

Материал и методы. По данным ОМХГ, за 2018 год поступило 412 (636 глаз) детей по поводу дакриоцистита новорожденных, вторичный дакриоцистит выявлен у 43 (10,43%) детей; 146 (35,43%) детей – в возрасте от 6 мес. до 1 года и 223 (54,12%) ребенка – от 1 до 6 мес.; повторное промывание – 40 (9,7%) детей – от 6 мес. и старше.

Варианты дакриоциститов в зависимости от причин возникновения распределились следующим образом: первичные (82%), вторичные (17%), дакриоцистоцеле (1%).

Среди жалоб отмечались: гнойное отделяемое, слезотечение, слезостояние одного или обоих глаз.

При наружном осмотре проводилась оценка наличия слезостояния или слезотечения в спокойном состоянии ребенка: положение век, реберного края век, рост ресниц, наличие складки нижнего века (у пухлых детей, детей с монголоидным типом лица), которая сопровождается слезостоянием. При оценке состояния кожи век и в проекции слезного мешка отмечалось наличие гиперемии кожи, инфильтрации тканей, флюктуация в области слезного мешка, отёк, разлитая гиперемия кожи или припухлость в области слезного мешка.

В целях диагностики определялось наличие и особенности строения слезных точек. Нередко у детей одна или все слезные точки отсутствуют или закрыты зародышевой пленкой. Кроме того, проводилась компрессионная проба слезного мешка для оценки характера и количества выделений из слезных точек и слезного мешка.

Особое внимание уделялось функциональной диагностике. С этой целью оценивалась проходимость слезных путей цветными пробами (канальцевая и носовая). Лабораторная диагностика включала микробиологическое исследования мазков, соскобов и посевов отделяемого. При выявлении патогенной флоры – исследовалась ее чувствительность к антибиотикам.

Так, при микробиологическом исследовании конъюнктивального отделяемого, выделений из слезного мешка детей с дакриоциститом новорожденного более чем у 95% детей были обнаружены патогенные стафилококки (95%), реже – стрептококк (3%) и даже синегнойная палочка (2%).

Лечение дакриоциститов новорожденных проводилось в два этапа: консервативная терапия ДН включала массаж слезного мешка, дезинфицирующую и антибактериальную терапию.

Хирургическое лечение сопровождалось зондированием слезно-носового канала с промыванием слезоотводящих путей.

Показаниями к зондированию и промыванию слезных путей являлось наличие врожденной непроходимости слезоотводящих путей.

Среди противопоказаний к зондированию и промыванию слезных путей выделены абсолютные: острые респираторные заболевания, острые воспалительные заболевания уха, горла, носа, тяжелая общая соматическая патология в стадии некомпенсации. И относительные: многократные и неэффективные зондирования и промывания слезоотводящих путей, атония слезоотводящих путей.

Осложнения зондирования слезоотводящих путей у новорожденных и детей раннего возраста составили: носовые кровотечения (тампонирование носового хода) (54%), перфорация стенки слезного канальца с отеком века (0,5%), без осложнений (45,5%).

Таким образом из 100% детей с ДН дети от 1 до 6 мес. составили 54,12%, дети в возрасте от 6 мес. до 1 года составили 35,43%, вторичный ДН был выявлен у 10,43%, проведение компрессионной пробы в 100% подтверждало наличие ДН, дополнительные лабораторные и топические диагностические пробы в 100% подтверждали наличие ДН, при анализе эффективности хирургического лечения повторные промывания составили 9,7%

В целях преемственности в работе неонатологов, педиатров и офтальмологов разработаны методические рекомендации, включающие знание клинических критериев ДН, назначение консервативной терапии и локального массажа в течение недели, при отсутствии эффекта – направление ребенка к офтальмологу и отоларингологу.

Немаловажное значение имеют рекомендации родителям: обращать внимание на одностороннее слезостояние и отделяемое различного характера, немедленное обращение к офтальмологу, при невозможности – к педиатру, не заниматься самолечением.