

КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

© ГАЛЕЕВА Г.З., САМОЙЛОВ А.Н., 2015

УДК 617.764.6-002-036.1-02-08

Галеева Г.З.^{1,2}, Самойлов А.Н.¹

ПРИБОРЕТЕННЫЕ ДАКРИОЦИСТИТЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА: КЛИНИКА, ЭТИОЛОГИЯ, ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ

¹ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, 420012, Казань, РФ; ²ГБУЗ «Детская республиканская клиническая больница» Министерства здравоохранения Республики Татарстан, 420138, Казань, РФ

Приведена характеристика дакриоциститов у детей раннего возраста, причины их развития. Доказана необходимость различной тактики ведения врожденных и приобретенных дакриоциститов у детей раннего возраста. Определена наиболее характерная клиническая картина приобретенных дакриоциститов, этиологическая структура возбудителей и их чувствительность к антибактериальным препаратам. Представлена наиболее эффективная тактика ведения приобретенных дакриоциститов у детей раннего возраста с отказом от неоднократных зондирований слезоотводящих путей, применением лечебных промываний и санации носоглотки.

Ключевые слова: приобретенный дакриоцистит; зондирование; слезоотводящие пути; эпифора

Для цитирования: Российская педиатрическая офтальмология. 2015; 3: 5-7.

Для корреспонденции: Галеева Гузель Закировна, e-mail: guzel-@list.ru

Galeeva G.Z.^{1,2}, Samoilov A.N.¹

ACQUIRED DACRIOCYSTITES IN THE YOUNG CHILDREN: THE CLINICAL FEATURES, ETIOLOGY, TREATMENT STRATEGY

¹Kazan State Medical University, Russian Ministry of Health, 420012, Kazan, Russia; ²State Medical Institution "Children's Clinical Hospital", Ministry of Health of the Republic of Tatarstan", 420138 Kazan, Russia

This paper is focused on the characteristics of dacriocystitis in the young children with special reference to the causes underlying their development. It substantiates the necessity of different strategies for the treatment of congenital and acquired dacriocystitis in the young children. The most characteristic clinical picture of acquired dacriocystitis is described along with the etiological structure of pathogenic agents and their sensitivity to antibacterial preparations. The most efficacious strategy for the treatment of acquired dacriocystitis in the young children is proposed that includes sanitation of the nasopharynx and therapeutic lavage; it thereby allows to avoid repeated catheterization of lachrymal passages.

Key words: acquired dacriocystitis; probing; lacrimal passages; epiphora

Citation: Rossiyskaya pediatricheskaya oftal'mologiya. 2015; 3: 5-7.

Correspondence to: Galeeva Guzel' Zakirovna, e-mail: guzel-@list.ru

Received 17.04.15

Дакриоциститы в детском возрасте встречаются достаточно часто. По данным статистики детских глазных учреждений Москвы и Санкт-Петербурга, дакриоциститы составляют от 7 до 14% глазной заболеваемости [1]. Примерно такие же данные приводят Н.Ф. Боброва и соавт. [2]. По данным этих авторов, эта патология составляет 5–7,3% всех первичных поликлинических больных детского возраста.

Принято считать, что основной причиной развития дакриоциститов у детей является врожденная непроходимость слезоотводящих путей.

В зависимости от причин и сроков развития Е.И. Ковалевский предложил выделять первичные (врожденные) и вторичные (приобретенные) дакриоциститы [3]. Первичные дакриоциститы традиционно принято называть дакриоциститом новорожденного. Причина их, на самом деле, в подавляющем боль-

шинстве случаев состоит в наличии эмбриональной пленки в слезо-носовом канале. У детей в возрасте до 1 года они успешно лечатся офтальмологами с применением массажа, промывания и зондирования слезоотводящих путей на фоне применения антибактериальных средств [4].

Приобретенные дакриоциститы развиваются в более старшем возрасте (от 1 года до дошкольного возраста). Причины их более разнообразны. Важную роль в развитии данного заболевания играют как воспаление носа и придаточных пазух, конъюнктивы и слезных канальцев, так и патогенность возбудителя и общее состояние организма [5].

Приобретенные дакриоциститы, на наш взгляд, имеют длительное, торпидное течение, трудно поддаются терапии. Данное заболевание требует от офтальмолога выбора другой тактики, отличающейся

Этиологическая структура приобретенного дакриоцистита у детей раннего возраста

Возбудители	Абс.	%
<i>S. epidermidis</i>	26	54,2
<i>S. aureus</i>	6	12,5
Дрожжи	2	4,1
<i>S. viridans</i>	2	4,1
<i>H. influenzae</i>	1	2,1
<i>H. saprofiticus</i>	1	2,1
<i>S. haemolyticus</i>	1	2,1
Патогенной микрофлоры не выделено	9	18,8

от ведения пациентов с дакриоциститом новорожденных.

Однако, на наш взгляд, тактика ведения данных больных не отработана. Многие офтальмологи лечат вторичные дакриоциститы по схеме лечения дакриоцистита новорожденных, продолжая неоднократно зондировать слезоотводящие пути и назначая антибактериальную терапию эмпирическим путем. Данная тактика, по нашему мнению, не дает ожидаемого результата. Детей продолжает беспокоит эпифора и выделения из слезоотводящих путей. Однако в современной медицинской литературе мало внимания уделено приобретенным дакриоциститам у детей. Нами встречены лишь короткие единичные сообщения по данному вопросу.

Б.Ф. Черкунов в своей монографии по заболеваниям слезных органов рекомендует при лечении катарального дакриоцистита воздержаться от зондирования слезоотводящих путей, так как, во-первых, при этой форме заболевания слезо-носовой канал, как правило, проходим, а во-вторых, повторные зондирования слезоотводящих путей приводят к их рубцеванию и ухудшают состояние пациента [5].

Цель исследования: выработка эффективной тактики ведения детей раннего возраста с приобретенным дакриоциститом.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 48 детей с приобретенным дакриоциститом в возрасте от 1 года до 3-х лет. У всех наблюдаемых детей жалобы на эпифору и скудное отделяемое из слезоотводящих путей появилось не с рождения, а ближе к возрасту 1 года или позже. В анамнезе у них не было дакриоцистита новорожденных, все дети наблюдались с приобретенным дакриоциститом. При этом следует отметить, что дети не страдали хроническими заболеваниями ЛОР-органов и не состояли на учете у отоларинголога.

Нами были проведены клинические исследования для определения наиболее характерной клинической картины приобретенного дакриоцистита у детей раннего возраста. Выделены возбудители заболевания и их чувствительность к антибактериальным препаратам. В дальнейшем всем детям из наблюдаемой группы проведено лечение по наиболее эффективной на наш взгляд тактике с применением этиотропной антибактериальной терапии и определены ее результаты.

Методы исследования.

– **Клинические:** анамнез, осмотр глаза и его придатков, проведение канальцевой и носовой проб,



Суммарная чувствительность к антибактериальным препаратам (в %) возбудителей вторичного катарального дакриоцистита у детей раннего возраста.

диагностическое промывание слезоотводящих путей, консультация отоларинголога.

– **Микробиологические:** выявление возбудителей, идентификация видов микроорганизмов по общепринятым методикам. Забор биологического материала производился из конъюнктивальной полости после промываний слезоотводящих путей.

– **Определение чувствительности** микроорганизмов к антибактериальным препаратам соответственно Методическим указаниям МУК 4.2.1890-04 [6]. Чувствительность определялась только к антибиотикам, применяющимся местно в офтальмологии.

– **Статистическая обработка данных** на ПЭВМ с применением статистических функций пакета прикладных программ Microsoft Excel.

Методы лечения.

Промывание слезоотводящих путей с антибактериальным препаратом с добавлением 0.2 мл суспензии гидрокортизона 3–5 раз. Для промываний использовали глазные капли левифлоксацина 0,5%. Данный препарат выбран в связи с хорошей суммарной чувствительностью к нему возбудителей (90%), наличием бактерицидного действия и сложного механизма формирования лекарственной устойчивости к данному препарату.

Первое диагностическое промывание слезоотводящих путей проводили через нижнюю слезную точку, последующие лечебные промывания – через верхнюю слезную точку при горизонтальном положении канюли.

После 3-х промываний и при отсутствии клинического выздоровления производили забор биологического материала из носоглотки на посев и определяли чувствительность к антибактериальным препаратам. Затем проводили консультацию отоларинголога для подтверждения санации носоглотки при выявлении носительства патогенной флоры. Для санации применяли такие препараты, как полидекса, солевые растворы для интраназального применения.

Результаты и обсуждение. У всех наблюдаемых нами детей приобретенный дакриоцистит протекал

по типу катарального. Постоянное слезостояние отмечалось у 18 (37,5%) детей, непостоянное (на улице, на холоде) у 30 (62,5%). Скудное белое отделяемое при компрессии слезного мешка определялось у 34 (70,8%) пациентов. Канальцевая проба была нормальной у всех детей (48 человек, 100%). Носовая проба была нормальной у 7 (14,6%) человек, замедленной у 41 (85,4%) человека. При промывании слезоотводящих путей слезный канал был пассивно проходим у всех детей.

Этиологическая структура возбудителей, выделенных из слезоотводящих путей обследованных нами детей, указана в таблице. Она представлена 7-ю видами возбудителей, ведущими из них являются *S. epidermidis* (54,2%) и *S. aureus* (12,5%). Посевы были стерильными у 18,8% детей.

Суммарная чувствительность к антибактериальным препаратам возбудителей, выделенных из слезного мешка у детей с приобретенным катаральным дакриоциститом, представлена на рисунке.

Наибольшая чувствительность возбудителей была определена к левофлоксацину (90%), ципрофлоксацину (86,7%) и хлорамфениколу (86,7%).

Анализ результатов лечебного промывания слезоотводящих путей с левофлоксацином и гидрокортизоном показал их эффективность у 38 (79,2%) детей. У данной группы пациентов после 3-х лечебных промываний наступило клиническое выздоровление. Следует отметить, что даже если отсутствие жалоб на слезостояние и выделения из слезоотводящих путей отмечались после первого или второго промывания, их количество доводилось до 3-х раз. У 10 (20,8%) детей на фоне 3-х лечебных промываний сохранялись жалобы на слезостояние и отделяемое из слезоотводящих путей. У этих детей был проведен посев биологического материала из носоглотки на микрофлору. Определено носительство *S. aureus*. Данной группе детей количество лечебных промываний слезоотводящих путей увеличено до 5 и проведена санация носоглотки после консультации отоларинголога. Указанные мероприятия привели к клиническому выздоровлению всех детей.

Выводы

1. Приобретенный дакриоцистит у детей раннего возраста протекает по типу катарального с сохранением пассивной проходимости слезоотводящих путей.

2. Ведущими возбудителями приобретенного катарального дакриоцистита у детей раннего возраста являются *S. epidermidis* (54,2%) и *S. aureus* (12,5%).

3. Наиболее эффективной тактикой ведения детей с приобретенным катаральным дакриоциститом является отказ от зондирования слезоотводящих путей и назначение неоднократных лечебных промываний (3–5 процедур) с левофлоксацином 0,5% с добавлением гидрокортизоновой суспензии и санирование носоглотки после посева на микрофлору, и консультации отоларинголога у детей с упорным течением заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пеньков М.А., Зубарев С.Ф. Дакриоцистит новорожденных. *Фельдшер и акушерка*. 1985; 9: 12–3.
2. Боброва Н.Ф., Чумак Н.Н., Верба С.А. Лечение дакриоцистита новорожденных. В кн.: *Материалы республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы офтальмологии»*. Уфа; 1994; 27.
3. Ковалевский Е.И. *Офтальмология: Учебник*. М.: Медицина; 1995.
4. Арестова Н.Н., Катаргина Л.А. Алгоритм оперативного и медикаментозного лечения дакриоцистита новорожденных. *Российская педиатрическая офтальмология*. 2013; 1: 50–2.
5. Черкунов Б. Ф. *Болезни слезных органов*. Самара: ГП «Перспектива»; 2001.
6. *Методические указания по определению чувствительности микроорганизмов к антибиотикам методом диффузии в агар с использованием дисков*. М.; 1983.

Поступила 17.04.15

REFERENCES

1. Pen'kov M.A., Zubarev S.F. Neonatal dacryocystitis. *Fel'dsher i akusherka*. 1985; 9: 12–3. (in Russian)
2. Bobrova N.F., Chumak N.N., Verba S.A. Treatment of neonatal dacryocystitis. In: *Materials of Republican Scientific-practical Conference "Actual Problems of Ophthalmology"*. [Lechenie dakriotsistita novorozhdennykh. Materialy Respublikanskoy Nauchno-Prakticheskoy Konferentsii "Aktual'nye Problemy oftal'mologii"]. Ufa; 1994; 27 (in Russian).
3. Kovalevskiy E.I. *Ophthalmology: A Textbook*. [Oftal'mologiya: Uchebnik]. Moscow: Meditsina; 1995. (in Russian).
4. Arestova N.N., Katargina L.A. The algorithm of surgical and medical treatment of dacryocystitis of newborns. *Rossiyskaya pediatricheskaya oftal'mologiya*. 2013; 1: 50–2. (in Russian)
5. Cherkunov B.F. *Diseases of the Lacrimal Organs*. [Bolezni slезnykh organov]. Samara: GP "Perspektiva"; 2001. (in Russian)
6. *Guidelines to Determine the Susceptibility of Microorganisms to Antibiotics by the Agar Diffusion Using Discs*. [Metodicheskie Ukazaniya po Opredeleniyu Chuvstvitel'nosti mikroorganizmov k Antibiotikam Metodom Diffuzii v agar s Ispol'zovaniem Diskov]. M., 1983 (in Russian)