

ШКОЛА ДЕТСКОГО ОФТАЛЬМОЛОГА

Воспалительные заболевания глаз у детей первого года жизни. Принципы лечения.

Большакова Т.С. - врач-офтальмолог консультативной
поликлиники ОДКБ,
главный внештатный специалист детский офтальмолог
Новгородской области.
г. Великий Новгород, 2018 год.

Воспалительные заболевания глаз
у детей первого года жизни.
Принципы лечения.

*Конъюнктивиты новорожденных,
дакриоциститы новорожденных,
флегмона слезного мешка.*

К наиболее часто встречающимся воспалительным заболеваниям глаз у новорожденных и детей первого года жизни можно отнести конъюнктивиты различного генеза и дакриоциститы.

Конъюнктивит — воспаление слизистой оболочки глаза (конъюнктивы), вызванное патогенными бактериями, вирусами или аллергической реакцией.

По определению ВОЗ, конъюнктивитом новорожденных называют любой конъюнктивит с отделяемым, возникающий в первые 28 дней жизни ребенка.

Другие термины – офтальмия новорожденных, бленнорея новорожденных, неонатальный конъюнктивит.

Классификация конъюнктивитов.

- ❖ *По этиологии: Бактериальные, Вирусные, Аллергические, Хламидийные, Грибковые.*
- ❖ *По течению: Острые, Хронические.*

Внешние проявления каждого из них достаточно похожи:

- дискомфорт (ощущение песка под веками, резь, боязнь света, жжение);
- выделения;
- покраснения глазного яблока;
- отечность век.

Наиболее часто у детей встречаются вирусная и бактериальная формы.

Следует отметить, что бактериальный конъюнктивит, равно как и вирусный, характеризуется высокой степенью контагиозности!!!

Бактериальный конъюнктивит.

- ❖ Иницируются так называемой «больничной» флорой. Чаще всего *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae* или грамотрицательными бактериями, такими как *Haemophilus* и *Pseudomonas*.
- ❖ Заболевание развивается через несколько дней после рождения. Как правило, вначале поражается один глаз, однако с течением времени в процесс вовлекается и второй глаз.
- ❖ Симптомы - отечность, инфильтрация и гиперемия глаз. Отделяемое обильное, гнойного или слизисто-гнойного характера. Наблюдается выраженное полнокровие (инъекция) сосудов с точечными геморрагиями (кровоизлияниями). На поверхности слизистой оболочки могут сформироваться фолликулы или сосочки. При сильной выраженности воспаления и отеке возможен хемоз – защемление конъюнктивы в глазной щели во время смыкания век.
- ❖ Хорошо поддается лечению антибактериальными препаратами.
- ❖ Опасность бактериального конъюнктивита состоит в том, что возможно инфекционное поражение роговицы и развитие бактериального кератита.

Вирусный конъюнктивит.

- ❖ По данным современной медицинской литературы, насчитывается более 150 видов вирусов, которые способны вызвать поражение органа зрения.


Однако на практике чаще всего встречаются следующие возбудители:

Энтеровирус; Вирус простого герпеса; Аденовирус; Пикорновирус; Вирус Коксаки; Парамиксовирус (возбудитель кори).

- ❖ Начало острое. Заболевает один глаз, а через 1-3 дня – другой.
- ❖ Симптомы – светобоязнь, слезотечение, отек и покраснение кожи век, умеренный блефароспазм, гиперемия конъюнктивы, скудное серозное отделяемое, образование фолликулов или пленок.
- ❖ Лечение – интерфероны («Офталмоферон») в виде частых инстилляций (временной интервал: каждый час/6 раз в день).
- ❖ Для профилактики вторичной инфекции – антибиотик широкого спектра действия для местного применения.
- ❖ Развитию заболевания во многом способствует снижение иммунитета.

Аллергический конъюнктивит.

- ❖ Заболевание может быть сезонным или постоянным.
- ❖ Можно выделить три варианта течения болезни: острое, подострое, хроническое.
- ❖ Аллергологи установили, что у малышей заболевание обусловлено преимущественно генетической предрасположенностью, в то время как у старших детей оно вызывается повышенной чувствительностью организма к аллергенам.
- ❖ Основные симптомы, проявляющиеся в начале болезни:
 - сильное слезотечение; чувство жжения в глазах;
 - зуд век; покраснение конъюнктивы и краев век;
 - появление прозрачных слизистых выделений из глаз;
 - повышенная утомляемость глаз;
 - хемоз (отек) конъюнктивы и краев век;
 - гипертрофия сосочков верхнего века или фолликул на нижнем веке.

- 
- Из-за неприятных ощущений ребенок постоянно трет глаза. Это может вызвать осложнения в виде присоединившейся вторичной инфекции:
 - отделяемое из глаз становится непрозрачным и приобретает желто-зеленый оттенок;
 - по утрам в уголках глаз появляется гной.
 - ❖ Аллергический конъюнктивит часто сопровождается аллергическим ринитом (насморком), поэтому могут появиться дополнительные симптомы:
 - слизистые выделения из носа;
 - постоянное чихание;
 - раздражение кожи вокруг носа.
 - ❖ В зависимости от формы аллергического конъюнктивита к основным симптомам заболевания добавляются признаки, характерные для течения именно этого типа.

Формы аллергического конъюнктивита.

- ❖ весенний конъюнктивит («весенний катар»): развивается только в весенние месяцы, при обилии солнечного света;
- ❖ лекарственный конъюнктивит: аллергическая реакция на прием лекарств;
- ❖ поллинозный конъюнктивит (сенная лихорадка): аллергическая реакция на пыльцу растений, возникающая во время их цветения;
- ❖ туберкулезно-аллергический конъюнктивит: характеризуется одновременным поражением конъюнктивы и роговицы и является реакцией на контакт с продуктами жизнедеятельности микобактерий туберкулеза, разносящихся с током крови по всему организму;
- ❖ крупнососочковый (гиперпапиллярный) конъюнктивит: возникает при длительном контакте слизистой оболочки с инородным для нее телом, например, контактной линзой;
- ❖ инфекционно-аллергический конъюнктивит: появляется в результате контакта с токсинами, которые выделяют некоторые болезнетворные бактерии и грибы;
- ❖ хронический аллергический конъюнктивит, который протекает при постоянном контакте с аллергеном.

Лечение.

❖ Лечение аллергического конъюнктивита должно проводиться в трех направлениях сразу:

1. немедленное прекращение контакта с аллергеном;

2. местная терапия антигистаминными препаратами, а в тяжелых случаях и кортикостероидами;

3. иммунотерапия.

В легких случаях назначается только местное лечение, а при тяжелом течении болезни необходима комплексная терапия:

- ✓ местно – холодные компрессы на веки;
- ✓ внутрь – антигистаминные препараты в виде таблеток и детских сиропов (Кларитин, Лоратадин, Цетрин, Телфаст, Зиртек и др.);
- ✓ противоаллергические и антигистаминные глазные капли – Опатанол, Лекролин, Визалергол, Кромогексал;
- ✓ при сухости конъюнктивы назначают слезозаменители – Оксиал, Офтолик, Видисик, Офтогель, Систейн;
- ✓ при поражении роговицы показаны капли с витаминами (Тауфон, Квинакс, Катахром, Эмоксипин);
- ✓ в тяжелых случаях показано применение глазных капель и мазей с кортикостероидами (Гидрокортизоном и Дексаметазоном);
- ✓ при появлении вторичной инфекции показано назначение глазных капель с антибиотиками;

Хламидийный конъюнктивит.

- ❖ Возбудитель – хламидии. Чаще всего хламидийный конъюнктивит появляется у новорожденных, матери которых болеют хламидиозом половых органов. Поражение малыша, как правило, происходит во время родов.
- ❖ Начало всегда острое. Заболевание в 70% случаев возникает как односторонний процесс, но может поражаться и второй глаз.
- ❖ Клиника заболевания проявляется остро на 5-й – 7-й день после рождения. У недоношенных новорожденных хламидийный конъюнктивит **может развиваться уже на 3-й день** после родов.
- ❖ Симптомы – водянистый отек век с умеренным количеством слизистого или слизисто-гнойного отделяемого. На конъюнктиве могут появляться легко удаляющиеся пленки. Часто сочетается с пневмонией.
- ❖ В лечении используют 1% эритромициновую мазь, закладывая ее в конъюнктивальную полость 3 раза в день в течение 2-3 недель. Также используют системное применение антибиотиков, т.к. хламидии могут стать причиной закупорки НСП, а также вызывать отиты и пневмонии. Одновременно проводят лечение родителей.

Гонококковый конъюнктивит.

- ❖ Вызывается гонококком *Neisseria gonorrhoeae*. Инфицирование происходит при прохождении ребенка по родовым путям больной матери.
- ❖ Возникает в первые дни жизни ребенка и быстро переходит в тяжелую гнойную форму, может сопровождаться тяжелым поражением роговицы, вплоть до язв. Вовлекаются оба глаза.
- ❖ Симптомы – выраженный плотный отек век с синюшным оттенком, конъюнктивита кровоточит, и к обильному гнойному отделяемому присоединяются элементы крови, придавая ему характерный вид «мясных помоев».
- ❖ Лечение включает в/м назначение препаратов пенициллинового ряда. Показано использование 1% эритромициновой мази, частые орошения глазного яблока теплым физиологическим раствором. Обязательно лечить не только ребенка, но и мать.

Дакриоцистит новорожденных.

Дакриоцистит новорожденных - воспаление слезного мешка, обусловленное врожденным сужением или непроходимостью слезоотводящих путей, клинически проявляющееся в виде сначала катарального, а затем гнойного воспалительного процесса (гнойного, слизисто-гнойного или слизистого дакриоцистита).

Дакриоциститы являются одним из частых воспалительных заболеваний глаз у детей, составляют 7-14% офтальмопатологии детского возраста, причем развиваются особенно часто у новорожденных.

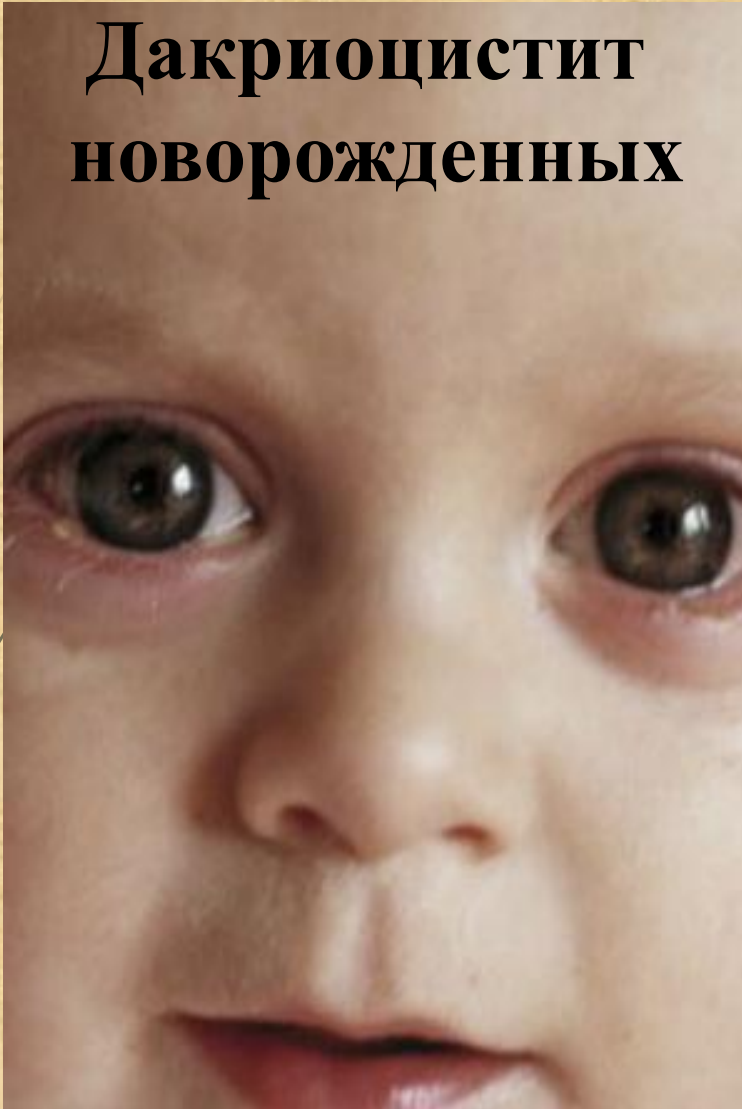
Часто это заболевание неправильно диагностируется как гнойный конъюнктивит и длительно безуспешно лечится. Дакриоцистит у маленьких детей может осложняться гнойным воспалением роговицы - кератитом с потерей зрения, а при длительном существовании гнойного процесса – привести к расплавлению слезного мешка и выходу гноя в окружающие ткани с тяжелыми осложнениями - вплоть до сепсиса.

Поэтому важно начинать лечение как можно раньше.

Дакриоцистоцеле.

Дакриоцистоцеле – врожденная патология слезного мешка (водянка) с его растяжением секретирующейся слизью при полном нарушении ее оттока как через носослезный проток в нос, так и через слезные канальцы, в конъюнктивальную полость.

**Дакриоцистит
новорожденных**



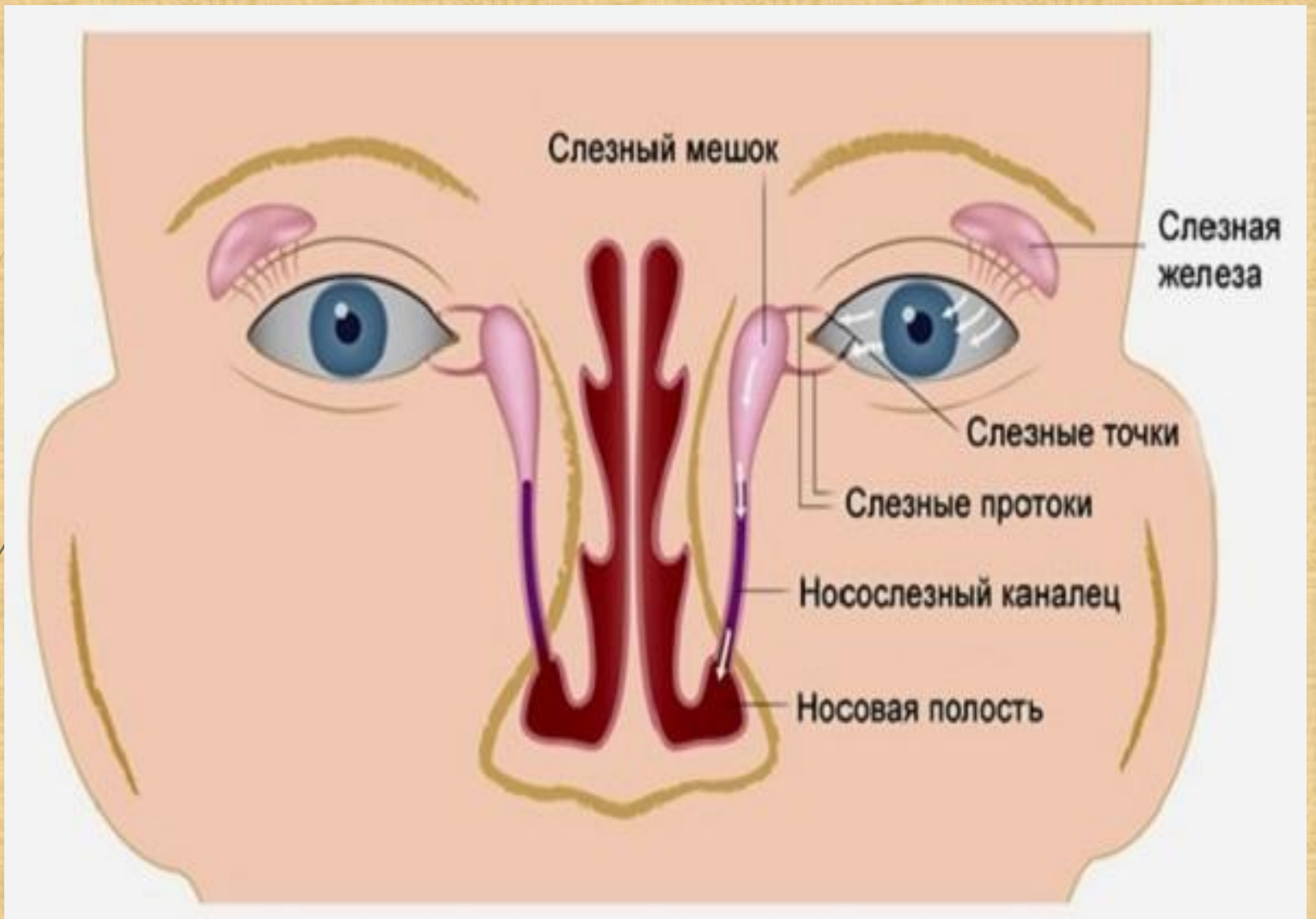
Дакриостоцеле



Этиология и патогенез.

Заболевание связано с врожденной блокадой выхода носослезного протока зародышевой желатинообразной пробкой из слизи и омертвевших эмбриональных клеток или эмбриональной рудиментарной мембраной, не успевшей рассосаться к моменту рождению (недоразвитые, неперфорировавшиеся к рождению клапаны Rosenmuller и Hasner). С этой мембраной рождаются около 35% новорожденных, и если она не претерпевает обратного развития, то возникает препятствие к оттоку слезы, которая скапливается в полости слезного мешка. При этом содержимое слезного мешка (слизь, детрит эмбриональных, эпителиальных клеток и др.) является благоприятной средой для роста микрофлоры с последующим развитием гнойного дакриоцистита новорожденных.

Кроме того, у ребенка после рождения нередко можно обнаружить *дакриоцистоцеле* в виде образования, располагающегося чуть ниже внутреннего угла глазной щели и имеющего голубоватую окраску с отсутствием пульсации и признаков воспаления.



Клиническая картина.

- ❖ Отделяемое гнойное, слизистое или слизисто-гнойное в конъюнктивальной полости одного или обоих глаз в первые дни или недели жизни.
- ❖ Возможна гиперемия конъюнктивы, слезостояние, реже – слезотечение (по мере возрастного увеличения продукции слезы).
- ❖ Выделение слизи или гноя из слезных точек (чаще нижних) при надавливании на область слезного мешка – компрессии его – ключевой признак дакриоцистита.
- ❖ При тщательном уходе, профилактической обработке глаз ребенка дезинфицирующими растворами выделения из глаз и слезотечение, *особенно у недоношенных детей*, могут появиться гораздо позже – на втором или третьем месяце жизни. (Сайдашева Э.И и соавт., 2009г).
- ❖ Нередко в первые дни жизни выявляется врожденный порок развития слезного мешка – *дакриоцистоцеле* – водянка слезного мешка. Это проминирующее образование области мешка не пульсирует, кожа над ним имеет синевато-багровый оттенок из-за растяжения тканей, при развитии инфекции в полости слезного мешка через кожу просвечивает желтое содержимое мешка.

Лечение.

В зависимости от причины, вызвавшей развитие дакриоцистита, лечение может быть консервативным или оперативным.

❖ *Консервативные лечебные мероприятия* при дакриоцистите новорожденных направлены на:

- восстановление носослезного канала;
- купирование воспаления слезного мешка;
- санацию слезоотводящей системы.

Для этого используют закапывание капель, проведение специального массажа и зондирование НСП.

❖ При *оперативном лечении* проводится эндоназальная дакриоцисториностомия.

Консервативные методы лечения.

- ❖ Лечение дакриоцистита новорожденного должно быть ранним, щадящим и поэтапным, начинать его следует с массажа слезного мешка, технике которого надо обучить родителей ребенка не только теоретически, но и практически. Массаж области слезного мешка противопоказан при дакриоцистоцеле, покраснении и мацерации кожи, припухлости в области слезного мешка. Массаж слезного мешка сочетают с дезинфицирующей, антибактериальной терапией. Обработку кожи век производят ватным тампоном, смоченным кипяченой водой.
- ❖ При наличии обильного гнойного отделяемого в ожидании лечебного зондирования слезоотводящих путей необходимо назначить инстилляции в конъюнктивальную полость антисептических препаратов (0,05%- раствор пиклоксидина (ВИТАБАКТ или БАКТАВИТ)), или антибактериальных широкого спектра действия с учетом возрастных ограничений (например, глазные капли ТОБРИСС, разрешенные с 2-х месяцев!!!).

Как делать массаж при дакриоцистите новорожденных?

Тщательно вымойте руки с мылом, ногти следует коротко остричь, можно использовать стерильные перчатки.

1. Ставим палец на внутренний уголок глаза ребенка, подушечкой пальца в сторону переносицы.
2. Слегка надавливаем на эту точку, далее совершаем пальцем движение вниз вдоль переносицы (продолжаем нажимать на кожу). Движение должно быть достаточно резким и уверенным (толчкообразным), а нажим ощутимым, но безопасным для нежной кожи ребенка.
3. Когда палец достигает низа переносицы – слегка ослабляем нажим, не отрывая палец от кожи, и возвращаем его в исходное положение на уголок глаза.
4. Далее снова нажимаем и повторяем действия из п.п 2 и 3.

За один раз достаточно сделать 10 таких надавливаний.

Массаж области проекции слезного мешка делают 6-8 раз в день *перед* кормлением ребенка!!!

Показания к зондированию и промыванию слезных путей:

- ✓ Наличие врожденной непроходимости слезоотводящих путей (дакриоцистита новорожденных, дакриоцистоцеле, врожденной атрезии выхода носослезного протока).
- ✓ Новорожденным с дакриоцистоцеле зондирование слезоотводящих путей целесообразно проводить поэтапно: сначала – слезных канальцев с эвакуацией слизи из слезного мешка, затем (в пределах одной процедуры или даже спустя 1 сут.) – носослезного протока – с восстановлением его проходимости.

Противопоказания к зондированию и промыванию слезных путей.

- **Абсолютные:**
 - ✓ острые респираторные заболевания, острые воспалительные заболевания уха, горла, носа, тяжелая общая соматическая патология в стадии декомпенсации.
- **Относительные:**
 - ✓ предшествующие многократные и безуспешные зондирования и промывания слезоотводящих путей, атония слезных канальцев. Тяжелая общая соматическая патология в стадии субкомпенсации - при наличии разрешения педиатра или профильного специалиста.

Родители (законные представители) ребенка должны быть информированы о предстоящем лечении.

Хирургическое лечение.

Если правильно выполняемый нисходящий массаж слезного мешка в течение 2-х недель не приводит к выздоровлению, необходимо провести зондирование с последующим промыванием слезоотводящих путей, которые являются одновременно диагностическими (оценка пассивной проходимости слезоотводящих путей), и лечебными (восстановление их проходимости) методами.

Нелеченые своевременно дакриоциститы

ведут к необходимости сложных

повторных хирургических операций и

нередко плохо поддаются лечению, приводя к постоянному слезотечению,

ограничивающему в дальнейшем выбор профессии.

