Врожденная патология слёзоотводящей системы у детей

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: P39.1, Q10.4, Q10.5, Q10.6 · Общероссийская общественная организация "Ассоциация врачей-офтальмологов", Общероссийская общественная организация «Общество офтальмологов России»

Врожденная патология слёзоотводящей системы у детей чаще проявляется нарушением оттока слезы из-за пороков развития, стеноза или персистирующей эмбриональной мембраны. Главное в рекомендации — отличить дакриоцистит новорожденных от конъюнктивита, оценить проходимость слезных путей и перейти от массажа и местной антибактериальной терапии к зондированию или хирургии при отсутствии эффекта от консервативного лечения.

Главное

- Типичный дакриоцистит новорожденных начинается в первые дни или недели жизни: слизистое, слизисто-гнойное или гнойное отделяемое, слезостояние/слезотечение, при компрессии слезного мешка — гной из слезных точек при относительно спокойной конъюнктиве.
- Атрезия выхода носослезного протока встречается почти у 10% новорожденных; непроходимость или сужение носослезного протока — у 4–6%, у 2/3 из них развивается дакриоцистит.
- Первичный осмотр офтальмолога показан всем детям с подозрением на патологию слёзоотводящей системы для подтверждения диагноза и выбора тактики. УУР С, УДД 5.
- Компрессионная проба ключевая при подозрении на дакриоцистит: слизь или гной из слезных точек при надавливании на область слезного мешка подтверждают диагноз у детей первых недель и месяцев жизни. УУР С, УДД 5.
- При дакриоцистите выполняют ежедневную компрессию слезного мешка в сторону носослезного протока, но массаж противопоказан при дакриоцистоцеле, покраснении/мацерации кожи и припухлости в области слезного мешка. УУР С, УДД 5.
- Если консервативное лечение не дало эффекта за 2 недели, показано хирургическое лечение.
- Зондирование при врожденной непроходимости целесообразно в 1–9 месяцев без общей анестезии; после 9 месяцев — с общей анестезией.

Диагностика

1. Собрать жалобы и анамнез у родителей: когда появились симптомы, изменялись ли кожа и ее цвет во внутреннем углу глаза, есть ли гнойное отделяемое и как менялась картина во времени. УУР С, УДД 5.
2. Осмотреть челюстно-лицевую область и глаза: положение и наличие слезных точек, слезостояние/слезотечение, гной в конъюнктивальной полости, выбухание и цвет кожи в проекции слезного мешка. УУР С, УДД 5.
3. Пальпировать область слезного мешка и выполнить компрессионную пробу: оценить количество и характер отделяемого из слезных точек. УУР С, УДД 5.
4. Оценить носовое дыхание и проходимость полости носа у всех детей. УУР С, УДД 5.
5. В сомнительных случаях у детей постнатального и более старшего возраста выполнить канальцевую/носовую/слёзно-носовую пробу: закапывают 1 каплю флуоресцеина натрия или 2% коллоидного серебра и оценивают исчезновение красителя из конъюнктивальной полости или появление в носу. УУР С, УДД 5.
6. При гнойном дакриоцистите без эффекта от стандартной антибактериальной терапии выполнить посев отделяемого конъюнктивы и определить чувствительность к антимикробным препаратам. УУР С, УДД 4.
7. Если повторное зондирование не помогло или есть пороки развития лицевого скелета/мягких тканей средней зоны лица, выполнить КТ лицевого отдела черепа и контрастную рентгенографию слезных путей для выбора дальнейшей тактики. УУР С, УДД 5.

Лечение

- Цели лечения: устранить инфекционное воспаление, восстановить проходимость слёзоотводящих путей или создать обходной путь оттока слезы.

- При дакриоцистите назначают ежедневный массаж-компрессию слезного мешка в направлении носослезного протока; палец ставят на область мешка и надавливают так, чтобы содержимое не выходило через слезную точку. УУР С, УДД 5.
- При гнойном отделяемом применяют местные антисептики/антибиотики широкого спектра после туалета век и удаления гноя: пиклоксидин с рождения, тобрамицин с 2 месяцев, нетилмицин с 3 лет, ципрофлоксацин с рождения, офлоксацин и левофлоксацин с 1 года. УУР С, УДД 5.
- При остром гнойном, абсцедирующем или флегмонозном дакриоцистите местные антибактериальные/антисептические капли или мази сочетают с системными антибактериальными препаратами. УУР С, УДД 5.
- При врожденном стенозе носослезного протока или дакриоцистите новорожденного после неэффективной консервативной терапии выполняют зондирование/бужирование слёзно-носового канала. УУР С, УДД 4.
- При отсутствии эффекта от первого зондирования повторную процедуру проводят через 1–4 недели; третье зондирование/бужирование при отсутствии эффекта от первых процедур не рекомендуется. УУР С, УДД 5.
- При рецидивирующем сужении носослезного протока проводят зондирование с интубацией слезных протоков стентами; стент может находиться в протоках от 1 недели до 6 месяцев. УУР С, УДД 4.
- При рецидивирующем дакриоцистите без эффекта от консервативного лечения и сохранной анатомии полости носа выполняют дакриоцисториностомию; наружную ДЦР проводят после стихания гнойного воспаления, эндоскопическая ДЦР возможна и при активном гнойном дакриоцистите. УУР С, УДД 4.

Когда направить и как наблюдать

- Педиатр или врач общей практики направляет ребенка со слезотечением или гноетечением к офтальмологу.
- Зондирование под местной инстилляционной анестезией выполняет офтальмолог амбулаторно, в процедурном кабинете, амбулаторной операционной или дневном стационаре.
- Сложные хирургические вмешательства выполняют в офтальмологическом стационаре.
- Срочная госпитализация в офтальмологический стационар показана при флегмонозном или абсцедирующем дакриоцистите.
- Выписка из офтальмологического стационара возможна при отсутствии осложнений и гнойного воспаления.

Частые вопросы

Как отличить дакриоцистит новорожденных от конъюнктивита?

Для дакриоцистита характерно выделение гноя из слезных точек при надавливании на слезный мешок и относительно спокойная конъюнктива. Симптомы обычно появляются в первые сутки или недели жизни.

Нужно ли ждать, что дакриоцистит новорожденного пройдет сам?

У некоторых новорожденных желатинозная пробка отходит самостоятельно, и явления дакриоцистита стихают.

Когда массаж слезного мешка нельзя делать?

Массаж противопоказан при дакриоцистоцеле, покраснении и мацерации кожи, а также при припухлости в области слезного мешка. Детям с приобретенным дакриоциститом лечебный массаж слезного мешка не проводят.

В каком возрасте лучше выполнять зондирование слезных путей?

При врожденной непроходимости зондирование целесообразно проводить в 1–9 месяцев без общей анестезии. После 9 месяцев его выполняют с общей анестезией.

Что делать, если первое зондирование не помогло?

Повторное зондирование проводят через 1–4 недели на фоне противоинфекционного и противовоспалительного лечения. Если и вторая процедура неэффективна, третье зондирование не рекомендуется; следует рассмотреть дополнительное обследование, включая КТ лицевого отдела черепа, и целесообразность более сложного хирургического лечения.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/987-vrozhdennaya-patologiya-slezootvodyashchej-sistemy-u-detej. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/987_1