

УДК 617.764.6-053.3-036.8(476.2)

*В. С. Гусева<sup>1</sup>, А. Н. Куриленко<sup>1,2</sup>, Т. В. Бобр<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>УЗ «Гомельская областная специализированная клиническая больница»,  
г. Гомель, Республика Беларусь

<sup>2</sup>УО «Гомельский государственный медицинский университет»,  
г. Гомель, Республика Беларусь

<sup>3</sup>ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной  
медицины и экологии человека»,  
г. Гомель, Республика Беларусь

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ДАКРИОЦИСТИТА НОВОРОЖДЕННЫХ ПО ДАННЫМ ГОМЕЛЬСКОГО РЕГИОНА

**Введение.** Дакриоцистит новорожденных — это воспаление слезного мешка, возникающее вследствие непроходимости или сужения слезных каналов глаза. При застаивании слеза создает идеальные условия для размножения бактерий. Вследствие этого происходит воспаление конъюнктивы глаза и выделение гноя.

Согласно эмбриогенезу, отверстие костной части слезно-носового канала закрывается желатиноподобной тканью (пленкой, пробкой), которая практически до самых родов защищает ребенка от проникновения околоплодных вод в носовую и ротовую полость. Под влиянием слезной жидкости эта ткань в первые дни почти всегда рассасывается, после чего начинается нормальное отведение слезы. Этого может не произойти, если пленка или пробка является достаточно плотной для того, чтобы блокировать отток слезы. Кроме того, основными причинами дакриоцистита можно назвать возникновение отека слизистой оболочки носа, нижней раковины, наличие слизистого сгустка, остатков околоплодных вод. Далее следуют вторичные причины, т. е. патология носа и окружающих тканей вследствие воспаления или травмы. Частота встречаемости данного заболевания у новорожденных детей составляет 5 %.

**Цель.** Провести анализ эффективности лечения дакриоцистита новорожденных по данным УЗ «Гомельская областная специализированная клиническая больница».

**Материалы и методы исследования.** На базе детского отделения микрохирургии глаза УЗ «Гомельская областная специализированная клиническая больница» провели анализ лечения детей с дакриоциститом новорожденных. Было проанализировано 4450 глаз. Из числа лечебных мероприятий, проводимых в соответствующем возрасте, детям были выполнены следующие процедуры: лечебный массаж слезного мешка, а также зондирование и промывание слезоотводящих путей. При их неэффективности выполнялась реконструкция слезоотводящих путей с интубацией слезно-носового канала.

**Результаты исследования и их обсуждение.** С первых недель жизни в лечении детей с исследуемой офтальмопатологией прибегают к лечебному мас-

сажу слезного мешка. В 70,6 % случаев применение данного лечения принесло положительный результат. 29,4 % пациентов нуждались в следующем этапе лечения: проведения зондирования и промывания слезно-носового канала на базе детского отделения микрохирургии глаза УЗ «Гомельская областная специализированная клиническая больница».

В ходе исследования были установлены следующие вероятные причины неэффективности проводимого массажа слезно-носового канала:

1. Неправильное выполнение массажа родителями (63,6 %).
2. Чрезмерная плотная мембрана на выходе слезно-носового канала (19,6 %).
3. Стеноз слезно-носового канала (15,1 %).
4. Анатомические особенности слезоотводящих путей (дивертикулы, эктазии и т.п.) (1,1 %).
5. Сопутствующая ЛОР-патология (0,6 %).

Из числа обследуемых глаз количество нуждающихся в проведении зондирования слезоотводящих путей составило 1308 глаз (29,4 %). Повторное вмешательство потребовалось на 82 глазах (6,2 %).

Количество глаз, требующих после проведенного зондирования реконструкции слезоотводящих путей с интубацией слезно-носового канала, равнялось 31 (2,3 % случаев). Оперативное вмешательство проводилось детям в возрасте от 1 до 2 лет под внутривенным наркозом. Срок имплантации нити составил в среднем 1 мес. В послеоперационном периоде в конъюнктивальную полость пациентам инстиллировались антибактериальные препараты.

В результате данного вмешательства полный функциональный эффект был получен в 54,8 % случаев. У 29,0 % детей сохранялась легкая функциональная недостаточность слезоотведения, и у 16,2 % пациентов эффект лечения не был достигнут.

### **Выводы**

Назначение лечебного массажа слезно-носового канала в первые недели жизни ребенка с дакриоциститом является эффективным методом лечения, которым не стоит пренебрегать.

При отсутствии эффекта от лечебного массажа в возрасте старше четырех месяцев проводится зондирование и промывание слезно-носового канала. Рекомендуется в промывную жидкость добавлять раствор антибиотика с учетом возраста ребенка.

Неуспешное зондирование служит показанием для повторного проведения вмешательства, а при вновь возникшем рецидиве — для реконструкции слезоотводящих путей с интубацией слезно-носового канала.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Дакриоциститы у детей: проблемы и решения : учеб. пособие / под ред. Е. Ю. Марковой. – М : Офтальмология, 2021. – 112 с.
2. Закирова, Б. И. Риск развития дакриоцистита новорожденных и результаты лечения / Б. И. Закирова, А. М. Кадилова, Ш. К. Хусаинова // Журнал биомедицины и практики. – 2022. – Т. 7, № 2. – С. 280–285.