



¹ ГБОУ ВПО
«РНИМУ
им. Н.И. Пирогова»,
кафедра
офтальмологии
педиатрического
факультета

² Морозовская
детская городская
клиническая
больница (Москва)

Лечение дакриоцистита новорожденных

Д.м.н. Е.Ю. МАРКОВА¹, Л.В. УЛЬШИНА¹, И.В. ЛОБАНОВА¹,
А.В. ЗАХАРЧЕНКО²

В статье описаны этиологические факторы, клиника и диагностика дакриоцистита новорожденного (ДН). Даны рекомендации по немедикаментозной и фармакотерапии ДН.

С учетом того что для предупреждения развития осложнений ДН лечение необходимо начинать сразу после установления диагноза, препаратом выбора являются глазные капли Фуциталмик (фузидиевая кислота). Являясь антибиотиком широкого спектра действия, фузидиевая кислота эффективна в отношении кокковой флоры и характеризуется низкой частотой развития бактериальной резистентности. Высокий профиль безопасности (минимум побочных эффектов, хорошая переносимость, отсутствие раздражающих компонентов в составе лекарственного средства), легкость и удобство применения (лекарственная форма в виде вязких капель в металлизированной тубе с наконечником-капельницей), а также режим применения 2 раза в день по 1 капле в конъюнктивальную полость пораженного глаза в течение 2 дней после достижения клинического эффекта – все это позволяет рекомендовать глазные капли Фуциталмик для лечения детей с бактериальными инфекциями глаз начиная с возраста 0 лет.

практически по всей территории России отмечается рост заболеваемости ДН [4, 5].

Почему развивается это заболевание? В период внутриутробной жизни у ребенка в носослезном протоке находится желатинозная пробка или пленка, которая защищает его от околоплодных вод. В момент рождения при первом крике ребенка пленка прорывается, и создается проходимость носослезного канала. Если этого не происходит, слеза застаивается в слезном мешочке, присоединяется инфекция, развивается острый или хронический ДН. Таким образом, самой частой причиной развития ДН является непроходимость носослезного протока из-за наличия в нем нерассосавшейся желатиноподобной пленки. Вторая по частоте причина ДН – патология слезного мешка (чаще всего дивертикул, то есть складка в слезном мешке), третья – отсутствие костной части носослезного протока. К вторичным причинам относят патологию носа и окружающих тканей вследствие воспаления и повреждений.

Первые признаки ДН, которые проявляются уже в первые недели жизни, – это наличие сли-

В структуре глазной заболеваемости у детей и подростков воспалительные заболевания глаз и их придатков составляют 24,3% [1]. Одним из наиболее частых воспалительных заболеваний глаз у детей является дакриоцистит новорожденного (ДН),

на него приходится 7–14% всей офтальмопатологии детского возраста [2]. ДН встречается у 1–4% всех новорожденных [3]. Около 5%, а по данным некоторых авторов, 10% новорожденных рождаются с несостоятельностью слезных путей [3]. В настоящее время



зисто-гнойного отделяемого из конъюнктивального мешка одного или обоих глаз, слезостояние, слезотечение (редко) в сочетании со слабо выраженным покраснением конъюнктивы. Этот процесс часто принимают за конъюнктивит. Основным признаком ДН является выделение слизисто-гнойного содержимого через слезные точки при надавливании на область слезного мешка. Иногда этот симптом не выявляется, что может быть связано с предшествующей медикаментозной терапией. Для уточнения диагноза проводят колларголовую пробу (проба Веста). В глаза закапывается 1 капля 1–2% раствора колларгола (красящее вещество). Предварительно в полость носа вставляется ватный фитилек. Появление красящего вещества на фитильке через 5 минут после закапывания оценивается как положительная проба. Пробу считают замедленной при обнаружении краски в носу через 6–20 минут и отрицательной – позже 20 минут. Пробу также можно считать положительной, если после закапывания колларгола произошло просветление конъюнктивы глазного яблока в течение 3 минут. Отрицательный результат слезноносовой пробы указывает на нарушение проводимости в слезоотводящей системе, но не определяет уровень и характер поражения, поэтому необходима консультация ЛОР-врача. Так, слизистая слезных путей может опухать вследствие насморка, отек может вызвать сужение просвета носослезного канала, как следствие, затрудняется отток слезы. Тяжелым осложнением нераспознанного и нелеченого ДН может быть флегмона слезного мешка, сопровождающаяся значительным повышением температуры тела и беспокойством ребенка. Как исход заболевания нередко образуются свищи слезного мешка. После установления диагноза необходимо сразу приступить к лечению. Лечение ДН начинают с назначения массажа области слезного мешка и антибактериальной терапии в каплях. Перед началом массажа следует тщатель-

но вымыть руки, ногти следует коротко остричь, можно использовать стерильные перчатки. Массаж области слезного мешка проводят, осторожно надавливая несколько раз указательным пальцем сверху вниз толчкообразными движениями, стремясь прорвать желатинозную пленку. Эти манипуляции следует проводить 4–5 раз в день в течение как минимум 4 недель. По данным литературы и нашим данным, желатинозная пробка рассасывается или прорывается к 3–4 месяцам, если родители правильно и аккуратно выполняют вышеуказанные рекомендации. В случае если эти манипуляции не дали желаемого результата, необходимо провести зондирование носослезного канала в условиях глазного кабинета. Зондирование носослезного канала представляет собой сложную процедуру. Под местной анестезией (обезболивание) с помощью конических зондов расширяют слезные точки и слезные каналы, затем зонд вводится в носослезный канал, прорывает находящуюся там пробку, затем канал промывается дезинфицирующим раствором. После зондирования необходимо обязательно проводить массаж, как это описано выше, в течение 1 недели для профилактики рецидива, связанного с образованием спаечного процесса. Зондирование неэффективно лишь в тех случаях, когда ДН обусловлен такими причинами, как аномалия развития носослезного канала, искривление носовой перегородки и др. Этим детям необходимо сложное оперативное вмешательство – дакриоцистиностомия, которая проводится только по достижении возраста 5–6 лет. В последние годы в связи с увеличением резистентности микроорганизмов к антибактериальным препаратам выбор антибиотика для проведения рациональной терапии у больных с дакриоциститом является особенно актуальным [6, 7, 8]. При исследовании микрофлоры содержимого слезного мешка у детей с хроническим и флегмонозным дакриоциститом, а также при оп-

ределении чувствительности выделенной флоры к антибактериальным препаратам было обнаружено, что наиболее частым возбудителем хронического гнояного дакриоцистита у детей является *Enterococcus faecalis* и *Staphylococcus aureus*, флегмонозного – *Staphylococcus aureus* и *Pneumococcus pneumoniae*. Также была установлена резистентность всей выделенной микрофлоры к антибактериальным препаратам. Наименее чувствительными в отношении данной микрофлоры являются тобрамицин, гентамицин и левомицетин [9].

При выборе офтальмологического препарата для лечения воспалительных заболеваний глаз, особенно если это касается новорожденных детей, следует ориентироваться на такие наиболее важные характеристики лекарственного средства, как высокая эффективность и благоприятный профиль безопасности.

Подчеркнем: лечение ДН необходимо начинать немедленно после установления диагноза, так как тяжелым осложнением данной патологии может быть флегмона слезного мешка. Базисная терапия должна включать препараты, способные блокировать размножение патогенного возбудителя. Однако в подавляющем большинстве случаев в первые дни заболевания идентификация микробного агента практически невозможна, поэтому чрезвычайно актуальным становится использование в качестве препарата первого выбора тех лекарственных средств, которые обладают широким спектром антибактериального действия [10]. Одновременно к таким препаратам предъявляются высокие требования в отношении безопасности: минимум побочных эффектов, хорошая переносимость, отсутствие раздражающих компонентов в составе лекарственного средства, оптимальная консистенция, легкость и удобство закапывания. Всем вышеперечисленным характеристикам соответствуют глазные капли Фуциталмик (производства компании «Лео Фар-

неджданья



масьютикал Продактс», Дания; на российском рынке препарат представлен компанией «Никомед в составе Такеда») [11]. Препарат относится к фармакотерапевтической группе антибиотиков полициклической структуры и в зависимости от концентрации действует бактериостатически или бактерицидно.

Активным действующим веществом глазных капель Фуциталмик является фузидиевая кислота, 10 мг которой содержится в 1 мл раствора. Фузидиевая кислота относится к группе фузидинов, механизм действия которых связан с подавлением синтеза белка в бактериальной клетке.

Компоненты глазных капель Фуциталмик обеспечивают вязкую консистенцию, позволяющую лекарственной суспензии содержаться в гелевой среде. Поскольку лекарственная форма препарата Фуциталмик представляет собой гелеподобный полимер, антибиотик, содержащийся в препарате, длительно (до 12 часов) присутствует в слезной и внутриглазной жидкости [6]. Вязкость препарата облегчает его применение. Кроме того, глазные капли Фуциталмик при контакте со слезной жидкостью становятся практически полностью прозрачными, не вызывая зрительного дискомфорта.

При изучении фармакокинетики препарата Фуциталмик было установлено, что после применения однократной инстилляцией через 1, 3, 6 и 12 часов содержание фузидиевой кислоты в слезной жидкости составляет 15,7, 15,2, 10,5 и 5,6 мкг/мл соответственно. Менее значимые концентрации фузидиевой кислоты, определяемые во внутриглазной жидкости, связаны с трудностями биодоступности при преодолении гематоофтальмического барьера. Так, во внутриглазной жидкости концентрация препарата 0,3 мкг/мл (после однократного применения) и 0,8 мкг/мл (после повторного применения) достигается в течение 1 часа после применения и поддерживается на протяжении 12 часов. При местном применении фузидиевая кислота в сыворотке крови не оп-

ределяется. Системная абсорбция фузидиевой кислоты при использовании глазных капель Фуциталмик минимальна. Этими свойствами глазных капель Фуциталмик обеспечивается безопасность применения препарата у новорожденных. Таким образом, фармакокинетическими особенностями препарата Фуциталмик обусловлены терапевтически эффективные концентрации лекарственного вещества в течение 12 часов, что определяет рекомендацию по кратности применения – 2 раза в день по 1 капле в конъюнктивальную полость пораженного глаза в течение 2 дней после достижения клинического эффекта.

Препарат выпускается в удобной для применения металлизированной тубе с наконечником-капельницей. Перед инстилляцией необходимо удалить из конъюнктивальной полости, с краев век и ресниц скопившееся отделяемое. Одну каплю препарата закапывают в нижний конъюнктивальный свод, не касаясь наконечником краев век. При поражении обоих глаз закапывание следует начинать с того глаза, где клинические проявления бактериальной глазной инфекции менее выражены.

Во всех исследованиях отмечалась высокая эффективность препарата Фуциталмик [7, 12–14]. При острых бактериальных конъюнктивитах она достигала 84–93%. Резистентность флоры к препарату была значительно ниже (16–17%), чем у традиционно применяемых средств [15]. Фузидиевая кислота эффективно действует на стафилококки (в том числе устойчивые к пенициллину, стрептомицину, хлорамфениколу, левомицетину, эритромицину), а также на стрептококки, менингококки, гонококки, пневмококки. Однако грибы и простейшие устойчивы к воздействию фузидиевой кислоты.

По данным литературы, при применении глазных капель Фуциталмик редко встречались побочные эффекты со стороны органа зрения: аллергические реакции в виде отека фолликулов переходной складки конъюнктивы, кра-

пивницы. Терапия должна быть прекращена в случае появления признаков повышенной чувствительности к препарату или его компонентам. Противопоказанием к применению является повышенная чувствительность к его компонентам.

Е.Н. Байбарина и соавт. (2007) [12] описали опыт лечения 31 новорожденного с признаками бактериального конъюнктивита (преимущественно вызванного стафилококком). Для лечения применялись вязкие глазные капли Фуциталмик (раствор антибиотика – фузидиевой кислоты) по 1 капле 2 раза в сутки, лечение продолжалось в течение 2 дней после достижения клинического эффекта. Наблюдения показали высокую (около 97%) терапевтическую эффективность глазных капель Фуциталмик. Отмечено удобство применения препарата, отсутствие аллергических реакций у новорожденного. На основании данных, полученных в ходе исследования, был сделан вывод: Фуциталмик может являться препаратом выбора при лечении бактериальных конъюнктивитов у новорожденных.

В связи с высокими требованиями, которым должны соответствовать препараты, разрешенные к применению в педиатрической практике, выбор эффективных глазных капель ограничен. Фуциталмик с успехом прошел клинические исследования в различных возрастных группах, показав безопасность и высокую эффективность в отношении кокковой флоры, являющейся наиболее частым возбудителем бактериальных глазных инфекций [14, 16, 17]. Вязкая консистенция препарата способствует его удерживанию в конъюнктивальной полости, что препятствует проникновению в нос и ротоглотку, где может происходить заглатывание и незначительная системная абсорбция лекарства.

В настоящее время препарат Фуциталмик капли глазные 1% 5 г (регистрационный номер П N011459/01) зарегистрирован для применения у детей в возрасте с 0 лет. ❖