

УДК 617.764.-002.1	UDC 617.764.-002.1
ДАКРИОЦИСТИТЫ НОВОРОЖДЕННЫХ. ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМЫ	DACRYOCYSTITIS OF NEWBORNS. FORMULATION OF THE PROBLEM
Акопова Элина Кареновна ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница»; ГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет», Краснодар, Россия	Akopova Elina Karenovna SBIHC «Region children clinic hospital»; SBEA HE «Kuban state medical university», Krasnodar, Russia
Антипова Юлия Николаевна – к.м.н. ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница », Краснодар, Россия	Antipova Yulia Nikolaevna – MD SBIHC «Region children clinic hospital», Krasnodar, Russia
Комаровских Елена Николаевна – д.м.н., профессор ГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет», Краснодар, Россия	Komarovskikh Elena Nikolaevna – MD, professor SBEA HE «Kuban state medical university», Krasnodar, Russia
Сахнов Сергей Николаевич – к.м.н. Краснодарский филиал ФГАУ «МНТК "Микрохирургия глаза" имени академика С. Н. Федорова»; ГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет», Краснодар, Россия	Sakhnov Serhei Nikolaevich – MD Krasnodar branch of FGAU «MNTK "Micro-surgery of vision" after academician S. N. Fedorov»; SBEA HE «Kuban state medical university», Krasnodar, Russia
В статье приведены основные гипотезы возникновения дакриоцистита новорожденных, исходя из анатомо-физиологических особенностей слезоотводящей системы и фактора риска развития воспаления у детей этого возраста. Актуальность материала обусловлена увеличением частоты патологии за последние годы. Дискуссионным является вопрос относительно восприятия заболевания как промежуточного состояния, основу которого могут составлять аномалии развития слезоотводящей системы, и / или приобретенной патологии новорожденных детей.	The article presents main hypotheses of dacryocystitis of newborns origin because of anatomic-physiological features of lacrimal apparatus and risk factors of inflammation development. A currency of the problem depended on increasing of this pathology frequency during the last years. A question if the disease could be considered as intermediate condition because of lacrimal apparatus development anomaly and/or acquired pathology of newborns needs to discuss.
Ключевые слова: ВОСПАЛЕНИЕ СЛЕЗНОГО МЕШКА, ДАКРИОЦИСТИТ НОВОРОЖДЕННЫХ, ГИПОТЕЗЫ, ПРИЧИНЫ И ЧАСТОТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ	Key words: INFLAMMATION OF LACRIMAL SAC, DACRYOCYSTITIS OF NEWBORNS, HYPOTHESES, CAUSES AND OCCURRENCE FREQUENCY

Дакриоцистит новорожденных (ДН), или воспаление слезного мешка вследствие врожденного сужения и/или непроходимости слезоотводящих путей продолжает оставаться одной из основных проблем детской офтальмологии. ДН является наиболее частым гнойно-воспалительным заболеванием органа зрения и его придаточного аппарата у детей первого года жизни [1, 2, 4, 5, 7, 8]. Ему принадлежит безусловное «лидерство» по частоте возникновения среди всех воспалений слезного мешка у детей. ДН осложняет врожденную атрезию выхода носослезного протока [7, 28, 31, 32]. По данным ряда авторов, частота возникновения ДН составляет от 2 до 7 % от всех новорожденных [1, 4, 18, 21, 22]. По другим сообщениям, ДН встречается у 1–4 % всех новорожденных детей [6, 7, 24, 26, 33]. В зарубежных исследованиях отмечено, что частота ДН у детей первого года жизни находится в пределах 2–13 % [1, 4, 18, 21, 22, 31, 32]. При этом авторы отмечают, что увеличение частоты возникновения ДН не зависит от увеличения рождаемости [17, 19, 26]. Н. Н. Арестова (2009) сообщает, что частота ДН составляет 7–14 % всех случаев офтальмопатологии детского возраста [2].

Проблема ДН в силу высокой распространенности заболевания остается одной из самых актуальных детской офтальмологии, однако, исследований по обозначенной проблеме в нашей стране явно недостаточно. В 2006 г. Ю. Ю. Осокиной было проведено изучение частоты и особенностей распространения ДН в Кемеровской области. Автор отметила значительное увеличение частоты ДН к 2004 г., по сравнению с 1994 г. В структуре заболеваемости детей до года на 1000 родившихся живыми ДН составил 27,7 в 2004 г. против 17,2 в 1994 г. [17]. Наблюдалось увеличение обращаемости за оказанием специализированной хирургической помощи детям с ДН.

В 1995 г. в областной клинической офтальмологической больнице по поводу ДН всего было проведено хирургическое лечение 148 детей, в то время как в 2004 г. – 616. В других регионах РФ прослеживается аналогичная тенденция, где ДН занимает ведущее место в структуре врожденной патологии [25]. Ю. Ю. Осокиной не была выявлена связь клинических проявлений ДН с

гестационным возрастом и способом родоразрешения. Однако наличие отделяемого в конъюнктивальной полости с момента рождения позволяет заподозрить препятствие в слезных путях у ребенка, возникшее вследствие воспалительного процесса во внутриутробном периоде [17].

Относительно развития ДН гипотез существует немного. Преобладают представления о возникновении воспаления слезного мешка вследствие задержки открытия костной части носослезного протока к моменту рождения или в первые недели жизни ребенка. В качестве основной причины возникновения ДН указывается непроходимость слезно-носового канала вследствие нерассосавшейся зародышевой желатинообразной пробки из слизи и омертвевших эмбриональных клеток или эмбриональной рудиментарной мембраны, закрывающей выход из слезно-носового канала в полость носа [13, 20, 22, 23, 26, 27, 29, 33]. По данным некоторых авторов [5, 26], у 35 % новорожденных выходное отверстие слезно-носового канала закрыто эмбриональной мембраной, в то время как почти у 10 % новорожденных выявляется несостоятельность слезных путей различной степени выраженности. В большинстве случаев проходимость слезоотводящих путей у ребенка восстанавливается самостоятельно при отхождении пробки или разрыве пленки после рождения. Если этого не происходит, у ребенка развивается ДН, так как содержимое слезного мешка является благоприятной средой для развития воспалительного процесса [2].

Анатомические особенности индивидуального строения в виде сужения костного или перепончатого отделов слезно-носового канала, дивертикулы и складки слезного мешка, аномальный выход слезно-носового канала в полость носа также являются причинами нарушения проходимости слезоотводящих путей у новорожденных [5, 26, 33]. Малая высота полости носа, узкие носовые ходы, нередкое искривление носовой перегородки, практически отсутствие объема нижнего носового хода из-за сравнительно толстой нижней носовой раковины, касающейся дна полости носа и закрывающей нижний носовой ход, также могут способствовать несостоятельности слезоотводящих путей.

По мнению исследователей [2, 5, 26], риногенный фактор может стать как основной причиной, так и состоянием, сопутствующим или ухудшающим прогноз лечения ДН.

Известно, что нормальное слезоотведение обеспечивается капиллярностью слезных точек, отрицательным давлением в слезоотводящей системе за счет сокращения и расслабления круговой мышцы глаза и мышцы Горнера, сокращением слезного мешка, силой тяжести слезной жидкости, а также наличием складок слизистой оболочки слезоотводящих путей, играющих роль гидравлических клапанов [16, 26]. основополагающими факторами в обеспечении нормального слезоотведения являются сохранность носового дыхания и отсутствие патологии в полости носа [5]. В клинике определяется инъекция сосудов конъюнктивы, отек век, сужение глазной щели, признаки слезостояния, гораздо реже – слезотечение (рисунок 1).



Рисунок 1 – Внешний вид ребенка с дакриоциститом новорожденного

Слезотечение или слезостояние обычно обнаруживается несколько позднее, по мере возрастного увеличения продукции слезы к концу второго – началу третьего месяца жизни [8, 9, 12–15, 18, 22, 24] (рисунок 2). При отсутствии слезотечения основными клиническими признаками ДН являются гнойное, слизистое или слизисто-гнойное отделяемое из конъюнктивальной полости чаще одного и реже обоих глаз (рисунок 3).



Рисунок 2 – Слезотечение при дакриоцистите новорожденного



Рисунок 3 – Гноетечение при дакриоцистите новорожденного

Кроме анатомо-физиологической теории патогенеза, не менее важна теория о воспалительных причинах возникновения ДН. Этому способствует незавершенность формирования защитных механизмов, внешних барьеров у новорожденных детей совместно с увеличением частоты выявления условно патогенной флоры [10]. Автор пришла к выводу о необходимости изучения местного неспецифического иммунитета у детей с ДН, особенно в связи с изменениями структуры колонизирующей микрофлоры, появлением новых, ранее не встречавшихся, потенциально опасных возбудителей, что может увеличивать риск возникновения и снижать эффективность лечения дакриоцистита у новорожденных. Предлагается проводить систематический микробиологический мониторинг новорожденных детей [10]. Актуальность проблемы обусловлена тем, что, наряду с конъюнктивитом, инфекционным маститом, сепсисом, отитом и остеомиелитом, ДН в настоящее время относится к внутрибольничным инфекциям, ответственность за которые возложена на родильные дома [19]. В современной трактовке ДН представляется определенным промежуточным патологическим состоянием между аномалией развития и приобретенной патологией новорожденных [16–18, 25, 30, 31, 34].

Таким образом, проблема дакриоцистита новорожденных далека от своего разрешения, несмотря на все успехи современной офтальмологической науки и практики, что обуславливает актуальность ее дальнейшего изучения.

Список литературы

1. *Аветисов Э. С.* Руководство по детской офтальмологии / Э. С. Аветисов, Е. И. Ковалевский, А. В. Хватова. – М.: Медицина, 1987. – 148 с.
2. *Арестова Н. Н.* Избранные лекции по детской офтальмологии / Н. Н. Арестова; под ред. В. В. Нероева. – М., 2009. – 184 с.
3. *Атькова Е. Л.* Современные возможности диагностики нарушений слезопроведения / Е. Л. Атькова, В. Г. Белоглазов, С. А. Эль-Саед, Е. Н. Архипова // Офтальмохирургия. – 2010. – № 1. – С. 58–61.
4. *Ашкрофт К. У.* Детская хирургия / К. У. Ашкрофт, Т. М. Холдер; пер. с англ. – М.: Медицина, 1993. – Т. 2. – С. 3–5.
5. *Белоглазов В. Г.* Слезные органы. Глазные болезни : учебник / В. Г. Белоглазов; под ред. В. Г. Копаевой. – М.: Медицина, 2002. – С. 168–179.
6. *Бржеский В. В.* Особенности антибактериальной терапии в комплексном лечении детей с дакриоциститом / В. В. Бржеский, Т. Н. Воронцова, М. В. Михайлова // Клин. офтальмол. – 2012. – № 1. – С. 39–40.
7. *Бржеский В. В.* Тактика лечения стенозов носослезного протока у детей / В. В. Бржеский, М. Н. Чистякова, И. В. Калинина // X Всероссийская школа офтальмолога : сб. науч. трудов. – М., 2011. – С. 389–396.
8. *Бугаева И. В.* Вопросы диагностики, клиники и лечения дакриоцистита новорожденного: автореф. дис... канд. мед. наук / И. В. Бугаева. – Севастополь, 1968. – 30 с.
9. *Вольфсон М. И.* Лечение дакриоциститов новорожденных и грудных детей / М. И. Вольфсон // Вестник офтальмологии. – 1956. – № 3. – С. 15–17.
10. *Галеева Г. З.* Оптимизация лечения клинических форм дакриоцистита новорожденных в зависимости от инфекционной этиологии: автореф... дис. канд. мед. наук / Г. З. Галеева. – М., 2013. – 32 с.
11. *Григорьев В. И.* Значение рентгенодиагностики в выборе лечения дакриоциститов у детей / В. И. Григорьева, З. П. Шелаева // Вестник офтальмологии. – 1974. – № 2. – С. 68–69.
12. *Грицюк С. Н.* Диагностика и раннее консервативное лечение врожденных дакриоциститов у детей: автореф. дис... канд. мед. наук / С. Н. Грицюк. – Львов, 1972. – 27 с.
13. *Кански Д.* Слезоотводящая система: Клиническая офтальмология: систематизированный подход / Д. Кански; пер. с англ. – М.: Логосфера, 2006. – С. 43–55.
14. *Каторгина О. А.* Раннее консервативное лечение флегмонозного дакриоцистита у детей / О. А. Каторгина, С. Н. Грицюк // Офтальмол. журнал. – 1972. – № 7. – С. 512–514.
15. *Краснов М. М.* Вопросы диагностики и лечебной тактики при врожденных дакриоциститах / М. М. Краснов, В. Г. Белоглазов // Офтальмол. журнал. – 1989. – № 3. – С. 146–150.
16. *Малиновский Г. Ф.* Практическое руководство по лечению заболеваний слезных органов / Г. Ф. Малиновский, В. В. Моторный. – Минск: Белорусская наука, 2000. – 192 с.

17. *Осокина Ю. Ю.* Роль микрофлоры в развитии дакриоцистита новорожденных: автореф. дис... канд. мед. наук / Ю. Ю. Осокина. – Красноярск, 2006. – 30 с.
18. *Поляк Б. Л.* Слезоотведение и его патология: автореф... дис. д-ра мед. наук / Б. Л. Поляк. – Л., 1940. – 29 с.
19. Приказ МЗ РФ № 345 от 26. 11. 1997 «О совершенствовании мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах».
20. *Сайдашева Э. И.* Инфекционные заболевания: Избранные лекции по неонатальной офтальмологии / Э. И. Сайдашева, Е. Е. Сомов, Н. В. Фомина. – СПб.: Издательство «Нестор-История», 2006. – С. 188–201.
21. *Самсыгина Г. А.* Этиология гнойно-воспалительных заболеваний новорожденных / Г. А. Самсыгина, Н. В. Герасимова, Г. Д. Першина // *Международ. журн. мед. практики.* – 2000. – № 4. – С. 28–30.
22. *Сомов Е. Е.* Патология слезного аппарата глаза: клиническая офтальмология / Е. Е. Сомов. – М.: Медпресс-информ, 2005. – С. 176–188.
23. *Сомов Е. Е.* Слеза. Физиология. Методы исследования. Клиника / Е. Е. Сомов, В. В. Бржеский. – СПб. : Наука, 1994. – 156 с.
24. *Тейлор Д.* Слезные органы. Детская офтальмология / Д. Тейлор, К. Хойт; пер. с англ. – М.: Издательство БИНОМ, 2007. – С. 99–103.
25. *Хасанов С. А.* Результаты эндоназального зондирования слезно-носового канала у детей с врожденным дакриоциститом / С. А. Хасанов, А. И. Хазанов, Т. К. Бабахатов, Б. А. Захидов // *Вестник оториноларинг.*, 1991. – № 5. – С. 12–14.
26. *Черкунов Б. Ф.* Болезни слезных органов / Б. Ф. Черкунов. – Самара: Перспектива, 2001. – 296 с.
27. *Чиненов И. М.* Патология слезных органов. Офтальмология : учебник / И. М. Чиненов; под ред. Е. И. Сидоренко. – М.: ГЭОТАР-Мед., 2002. – С. 143–153.
28. *Chaudhary M.* Bacteriology and antimicrobial susceptibility of adult chronic dacryocystitis / M. Chaudhary, A. Bhattarai, S. K. Adhikari, D. R. Bhatta // *Nepal. J. Ophthalmol.* 2010. – Vol. 4. – P. 105–113.
29. *Fanaroff A. A.* Neonatal-Perinatal Medicine: Diseases of Fetus and Infant. 7-th edition / A. A. Fanaroff, R. J. Martin // Mosby. – 2000. – Vol. 2. – P. 676–1732.
30. *Heiligenhaus A.* Congenital lacrimal duct obstructions / A. Heiligenhaus, Z. Laffers // *Klin. Monatsbl. Augenheilkd.*, 1990. – Jan. – P. 33–37.
31. *Paul T. O.* Congenital nasolacrimal duct obstruction: natural history and the timing of optimal intervention / T. O. Paul, R. Shepherd // *J. Pediatr. Ophthalmol. Strabismus*, 1994. – Vol. 31. – № 6. – P. 362–367.
32. *Sevel D.* Development and congenital abnormalities of the nasolacrimal apparatus / D. Sevel // *J. Pediatr. Ophthalmol. Strabismus*, 1981. – Vol. 18. – № 5. – P. 13–19.
33. *Taylor D.* Paediatric Ophthalmology. London: Blackwell Science, 1997. – 1138 p.
34. *Wong V. W.* Pediatric ocular surface infections: a 5-year review of demographics, clinical features, risk factors, microbiological results, and treatment / V. W. Wong, T. Y. Lai, S. C. Chi, D.S. Lam // *Cornea.* – 2011. – Vol. 30. – P. 995.