

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДАКРИОЦИСТОЦЕЛЕ У НЕДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО

*Алтайский государственный медицинский университет,
кафедра офтальмологии с курсом ДПО, г. Барнаул*

КГБУЗ «Алтайская краевая офтальмологическая больница», г. Барнаул

Семина К. С., Горбачева Н. В.

Научный руководитель: ассистент кафедры Горбачева Н.В.

E-mail: shashkevich2@mail.ru

Дакриоцистоцеле – это прогрессирующее растяжение слезного мешка без его первичных воспалительных изменений. Некоторые авторы придерживаются консервативного ведения неосложненного дакриоцистоцеле, в то время как другие выступают за раннее вмешательство, начиная от зондирования и заканчивая эндоскопической марсупиализацией, опасаясь возможных осложнений. Цель исследования – представить клинический случай дакриоцистоцеле у недоношенного новорожденного. На 4 сутки после рождения в палату интенсивной терапии отделения патологии новорожденных и недоношенных детей перинатального центра поступила новорожденная девочка со сроком гестации 32 недели. По результатам офтальмологического обследования выставлен диагноз: дакриоцистоцеле справа. Пациенту проведено поэтапное зондирование слезоотводящих путей справа. Послеоперационный период проходил без осложнений. При осмотре ребенка через 5 дней образования не обнаружено, кожа в проекции слезного мешка справа обычной окраски, пальпация безболезненна, компрессионная проба отрицательная. Данный клинический пример демонстрирует эффективность поэтапного зондирования слезоотводящих путей при дакриоцистоцеле в раннем неонатальном периоде.

Ключевые слова: дакриоцистоцеле, недоношенность, зондирование слезоотводящих путей, врожденная патология.

Актуальность

Дакриоцистоцеле – это прогрессирующее растяжение слезного мешка без его первичных воспалительных изменений [1]. Заболевание обусловлено скоплением жидкости в слезном мешке, представленной слизью, реже амниотической жидкостью и слезой, которая блокируется дистально в носослезном протоке и проксимально в слезном канальце [1, 2]. Частота встречаемости данной аномалии составляет 1 случай на 700-800 младенцев [3]. Выбор тактики ведения в случае врожденного дакриоцистоцеле остается спорным. Некоторые авторы придерживаются консервативного ведения неосложненного дакриоцистоцеле, в то время как другие выступают за раннее вмешательство, начиная от зондирования и заканчивая эндоскопической марсупиализацией, опасаясь возможных осложнений [2, 4]. Сообщается, что гидропс слезного мешка спонтанно резорбируется у 23% пациентов [4]. Однако необходимо помнить про риск нарушения носового дыхания у новорожденных и развития респираторного дистресс-синдрома [5]. Кроме того, существует возможность инфицирования слезного мешка с последующим развитием флегмоны [1]. А поскольку иммунная система новорожденных, особенно недоношенных младенцев, недостаточно развита, то они подвергаются большему риску распространения инфекции, включая сепсис и менингит [4, 5].

Цель: представить клинический случай дакриоцистоцеле у недоношенного новорожденного.

Материалы и методы

На 4 сутки после рождения в палату интенсивной терапии отделения патологии новорожденных и недоношенных детей перинатального центра поступила новорожденная девочка со сроком гестации 32 недели. В ходе осмотра врачом-неонатологом выявлено синюшное образование чуть ниже внутреннего угла глазной щели справа, рекомендована консультация

врача-офтальмолога. По результатам внешнего осмотра, чуть ниже внутреннего угла глазной щели справа определялось округлое образование размером 1,5x1 см, умеренно эластичное, безболезненное при пальпации, кожа над образованием синюшного оттенка, нормальной температуры (рис. 1).

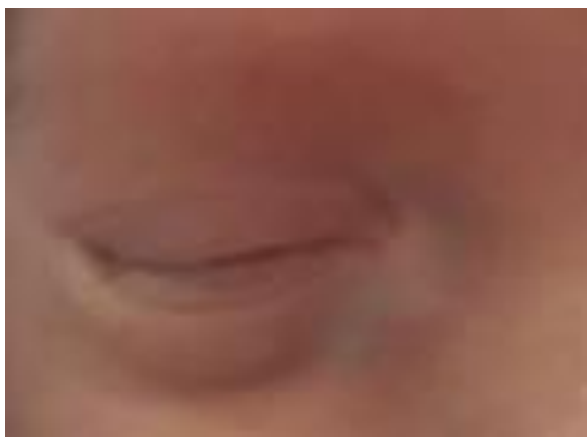


Рисунок 1. Внешний осмотр. Образование чуть ниже внутреннего угла глазной щели справа

Компрессионная проба, цветная слезно-носовая проба и двойная проба Веста справа отрицательные. По результатам ультразвукового исследования в проекции слезного мешка справа визуализируется образование размером 2*2,5 см, неправильной округлой формы с частично четкими границами, гипэхогенным неоднородным содержимым, без признаков смещения при проведении кинетической пробы (рис. 2).

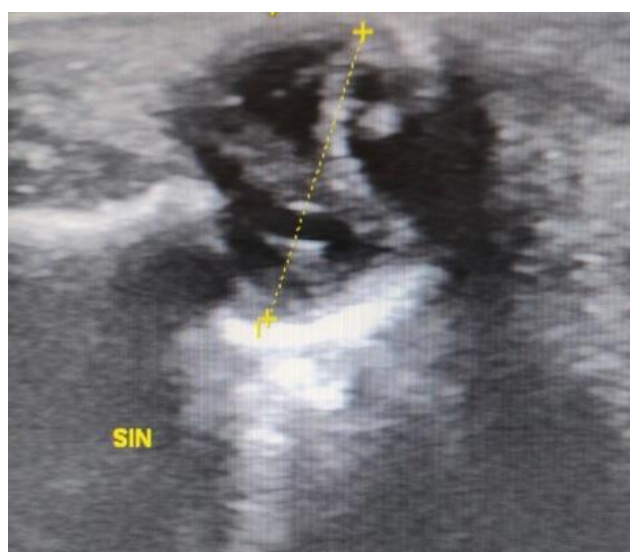


Рисунок 2. Ультразвуковое исследование в проекции слезного мешка справа

На основании полученных данных выставлен диагноз: дакриоцистоцеле справа. Выбрана тактика поэтапного зондирования слезоотводящих путей справа. Оперативное вмешательство проходило под контролем врача-реаниматолога. Первым этапом, коническим зондом Зихеля, расширена нижняя слезная точка, после – цилиндрическим зондом Боумена диаметром 0,6 мм, проведено зондирование нижнего слезного канальца с эвакуацией слизи из слезного мешка. На следующие сутки, вторым этапом, проведено зондирование носослезного протока зондом Боумена с восстановлением его проходимости. В завершении канал промыт раствором антибиотика при помощи шприца с канюлей. Свободное прохождение промывной жидкости в носоглотку подтвердило восстановление проходимости носослезного канала.

Результаты и обсуждение

Послеоперационный период проходил без осложнений. Были рекомендованы местные инстилляци в нижний свод конъюнктивы правого глаза глазных капель ципрофлоксацин 0,3% и интраназальное закапывание в правый носовой ход капель оксиметазолин 0,01%. При осмотре ребенка через 5 дней образования не обнаружено, кожа в проекции слезного мешка справа обычной окраски, пальпация безболезненна, компрессионная проба отрицательная.

Выводы

Данный клинический пример демонстрирует эффективность поэтапного зондирования слезоотводящих путей при дакриоцистоцеле в раннем неонатальном периоде.

Список литературы:

1. Бржеский В.В. Неонатальная офтальмология: руководство для врачей / под ред. В. В. Бржеского, Д. О. Иванова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 288 с. Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461525.html> (дата обращения: 06.05.2024).

2. Davies R, Watkins WJ, Kotecha S, Watts P. The presentation, clinical features, complications, and treatment of congenital dacryocystocele. *Eye (Lond)*. 2018 Mar; 32(3): 522-526. <https://doi.org/10.1038/eye.2017.235>

3. Истомина, А. Л. Необычный случай дакриоцистоцеле у плода. *Пренатальная диагностика*. 2015;14(1):84-86.

4. Lueder GT. The association of neonatal dacryocystoceles and infantile dacryocystitis with nasolacrimal duct cysts (an American Ophthalmological Society thesis). *Trans Am Ophthalmol Soc*. 2012; 110: 74-93.

5. Imschoot JYC, Bauters W, Van Zele T, Ninclaus VGS. Congenital bilateral dacryocystocele: A neonatal emergency. *Int J Surg Case Rep*. 2021; 80: 105603. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2021.01.097>

Как цитировать:

Семина К. С., Горбачева Н. В. Клинический случай дакриоцистоцеле у недоношенного новорожденного. *Материалы конференции «Актуальные вопросы клиники, диагностики и лечения в офтальмологии» 16-17 мая 2024 г., г. Барнаул. Scientist (Russia)*. 2024; 3 (29): 287-291.
