

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2016

УДК 617.711-002+617.764.6-002]-036.1-08

Арестова Н.Н., Катаргина Л.А., Яни Е.В.

КОНЬЮНКТИВИТЫ И ДАКРИОЦИСТИТЫ У ДЕТЕЙ: КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА, СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

ФГБУ «Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца» Минздрава России, 105062, Москва, РФ

Конъюнктивиты и дакриоциститы являются наиболее частыми заболеваниями глаз у детей, особенно раннего возраста. Подход к их лечению имеет свои особенности. Лечение конъюнктивитов – местное медикаментозное (антибактериальное, противовирусное, противоаллергическое) зависит от этиологии заболевания. Современным стратегическим направлением антибактериальной терапии конъюнктивитов является применение новых антибиотиков (например, хинолоновых), к которым мало резистентных штаммов. Для усиления действия лекарственных препаратов целесообразно форсированное введение их, использование глазных форм пролонгированного действия, комплексных препаратов и медикаментов сочетанного действия. Основное лечение дакриоциститов – хирургическое восстановление проходимости слезоотводящих путей – зондирование их в сочетании с антибактериальным местным лечением для купирования воспалительного процесса в слезном мешке и санации всей слезоотводящей системы в целом. Местная антибактериальная терапия должна назначаться с учетом сдвигов в эпидемиологическом спектре бактериальной офтальмоинфекции у детей в последние годы – рост резистентных штаммов, сдвиг в сторону грамотрицательных возбудителей.

Ключевые слова: дети; воспалительные заболевания; конъюнктивит; дакриоцистит; антибактериальные препараты.

Для цитирования: Арестова Н.Н., Катаргина Л.А., Яни Е.В. Конъюнктивиты и дакриоциститы у детей: современные возможности лечения. *Российская педиатрическая офтальмология*. 2016; 11(4): 200-206. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1993-1859-2016-11-4-200-206>.

Для корреспонденции: Арестова Наталья Николаевна, доктор медицинских наук, доцент, ведущий научный сотрудник отдела патологии глаз у детей «ФГБУ МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца» Минздрава России, 105062, Москва. E-mail: 1) arestovann@gmail.com; 2) info@igb.ru

Аrestova N.N., Katargina L.A., Yani E.V.

CONJUNCTIVITIS AND DACRYOCYSTITIS IN THE CHILDREN: THE CLINICAL CHARACTERISTIC AND MODERN APPROACHES TO THE TREATMENT

The Helmholtz Moscow Research Institute of Eye Diseases, Russian Ministry of Health, Moscow, 105062, Russian Federation

Conjunctivitis and dacryocystitis are the most frequent eye diseases in the children, especially in those of the early age. The approaches to its treatment are characterized by a number of peculiarities. Conjunctivitis is most often treated with the use of local medications (including antibacterial, antiviral, and anti-allergic preparations) depending on the etiology of the disease. The modern strategy of antibacterial therapy of conjunctivitis is based on the application of the new antibiotic agents of the quinolone class to which only a small number of the strains of microorganisms exhibit resistance. To enhance the action of such pharmaceutical products, their accelerated administration is required together with the use of long-acting eye medicines and medications possessed of the combined action. The principal treatment modality for the management of dacryocystitis is the surgical restoration of the patency of the lacrimal drainage system by the probing of the lacrimal ducts in the combination with the local antibiotic treatment for the elimination of the inflammatory process in the lacrimal sac and sanitation of the entire lacrimal drainage system. The local antibacterial therapy should be prescribed taking into consideration the shifts in the epidemiological spectrum of the bacterial ophthalmic infections in the children that have been documented during the recent years, in the first place the rise in the occurrence of resistant strains associated with the tendency toward the prevalence of the Gram-negative pathogens.

Keywords: children; inflammatory diseases; conjunctivitis; dacryocystitis; antibacterial preparations.

For citation: Arestova N.N., Katargina L.A., Yani E.V. Conjunctivitis and dacryocystitis in the children: the clinical characteristic and modern approaches to the treatment. *Rossiyskaya pediatricheskaya oftal'mologiya (Russian pediatric ophthalmology)* 2016; 11(4): 200-206. (in Russian). DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1993-1859-2016-11-4-200-206>

For correspondence: Arestova Nataliya Nikolaevna, doctor med. sci., associate professor, leading research scientist for the Department of Eye Pathology in Children, The Helmholtz Moscow Research Institute of Eye Diseases, Russian Ministry of Health, Moscow, 105062, Russian Federation. E-mail: arestovann@gmail.com (1); info@igb.ru (2)

Conflict of interests: The authors declare no conflict of interests.

Funding: The study had no sponsorship.

Received: 25 September 2016

Accepted: 30 September 2016

В структуре глазной заболеваемости у детей воспалительные заболевания глаз и их придатков составляют 24,3% [1]. По данным амбулаторного приема отдела инфекционных и аллергических заболеваний глаз Московского НИИ глазных болезней им. Гельмгольца, в настоящее время среди бактериальных поражений глаз у взрослых пациентов и детей преобладают конъюнктивиты (68,1%) и блефариты (24,2%), реже выявляются кератиты (5%) и дакриоциститы (2%). У детей до 4-летнего возраста конъюнктивиты составляют до 30% всей глазной патологии. По данным литературы, дакриоцистит выявляется у 2–4% новорожденных; у 19% недоношенных детей; у 6,5% детей первого года жизни [2–5].

Значительная частота и распространенность у детей инфекционных конъюнктивитов, дакриоциститов, особенно хронических, и сложности в их лечении связаны с достаточно частой резистентностью патогенной микрофлоры к современным противомикробным препаратам [2, 6–9]. Кроме того, лишь немногие препараты, традиционно используемые в таких случаях у взрослых, разрешены к применению у детей, особенно раннего возраста [10].

Цель настоящей работы – на основании собственного опыта диагностики и лечения воспалительных заболеваний передней поверхности глаза пациентов Московского НИИ глазных болезней им. Гельмгольца и данных современной литературы, кратко изложить клинические особенности конъюнктивитов и дакриоциститов у детей и принципы назначения местной антибактериальной терапии с учетом сдвигов в эпидемиологическом спектре бактериальной офтальмоинфекции у детей в последние годы.

Конъюнктивит

Конъюнктивит – это воспалительная реакция конъюнктивы на различные воздействия, характеризующаяся отеком и зудом век, гиперемией и отеком слизистой, гнойным или слизистым отделяемым с конъюнктивы, образованием фолликулов или сосочков на конъюнктиве, иногда осложняется поражением роговицы с нарушением зрения.

Хотя клиническая картина конъюнктивита достаточно известна, офтальмологи и педиатры недостаточно знают особенности различных клинических форм конъюнктивитов у детей, а неправильная диагностика чревата неверным выбором препаратов для лечения.

Различают следующие этиологические формы конъюнктивитов: вирусные (аденовирусные, герпесвирусные, энтеровирусные); бактериальные (вызванные синегнойной палочкой, гонококком, стафилококком, пневмококком и др.); хламидийные; грибковые; аллергические (весенний катар, поллинозный, крупнопиллярный, лекарственная аллергия, хронический аллергический), «сухой» конъюнктивит [2, 9, 11].

Для эффективного лечения конъюнктивитов у детей офтальмологи и перинатологи должны знать клинические особенности различных клинических форм и принципы адекватной терапии.

К лабораторным методам диагностики практические врачи прибегают обычно в случаях неэффективности лечения, назначенного эмпирически [6].

Так, *бактериоскопия* мазков с конъюнктивы с окрашиванием по Граму может выявить внутриклеточные грамотрицательные диплококки, что подтвердит диагноз гонококкового конъюнктивита, с окрашиванием по Романовскому–Гимзе – может выявить цитоплазматические включения хламидий, так называемые тельца Провачека–Гальбершtedтера, что установит хламидийный характер конъюнктивита.

Бактериологические исследования посева отделяемого из глаз на питательные среды и определение чувствительности к антибиотикам особенно важны при неэффективном лечении хронических бактериальных воспалений передней поверхности глаза.

Цитологическое исследование соскоба с конъюнктивы обнаружит большое количество нейтрофилов, без изменений эпителиальных клеток при бактериальных конъюнктивитах.

Иммунологические и серологические исследования используются для выявления антител к бактериальным аллергенам: метод иммуноферментного анализа – МФА, метод флюоресцирующих антител – МФА, с использованием высокоспецифичных моноклональных антител (МКАТ).

Наиболее частыми причинами развития тяжелых конъюнктивитов у детей раннего возраста являются гонобленнорея и офтальмохламидиоз.

Гонококковый конъюнктивит (гонобленнорея) вызывается гонококком (*Neisseria gonorrhoea*). Инфицирование чаще происходит при прохождении плода через родовые пути больной гонореей матери или позднее – контактным путем через руки, предметы общего пользования. Начинается заболевание остро, поражает оба глаза, быстро прогрессирует, характеризуется резко выраженным отеком и гиперемией век, покраснением глаз, обильным гнойным отделяемым, у половины детей за 1–2 дня ведет к поражению роговицы, вплоть до язв роговицы (рис. 1, см. вклейку). Поэтому необходимо немедленно начать лечение, включающее промывание конъюнктивальной полости 2% раствором борной кислоты, а также инстилляцию антибиотиков хинолонового ряда. Препарат выбора – левофлоксацин (Офтаквикс, Сигницеф) или цiproфлоксацин (Ципромед) форсированно или по 2 капли 8–10 раз в день [2, 9, 10].

Хламидийный конъюнктивит вызывается внутриклеточными бактериями со свойствами вирусов и бактерий – *Chlamydia trachomatis* (серотипы D–K). До 40% всех конъюнктивитов новорожденных – хламидийные. Заражение ребенка происходит во время родов у половины инфицированных хламидиями беременных женщин. В отли-

чие от гонобленнореи, хламидийный конъюнктивит начинается чаще всего постепенно, с поражения одного глаза на 5–10-й день после рождения. Отмечается отек век, вплоть до опущения века, покраснение глаза, слизисто-гнойное отделяемое с примесью крови, сосочковая гиперплазия конъюнктивы, образование пленок, с 4-й недели – выявляются характерные ряды фолликулов в нижнем своде конъюнктивы (рис. 2, см. вклейку). Нередко имеется выраженная околоушная лимфаденопатия, отит, энтерит, хламидийная пневмония.

Эпидемический хламидийный конъюнктивит (банный или бассейнный) также чаще поражает только один глаз, но протекает более доброкачественно, чем у новорожденных. Проявляется в виде гиперемии, отека, инфильтрации и умеренного фолликулеза конъюнктивы, небольшого слизисто-гнойного отделяемого, редко поражает роговицу, возможно самовыздоровление.

Основные пути передачи хламидийной инфекции – половой и контактный, возбудитель проникает через эпителий слизистой оболочки мочеполовых органов, конъюнктивы глаз. Под влиянием возбудителя и его токсинов развивается местный воспалительный процесс (уретрит, цервицит, конъюнктивит и т. д.). Хламидийная инфекция глаза представляет собой важную социально-экономическую проблему, так как болеют в основном лица молодого, активного, трудоспособного возраста. В последнее время отмечается омоложение контингента больных (15–18 лет) за счет раннего начала половой жизни.

В качестве терапии назначают антибактериальные глазные капли хинолонового ряда – левофлоксацин (Офтаквикс, Сигницеф), цiproфлоксацин (Ципромед), офлоксацин (Флоксал) форсированно или по 2 капли 8–10 раз в день, по 2 капли 6 раз в день [9,11]. Высокая клиническая эффективность и безопасность препарата левофлоксацин (Офтаквикс), даже в случаях резистентности к офлоксацину и цiproфлоксацину, позволяет рекомендовать его к широкому применению у детей в возрасте старше 1 года при лечении хронических конъюнктивитов хламидийной и бактериальной этиологии [8]. Для пролонгации терапевтического эффекта местных антибиотиков возможно назначение глазной мази офлоксацин (Флоксал) 2–3 раза в день.

Стафилококковый конъюнктивит – одно из наиболее частых острых заболеваний глаз у детей. Начало заболевания, как правило, острое, но бывает и постепенное. Чаще поражаются оба глаза, отмечается умеренный отек и гиперемия век, покраснение глаза, большое количество гнойного отделяемого (рис. 3, см. вклейку). В качестве терапии назначают антибактериальные глазные капли широкого спектра действия (аминогликозиды и хинолоны, например тобрамицин и левофлоксацин) по 2 капли от 3 до 8 раз в день в зависимости от степени тяжести. Следует отметить, что эффект

от проводимой терапии должен проявиться уже в первые сутки от начала лечения.

Особой тяжестью течения отличаются **бактериальные офтальмоинфекции, вызванные синегнойной палочкой**. Факторами риска развития заболевания являются травмы, операции. Синегнойная инфекция может осложнять течение другого воспалительного процесса. Начало заболевания острое, очень бурное и быстрое, с поражением чаще всего одного глаза и возможным вовлечением в процесс роговицы. Клинически заболевание проявляется выраженным отеком и гиперемией конъюнктивы, хемозом, наличием вязкого слизисто-гнойного отделяемого (рис. 4, см. вклейку). Учитывая стремительное развитие синегнойной инфекции, для профилактики вовлечения в процесс роговицы, необходимо как можно раньше начать форсированную антибактериальную терапию. Выбор антибактериального препарата осуществляется эмпирически, необходимо сочетание антибактериальных глазных капель различных фармакологических групп, например хинолоны и аминогликозиды и др. (Ципромед или Сигницеф или Офтаквикс + Неттацин или Азидроп). В первые сутки заболевания глазные капли назначают каждые 2 часа, чередуя антибактериальные препараты различных фармакологических групп.

Очень часто «красный глаз» у детей не является показанием к назначению местной антибактериальной терапии. Существует спектр заболеваний, при которых назначение инстилляций антибактериальных глазных капель не только нецелесообразно, но и вредно. В частности, к таким заболеваниям относятся: аллергические блефариты, конъюнктивиты и кератиты; вирусные конъюнктивиты и кератиты; синдром «сухого глаза», застойная инъекция глазного яблока при глаукомах, новообразованиях и др.

Аллергический конъюнктивит начинается остро или постепенно, чаще с поражением обоих глаз. Отмечается отек и гиперемия век (от умеренных до выраженных), покраснение глаз, серозное отделяемое. При весеннем катаре – крупные фолликулы конъюнктивы верхнего века типа «булыжной мостовой» (рис. 5, см. вклейку). Характерной особенностью аллергического конъюнктивита является зуд. Основная терапия – противоаллергическая: гормональная (кортикостероиды) и негормональная, представленная группами препаратов, тормозящих дегрануляцию тучных клеток – кромоглициевая кислота (Кромогексал, Лекролин, Кромаллерг) и препаратов, сочетающих антигистаминный эффект и тормозящих дегрануляцию тучных клеток, – олопатадин (Опатанол).

При аллергических конъюнктивитах, осложненных бактериальной инфекцией, помимо базовой противоаллергической терапии, дополнительно назначают антибактериальную – антибиотики хинолонового ряда (Офтаквикс, Сигницеф, Ципромед). При длительном и неконтролируемом

применении антибиотиков нередко встречается токсико-аллергическая реакция [11], поэтому антибактериальные капли должны обладать минимальным токсическим действием, не содержать консерванта. Аллергическая реакция на консервант глазных капель встречается в 30% случаев при лекарственных конъюнктивитах.

Аденовирусный конъюнктивит также относится к острой патологии, не нуждающейся в антибактериальной терапии. Это инфекционное заболевание с инкубационным периодом от 3 до 14 дней (в среднем 10 дней). Начинается остро с поражения одного глаза, через 1–5 дней в процесс вовлекается второй глаз. Продолжительность острого периода при аденовирусном конъюнктивите составляет 7 – 10 дней; при более тяжелом течении заболевания и развитии эпидемического кератоконъюнктивита сроки заболевания увеличиваются до 12–14 дней; при наличии гиперэргической реакции продолжительность острого периода колеблется от 15 до 21 дня. Период выздоровления (реабилитации) длится от 3 до 14 дней. В течение 14–25 дней пациент представляет опасность заражения. Для клинической картины характерны отек и гиперемия век, крупные фолликулы в нижнем своде конъюнктивы, разлитые или точечные субконъюнктивальные геморрагии (рис. 6, см. вклейку), околоушная лимфаденопатия. Алгоритм терапии аденовирусной офтальмоинфекции включает инстилляцию дифенгидрамин+интерферон альфа-2а (Офтальмоферон) по 2 капле 8 раз в день, уменьшая количество инстилляций до 6–4 раз в день в сочетании с противоаллергической терапией препаратом олопатадин (Опатадол) по 2 капле 2 раза в день – 10–14 дней (препарат разрешен для применения у детей с 3-летнего возраста, детям более раннего возраста – с информированного согласия родителей). Назначение антибактериальных глазных капель при аденовирусном конъюнктивите не только не показано, но и вредно, так как применение антибиотиков усиливает местную токсико-аллергическую реакцию и утяжеляет процесс. Проводимое лечение при аденовирусном конъюнктивите направлено не на купирование острого процесса, а на профилактику развития осложнений. Осложнения перенесенной аденовирусной офтальмоинфекции: субэпителиальные «монетовидные» инфильтраты, развитие вторичного «сухого глаза», образование пленок.

Герпесвирусная офтальмоинфекция начинается остро или подостро, обычно на одном глазу. Факторами риска могут быть переохлаждение, стресс, травма, глазная хирургия. Пациента беспокоит светобоязнь, ощущение инородного тела, слезотечение, отек век. Возможны герпетические высыпания на коже век, покраснение глаза, роговичный синдром (рис. 7, см. вклейку). Частота рецидивов – 25–75%. Для лечения эффективны противогерпетические препараты. Местно: глазная мазь ацикловира (Зовиракс), гель ганциклови-

ра (Зирган), системно: ацикловир, валацикловир (Валтрекс) в таблетках.

Синдром «сухого глаза» – патологическое состояние, вызванное снижением слезопродукции и/или повышением испаряемости слезной пленки, вследствие чего снижается качество и/или количество слезной жидкости. Возникает ощущение «сухости», дискомфорт, чувство инородного тела, жжение в глазах. Время разрыва слезной пленки снижается до 5 и менее сек. У детей младшего возраста тяжелые случаи «сухого» кератоконъюнктивита (рис. 8, см. вклейку) встречается реже, чем у взрослых, и, в основном, бывают связаны с системными заболеваниями: ревматоидный артрит, атопический дерматит или длительным применением кортикостероидов или β -блокаторов в виде глазных капель. Важно учесть, что назначение местных антибиотиков также нередко ухудшает течение синдрома «сухого глаза». Комплексная терапия синдрома «сухого глаза» включает использование слезозаместительных препаратов (гиалуроновая кислота, гипромеллоза и др.).

Дакриоцистит

У новорожденных и детей раннего возраста особенно важна **дифференциальная диагностика конъюнктивита и дакриоцистита**, поскольку тактика лечения этих заболеваний различна. Лечение конъюнктивитов новорожденных – консервативное местное: антибактериальное, противовирусное, противоаллергическое. Лечение дакриоцистита новорожденного – хирургическое восстановление проходимости слезоотводящих путей: зондирование слезоотводящих путей и купирование воспалительного процесса в слезном мешке, санация всей слезоотводящей системы (местная антибактериальная терапия).

В отличие от конъюнктивита для дакриоцистита новорожденных и детей раннего возраста характерны гной или слизь из одного, чаще обоих глаз в первые недели, месяцы жизни, слезотечение, слезостояние, отрицательная или замедленная слезно-носовая проба. Основным отличительным признаком дакриоцистита является наличие слизи или гноя из слезных точек при надавливании на область слезного мешка (компрессионная проба).

Патология слезоотводящих путей (от слезостояния до дакриоцистита) отмечается у 35% новорожденных. В норме до 8 мес гестации выход из слезно-носового протока закрыт зародышевой желатинообразной пробкой, которая обычно рассасывается к рождению ребенка или разрывается в первые дни-недели жизни. У 4–6% новорожденных выявляется непроходимость или сужение слезно-носового протока, у 2–4% – атрезия или аномалия выхода его в полость носа. У 5% новорожденных имеются дивертикулы, складки слезного мешка, реже выявляется патология костной части слезно-носового канала и даже агенезия его – единичные случаи.

Нередко причиной слезотечения является патология носа и окружающих тканей (у 45% детей – воспаление, повреждение), поэтому детям с патологией слезоотведения обязательна эндоскопия полости носа, консультация ЛОР – врача для устранения риногенного фактора нарушения слезоотведения).

Современный алгоритм лечения «классического» дакриоцистита новорожденного следующий: до возраста ребенка в 1 месяц – массаж слезного мешка 5 раз в день до кормления; в возрасте 1–3 мес – нисходящее зондирование с промыванием слезных путей (альтернатива – ретроградное зондирование); в возрасте 3–6 мес и при рецидивах заболевания – то же с повторными курсами промываний слезных путей растворами антибиотиков, при сужении слезоотводящих путей – в сочетании с кортикостероидами и ферментами. Детям в возрасте старше 6 мес проводят лечебное бужирование слезно-носового протока через верхний каналец, старше 2–6 лет, помимо бужирования, – интубацию слезных путей силиконовой нитью по Ритленгу, старше 5–6 лет – показана радикальная операция дакриоцисториностомия, старше 15 лет – возможно лакопротезирование [12].

Своевременный и методически правильно выполняемый массаж слезного мешка ведет к устранению непроходимости слезотводящих путей у детей раннего возраста. Нисходящий, толчкообразный массаж слезного мешка (5–10 движений вертикально – сверху вниз 5–6 раз в день), продавливая содержимое мешка книзу – в слезно-носовую протоку, создавая перепады давления в слезотводящей системе, способен удалить желатинообразную пробку или разорвать пленку-рудимент, закрывающую выход из слезно-носового протока в нос (рис. 9, см. вклейку).

В результате «правильного» лечебного массажа слезного мешка полное выздоровление без хирургических манипуляций достижимо у 1/3 детей в возрасте до 2 мес, у 1/5 детей в возрасте 2–4 мес, у 1/10 детей старше 4 мес [12]. Категорически нельзя разрешать родителям выдавливать гной из слезного мешка (движение снизу вверх). Ретроградное движение гноя ведет к воспалению слезных канальцев, а нередко рекомендуемые «круговые, спиралевидные» движения (многократное «втирание» гнойного содержимого в стенки мешка) чреваты тяжелыми осложнениями – острый гнойный перидакриоцистит, растяжение, дивертикул, абсцесс, флегмона, свищи слезного мешка.

Массаж слезного мешка обязательно сочетают с инстилляциями антибактериальных глазных капель в течение 7–10 дней.

Препаратом выбора для инстилляций и промываний слезотводящих путей при дакриоцистите у новорожденных и детей раннего возраста является пиклоксидин гидрохлорид (Витабакт) – антисептик широкого спектра действия, который разрешен ВОЗ для применения у новорожденных. Пре-

парат не имеет перекрестной резистентности к антибиотикам, практически не дает аллергических реакций у детей, успешно используется в клинической практике отдела патологии глаз у детей Московского НИИ глазных болезней им. Гельмгольца более 10 лет.

Через неделю при неэффективности пиклоксидина, особенно при гнойном и флегмонозном дакриоцистите, назначают высокоэффективные глазные капли левофлоксацин (Офтаквикс, Сигницеф), ципрофлоксацин (Ципромед), моксифлоксацин (Вигамокс) [12, 13] разрешенные для применения у детей в возрасте старше 1 года, но широко применяемые в России у детей в возрасте старше 1 мес с информированного согласия родителей.

Инстилляции 0,5% левофлоксацина особенно показаны при воспалительных заболеваниях глаз, вызванных микроорганизмами, устойчивыми к действию аминогликозидов, макролидов и бета-лактамов антибиотиков, включая пенициллин и тетрациклины, а также детям с хламидийными и хроническими бактериальными конъюнктивитами, уже безуспешно пролеченными офлоксацином и ципрофлоксацином [8].

Весьма перспективными для детской офтальмологии представляются глазные капли азитромицин (Азидроп), с 2015 года разрешенные к применению у детей «с рождения» при «гнойных бактериальных конъюнктивитах, в том числе трахоматозных, у взрослых и детей».

При неэффективности массажа и медикаментозного лечения необходимо направить ребенка (при условии достижения им возраста 1 месяц) на зондирование слезотводящих путей (рис. 10, см. вклейку). Раннее качественное зондирование слезотводящих путей – залог полного излечения дакриоциститов новорожденных. Оптимальный возраст ребенка для эффективного зондирования слезотводящих путей 1–3 мес. Эффективность зондирования у детей в возрасте 1–3 мес составляет 99,4%, старше 1 года – 85% [12].

В последнее десятилетие в мире произошли эпидемиологические сдвиги бактериальной офтальмоинфекции. Выявлено доминирование условно-патогенных микроорганизмов в колонизации новорожденных детей, отмечен рост резистентных штаммов (полирезистентность до 70 %), сдвиг в сторону грамотрицательных возбудителей, особенно инфекции, вызванной синегнойной палочкой, увеличилась частота токсико-аллергических реакций на длительное и бесконтрольное применение антибиотиков [14–16].

По данным ретроспективного анализа 7194 историй болезни пациентов (взрослых и детей) отдела инфекционных и аллергических заболеваний глаз Московского НИИ глазных болезней им. Гельмгольца за период 2000–2012 гг., при микробиологическом исследовании глаз с воспалительными заболеваниями передней поверхности выявлена следующая патогенная флора:

Staphylococcus aureus – 75%, *C. Xerosis* – 74%, *Streptococcus pneumonia* – 62%, *Escherichia coli* – 37%, *Pseudomonas aeruginosa* – 28%, *Klebsiella pneumonia* – 13%, *Acinetobacter* – 7%, *Candida* – 4%, *Diplococcus gonorrhoeae* – 0,2%.

По результатам микробиологического исследования посевов содержимого слезных мешков детей с дакриоциститом новорожденных [13], основными возбудителями дакриоцистита новорожденных в последние годы являются стафилококки, стрептококки, пневмококки и др., грамотрицательные бактерии.

При катаральном дакриоцистите новорожденных детей высеваются: *S. epidermidis* – 54,7%, *S. aureus* – 12,4%; при гнойном – *Staph. aureus* – 15,2%, *Str. pneumoniae* – 13,9%, *Staph. epidermidis* – 13,9%; при флегмонозном: *S. aureus* – 45,5%; *S. epidermidis* – 31,9%. Реже: грамотрицательные бактерии (*Haemophilus conjunctivitis*, *Pseudomonas aeruginosa*) [13].

Раньше у большинства (более 95%) детей с дакриоциститами новорожденных выявлялись стафилококки, чувствительные к аминогликозидам (гентамицин, тобрамицин). В последние годы наибольшая чувствительность (до 94,2%) у детей с бактериальными поражениями глаз (особенно раннего возраста) отмечается к левофлоксацину. Чувствительность к левофлоксацину при разных формах дакриоцистита новорожденных – 87,3–100%. Поэтому препаратом выбора для инстилляций при конъюнктивитах и промываний слезоотводящих путей при гнойном или флегмонозном дакриоцистите новорожденных обоснованно стал левофлоксацин (Офтаквикс, Сигницеф) [12, 13].

Для оптимизации терапии бактериальных конъюнктивитов и дакриоциститов необходим не только обоснованный выбор лекарственных средств в соответствии с доказанной или более вероятной этиологией (синегнойная, гонококковая, стафилококковая и др.), но и выбор лекарственной формы (глазные капли, мази, глазные пленки, инъекции: субконъюнктивальные, парабульбарные, внутримышечные, внутривенные). Может быть изменен и выбор дозирования: стандартное, форсированное (по частоте введения, концентрации препарата), сочетанное. Интенсификация терапии, обеспечивающая максимальную активность в очаге инфекции, может достигаться форсированным введением препарата, увеличением его концентрации и выбором глазных форм пролонгированного действия, использование комплексных препаратов (например, Колбиоцин, включающий 3 антибиотика: тетрацилин, хлорамфеникол, колистин), применением препаратов сочетанного действия (например, дексаметазона и ципрофлоксацина – Комбинил-Дуо) [11].

Заключение

Конъюнктивиты и дакриоциститы до настоящего времени остаются частой причиной обраще-

ния к офтальмологам как взрослых пациентов, так и детей. Особенно частыми являются бактериальные конъюнктивиты, современным стратегическим направлением антибактериального лечения которых является использование новых антибиотиков, к которым мало резистентных штаммов (хинолоновые антибиотики, антисептики). Необходимо интенсификация терапии, обеспечивающая максимальную активность в очаге инфекции, которая достигается форсированным введением препарата, увеличением его концентрации и выбором глазных форм пролонгированного действия, использованием комплексных и комбинированных препаратов.

Необходима дифференциальная диагностика конъюнктивита и дакриоцистита, особенно у детей раннего возраста, поскольку они требуют разного подхода к лечению. Следует обратить внимание на необходимость и обоснованность антибактериальной терапии при различных клинических формах конъюнктивитов. Современные знания эпидемиологии, клинических и возрастных особенностей течения заболеваний, клинический опыт, комплексный, но индивидуальный подход – основа эффективного лечения воспалительных заболеваний глаз у детей.

Финансирование. Финансирование исследования и публикации не осуществлялось.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ермолаев А.В., Ермолаев С.В. Состояние и перспективы развития детской офтальмологии. *Фундаментальные исследования*. 2008; (2): 94–6.
2. Майчук Ю.Ф. Бактериальные конъюнктивиты: современные возможности лечения. *Аптечное дело*. 2009; (7): 42–3.
3. Черкунов Б.Ф. *Болезни слезных органов*. Самара: ГП «Перспектива»; 2001.
4. Арестова Н.Н. Дакриоцистит новорожденных. В кн.: *Избранные лекции по детской офтальмологии* / Под ред В.В. Нероева. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2009: 9–26.
5. Катаргина Л.А., Арестова Н.Н. Глава 26.10: Конъюнктивиты и дакриоциститы. В кн.: *Неонатология: Национальное руководство*: Краткое издание / Под ред. акад. РАМН Н.Н. Володина. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2013: 750–61.
6. Астахов Ю.С., Рикс И.А. *Современные методы диагностики и лечения конъюнктивитов*. СПб.; 2007.
7. Нероев В.В., Майчук Ю.Ф. Заболевания конъюнктивы. В кн.: *Офтальмология: Национальное руководство* / Под ред. С.Э. Аветисова, Е.А. Егорова, Л.К. Мошетоной и др. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2008: 400–42.
8. Прозорная Л.П., Бржеский В.В., Воронцова Т.Н., Ефимова Е.Л. Возможности лечения хронических инфекционных конъюнктивитов у детей. В кн.: *Сборник трудов Научно-практической конференции с международным участием «Российский общенациональный офтальмологический форум»*. М.; 2009; т. 2: 337–42.
9. Майчук Ю.Ф., Вахова Е.С. Современная терапия хламидийных конъюнктивитов. *Рефракционная хирургия и офтальмология*. 2009; (2): 43–8.
10. Майчук Ю.Ф., Катаргина Л.А. Глава 13: Лекарственные средства, применяемые для лечения заболеваний органа зрения у детей. В кн.: *Российский национальный педиатрический формуляр* / Под ред. А.А. Баранова. М.; 2009: 688–736.
11. Майчук Ю.Ф., Якушина Л.Н., Вахова Е.С. Комплексные глазные капли Комбинил-Дуо (ципрофлоксацин + дексаметазон) в лечении упорных бактериальных конъюнктивитов

- и кератитов. *Катарактальная и рефракционная хирургия*. 2011; (1): 66–70.
12. Арестова Н.Н., Катаргина Л.А. Алгоритм оперативного и медикаментозного лечения дакриоцистита новорожденных. *Рос. педиатр. офтальмол.* 2013; (1): 50–2.
13. Галеева Г.З., Самойлов А.Н., Мусина Л.Т. Дифференцированный подход к лечению различных клинических форм дакриоцистита новорожденных. *Рос. педиатр. офтальмол.* 2013; (2): 22–6.
14. Катосова Л.К. Мониторинг носительства условно патогенной флоры ротоглотки здоровых детей. *Педиатрическая фармакология*. 2007; 4 (2): 9–14.
15. Кузнецова М.В., Карпунина Т.И., Авдеева Н.С. Мониторинг колонизации условно-патогенной микрофлорой новорожденных в период пребывания в лечебных учреждениях. *Медицинский альманах*. 2011; (6): 156–9.
16. Николаева И.В. Референтные значения состава кишечной микрофлоры у детей раннего возраста. *Практическая медицина*. 2012; (7): 114–7.
7. Neroev V.V., Maychuk Yu.F. Diseases of a conjunctiva. In: *Ophthalmology: National Leaders. [Ofthal'mologiya: Natsional'noe rukovodstvo]* / Eds S.E. Avetisov et al. Moscow: GEOTAR-Media; 2008: 400–42. (in Russian)
8. Prozornaya L.P., Brzheshkiy V.V., Vorontsova T.N., Efimova E.L. Possibilities of treatment of a chronic infectious conjunctivitis at children. In: *Proceedings of the Science and Practical Conference with International Participation. "Russian National Ophthalmologic Forum". [Sbornik trudov nauchno-prakticheskoy konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem. "Rossiyskiy Obshchenatsional'nyy Ofthal'mologicheskiy Forum"]*. Moscow; 2009; Vol. 2: 337–42. (in Russian)
9. Maychuk Yu.F., Vakhova E.S. The modern therapy of a chlamydial conjunctivitis. *Refraktsionnaya khirurgiya i ofthal'mologiya*. 2009; (2): 43–8. (in Russian)
10. Maychuk Yu.F., Katargina L.A. Chapter 13: The pharmaceuticals applied to treatment of diseases of an organ of vision at children. In: *Russian. National. Pediatric form. [Rossiyskiy natsional'nyy pediatricheskiy formulyar]* / Ed. A.A. Baranov. Moscow; 2009: 688–736. (in Russian)
11. Maychuk Yu.F., Yakushina L.N., Vakhova E.S. Complex eye drops of Kombini-Duo (ciprofloxacin + Dexamethazonum) in treatment of an obstinate bacteriemic conjunctivitis and keratites. *Kataraktal'naya i refraktsionnaya khirurgiya*. 2011; (1): 66–70. (in Russian)
12. Arestova N.N., Katargina L.A. Algorithm of expeditious and drug treatment of a dacryocystitis of newborns. *Ros. pediater. ofthal'mol.* 2013; (1): 50–2. (in Russian)
13. Galeeva G.Z., Samoylov A.N., Musina L.T. Differentiated approach to treatment of various clinical forms of a dacryocystitis of newborns. *Ros. pediater. ofthal'mol.* 2013; (2): 22–6. (in Russian)
14. Katosova L.K. Monitoring of a carriage of conditionally pathogenic flora of a stomatopharynx of healthy children. *Pediatricheskaya farmakologiya*. 2007; 4 (2): 9–14. (in Russian)
15. Kuznetsova M.V., Karpunina T.I., Avdeeva N.S. Colonization monitoring by an opportunistic microflora of newborns during stay in medical institutions. *Meditinskiy al'manakh*. 2011; (6): 156–9. (in Russian)
16. Nikolaeva I.V. Reference values of structure of an intestinal microflora at children of an early age. *Prakticheskaya meditsina*. 2012; (7): 114–7. (in Russian)

REFERENCES

Поступила 25.09.2016
Принята в печать 30.09.16



Рис. 1. Конъюнктивит гонококковый (гонобленнорея).

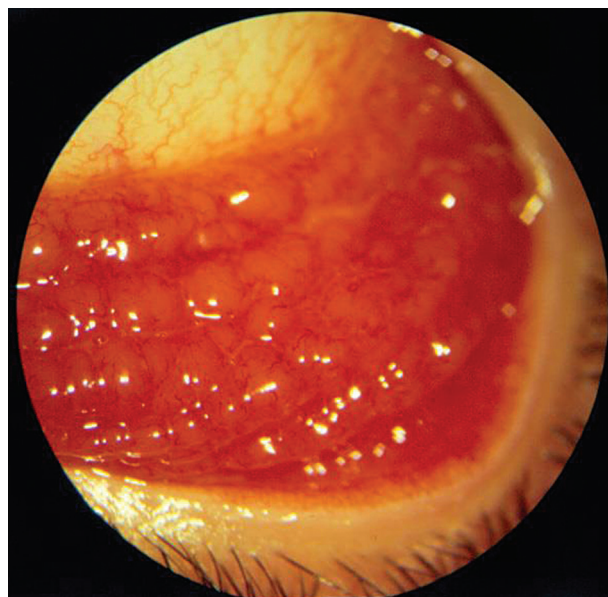


Рис. 2. Конъюнктивит хламидийный.



Рис. 3. Конъюнктивит стафилококковый.

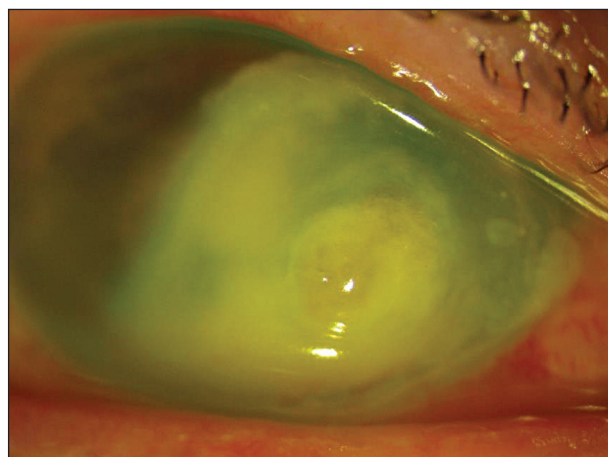


Рис. 4. Кератоконъюнктивит, вызванный синегнойной палочкой, осложнившийся фистулой роговицы.



Рис. 5. Конъюнктивит аллергический (весенний катар).



Рис. 6. Конъюнктивит аденовирусный.
а – изменения конъюнктивы; б – отек век.



Рис. 7. Офтальмогерпес (отек век, герпетические высыпания на коже век).

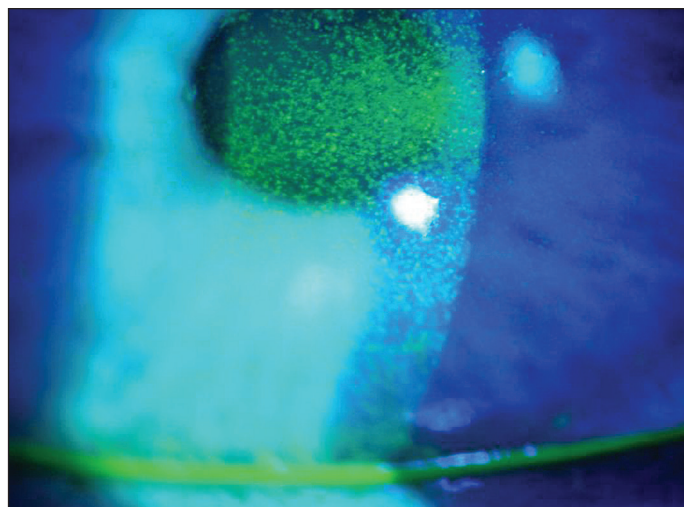


Рис. 8. Сухой кератоконъюнктивит (синдром «сухого глаза»).



Рис. 9. Массаж слезного мешка.



Рис. 10. Зондирование слезоотводящих путей ребенку в возрасте 2 месяцев с дакриоциститом новорожденных.