ДЕТСКИЕ ДАКРИОСТЕНОЗЫ

Школьник С.Ф.
Чебоксарский филиал ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», Чебоксары, РФ

Введение. Проблема детских дакриостенозов во многом не эквивалентна одноименной у взрослых. Основные отличия обусловлены тем, что этиопатогенез непроходимости слезных путей во взрослом возрасте очень разнороден и редко связан с какими-либо врожденными аномалиями.

Цель – на основе анализа обращений, данных обследования и проведенного лечения составить представление о структуре дакриопатологии детского возраста.

Материалы и методы. Все лица от рождения до 14 лет, обратившиеся за специализированной медицинской помощью по поводу заболеваний слезоотводящего аппарата глаза, были разделены по следующим показателям и параметрам: возраст, пол, основные жалобы и время их появления, история развития симптомов в результате ранее проведенных лечебных мероприятий, нозологическая структура, изменения, выявленные при эндориноскопии, виды проведенного лечения и его результаты. Также было проведено анкетирование офтальмологов поликлинического звена на предмет их мнения о тактике лечения детских дакриостенозов и их осложнений.

Результаты и выводы. Данные анализа были сведены в таблицы, из которых следует, что наиболее часто за помощью к специалистам-дакриологам обращаются с детьми в возрасте до 1 года. Статистически значимых гендерных различий при этом нет. Жалобы на слезотечение, гнойное отделяемое и слезостояние, по отдельности или в различных сочетаниях превалируют и предъявляются в более, чем 90% случаев. Лишь около 12% родителей считали своего ребенка больным от рождения. Большей частью, первичное обращение по месту жительства происходило в возрасте ребенка 1-2 месяца. При этом чаще других, среди прочих рекомендаций упоминался массаж области слезного мешка и инстилляции дезинфицирующих глазных капель. Особенностью детского возраста является ограниченность диагностических возможностей при этой патологии без использования общей анестезии, поэтому дообследование и лечебные манипуляции проводились одномоментно. Нозологическая палитра включала дакриостенозы и окклюзии устья носослезного протока, изолированные и сочетанные с ними стенозы и атрезии горизонтального колена слезоотводящего тракта разного уровня, дакриодукто- и дакриоцистоцеле, аплазии костного канала, дивертикулы и удвоение слезных протоков. Среди осложненных стенозов, безусловно, доминировало воспаление слезного мешка. Лакримальные свищи различного уровня составляли 3,2%. Нехарактерным для детей оказалось такое осложнение как перидакриоцистит, что, вероятно, обусловлено тонким костным ложем слезного мешка и его легкой перфорацией с образованием внутреннего свища. Вовлечение в воспалительный процесс развитых в этом возрасте клеток решетчатого лабиринта иногда сопровождалось реактивным отеком век. Эта же анатомическая особенность решетчатых пазух в детстве объясняет отличие локализации проекции слезного мешка на латеральной стенке носа, заключающееся в ее частом расположении кпереди от переднего края средней носовой раковины. Естественная для этого возраста узость слезных протоков и носовых ходов, а также тесное предлежание нижней носовой раковины приводят к риску развития дакриостаза и воспалительных явлений в слезных путях. Лечебная тактика выстраивалась в соответствии с тяжестью заболевания, возрастом ребенка, наличием осложнений и сопутствующей патологии. Эффективность консервативных методов в совокупности с пониманием имеющейся вероятности спонтанного выздоровления во всех группах наблюдения составила, по собственным наблюдениям и мнению врачей поликлиник 67%. При постсаккальных стенозах манипуляцией первоочередного выбора является зондирование с последующим

однократным промыванием. Результативность этой процедуры, по совокупным данным, превышает 80% и может выполняться у детей грудного возраста под местной анестезией. Отсутствие положительного эффекта после первичного зондирования, по нашему мнению, является показанием для его выполнения под наркозом с обязательным эндориноскопическим сопровождением и временным, на 1-2 недели, стентированием слезоотводящего тракта. Случаи эпифоры канальцевого уровня предполагают данную тактику уже на начальном этапе. При достижении активного пассажа слезы по естественному или обходному пути оттока, свищи закрывались самостоятельно. При выявлении аплазии носослезного канала и другой патологии с сомнительным прогнозом рутинных вмешательств, формирование обходного пути слезоттока безальтернативно. При этом возрастные ограничения не являются абсолютными.