГ ДГКБ №9 применяем в практике малоинвазивный метод лечения — дренирование слезного мешка через слезные канальцы, т.е. через естественные пути оттока. Под местной анестезией (раствор инкаина однократно эпibuльбарно) расширяем коническими зондами №№ 1, 2, 3 нижний (или верхний) слезный каналец, входим в слезный мешок и опорожняем его по зонду с помощью восходящего массажа.

В последующие 1-2 дня проводится восходящий массаж 3 раза в день до полного опорожнения слезного мешка с последующим закапыванием антибактериальных препаратов (чаще всего тобрекс, флоксал) в конъюнктивальную полость. При необходимости (в случае подъема температуры, изменений в общем анализе крови) подключается общая антибактериальная терапия.

В 2012 году пролечено 12 флегмон слезного мешка, в 2013-м — 10, в 2014-м — 13.

Редко, но мы сталкиваемся с рецидивами флегмоны слезного мешка, которые чаще всего связаны с патологическими процессами в полости носа. При этом не всегда на обычном приеме врача отоларинголога в поликлинике удается выявить патологию со стороны носовой полости.

У части больных, которым было проведено зондирование слезных путей с положительным результатом, имелась кратковременная ремиссия. Жалобы на слезотечение, слезостояние через короткий период возобновлялись.

Таким пациентам приходится прибегать к интубации слезных путей. Учитывая возраст наших пациентов, мы используем наиболее

щадящий метод — эндоназальное эндоскопическое стентирование слезных путей.

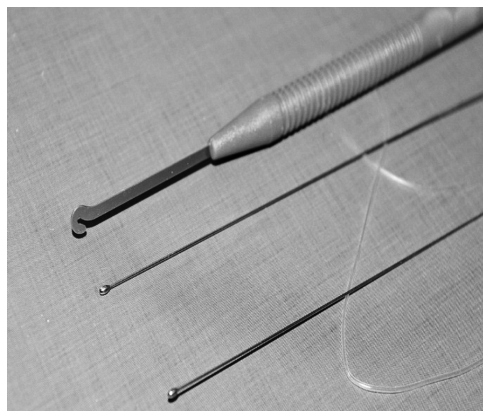
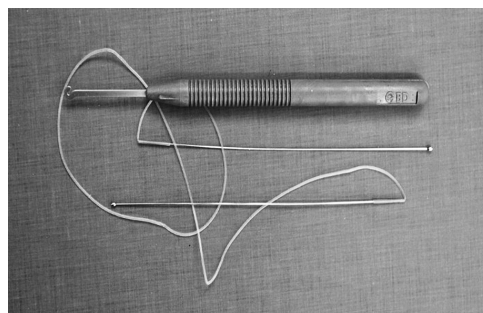
Данная процедура выполняется совместно с врачами отоларингологами в их операционной.

Предоперационное обследование включает в обязательном порядке КТ орбит и придаточных пазух носа.

Оперативное вмешательство выполняется в положении лежа под эндотрахеальным наркозом с ИВЛ.

Для стентирования слезных путей мы используем комплект для лакримальной интубации с устройством извлечения. Набор включает:

- зонд из нержавеющей стали 0,4 мм * 11 мм с оливообразным наконечником;
- силиконовая трубка длиной 35 см, диаметром 0,64 мм, — крючок для захвата нити в носу.



Ход операции:

1) Эндоскопия носовых ходов с их тщательной анемизацией.

2) Промывание слезных путей физраствором. Затем через нижнюю слезную точку проводится стент, который вытягивается из нижней носовой раковины.

3) Концы силиконовой нити завязываются двумя узлами, которые погружаются в полость носа (в нижнюю носовую раковину).



Срок нахождения нити в носослезном канале составляет 3 месяца.

Все пациенты приезжают на контрольный осмотр через 1 месяц после стентирования (их осматривает как лор-врач, так и офтальмолог).

Через 3 месяца силиконовая нить извлекается из слезоотводящих путей.

Функция слезоотведения восстанавливается полностью.

Выводы:

1. Данные методики позволяют добиться полного восстановления проходимости слезных путей.

2. Методика используется у детей первых двух лет жизни, когда зондированием можно восстановить проходимость слезных путей, но при рецидивах для закрепления эффекта от процедуры проводится стентирование.

3. При рецидивах дакриоцистита причиной часто является патология со стороны ЛОР органов, в связи с чем такие дети должны более тщательно обследоваться отоларингологом.

**И. В. Лаврентьева, Т. А. Обоскалова, А. В. Сулимов,
О. В. Прохорова, С. В. Пустынникова**

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЦИКЛИЧЕСКОГО ВИТАМИННО- МИНЕРАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА В КОРРЕКЦИИ ГИПОТАЛАМИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА У ДЕВОЧЕК

*Уральский государственный медицинский университет
Детская городская клиническая больница №9
г. Екатеринбург*

Аннотация

В настоящей работе приведены результаты применения БАДа «Цикловита» в комплексном лечении пациенток с гипоталамическим синдромом пубертатного периода. Применение витаминов и минералов в циклическом режиме способствовало восстановлению менструального цикла до нормального в группе, применявшей «Цикловиту», кроме того, в этой группе пациенток нормализовалось соотношение гонадотропинов, уменьшился объем яичников до нормы. Обследование по методике САН показало рост среднего балла по шкале «настроение», «активность» и «самочувствие».

Ключевые слова: гипоталамический синдром, подростки, циклическая витаминотерапия.

Расстройства менструаций являются наиболее часто встречающейся гинекологической патологией. Большинство исследователей подчеркивают значимость гипоталамуса в вышеуказанных нарушениях репродукции человека. Гипоталамическая дисфункция обуславливает многообразные типы нарушений: нейроэндокринные, нейротрофические, мотивационные, вегетативно-сосудистые, терморегуляционные,

неврологические расстройства, нарушения сна и изменения в психической сфере [3, 6, 7, 10]. Клиника дисфункции гипоталамуса включает несколько симптомокомплексов, являющихся критерием диагностики гипоталамического синдрома пубертатного периода (ГСПП), каждый из которых требует коррекции [3, 5, 6, 10]. Разнообразие жалоб и симптомов определяет трудности в лечении ГСПП. Применяют