

NEONATAL DAKRİOSİSTİTİN MÜALİCƏ TAKTİKASI.

Akademik Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzi, Bakı şəh., Azərbaycan.

Açar sözlər: neonatal dakriosistit, anadangəlmə yaş-burun axaracağın keçməməzliyi, zondlanma

Müxtəlif müəlliflərin məlumatlarına əsasən neonatal dakriosistit yenidoğulmuşlar arasında 2-4% təşkil edir [1, 2, 3]. Neonatal dövrdə uşaqlarda çox rast gəlinən bu patologiya bəzi ədəbiyyatlarda amniosele, mukosele, göz yaşı kisəsinin kistası da adlandırılır [4,5,6]. Kliniki əlamətləri – yaş kisəsi nahiyəsində göyümtül rəngdə, pulsasiya etməyən (meninqoseledən fərqli olaraq) iltihab əlamətləri olmayan törəmənin mövcudluğudur. İnfeksiyalaşmadıqda bu əlamətlər bir neçə gün ərzində izsiz keçə bilər (şəkil 1).

müalicədən əvvəl müalicədən sonra



Şəkil 1. Amniosele (Xəstə Məmmədova V.C., 17 günlük)

Neonatal dakriosistitin baş vermə səbəbi anadangəlmə yaş-burun axaracağın keçməməzliyidir [7]. Bunu yaş-burun axaracağın bərpa olunmasının gecikməsi apoptoz kimi qiymətləndirmək daha düzgündür. Nazo-lakrimal kanalın axırncı hissəsi – Hasner klapının açılması uşaq anadan olan kimi baş verir. Lakin 20% hallarda [8,9] bu proses gecikir (şəkil 2).



Şəkil 2. Yaş yollarının obstruksiyası nəticəsində konyunktivit əlamətləri

İlk günlərdə yaş yollarında olan bu patologiya ancaq yaş durğunluğu ilə özünü biruzə verir, qısa bir zamanda infeksiyanın əlavə olunması ilə əlaqədar olaraq dakriosistitlə ağırlaşır. Lakin müalicənin vaxtında aparılmaması isə yaş kisəsinin fleqmonası ilə fəsadlaşa bilər (şəkil 3). [2, 3, 8]

Bununla əlaqədar olaraq uşaqlarda neonatal dövrdə göstərilən patologiyanın müalicəsi bu gün də aktuallığını itirməmişdir.

Beləki, nazo-lakrimal kanalın zondlanmasının uşağın neçə aylıq olduqda aparılması müddəti yenə də diskussiyalıdır [4, 8, 10].

Bir qrup oftalmoloqlar zondlanmanın daha erkən vaxtlarda (dakriosistit əlamətləri aşkar olunan kimi) keçirilməsinin tərəfdarı olduğu halda bu proseduru 12-ci aya qədər təxirə salmağı məsləhət görürlər [8, 11].

müalicədən əvvəl müalicədən sonra



Şəkil32. Burun-göz yaşı axarının uzun müddət təxirə salınması nəticəsində kəskin dakriosistit (Xəstə Qurbanova K.Q., 1 aylıq)

Tədqiqatlarımızda yaş yollarının rekonstruksiyası aparılan zaman uşağın yaşını nəzərə almaq və beləliklə patoloji prosesin davam etmə müddətini əsas götürməklə materialı təhlil etməyə çalışmışıq.

Tədqiqatın məqsədi.

Yenidoğulmuşların yaşından asılı olaraq dakriosistitin cərrahi müalicəsinin effektivliyinin analizi.

Material və metodlar.

Bir il ərzində akademik Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzində dakriosistitlə fəsadlaşmış 151 körpə (172 göz) müalicə almışdır. Onlardan 11 körpədə (7,3%) proses yaş kisəsinin fleqmonası ilə fəsadlaşmışdır. Körpələrin 85-i – qız, 66-ı – oğlan olmuşdur.

Yaşına görə xəstələr aşağıdakı kimi bölünmüşdür: 6 aya qədər – 122 (80,5%); 6 aydan yuxarı – 29 (19,5%) körpə. 25 xəstədə proses ikitərəfli olmuşdur (1,6%).

Bütün uşaqlarda nazo-lakrimal kanalın zondlanması anestezioloji yardımın tətbiqi ilə yerinə yetirilmişdir.

Bütün körpələrə valideynlərdən ayrılıq hissiyatının psixo-emosional stressinin qarşısını almaq məqsədilə prosedurdan 20-30 dəqiqə əvvəl peroral penzodiazin qrupundan olan 0,5%-li midazolam albalı siropu ilə verilib, kateter qoyulacaq vena nahiyəsinə yerli keyləşdirici (entectic mixture of local anesthetic) Emla məlhəmi çəkilmiş, venadaxili yaşa uyğun 0,01 mq/kq miqdarında sintetik xolinolitik metasin vurulub, selikli qişaların sekresiyasının qarşısı alınmış, bundan sonra isə sedativ zəif narkotik, həmçinin analgetik təsirə malik olan natrium oksibutirat (80-120 mq/kq) vena daxilinə 5%-li qlukoza məhlulu ilə paralel vurulmuşdur. Uşaq prosedurdan 15-20 dəqiqə sonra ayılmışdır.

Alınan nəticələr və müzakirələr.

Yenidoğulmuşlarda dakriosistitin müalicəsi etapla aparılmalı, konservativ terapiyadan başlanmalıdır. Konservativ müalicənin həkim nəzarəti altında valideyin tərəfindən düzgün həyata keçirildiyi halda 75% proses sağalma ilə nəticələnə bilər (yaş kisəsi nahiyəsində masaj, antibakterial terapiya). Konservativ müalicə 5 ay müddətində effektiv olmadıqda nazolakrimal kanalın zondlanması aparılmalıdır.

Bunu nəzərə alaraq biz tədqiqatlarımızda körpənin yaşından asılı olaraq dakriosistitin cərrahi müalicəsinin effektivliyini təhlil etməyə çalışmışıq.

Altı aya qədər olan xəstələrdə (122 nəfər) zondlanma nəticəsində yaş yollarının bərpası və sağalma 90,1% olduğu halda, II qrup 6 aydan yuxarı olan körpələrdə isə bu göstərici 81,5% (29 xəstə) olmuşdur. Bir yaşdan yuxarı olan xəstələrdə bəzi hallarda yaş yollarının zondlanması 2 dəfə aparılmışdır. Yaş kisəsinin fleqmonası ilə ağırlaşmış xəstələr xüsusilə diqqəti cəlb edir. Bu ağırlaşmanın əsas səbəbi həkimə gec müraciət olunması, diaqnozun vaxtında təyin olunmamasıdır.

Apardığımız müşahidələr bunu deməyə əsas verir ki, neonatal dövrdə yaş kisəsi fleqmonasının baş verməsi əksər hallarda yaş kisəsinin anadangəlmə patologiyası – dakriosistosele ilə əlaqədardır. Bir çox hallarda yaş kisəsinin dilyatasiyası spontan olaraq keçir. Lakin bəzi hallarda ikincili infeksiyanın əlavə olunması prosesi ağırlaşdırır və belə halda stasionar müalicəsinə ehtiyac vardır. Son 2 ildə klinikada bu diaqnozla 11 xəstə müalicə olunmuşdur. Bu xəstələrə mikrofloranın həssaslığı nəzərə alınmaqla, antibakterial müalicə təyin olunmuş, yaş kisəsi boşluğuna drenaj qoyulmuş, proses sakitləşdikdə yaş yolları bərpa olunmuşdur.

Nəticə.

Alınan nəticələri yekunlaşdıraraq belə qərara gəlmək olar ki, neonatal dövrdə dakriosistitin cərrahi müalicəsinin optimal vaxtı körpənin 5 aylığıdır. Körpələrin etapla, ardıcılıqla, vaxtında müalicəsi 98% halda sağalma ilə nəticələnir. Dakriosistosele ilə doğulmuş körpələr fleqmanoz dakriosistitin inkişafına görə yüksək risk qrupunu təşkil edir.

Yenidoğulmuşlarda dakriosistitin cərrahi müalicəsində anestezioloji yardımın tətbiqi körpələrdə psixo-emosional stresin qarşısını alır. Cərrahi müalicənin 1 yaşa qədər təxirə salınması zondlanmanın ikinci dəfə təkrar olunma riskini artırır.

ƏDƏBİYYAT

1. Аветисов Э.С., Хватова А.В., Ковалевский Е.И.: Руководство по детской офтальмологии, 1968, с.296.
2. Алиева З.А., Султанов М.Ю., Тагизаде Н.С. Случай врожденной наружной фистулы слезного мешка // Вестн. офтальм., 1983, №6, с.71.
3. Кански Дж.Дж. Клиническая офтальмология. –М.: Логосфера, 2006, с.51.
4. Короткова Л.П. Лечение дакриоциститов новорожденных и детей грудного возраста анемизацией слизистой оболочки носа / Мат. конф. Вопросы офтальмологии, Уфа, 1968, с.109-110.
5. Сайдашева Э.И., Котин Н.З., Любименко В.А. Лечение неонатального дакриоцистита / мат. науч.-практич. конф. Детская офтальмология, итоги-перспективы, Москва, 2006, с.336.
6. Султанов М.Ю., Гаджиев Р.В. Случай врожденной наружной фистулы слезного мешка, осложненной хроническим гнойным дакриоциститом // Офтальм. журн., 1989, №6, с.282-284.
7. Жуманиязов А.Ж., Фаттахов Б.Т. Вопросы диагностики и лечения врожденного дакриоцистита // Проблемы офтальмологии, Уфа, 2008, №1, с.17-20.
8. Касимов Э.М., Тагибеков К.Г., Султанова М.М. Частота встречаемости непроходимости слезоотводящих путей и особенности течения дакриоцистита новорожденных у недоношенных детей / Сб. науч.тр. РООФ, Москва, 2009, т.1, с.198-202.
9. Teylor D., Hoyt Q. Practical paediatric ophthalmology, p.103.
10. Черкунов Б.Ф. Болезни слезных органов: Самара, 2001, с.296.
11. Barnes E.A., Fbon-Rayyeh Y. Pediatric dakryocystorhinostomy for nasolakrimal duct obstruction // Ophthalmology, 2001, v.108, p.1562-1564.

Гашимова Н.Ф., Насруллаева М.М., Ибрагимов С.Н.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА НЕОНАТАЛЬНОГО ДАКРИОЦИСТИТА.

Национальный Центр Офтальмологии имени академика Зарифы Алиевой, г.Баку, Азербайджан.

Ключевые слова: неонатальный дакриоцистит, врожденная непроходимость слезно-носового канала, зондирование

РЕЗЮМЕ**Цель работы.**

Изучить эффективность срока проведения хирургического лечения дакриоциститов в неонатальном периоде.

Материал и методы исследования.

151 младенец (172 глаза), получивших лечение в течение года в Национальном Центре Офтальмологии. Из них у 11-ти (7,3%) процесс был осложнен флегмоной слезного мешка. Из 151 младенцев 85 были девочки, 66 – мальчики.

В возрастном аспекте больные представлены следующим образом: до 6-ти месяцев – 122 (80,5%); старше 6-ти месяцев – 29 (19,5%) младенцев. У 25-ти больных (1,6%) процесс был двусторонним.

Зондирование назо-лакримального канала проводилось с помощью анестезии, что позволило, в свою очередь, предотвратить психо-эмоциональный стресс у младенцев.

Лечение неонатального дакриоцистита следует проводить поэтапно, начиная с консервативной терапии. Оптимальным сроком для проведения реконструкции слезных путей считается пятимесячный возраст младенца.

Новорожденные с дакриоциститом составляют группу высокого риска по развитию флегманозного дакриоцистита и требуют наблюдения офтальмолога.

Gashimova N.F., Nasrullayeva M.M., Ibragimov S.N.

MEDICATIVE TACTICS OF THE NEONATAL DACRYOCYSTITIS.

National Ophthalmology Centre named after acad. Zarifa Aliyeva, Baku, Azerbaijan.

Key words: neonatal dacryocystitis, congenital impaction of the nasolacrimal canal, probing

SUMMARY

Purpose.

To learn the efficiency of the dacryocystitis surgical treatment term in the neonatal period.

Material and methods:

151 infants (172 eyes) who had received the treatment during a year in the National Ophthalmology Centre. Out of them in 11 (7,3%) the process was complicated by the lacrymal tract phlegmon. From 151 infant 85 were the girls, 66 – the boys.

In the age aspect the patients were presented as follows: less than 6 months of age – 122 (80,5%), elder than 6 months – 29 (19,5%) infants. In 25 patients (1,6%) the process was bilateral.

The probing of the nasolacrimal canal was performed with anesthesia that made it feasible to prevent the psychoemotional stress in infants.

The treatment of the neonatal dacryocystitis have to be performed stage-by-stage beginning from the conservative therapy. The optimal period of the lacrymal tract reconstruction is the five-months age of the child.

The newborns with the dacryocystitis form the high risk group by the phlegmonous dacryocystitis development and they need observation of an ophthalmologist.

