

Сикирицька Т.Б.

ПОЕТАПНЕ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З ВРОДЖЕНИМ ДАКРІОЦИСТОМ

Кафедра офтальмології ім. Б.Л. Радзіховського

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Дакріоцистит новонароджених розвивається внаслідок порушення відтоку сльози з кон'юнктивальної порожнини та приєднання вторинної інфекції. Це може бути обумовлено вродженою блокадою виходу слізної-носової протоки зародковою мембраною. З цією мембраною народжується близько 35% новонароджених, і якщо вона повністю не розсмоктується, то виникає дакріоцистит. Крім того, непрохідність слезовивідних шляхів може бути обумовлена аномаліями розвитку. Важливу роль у виникненні дакріоциститу можуть грати запальні захворювання носа і параназальних синусів. Чимале значення належить патогенності збудників і загальному стану організму дитини. В зв'язку з тим, що дакріоцистит зустрічається у 10-15% новонароджених, актуальним є пошук нових, більш досконалих, методів лікування дітей з даною патологією.

Метою дослідження є оцінка ефективності поетапного лікування пацієнтів з дакріоциститом новонароджених.

Нами проведений комплексний аналіз даних 32 дітей з дакріоциститом новонароджених віком від 1 до 9 місяців. Діагноз виставляли на основі даних анамнезу, скаргах батьків, клінічних проявах захворювання. Крім слезотечі, зазвичай з моменту народження дитини спостерігався кон'юнктивіт, болюча припухлість в ділянці слізної мішки, при натисканні на яку з слізних точок виділявся слиз та гній. При виборі тактики лікування дакріоциститу новонароджених враховували: 1) вік дитини; 2) клінічну форму дакріоциститу; 3) тривалість захворювання; 4) характер перебігу процесу і можливі ускладнення; 5) наявність вроджених аномалій розвитку щелепно-лицевої ділянки та ін..

Лікування дітей до 3-місячного віку починали з масажу ділянки слізної мішки, який батьки проводили 1-2 рази на день до годування дитини. Паралельно з проведенням масажу для попередження гнійного процесу 2 рази на день видавлювали вміст слізної мішки і закапували дезінфікуючі краплі. В лікуванні дітей використовували препарат флоксал (офлоксацин), який є протимікробним препаратом широкого спектру дії з групи фторхінолонів. Препарат призначали по 2 краплі 6 разів на день. Тривалість масажу визначали в залежності від віку дитини, розміру слізної мішки та кількості і характеру виділень. При недостатньому результаті проводили промивання та зондування слізних шляхів дитини.

На фоні інстиляцій протимікробних препаратів та масажу стан пацієнтів значно покращився – зменшилась кількість виділень, змінився і характер виділень (від гнійних до слизистих). При наявності слезостояння проводили зондування слізних шляхів. Під місцевою анестезією в слізну точку вводили конічний зонд. За допомогою зонду Боумена проводили зондування слезо-носового каналу з наступним промиванням слізних шляхів розчином антисептиків. У віці від 1 до 3 місяців після проведення зондування прохідність слізних шляхів відновлювалась у 98% випадків, у віці від 4 до 6 місяців - 96% випадків. У інших пацієнтів прохідність слізних шляхів відновлювалась після повторного зондування. В одному випадку пацієнт, який мав супутню патологію, пов'язану з аномалією розвитку носа та верхньої щелепи, був направлений для оперативного втручання (дакріоцисторіностомія). Після проведення зондування інстиляції флоксалу було продовжено впродовж трьох-чотирьох днів. Дітям старше 1 року при відсутності ефекту від зондування, при наявності гнійних виділень показане оперативне втручання.

Таким чином, рання діагностика дакріоциститу новонароджених, правильний вибір тактики та методу лікування з урахуванням віку дитини, клінічної картини і тривалості захворювання дозволяють значно поліпшити результати терапії хворих з даною патологією.