

# ОТНОВО ЗА ДАКРИОЦИСТИТ НА НОВОРОДЕНОТО ИЛИ КОНГЕНИТАЛНА НАЗОЛАКРИМАЛНА ОБСТРУКЦИЯ



## Въведение

гл. ас. Васил  
Маринов, гм,  
гл. ас. Владимир  
Ставрев, гм,  
проф. д-р Нели  
Сивкова

МУ-Пловдив,  
Медицински  
факултет, Катедра  
Очни болести,  
Университетска очна  
клиника, УМБАЛ „Св.  
Георги“, гр. Пловдив

Дакриоциститът на новороденото, известен още под името конгени-тална назолакримална обструкция, е заболяване, което се среща от 6 до 50% от новородените според различни автори<sup>[1-3]</sup>. Причините за възникването му са тясно свързани с анатомофизиологичните особености на слъзоотводящите пътища, а протичането има характерна клинична картина, която трябва да се познава, за да се предприемат адекватни и своевременни мерки.

## Анатомо-физиологични особености на слъзния апарат

Слъзният апарат при човека принадлежи към придатъците на очната ябълка (organa oculi accessoria)<sup>[3,4]</sup> и се състои от слъзопродуцираща и слъзоотводяща част. Слъзопродуциращата част включва перилимбалните жлези на Manz, муцинозните жлези

на Henle чашковидните клетки в булбовата конюнктива, слъзната жлеза, добавъчните слъзни жлези на Krause и Wolfring, Мейбомиевите и Цайсовите жлези в клепачите. Тя осигурява непрестанно слъзния филм, който овлажнява очната повърхност, участва в изхранването на роговицата, поддържа нейната прозрачност и има защитна функция<sup>[4]</sup>.

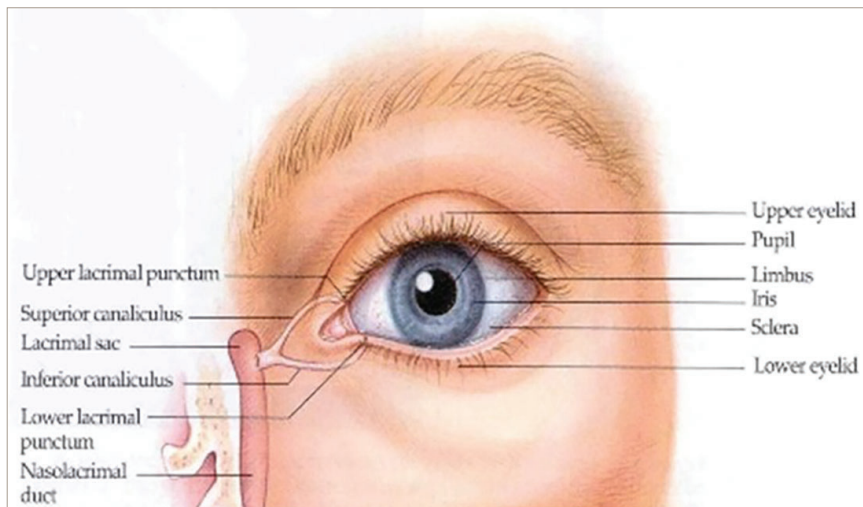
Слъзоотводящата част започва от двете слъзни точки, които се намират в медиалната част на горния и долен клепачи, двете слъзни каналчета с техните вертикални и хоризонтални части, слъзния сак и носослъзния канал, който има характерен J-образен ход и се отваря под долна носна конха (Фиг. 1). При 80-90% от хората<sup>[2]</sup> двете слъзни каналчета се обединяват в общо каналче, което се отваря в слъзната торбичка. Описва се лигавична гънка на границата между общия каналикул и слъзния сак, известна като клапа на Rosenmüller, чиято функция е да предотвратява рефлукс на слъза от сака към каналчетата и обратно в конюнктивалния сак. На изхода на но-

сослъзния канал, под долна носна конха е налице още една лигавична гънка (мембрана), наречена мембрана на Hasner (Фиг. 2). Вътреутробно тя е плътна и не позволява оттичането на слъзата към носната кухина. Обикновено по време на раждането или скоро след това (в първите месеци от живота на детето) мембраната се резорбира. При някои деца тя персистира след раждането, в резултат на което се получава задръжка на слъза в слъзния сак, което води до характерната за състоянието клинична картина.

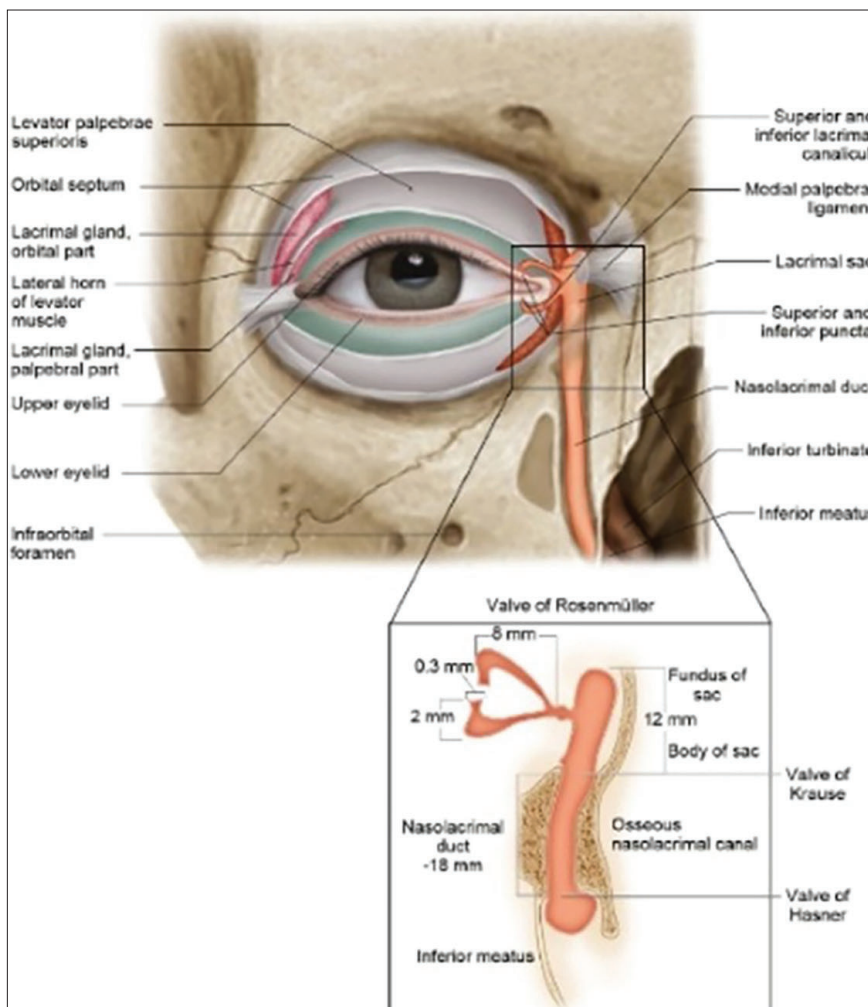
## Клинична картина

Дебютът на заболяването обикновено е в първите 1-2 седмици след раждането, като първоначално се наблюдава повишена влажност в окоето на детето (Фиг. 3). В около 1/3 от случаите засягането е двустранно<sup>[2,5]</sup>. Задръжаната в слъзния сак слъза е подходяща среда за развитие на различни бактерии (от кожата на детето, от родителите, от обгрижващия го болничен персонал и

други), което в следващите дни води до отделянето на мукозен, мукопурулентен или пурулентен секрет от слъзните точки в конюнктивния сак (Фиг. 4). Характерно, особено след сън, е наличието на слепване на миглите (Фиг. 5). Най-важният белег е незасегнатата конюнктива, което отличава състоянието от остър конюнктивит. Роговичният диаметър е в нормалните граници за възрастта (до 11 mm), а роговичната прозрачност е запазена. Заболяването не застрашава пряко зрението на детето, но персистиращата влажност, муко-пурулентният секрет, наличието на периоди на обостряне и облекчение при непълна обструкция на слъзоотводящите пътища водят до хронично дразнене, зачервяване и мацерация на клепачната кожа. При поява на фина роговична ерозия например, това място на хронична инфекция е сериозен рисков фактор за развитие на роговична язва, която вече застрашава пряко зрението на пациента. При продължителна пълна обструкция на слъзоотводящите пътища може да се стигне до разтягане и изтъняване на стената на слъзния сак, което дава възможност на някои силно вирулентни микроорганизми да доведат до възпалителен процес на меките тъкани около сака – флегмонозен дакриоцистит (Фиг. 6). Той, от своя страна, макар и рядко може да доведе до фистулизация (Фиг. 7). Поради анатомичните особености на слъзния сак, фистулата се оформя под предното краче на медиалния кантален лигамент<sup>[2]</sup>. Дренирането през нея води до временно облекчение на симптомите, но мацерацията на кожата персистира, хронично задържаната микробна флора води до рецидивиращи обостряния на възпалителния процес. Диагнозата е



фигура 1: Обща анатомия на слъзоотводящата система



фигура 2: Анатомични стеснения в слъзоотводящите пътища

**фигура 3:**

Повишена влажност при конгенитална назолакримална обструкция



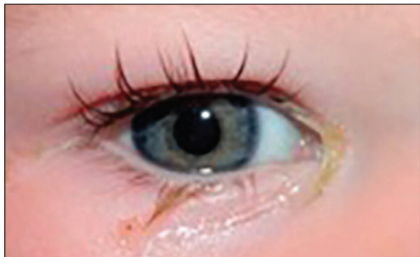
**фигура 4:**

Обилна пурулентна секреция при конгенитална назолакримална обструкция. Липсва хиперемия на конюнктивата



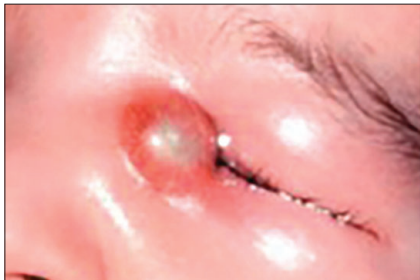
**фигура 5:**

Слепване на миглите и пурулентна секреция. Липсва хиперемия на конюнктивата



**фигура 6:**

Остър флегмонозен дакриоцистит. Оток, хиперемия и болезненост в областта на слъзния сак с ангажиране и на клепачите по съседство



**фигура 7:**

Фистула между слъзния сак и кожата повърхност, под предното краче на медиалния кантален елемент. Обективизирана с флуоресцеин



изписана на лицето на детето и не трябва да представлява затруднение за всеки един лекар, независимо от неговата специалност. При пълна обструкция на слъзоотводящите пътища секрецията е обилна и се наблюдава денонощно, докато при частична обструкция е възможно да има моменти на подобрение в клиничната картина. Конюнктивата е спокойна, без наличие на хиперемия.

## Диференциална диагноза

Наличието на съзлене при новородено дете изисква щателен подход към зрителния анализатор. Родителите са основен източник на информация относно наличието само на съзлене, на съзлене с мукопурулентна, с пурулентна секреция или и на двете още от раждането, или пък скоро след това. Важни диференциално диагностични и ориентиращи признаци са:

- Постоянно съзлене без или с минимална мукопурулентна секреция при спокойна конюнктива, което предполага дисгенеза на слъзните точки, дисгенеза на каналикулите или наличие на висок стоп – на ниво клапа на Rosenmüller (Фиг. 3).
- Постоянно, денонощно съзлене и мукопурулентна секреция със слепване на миглите, образуване на корусты по ръбовете на клепачите, без хиперемия на конюнктивата, което предполага пълна обструкция на слъзоотводящите пътища (Фиг. 4).
- Интермитентно (непостоянно) съзлене с периодична мукопурулентна секреция, особено проявяваща се при възпаления на носната лигавица и горни дихателни

пътища, което предполага частично стеснение, най-често на назолакрималния канал (Фиг. 5).

- Наличие на съзлене, „големи“ очи (роговици над 11 mm), особено придружени с фотофобия и намалена роговична прозрачност, които изискват задължително изключване на конгенитална глаукома (Фиг. 8).

## Лечение

Лечението започва със системен масаж на слъзната торбичка, при който се извършва вертикален натиск по посока хода на носослъзния канал (отгоре надолу) срещу лакрималната кост<sup>[2,3,6,7]</sup>. Целта на манипулацията е да се използва задържаната в слъзния сак съзла и да се руптурира мембраната на Hasner, която е най-честата причина за състоянието. При наличие на мукопурулентен или пурулентен секрет може да се приложи и кратък курс с локален антибиотик (за предпочитане колир), след антибиограма от конюнктивален секрет. Консервативното лечение помага в над 90% от случаите в първите 6-7 месеца след раждането<sup>[2,3,5,7]</sup>. Съществуват различни мнения относно това, колко дълго да продължава консервативната терапия. Напоследък се счита, че ако до 6-8-месечна календарна възраст съзленето и секрецията персистират, следва да се предприеме хирургично лечение. То се състои в сондиране на слъзоотводящите пътища, което се извършва от опитен офталмолог под обща (обикновено инхалаторна) анестезия (Фиг. 9) и е редно да се осъществи преди 1-годишна календарна възраст на детето. След дилатация на слъзните каналикули, в слъзоотводящите пътища, следвайки техния анато-



**Фигура 9:** Сондиране на слъзоотводящите пътища със сонда на Вовтап



**Фигура 8:** Повишена влажност, увеличен роговичен диаметър при дете с конгенитална глаукома

мичен ход отгоре надолу, се въвежда сонда на Вовтап, с помощта на която се преодоляват (обикновено мембранозните) обструкции, най-често на ниво мембрана на Hasneri (нисък стоп) или по-рядко на ниво клапа на Rosenmüller (висок стоп) (Фиг. 2, Фиг. 9). По този начин се прохожда цялата слъзоотводяща система от нейното начало (рипста lacrimalia) до анатомичния ѝ край (изходът на ductus nasolacrimalis под concha nasalis inferior). Успешността на процедурата е между 92-95%<sup>[2,3,7]</sup>. В случай на първоначален неуспех, може да се предприеме повторна манипулация, но не по-рано от месец след първата. В случай на повторен неуспех, както и при по-голяма възраст на детето, оперативно лечение се извършва от опитен оториноларинголог, който може да приложи различни ендоназални техники за възстановяване на проходимостта на нососълзния канал. След хирургичното лечение се при-

лага кратък курс от локален антибиотик и кортикостероид в конюнктивалния сак и носната кухина с цел предотвратяване на повторни сраствания в най-тесните участъци от слъзоотводящата система.

## Прогноза

Прогнозата на конгениталната назолакримална обструкция или дакриоцистит на новороденото, е добра. При повечето пациенти се наблюдава спонтанна регресия, а консервативното лечение (масаж на слъзния сак, хигиена на носната кухина), при нужда придружено от кратък антибиотичен курс, локално под формата на кохир до 6-8 месечна възраст, помага в над 90% от случаите<sup>[2,3,5,7]</sup>. При неуспех – сондирането до 1-годишна възраст е ефективно при до 95% от пациентите<sup>[2,3,7]</sup>. Консултацията с офталмолог е задължителна още в първите месеци след раждането, за да се изключат по-сериозни причини за сълезене (виж ДД). Заболяването не засяга непосредствено зрителната острота на детето, но може да доведе до тежки усложнения, най-често възпалителни, на очната повърхност и цялата периферна част на зрителния анализатор. ■

### Книгопис:

1. Macewen CJ, Young JDH. Epiphora During the First Year of Life. Eye 1991; 5: 596-600.
2. American Academy of Ophthalmology, Orbit, Eyelids and Lacrimal System, 2007-2008.
3. Детска офталмология, под ред. на доц. В. Василева и доц. ИВ. Иванов, изд. Медицина и физкултура, София, 1987.
4. Учебник по очни болести, под ред. на проф. И. Маждракова-Чаманова, София 2020.
5. Atlas of Lacrimal Surgery, Springer, 2007.
6. Dareshani S, Saleem T, Quaraishy MM. Crigler massage in congenital nasolacrimal a. duct obstruction. Medical Channel 2013; 19 (4): 21-23.
7. Kanski J. Clinical Ophthalmology: A Systemic Approach, 7th Edition.