

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДАКРИОЦИСТИТА НОВОРОЖДЕННЫХ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ

Акопова Э.К.^{1,2}, Сахнов С.Н.^{1,3}, Комаровских Е.Н.¹, Басинская Л.А.^{1,3}

¹ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Краснодар, e-mail: corpus@ksma.ru;

²ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» Министерства здравоохранения Краснодарского края, Краснодар, e-mail: inbox@dkkb-kk.ru;

³Краснодарский филиал ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, Краснодар, e-mail: office@okocentr.ru

Актуальность сообщения обусловлена увеличением частоты ДН, отмечаемой за последние годы. В связи с этим описан клинический портрет детей с ДН по материалам офтальмологического отделения Детской краевой клинической больницы Министерства здравоохранения Краснодарского края. В статье приведены основные признаки, характеризующие дакриоцистит новорожденных (ДН) в Краснодарском крае. Ребенок с ДН, городской житель, мужского пола, рожденный доношенным, нормального веса, в возрасте 6–9 месяцев, достаточно часто – с двусторонним воспалительным процессом слезного мешка, с более тяжелым течением с одной стороны, в флегмонозной стадии процесса. Редко ДН сочетается с глазной патологией, где отмечена врожденная катаракта. Достаточно часто у ребенка с ДН может присутствовать сопутствующая соматическая патология в виде поражения дыхательной, сердечно-сосудистой, опорно-двигательной систем или ДЦП. Почти каждая 10-ая мать, из числа родивших детей с ДН, страдала гинекологической патологией, а каждая 5-ая женщина имела какую-либо половую инфекцию. У каждой 7-ой женщины была сопутствующая соматическая патология. Большинство женщин перенесли ОРВИ в первом триместре беременности. Само течение беременности было с отклонениями – патология чаще всего отмечалась в первом триместре, который является самым важным периодом внутриутробного развития плода. Таким образом, мать, родившая ребенка с ДН, изначально имела половую инфекцию и/или гинекологическую и/или соматическую патологию, что можно рассматривать как неблагоприятный фон для нормального формирования плода. С этой точки зрения нельзя не вспомнить об одной из теорий развития ДН, объясняющей возникновение воспаления слезного мешка и слезоотводящего аппарата, как последствия внутриутробно перенесенной воспалительной инфекции.

Ключевые слова: воспаление слезного мешка, дакриоцистит новорожденных, клинические особенности.

CLINICAL CHARACTERISTIC OF DACRYOCYSTITIS NEWBORNS IN KRASNODAR REGION

Akopova E.K.^{1,2}, Sahnov S.N.^{1,3}, Komarovskikh E.N.¹, Basinskaja L.A.^{1,3}

¹Federal State Educational Institution of Higher Education Budget of the Ministry of healthcare of the Russian Federation, Krasnodar, e-mail: corpus@ksma.ru;

²State budget health care institution «Children's Regional Clinical Hospital» of Ministry of healthcare of the Krasnodar region, Krasnodar, e-mail: inbox@dkkb-kk.ru;

³Krasnodar branch of Federal State Autonomous Institution «Interbranch Scientific and Technical Complex Eye Microsurgery» academician S.N. Fedorov» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Krasnodar, e-mail: office@okocentr.ru

The relevance of the posts due to increased frequency of neonatal dacryocystitis, the tendency in recent years. In this regard, described the clinical profile of children with neonatal dacryocystitis on materials of ophthalmological Department of the children's marginal clinical hospital under Ministry of health care of Krasnodar region. The study has received the clinical profile of neonatal dacryocystitis in the Krasnodar region. Child with neonatal dacryocystitis, urban dwellers, male, born full-term, normal weight at age 6-9 months, quite often with bilateral inflammation lacrimal sac, with more severe on the one hand, in the stage phlegmon lacrimal sac. Rare neonatal dacryocystitis combined with pathology, where marked by congenital cataracts. Often enough the child with neonatal dacryocystitis can attend accompanying somatic pathology as a defeat of the respiratory, cardiovascular, musculoskeletal systems, or cerebral palsy. Almost every 10th mother, gave birth to children with neonatal dacryocystitis suffered gynecological pathology and each 5th a woman had any sexual infection. Each 7-th woman was accompanying somatic pathology. Most women are recovering from acute respiratory viral infection in the first trimester of pregnancy. Pregnancy itself was with deviations-pathology more often noted in the first trimester, which is the most important period of intrauterine development of the fetus. Thus,

the mother, who gave birth to a child with neonatal dacryocystitis, initially had a sexual infection and/or gynecological and/or somatic pathology that can be seen as unfavorable background for the normal formation of the fetus. From this point of view, it was impossible not to recall one of the theories for the development of neonatal dacryocystitis, explaining the emergence of inflammation of lacrimal sac and apparatus, sleznuu liquid outlet, as the effects of in utero postponed inflammatory infection.

Keywords: inflammation of the lacrimal sac, neonatal dacryocystitis, clinical features.

Дакриоцистит новорожденных (ДН) – воспаление слезного мешка вследствие врожденного сужения и/или непроходимости слезоотводящих путей – продолжает оставаться одной из основных проблем детской офтальмологии. Именно дакриоцистит новорожденных является наиболее частым гнойно-воспалительным заболеванием органа зрения и его придаточного аппарата у детей первого года жизни. Среди всех воспалений слезного мешка у детей ДН принадлежит безусловное «лидерство» по частоте возникновения [1-5]. По сообщениям ряда исследователей, частота возникновения дакриоцистита составляет от 2 до 7 % от всех новорожденных [6]. По сведениям других авторов, дакриоцистит встречается несколько реже – у 1–4 % всех новорожденных детей [7]. Н.Н. Арестова (2009) сообщает, что частота ДН составляет 7–14 % всей офтальмопатологии детского возраста. При этом автор отмечает, что увеличение частоты возникновения дакриоцистита новорожденных не зависит от увеличения рождаемости [1].

Доминирует представление, что воспаление слезного мешка возникает в связи с задержкой открытия костной части носослезного протока к моменту рождения или в первые недели жизни ребенка. Непроходимость слезно-носового канала вследствие нерассосавшейся зародышевой желатинообразной пробки из слизи и омертвевших эмбриональных клеток или эмбриональной рудиментарной мембраны, закрывающей выход из слезноносового канала в полость носа, считается основной причиной возникновения ДН [8, 9]. Не менее важна теория о воспалительных причинах возникновения заболевания. По мнению [7], этому способствует незавершенность формирования защитных механизмов внешних барьеров у новорожденных детей, вместе с увеличением частоты выявления условно патогенной флоры. В современной трактовке ДН расценивается как нечто промежуточное между аномалией развития и приобретенной патологией новорожденных.

В последнее десятилетие, в том числе и в связи с демографическим «провалом» в РФ, исследований, посвященных проблеме ДН в нашей стране, явно недостаточно. Исследований региональных особенностей ДН практически не проводилось. Немногочисленные авторы отмечают неуклонную тенденцию к увеличению частоты ДН. Так, в 2006 году Ю.Ю. Осокиной были изучены частота и особенности ДН в Кемеровской области за период 1994–2004 гг. Автор констатировала значительное увеличение частоты развития ДН, удельный вес которого в структуре заболеваемости детей до года составлял 27,7 % в 2004 году против 17,2 % в 1994 году. Наблюдалось постоянное увеличение обращаемости за специализированной

хирургической помощью детям с ДН. В 1995 году в Кемеровской областной клинической офтальмологической больнице по поводу ДН были прооперированы 148 детей, а в 2004 году – уже 616 [7]. Аналогичная ситуация прослеживается и в других регионах России, где ДН занимает ведущее место в структуре врожденной патологии. Так, в Краснодарском крае удельный вес детей, прооперированных по поводу ДН в офтальмологическом отделении ГБУЗ Детская краевая клиническая больница, увеличился за последние пять лет с 12 до 19 %.

Таким образом, не вызывает сомнений факт, что проблема дакриоцистита новорожденных, уже только в силу высокой распространенности заболевания, остается одной из самых важных в детской офтальмологии.

Цель исследования – определение клинических характеристик дакриоцистита новорожденных в условиях Краснодарского края.

Материал и методы исследования. Исследования проведены на базе офтальмологического отделения ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» Министерства здравоохранения Краснодарского края. Были обследованы дети с дакриоциститом новорожденных первого года жизни, обратившиеся в лечебное учреждение в период 2014–2017 гг. Всего обследованы 293 глаза в стадии флегмонозного ДН у 226 детей. В 40,3 % это были дети из сельских районов Краснодарского края, 59,7 % – из городов края. Преобладали дети мужского пола – 56,3 % против 43,7 % – женского. В некоторых случаях ДН был двусторонним. Распределение детей с дакриоциститом новорожденных внутри обследованной группы по возрасту представлено на рис. 1.

Почти в половине случаев это были дети 6–9-ти месячного возраста, так как известно, что до 3-х месяцев жизни функция слезной железы у детей значительно снижена и клинические проявления ДН не так ярки. В течение первых 3-х месяцев жизни детей с ДН обратились за стационарной помощью только 3,4 % родителей от общего числа.

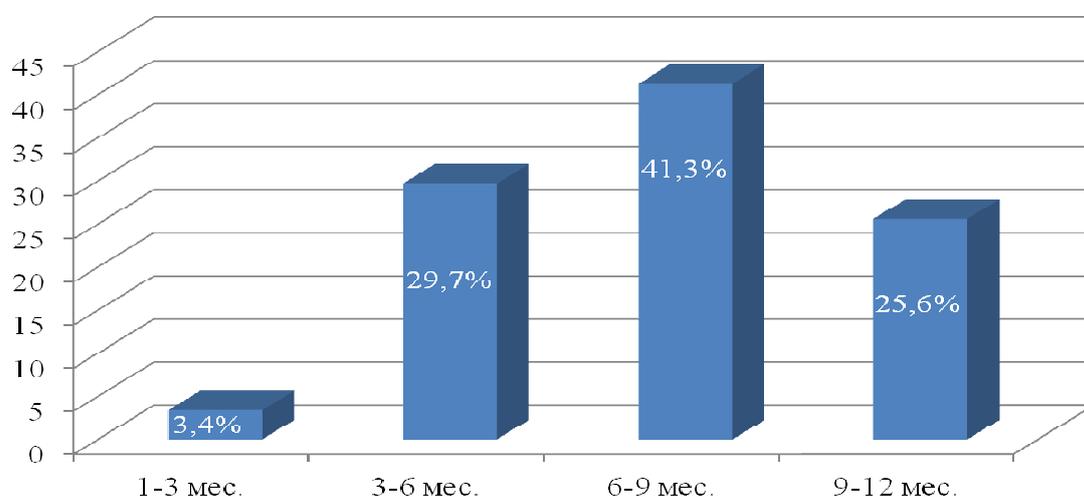


Рис. 1. Распределение детей с дакриоциститом новорожденных по возрасту, уд. вес, %

Результаты исследования и их обсуждение. Были рассчитаны средние показатели веса детей с ДН при рождении. В большинстве своем (41,4 %), вес новорожденных составлял 3000–3500 г и более (30,5 %) – в пределах 3500–4000 г (рис. 2). То есть, маловесных детей было мало, что соответствует преобладанию детей доношенных (93,9 %). Недоношенных детей было 5,4 %, а глубоко недоношенных – всего 0,7 %. Нами были проанализированы частота сопутствующей глазной патологии – в 97,7 % ее не было, однако, у 0,3 % детей была врожденная катаракта, а в 2,0 % случаев – другая глазная патология, характер которой уточнить не удалось.

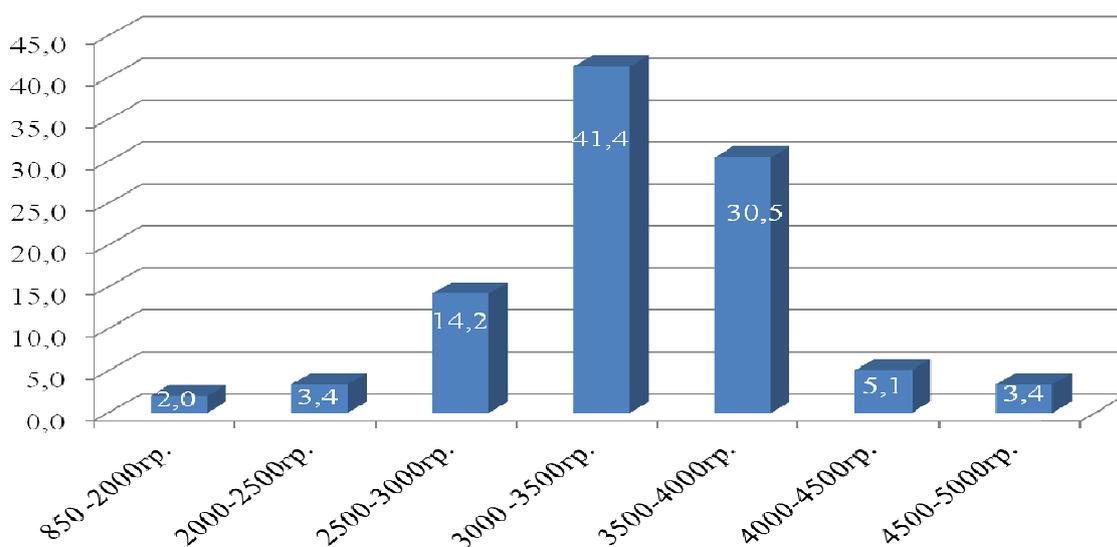


Рис. 2. Распределение детей с дакриоциститом новорожденных по весу при рождении, уд. вес, %

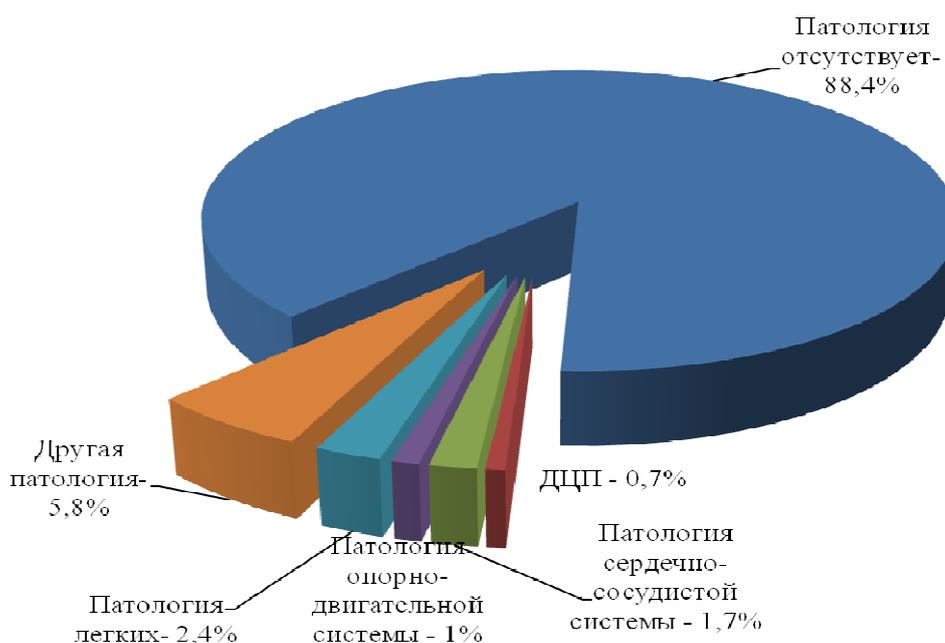


Рис. 3. Частота и характер сопутствующей соматической патологии у детей с ДН, %

Частота и характер соматической сопутствующей патологии у детей с ДН отражены на рис. 3. У 11,6 % детей с ДН при рождении была соматическая патология, из которой отмечались патология дыхательной, сердечно-сосудистой, опорно-двигательной систем, ДЦП и другая, характер которой уточнить не представлялось возможным.

Было изучено состояние гинекологического и соматического здоровья матерей, родивших детей с ДН. Гинекологические заболевания присутствовали у 8,5 % женщин.

Частота половых инфекций у матерей составила 19,5 %, что более чем в два раза превышает частоту гинекологических заболеваний. Половые инфекции отсутствовали в 80,5 % случаев.

Наличие соматической патологии было выявлено у 14,4 % матерей, родивших детей с ДН, общеклиническая патология отсутствовала в 85,6 %.

Известно, что перенесенные во время беременности вирусные заболевания (ОРВИ, грипп и пр.) могут служить факторами риска развития различной внутриутробной патологии у плода. При анализе этого аспекта в нашем исследовании выяснилось, что ОРВИ во время беременности перенесли большинство женщин (65,9 %), родивших детей с ДН, что не может не вызывать беспокойства (рис. 4). Судя по всему, беременные не были привиты против гриппа, что одновременно предохраняет и от ОРВИ. Иначе, не было бы такого большого числа беременных, перенесших острые вирусные инфекции, угрожающие здоровью не только матери, но и жизни формирующегося плода.

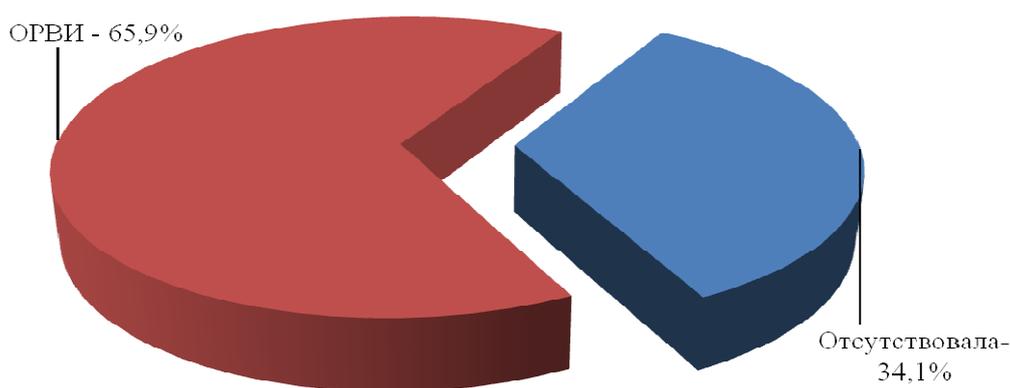


Рис. 4. Частота ОРВИ в первом триместре беременности у матерей детей с дакриоциститом новорожденных, уд. вес, %

У большинства матерей детей с ДН беременности протекала с осложнениями. Анализ частоты патологии беременности свидетельствует, что на первый ее триместр приходится

больше всего – 74,7 %, во втором триместре – 21,8 % и даже в третьем триместре беременность протекала с осложнениями (рис. 5).

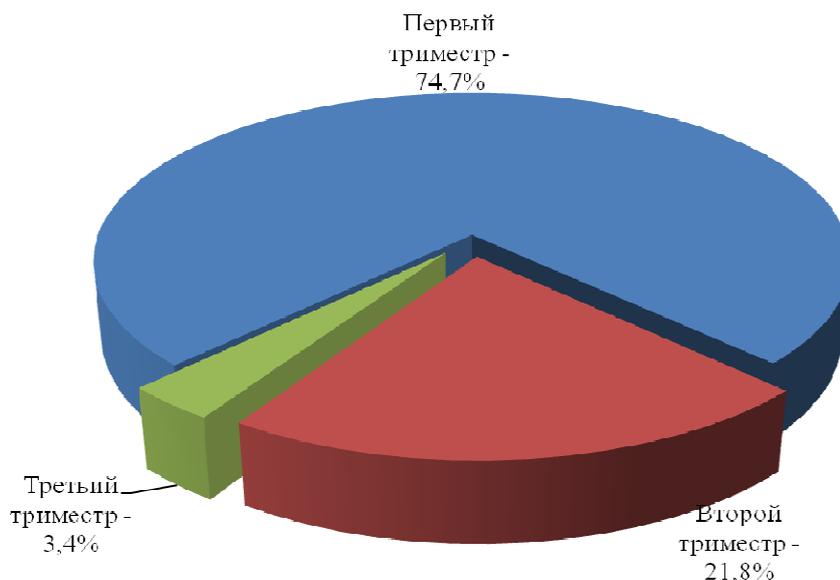


Рис. 5. Частота и время патологии беременности у матерей детей с дакриоциститом новорожденных, уд. вес, %

Заключение

В результате проведенного исследования был получен некий клинический профиль дакриоцистита новорожденных в Краснодарском крае. Ребенок с ДН, родившийся в Краснодарском крае, чаще – городской житель (59,7 %), мужского пола (56,3 %), доношенный, с нормальным весом (3000–3500 г), родители которого были вынуждены обратиться за помощью в офтальмологическое отделение Детской краевой клинической больницы Минздрава Краснодарского края, когда ему было 6–9 месяцев, по поводу, зачастую, двустороннего воспалительного процесса слезоотводящего аппарата глаз, а точнее, с флегмонозной стадией воспаления слезного мешка, с одной стороны, и аналогичным или более легким состоянием – с другой стороны. Достаточно редко патология слезоотведения у ребенка с ДН сочеталась с другой глазной патологией, среди которой наиболее клинически значима была врожденная катаракта (0,3 %). При этом довольно часто у ребенка с ДН присутствовала сопутствующая соматическая патология (11,6 %) в виде заболеваний дыхательной (2,4 %), сердечно-сосудистой (1,7 %), опорно-двигательной систем (1,0 %), ДЦП (0,7 %) или не уточненных других заболеваний (5,8 %). То есть каждый 8-й ребенок из 10-ти с ДН имел сопутствующее клиническое состояние, требующее коррекции или лечения.

Однако профиль ребенка с ДН будет далеко не полон, если не учитывать состояние здоровья его матери. Почти каждая 10-я мать, из числа родивших детей с ДН, страдала гинекологической патологией, а каждая 5-я женщина имела какую-либо половую инфекцию.

Кроме того, у каждой 7-й женщины была сопутствующая соматическая патология. Большинство женщин (65,9 %), родивших детей с ДН, перенесли ОРВИ в первом триместре беременности. Само течение беременности было с отклонениями – патология чаще всего отмечалась в первом триместре (74,7 %), который является самым важным периодом внутриутробного развития плода. Однако и во втором триместре осложнения были достаточно часты – 21,8 %. Таким образом, мать, родившая ребенка с ДН, изначально имела половую инфекцию и/или гинекологическую и/или соматическую патологию, что можно рассматривать как неблагоприятный фон для нормального формирования плода. С этой точки зрения нельзя не вспомнить об одной из теорий развития ДН, объясняющей его возникновение, как последствие перенесенной плодом внутриутробной инфекции.

Список литературы

1. Арестова Н.Н. Избранные лекции по детской офтальмологии / Н.Н. Арестова; под ред. В.В. Нероева. – М., 2009. – 184 с.
2. Бржеский В.В. Особенности антибактериальной терапии в комплексном лечении детей с дакриоциститом / В.В. Бржеский, Т.Н. Воронцова, М.В. Михайлова // Клиническая офтальмология. – 2012. – № 1. – С. 39-40.
3. 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.
4. 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.
5. Кански Джек Дж. Клиническая офтальмология: систематизированный подход: пер. с англ. / Джек Дж. Кански. – М.: Изд-во Логосфера, 2006. – 744с.
6. Сомов Е.Е. Патология слезного аппарата глаза: клиническая офтальмология / Е.Е. Сомов. – М.: Медпрессинформ, 2005. – С. 176-188.
7. Осокина Ю.Ю. Роль микрофлоры в развитии дакриоцистита новорожденных: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Ю.Ю. Осокина. – Красноярск, 2006. – 30с.
8. Тейлор Д., Хойт К. Слезные органы. Детская офтальмология: пер. с англ. / Д. Тейлор, К. Хойт. – М.: Изд-во БИНОМ, 2007. – С. 99-103.
9. 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.