



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Клинические рекомендации

**ВРОЖДЕННАЯ ПАТОЛОГИЯ СЛЕЗОТВОДЯЩИХ ПУТЕЙ
(ДАКРИОЦИСТИТ НОВОРОЖДЕННЫХ, ДАКРИОЦИСТОЦЕЛЕ,
ВРОЖДЕННЫЙ СТЕНОЗ СЛЕЗОТВОДЯЩИХ ПУТЕЙ) У
НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ.
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ**

МКБ 10: **Q10.5**

Год утверждения (частота пересмотра):

ID:

URL:

Профессиональные ассоциации:

- **Общероссийская общественная организация «Ассоциация врачей-офтальмологов»**

Утверж _____

Согласованы

Научным советом Министерства
Здравоохранения Российской Федерации

_____ 201_ г.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Ключевые слова.....	2
Список сокращений.....	2
Термины и определения.....	3
1. Краткая информация.....	3
2. Диагностика.....	4
3. Лечение.....	7
4. Реабилитация.....	10
5. Профилактика и диспансерное наблюдение.....	10
6. Дополнительная информация, влияющая на исход заболевания...	11
Критерии оценки качества медицинской помощи.....	11
Список литературы.....	12
Приложение А1. Состав рабочей группы.....	14
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций..	15
Приложение А3. Связанные документы.....	16
Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента.....	17
Приложение В. Информация для пациента.....	17
Приложение Г. Техника массажа слезного мешка.....	18
Формы, виды и условия оказания медицинской помощи.....	19

Ключевые слова

дакриоцистит, дакриоцистоцеле, стеноз слезоотводящих путей, флегмона, абсцесс слезного мешка, эпифора, зондирование

Список сокращений

ДН – дакриоцистит новорожденных

ДЦ - дакриоцистоцеле

Термины и определения

«Положительная компрессионная проба» - появление слизисто-гнойного отделяемого в конъюнктивальной полости при надавливании на область проекции слезного мешка, что позволяет установить диагноз дакриоцистита новорожденных.

«Цветная слезно-носовая проба» – диагностическая проба, позволяющая оценить проходимость слезных путей при инстилляциях диагностического красителя (флюоресцеина-натрия или колларгола) в конъюнктивальную полость и времени его появления в нижнем носовом ходе

«Двойная проба Веста» – повторение цветной слезно-носовой пробы после инстилляций в нижний носовой ход назальных сосудосуживающих капель Називина (0,01% детям до 1 года). Положительная двойная проба Веста свидетельствует о риногенной причине слезотечения, требующей участия ЛОР-специалиста в лечении.

1. Краткая информация.

1.1. Определение.

Дакриоцистит новорожденных (ДН) – воспаление слезного мешка, в основе которого лежит врожденная непроходимость носослезного протока.

Дакриоцистоцеле (ДЦ) – 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 каналы – в конъюнктивальную полость.

Дакриостеноз – сужение или полное закрытие слезоотводящих путей.

Дакриодуктостеноз – сужение или полное закрытие на уровне носослезного протока.

Носослезный канал – костный канал, соединяющий костную слезную ямку с полостью носа.

Носослезный проток – мягко-тканное образование, выстилающее носослезный канал.

Эпифора – слезотечение при нарушении оттока слезы.

1.2. 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 рождения (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 – дакриоцистита новорожденных (ДН).

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

Причиной дакриоцистита у новорожденных также могут быть врожденная и наследственная патология слезоотводящих путей: дивертикулы, складки слезного мешка, узкий, извитой носослезный проток, аномальный выход его в полость носа, нередко прикрытый слизистой носа, или выход несколькими выводными канальцами, отсутствие костного канала, а также возрастные особенности (узкие носовые ходы, малая высота нижнего носового хода), патология носа и окружающих тканей вследствие воспаления (утолщенная слизистая нижнего носового хода, грануляции), неправильная закладка зубов и повреждения лица при наложении щипцов во время родов и др.

1.3. Эпидемиология.

Атрезия выхода носослезного протока встречается почти у 10% новорожденных. При этом более, чем у 2/3 таких детей она осложняется дакриоциститом.

Несмотря на то, что у некоторых детей в течение первого года жизни слезоотведение может восстановиться самопроизвольно, отсутствие своевременного лечения детей с ДН впоследствии нередко требует сложных хирургических вмешательств.

1.4. Кодирование по МКБ 10.

Врожденный стеноз и стриктура слезного протока – Q10.5

2. Диагностика.

2.1. Жалобы и анамнез.

Ребенка с атрезией выхода носослезного протока, начиная с 2-х недель жизни, беспокоит слезостояние и слезотечение (эпифора) с одной или обеих сторон. При инфицировании содержимого слезного мешка и развитии ДН, в конъюнктивальной полости появляется слизисто-гнойное отделяемое, усиливающееся при компрессии слезного мешка.

При нарушении эвакуации гноя из слезного мешка в конъюнктивальную полость может развиться абсцесс слезного мешка (с отеком тканей, гиперемией кожи в проекции

слезного мешка) или флегмона слезного мешка (с распространением гиперемии, болезненной инфильтрации на веки, щеки), повышается температура.

2.2. Физикальная диагностика (офтальмологическое обследование).

Исследование состояния слезных органов детей начинают с наружного осмотра

- Оценка наличия слезостояния или слезотечения в спокойном состоянии ребенка, положение век, межреберного края век, рост ресниц. У новорожденных, особенно при пухлых щеках, монголоидном типе лица, узкой глазной щели или эпикантусе, нередко наблюдается складка нижнего века, которая сопровождается заворотом ресниц в сторону глазного яблока и слезостоянием вследствие травматизации роговицы. Степень рекомендации С, (уровень достоверности 4).

- Оценка состояния кожи век и в проекции слезного мешка.

У детей с ДН изменений кожи указанной локализации обычно не наблюдается, лишь при выраженном слезотечении и обильном отделяемом может отмечаться мацерация кожи.

Наличие гиперемии кожи, инфильтрации тканей, флюктуация в области слезного мешка, болезненность при пальпации свидетельствуют об остром воспалении слезного мешка.

Отёк, разлитая гиперемия кожи или припухлость в области слезного мешка могут быть признаком распространения воспалительного процесса за пределы слезного мешка.

Степень рекомендации В, (уровень достоверности 3).

Наличие проминирующего, неппульсирующего образования в области слезного мешка с синевато-багровой кожей над ним (растяжение тканей) характерно для дакриоцистоцеле.

Степень рекомендации В, (уровень достоверности 3).

– Определение наличия и особенностей строения слезных точек. Нередко у детей одна или все слезные точки отсутствуют или закрыты зародышевой пленкой. Степень рекомендации С, (уровень достоверности 3).

– Проведение компрессионной пробы слезного мешка для оценки характера и количества патологического отделяемого из слезных точек и слезного мешка. Слизь или гной из одного, чаще обоих глаз ребенка в первые недели, месяцы жизни и положительная компрессионная проба (слизь или гной из слезных точек при надавливании на область слезного мешка) позволяют установить диагноз «дакриоцистит новорожденного». При этом слезотечения и слезостояния может не быть: у новорожденных продукция слезы недостаточно выражена, особенно у недоношенных детей. Степень рекомендации В, (уровень достоверности 3).

2.3. Функциональная диагностика

– Оценка проходимости слезных путей цветными пробами (канальцевая и носовая). После выдавливания содержимого из слезного мешка и очистки полости носа ребенка в его конъюнктивальную полость инстиллируют 1% раствор флюоресцеина-натрия и оценивают появление красителя в носовом ходе. Следует однако отметить, что выполнить эту пробу удастся не каждому ребенку из-за его беспокойного поведения и плача. Степень рекомендации В, (уровень достоверности 3).

- При замедленной или отрицательной слезно-носовой пробе, а также подозрении на риногенную причину слезотечения проводят «двойную пробу Веста» по описанной выше методике. Положительная двойная проба Веста свидетельствует о риногенной этиологии слезотечения, требующей участия ЛОР-специалиста. Степень рекомендации В, (уровень достоверности 3).

2.4. Лабораторная диагностика.

- проведение (при необходимости) микробиологического исследования содержимого конъюнктивальной полости и слезного мешка с определением чувствительности к антибактериальным лекарственным препаратам. Известно, что более чем у 95% детей с дакриоциститом новорожденного обнаруживают патогенные стафилококки (эпидермальный, золотистый, гемолитический и др.), реже - стрептококк и даже синегнойную палочку, обычно чувствительные к антибактериальным препаратам широкого спектра действия. Степень рекомендации В, (уровень достоверности 2а).

2.5. Инструментальная диагностика.

- лучевые методы исследования с контрастированием слезоотводящих путей.

Показанием к лучевым методам исследования слезоотводящих путей у детей первого года жизни служит отсутствие эффекта от повторного лечебного их зондирования, рецидив ДН; наличие врожденных пороков развития лицевого скелета в сочетании с аномалиями слезоотводящих путей (патология слезного мешка, аплазия костного носослезного канала, патология носа, окружающих тканей и др.).

Дакриоцисторентгенография проводится в окципитофронтальной и битемпоральной проекциях после введения контрастирующего вещества (иодолипол 30%) через слезный каналец (обычно нижний) в слезный мешок с помощью канюли. Степень рекомендации В, (уровень достоверности 2а).

- проведение компьютерной томографии средней зоны лица в 3-х проекциях с контрастной дакриоцисторентгенографией (контраст - омнипак), позволяющая получить информацию о взаимоотношении слезного мешка и носослезного протока с окружающими

тканями (в том числе околоносовыми пазухами), выявить врожденные аномалии развития слезоотводящих путей и структур средней зоны лица. Степень рекомендации В, (уровень достоверности 2b).

- промывание и/или зондирование слезных путей. Степень рекомендации В, (уровень достоверности 2b).

3. Лечение.

3.1. Консервативная терапия ДН.

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 инстилляцию в конъюнктивальную полость антисептических препаратов (0,05%- раствор пиклоксидина), или антибактериальных широкого спектра действия с учетом возрастных ограничений.

3.2. 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 и диагностическими (оценка пассивной проходимости слезоотводящих путей), и лечебными (восстановление их проходимости).

Показания к зондированию и промыванию слезных путей:

- Наличие врожденной непроходимости слезоотводящих путей (дакриоцистита новорожденных, дакриоцистоцеле, врожденной атрезии выхода носослезного протока). Степень рекомендации В, (уровень достоверности 3).
- 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. Степень рекомендации В, (уровень достоверности 3).

Противопоказания к зондированию и промыванию слезных путей.

Абсолютные:

- острые респираторные заболевания, острые воспалительные заболевания уха, горла, носа, тяжелая общая соматическая патология в стадии декомпенсации. Степень рекомендации С, (уровень достоверности 4).

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. Степень рекомендации С, (уровень достоверности 4).

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

Лабораторное обследование ребенка, направленного на зондирование слезоотводящих путей, должно включать клинический анализ крови, оценку длительности кровотечения; при необходимости - лабораторную диагностику гемотрансмиссивных инфекций.

Зондирование и промывание слезоотводящих путей выполняют ребенку натошак в амбулаторных или стационарных условиях.

Оборудование перевязочной (операционной), приспособленной для зондирования слезоотводящих путей новорожденных, должно включать набор стерильных инструментов для манипуляций на слезоотводящих путях и аспирационную систему для оказания неотложной помощи в случае аспирации ребенком промывной жидкости или крови.

Методика зондирования слезоотводящих путей. Зондирование слезоотводящих путей технически проще выполнить через нижнюю слезную точку. Однако в случаях предшествующего безуспешного зондирования, рассматриваемую процедуру целесообразно провести через верхний слезный каналец, для предупреждения травматического атонического слезостояния. Слезные точки у новорожденных нередко прикрыты эмбриональной пленкой, которая легко разрывается тонким коническим зондом.

Зондирование канальцев, особенно нижнего, как наиболее функционально значимого, должно быть крайне деликатным и атравматичным, поскольку ятрогенная

травма нижнего слезного канальца зачастую в последующем приводит к неустранимому слезотечению. Коническим зондом Зихеля расширяют слезную точку и, слегка вращая зонд по оси, зондируют дистальный отдел слезного канальца. Затем конический зонд заменяют на цилиндрический зонд Боумена № 1 или более тонкий № 0, который вводят через каналец до упора в костную стенку слезной ямки, а затем поворачивают вертикально – в носослезный проток и, продвигая зонд книзу, бужируют стенозированный участок протока. Как показывает практика, при ДН обычно препятствие располагается на выходе из носослезного протока в нижний носовой ход, реже оно сочетается с вторичным стенозом в месте перехода слезного мешка в носослезный проток.

Следует, однако, иметь в виду, что слезоотводящие пути имеют сложную систему клапанов, наподобие венозных. Слезный каналец – это не ровная трубка одного диаметра: при переходе вертикальной части канальца в горизонтальную имеется воронкообразное сужение и грушевидное расширение (ампула), у впадения в мешок – выпячивание (синус Мейера) и кольцевидная заслонка (снизу – складка-клапан Гушке, сверху – клапан Розенмюллера). Стенки канальцев при воспалении часто слипаются. При неделикатном зондировании повреждается сложная система складок-клапанов и последующее рубцевание травмированных тканей ведет к потере упругости канальца – атоническому, нередко неустранимому слезотечению. Поэтому при зондировании следует стремиться выпрямить профиль канальца, слегка натягивая кожу нижнего века, не форсировать продвижение зонда, который должен продвигаться в просвете канальца легко, не травмируя складки-клапаны. При затруднении движения зонда лучше его извлечь и повторить попытку.

Завершают зондирование слезоотводящих путей их обязательным промыванием через верхнюю или нижнюю слезные точки при помощи шприца с канюлей. Повторные промывания, как и зондирования, лучше выполнять через верхний слезный каналец, оберегая функционально более значимый нижний каналец от излишней травматизации и последующего атонического слезостояния. При восстановлении проходимости слезоотводящих путей промывная жидкость (раствор фурацилина или др.) свободно проходит в носоглотку.

Возможные осложнения зондирования слезоотводящих путей у новорожденных

- значительные носовые кровотечения встречаются редко и требуют передней тампонады нижнего носового хода;

- перфорация стенки слезного канальца с отеком века из-за попадания промывной жидкости в мягкие ткани. Лечение: холод на область отека века, повторные зондирования возможны через 1-2 недели, притом через противоположный слезный каналец;
- разрыв воспаленной стенки слезного канальца при резком повороте зонда из горизонтального положения в вертикальное. Лечение: глазные капли антисептические (0,05% раствор пиклоксидина) или антибактериальные широкого спектра действия с учетом возрастных ограничений.
- разрыв стенки слезного мешка с проникновением зонда между стенкой носослезного протока и костной стенкой носослезного канала или в мягкие ткани вдоль передней поверхности верхней челюсти. Лечение не требует. При развитии остеомиелита, гайморита, флегмоны слезного мешка, глазницы, тромбоза и даже менингоэнцефалита (в литературе описаны подобные единичные случаи) – системное и местное антибактериальное и противовоспалительное лечение в многопрофильном стационаре с участием смежных (ЛОР, ЧЛХ или нейрохирург) специалистов;
- повреждение стенки костного носослезного канала с проникновением зонда в гайморову пазуху или повреждение слезной кости с проникновением в полость носа. Чаще не требует лечения, при гайморите, этмоидите – лечение с участием ЛОР-специалиста;
- атония слезных канальцев - чаще ятрогенное осложнение, следствие травматического зондирования слезных путей толстыми зондами, нередко ведет к стойкому, чаще неустраняемому слезостоянию и слезотечению. Лечение малоэффективно.

4 Реабилитация.

После лечебного зондирования слезоотводящих путей необходимо продолжить инстилляцию в конъюнктивальную полость антибактериальных препаратов (см. раздел консервативное лечение 3.1.). При неэффективности показано микробиологическое исследование содержимого конъюнктивальной полости и слезного мешка с определением чувствительности к антибактериальным лекарственным препаратам (при необходимости). Родителям детей с патологией слезоотводящих путей может быть выдана инструкция по уходу за ребенком и технике массажа слезного мешка (приложение В).

Степень рекомендации С, (уровень достоверности 4).

5 Профилактика и диспансерное наблюдение.

Мероприятий, направленных на предупреждение атрезии носослезного протока и развития ДН и ДЦ не существует. К мероприятиям по профилактике хронического или

осложненного течения заболеваний можно отнести рациональную антибактериальную терапию, соблюдение сроков выполнения вмешательства, с учетом противопоказаний к вмешательству и соблюдение рекомендаций врача в послеоперационном периоде.

6 Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания/синдрома.

- Информация о необходимости дальнейшего динамического наблюдения офтальмологом ребенка с ДН и ДЦ в обязательном порядке доводится до родителей (законных представителей).

Критерии оценки качества оказания медицинской помощи при дакриоцистите новорожденных, дакриоцистоцеле, врожденном стенозе слезоотводящих путей (таблица 1)

Критерий	Вид критерия (событийный, временной, результативный)
Осмотр	событийный
Определение показаний к зондированию/промыванию	событийный
Определение показаний к антибактериальной терапии	событийный
Оказание офтальмологической помощи после выявления показаний: антибактериальной терапии - не позднее 24 часов, зондирование/промывание – не позднее 3 месяцев жизни ребенка	временной
Отсутствие слезостояния, слезотечения, гнойного отделяемого	результатирующий

Критерии оценки качества оказания медицинской помощи при дакриоцистите новорожденных, дакриоцистоцеле, врожденном стенозе слезоотводящих путей (таблица 2)

Критерий	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
Осмотр вспомогательных органов глаза	B	3
Определение показаний к зондированию/промыванию	B	3
Определение показаний к антибактериальной терапии	B	2a
Оказание офтальмологической помощи после выявления показаний: антибактериальной терапии - не позднее 24 часов, зондирование/промывание – не позднее 3 месяцев жизни ребенка	B	3
Отсутствие слезостояния, слезотечения, гнойного отделяемого	B	3

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аветисов Э.С. Ковалевский Е.И. Хватова А.В. Руководство по детской офтальмологии. М.: Медицина, 1987. Глава 14. Аномалии и заболевания слезного аппарата: с.294-300.
2. Арестова Н.Н. Дакриоцистит новорожденных. Избранные лекции по детской офтальмологии: под ред. В.В.Нероева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009; с.9-26.
3. Бржеский В.В., Астахов Ю.С., Кузнецова Н.Ю. Заболевания слезного аппарата: Пособие для практикующих врачей/ Изд. 2-е, испр. и доп. – СПб.: «Изд-во Н-Л», 2009. – 108с.
4. Бржеский В.В., Калинина И.В., Чистякова М.Н., Ободов В.А. Слезотечение у детей (диагностика и принципы лечения) // Избранные разделы детской клинической офтальмологии / Под ред. Е.Е.Сомова. – СПб.: «Человек», 2016. – С. 103-128.
5. Галеева Г.З., Самойлов А.Н., Мусина Л.Т. Дифференцированный подход к лечению различных клинических форм дакриоцистита новорожденных. Российская педиатрическая офтальмология. 2013; №2:с.22-26.
6. Сайдашева Э.И., Сомов Е.Е., Фомина Н.В. Инфекционные заболевания глаза: Избранные лекции по неонатальной офтальмологии. СПб.:Нестор-История, 2006: с.188 - 201.
7. Сайдашева Э.И. Врожденный порок развития слезного мешка как причина развития неонатального дакриоцистита. Российская педиатрическая офтальмология. 2009; № 4: с. 22 – 25.
8. Хойт К.С., Тейлор Д. Детская офтальмология: в 2 томах. Пер. с англ. под общ. ред. Е.И. Сидоренко. М.: Изд.Панфилова, 2015. Т.1. Раздел 4. Систематическое изложение детской офтальмологии. Часть 3. Веки и слезный аппарат: с. 230-241.
-
9. Международная классификация болезней, травм и состояний, влияющих на здоровье, 10-го пересмотра (МКБ-10) (Всемирная организация здравоохранения) 1994.
10. Номенклатура медицинских услуг (Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации) 2011.

11. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. № 323 ФЗ.
12. Приказ Минздрава России от 25.10.2012 N 442н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детскому населению при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты"

Приложение А1. Состав рабочей группы

Арестова Наталия Николаевна - доктор мед.наук, ведущий научный сотрудник отдела патологии глаз у детей ФГБУ «Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца Минздрава России », доцент кафедры глазных болезней ФПДО МГМСУ (20%),

Бржеский Владимир Всеволодович - доктор мед.наук, профессор, заведующий кафедрой офтальмологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России (15%),

Галеева Гузель Закировна – кандидат мед. наук, ассистент кафедры офтальмологии ФГБОУ ВО Казанский государственный медицинский университет Минздрава России, врач-офтальмолог ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница» Минздрава Республики Татарстан (10%),

Катаргина Людмила Анатольевна – доктор мед.наук, профессор, заместитель директора ФГБУ «Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца Минздрава России» по научной работе, руководитель отдела патологии глаз у детей, главный внештатный детский офтальмолог Минздрава России (15%),

Осипова Н.А.– кандидат мед.наук, научный сотрудник отдела патологии глаз у детей ФГБУ «Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца Минздрава России» (10%),

Сайдашева Эльвира Ирековна – доктор мед. наук, профессор кафедры офтальмологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им.И.И.Мечникова» Минздрава России, главный внештатный детский офтальмолог Санкт-Петербурга и Северо-Западного ФО РФ (15%),

Старикова А.В. – кандидат мед.наук, заведующая детским хирургическим отделением ФГБУ «Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца Минздрава России» (15%).

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

В отличие от «Порядка», где указаны основные этапы и маршруты оказания офтальмологической помощи детям, «Федеральные клинические рекомендации» - методические рекомендации для врачей, где детально прописаны все этапы оказания офтальмологической помощи и дифференцированные подходы в различных ситуациях с учетом принципов доказательной медицины.

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств: поиск в электронных базах данных; анализ современных научных разработок по проблеме врожденной патологии слезных путей в РФ и за рубежом, обобщение практического опыта Российских и зарубежных коллег. При отборе публикаций, как потенциальных источников доказательств, использованная в каждом исследовании методология изучена для того, чтобы убедиться в ее валидности. Учтено, что результат изучения влияет на уровень доказательств, присваиваемых публикации, что в свою очередь влияет на силу вытекающих из нее рекомендаций.

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, то, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе рекомендаций, доступна для практических врачей и пациентов.

Получены комментарии со стороны врачей-офтальмологов, занимающихся проблемой, и врачей первичного звена в отношении доходчивости изложения рекомендаций и их оценки важности рекомендаций, как рабочего инструмента повседневной медицинской практики.

Комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались председателем и членами рабочей группы. Каждый пункт обсуждался, и вносимые в результате этого изменения регистрировались в рекомендациях.

Таблица.

Классификация уровней доказательств.

Уровень достоверности рекомендаций	
Уровень достоверности	Характеристика
[1a]	Уровень достоверности, основанный на результатах метаанализа крупных рандомизированных исследований

[1b]	Уровень достоверности, основанный на результатах по крайней мере одного крупного рандомизированного исследования
[2a]	Уровень достоверности, основанный на результатах по крайней мере одного нерандомизированного контролируемого исследования
[2b]	Уровень достоверности, основанный на результатах по крайней мере одного экспериментального исследования
[3]	Уровень достоверности, основанный на результатах сравнительного исследования или описания клинического случая
[4]	Уровень достоверности, основанный на результатах мнения эксперта или экспертного комитета
Степени рекомендаций	
Степень	Основание рекомендаций
А	Основана на результатах качественных клинических исследований, включающих хотя бы одно рандомизированное исследование
В	Основана на качественных нерандомизированных клинических исследованиях
С	Дана при отсутствии исследований хорошего качества в данной области

Приложение А3. Связанные документы.

Данные клинические рекомендации разработаны с учетом следующих нормативно-правовых документов:

- 1) Порядок оказания медицинской помощи детям при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты», утвержденный приказом МЗ РФ № 442н от 25.10.2012г (зарегистрирован в Минюсте России 20.12.2012г. № 26208).
- 2) Пособие для врачей «Рекомендации по лечению врожденной патологии слезоотводящих путей (дакриоцистит новорожденных, дакриоцистоцеле, врожденный стеноз слезоотводящих путей) у новорожденных и детей раннего возраста». Москва, 2012г.

Приложение Б. Алгоритм ведения пациента

- Детям до 1-2 мес возраста показан лечебный массаж слезного мешка 5 раз в день до кормления в течение 2-х недель.
- При отсутствии эффекта от консервативной терапии детям старше 1-2 мес. возраста показано нисходящее зондирование носослезного протока с последующим промыванием слезоотводящих путей по завершении процедуры.
- После зондирования необходимо продолжить медикаментозное лечение до полного купирования признаков воспалительного процесса в слезном мешке.
- При рецидиве дакриоцистита показаны повторные промывания слезоотводящих путей растворами антисептиков или антибиотиков (1-3 промывания с интервалами в 7-10 дней) с индивидуальным подбором медикаментов, в зависимости от микробиологической флоры, обнаруженной при исследовании содержимого слезного мешка ребенка.
- При неэффективности лечения – бужирование и интубации слезоотводящих путей детям старше года, дакриоцисториностомия – старше 5 лет.

Приложение В. Информация для пациента (практические рекомендации для родителей детей с дакриоциститом новорожденных)

В основе этого заболевания – наличие врожденной пленки, закрывающей выход из носо-слезного протока в нос во время внутриутробного развития плода. В норме выход из носо-слезного протока закрыт зародышевой мембраной до 8 месяцев внутриутробного развития. У 35% новорожденных эта пленка сохраняется к рождению. В большинстве случаев эта пленка самопроизвольно разрывается во время рождения ребенка или в течение первых дней/месяцев после рождения. Если же разрыва ее не происходит (т.е. имеется непроходимость слезоотводящих путей), развивается застой слезы и слизи в слезном мешке, что с присоединением инфекции приводит к гнойному воспалению слезного мешка – дакриоциститу. Часто это заболевание неправильно диагностируют как гнойный конъюнктивит и длительно безуспешно лечат.

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.

В ряде случаев, особенно у детей первых 3 месяцев жизни бывает эффективен массаж слезного мешка, однако если в течение 2 недель улучшения не наступает, необходимо провести зондирование слезоотводящих путей (лучше - в возрасте 1-3 месяцев).

Цель этой хирургической манипуляции - восстановить проходимость слезно-носовых путей. В дальнейшем необходимо продолжить медикаментозное лечение до полного купирования признаков воспалительного процесса в слезном мешке и предупреждения нередких рецидивов. Для этой цели, помимо закапывания глазных капель, при необходимости, проводят повторные промывания слезно-носовых путей растворами антисептиков или антибиотиков. Обычно бывает достаточно 1-3 промываний с интервалами в 7-10 дней. Реже (у поздно обратившихся детей в возрасте старше 3 месяцев, с агрессивной микрофлорой, сопутствующей патологией носоглотки,

сочетанными врожденными аномалиями и др.) приходится проводить длительное лечение воспаления слезного мешка с индивидуальным подбором медикаментов, в зависимости от микробиологической флоры, обнаруженной при исследовании содержимого слезного мешка ребенка и курсами лечебных промываний слезоотводящих путей.

Только своевременное хирургическое восстановление проходимости слезно-носовых путей и полная санация слезного мешка позволит избежать поствоспалительных рубцовых деформаций его, флегмоны слезного мешка и необходимости в дальнейшем (в 5-7 летнем возрасте) проведения сложной хирургической операции – дакриоцисториностомии (восстановление соустья между слезным мешком и полостью носа с трепанацией костей носа)

Основной манипуляцией, которой должны обучиться родители для излечения ребенка с дакриоциститом новорожденного или непроходимостью слезно-носовых путей, является массаж слезного мешка.

Приложение Г. Техника массажа слезного мешка

Вымыв руки, необходимо указательным пальцем (или мизинцем) правой руки сделать 5-10 толчкообразных движений сверху – вниз, в вертикальном направлении. Стремиться, прижимая к костям носа мягкие ткани вместе со слезным мешком, продавить содержимое мешка книзу - в носослезный проток. Круговые, спиралевидные и др. движения недопустимы, поскольку это может привести к растяжению, деформации и даже разрыву его.

Начинать движение следует, нащупав внутреннюю спайку век (плотный горизонтальный тяж под кожей у внутреннего угла глаза), ставя подушечку указательного пальца правой руки строго над спайкой и заканчивать движение на 1 см ниже этой спайки.

Массаж следует проводить 5 раз в день, до кормления ребенка. После массажа слезного мешка закапать дезинфицирующие глазные капли, прописанные врачом. Для предупреждения раздражения кожи век необходимо остатки глазных капель удалить с кожи век влажной стерильной ватой. Категорически не разрешается закапывать в глаза ребенка грудное молоко и проч.

На что следует обратить внимание родителям ребенка, которому уже произведено зондирование или промывание слезоотводящих путей: если небольшой отек век, возможно появившийся после процедуры, к вечеру или на следующий день увеличится, появится сыпь на коже или поднимется температура – необходимо срочно обратиться к врачу.

Количество гнойного отделяемого из глаза в первые дни после процедуры иногда может даже увеличиться, что связано с опорожнением слезного мешка; возможна примесь крови — сукровичное отделяемое из глаза или из носа. Однако если кровь яркая, свежая и в значительном количестве – следует обратиться к врачу.

Глазные капли, прописанные врачом, следует применять регулярно (обычно 3-4 раза в день) и длительно (по назначению врача) для полного выздоровления и предупреждения рецидивов воспалительного заболевания.

Следить за состоянием носовых ходов: регулярно очищать полость носа с помощью маленькой резиновой спринцовки и ватных турунд. Проверить дышит ли ребенок носом. При нарушенном носовом дыхании или подозрении на врожденную аномалию носа и др. – следует обратиться к ЛОР врачу. Возможно кратковременное использование (2-3 дня после зондирования) сосудосуживающих капель в нос (називин, нафтизин, и др.).

В течение недели после процедуры следует избегать тепловых процедур на область лица, головы (в том числе и УВЧ, УФ и др).

Формы, виды и условия оказания медицинской помощи

Форма: плановая/неотложная медицинская помощь

Вид: специализированная, в том числе высокотехнологичная

Условия: амбулаторная/стационарная