Приобретённая патология слёзоотводящих путей

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: H04.3, H04.4, H04.5, H04.8 · Общероссийская общественная организация "Ассоциация врачей-офтальмологов", Общероссийская общественная организация «Общество офтальмологов России», Общероссийская общественная организация «Российское общество ринологов»

Приобретённая патология слёзоотводящих путей — состояния с задержкой оттока слезы из-за поражения слезных точек, канальцев, слезного мешка или носослезного протока. Главное в рекомендации — распознать уровень непроходимости, инфекционное воспаление и выбрать между местной/системной противомикробной терапией, промываниями и хирургическим восстановлением или созданием обходного пути оттока.

Главное

- Недостаточность слезных протоков проявляется нарушением естественного слезооттока; препятствие может быть на уровне слезных точек, канальцев, слезного мешка или носослезного протока — атрезия, стриктура, обструкция, облитерация, дистопия, заворот или выворот.
- Застой слезы может инфицироваться: при препятствии в носослезном протоке развивается острый или хронический дакриоцистит; при блоке входа и выхода слезного мешка — дакриоцеле, возможны флегмона, абсцесс и кожный свищ.
- Типичные признаки: слезотечение или слезостояние; при дакриоцистите при надавливании на область слезного мешка из слезных точек выделяется слизь и/или желтоватый сливкообразный гной; при флегмонозном процессе — выраженный отек, гиперемия, боль, возможны температура и интоксикация.
- Диагноз строят на жалобах, осмотре век и слезных точек, цветной слезно-носовой пробе, зондировании для поиска физического препятствия и контрастном рентгенологическом исследовании слезных путей.
- При цветной пробе Веста краситель в норме проходит из конъюнктивальной полости в нос за 5–10 минут; ускорение прохождения после сосудосуживающих средств в нос указывает на риногенный вклад в эпифору.
- При гнойном дакриоцистите без эффекта от первичной местной терапии широкого спектра в течение 2 недель проводят микроскопию, посев отделяемого конъюнктивы и определяют чувствительность к антимикробным препаратам. УУР С, УДД 5.
- Дакриоцисториностомия при дакриоцистите и неэффективности консервативного лечения — метод восстановления проходимости с наивысшим уровнем в тексте: УУР А, УДД 1; наружный доступ выполняют после купирования острого гнойного процесса, эндоскопический возможен и на фоне активного гнойного дакриоцистита.

Диагностика

1. Собрать жалобы и анамнез у всех пациентов со слезотечением: уточнить слезотечение, сухость, засохший экссудат на ресницах после сна, гной из слезных точек, его количество и характер, связь с затруднением носового дыхания, давность жалоб, возможные причины, временные совпадения с другими заболеваниями и наличие риносинуситов в прошлом. УУР С, УДД 5.
2. Провести внешний осмотр челюстно-лицевой области и визуальное исследование глаз: оценить положение век, форму глазной щели, внутренний угол глаза, слезные точки и движения век. УУР С, УДД 5.
3. Выполнить пальпацию, особенно в проекции слезного мешка: компрессионная проба показывает изменение объема и консистенции мешка и наличие/характер выделений из слезных точек. УУР С, УДД 5.
4. При эпифоре провести канальцевую/слезно-носовую пробу: оценить исчезновение красителя из конъюнктивального мешка и появление его в носу; нормальный интервал — 5–10 минут. УУР С, УДД 4.
5. Всем пациентам с эпифорой выполнить биомикроскопию: оценить форму, положение и размеры слезных точек, состояние конъюнктивы и роговицы, слезную пленку и слезный ручей. УУР С, УДД 5.
6. Промыть слезные пути нейтральными растворами для подтверждения или исключения недостаточности слезоотводящих путей и оценки содержимого слезного мешка; учитывают антеградный/ретроградный ток, появление жидкости в носу и наличие гноя. УУР С, УДД 4.

7. При непроходимости слезоотводящих путей провести риноскопию для оценки анатомии полости носа в зоне слезного мешка и носослезного протока. УУР С, УДД 5.

Лечение

- Цели лечения: восстановить проходимость слезоотводящих путей, устранить инфекционное воспаление или сформировать обходной путь оттока слезы.
- При гнойных выделениях назначают местные противомикробные препараты широкого спектра. УУР С, УДД 5. После бактериологического исследования терапию меняют по чувствительности флоры.
- Варианты местной терапии из текста: офлоксацин по 1 капле 2–4 раза/сут не более 14 дней; ципрофлоксацин по 1–2 капли 4 раза/сут, при тяжелых инфекциях первые 2 дня по 1–2 капли каждые 2 часа в период бодрствования, курс не более 21 дня; левофлоксацин по 1–2 капли каждые 2 часа до 8 раз/сут первые 2 суток, затем 4 раза/сут с 3-го по 5-й день; моксифлоксацин по 1 капле 3 раза/сут, курс может быть 7–10 дней.
- Другие местные препараты из текста: нетилмицин 0,3% по 1–2 капли 3 раза/сут; тобрамицин по 1–2 капли каждые 4 часа при нетяжелой инфекции, при острой тяжелой — по 2 капли каждый час с урежением по мере стихания воспаления; хлорамфеникол по 1 капле 3–4 раза/сут 7–10 дней; тетрациклин в форме глазной мази 0,5–1 см 3–4 раза/сут 5–7 дней; эритромицин в форме глазной мази 0,5–1 см за нижнее веко 3 раза/сут, не более 14 дней; пиклоксидин 2–6 раз/сут 10 дней; бензилдиметил-миристоиламино-пропиламмоний по 1 капле до 6 раз/сут 7–10 дней.
- При скоплении слизи или гноя без признаков флегмонозного/абсцедирующего дакриоцистита выполняют компрессию слезного мешка для эвакуации содержимого и одновременно применяют местные противомикробные препараты. УУР С, УДД 5.
- При остром гнойном дакриоцистите назначают системные антибактериальные препараты для профилактики внеочаговых осложнений. УУР С, УДД 5.
- При хроническом гнойном дакриоцистите до операции проводят промывание слезных путей противоинфекционными препаратами 1–4 раза в месяц. УУР С, УДД 5.
- Если при дакриоцистите или каналикулите нет долговременного эффекта от консервативного лечения, показано хирургическое лечение для формирования путей оттока слезы. УУР С, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- Педиатр или терапевт направляет пациента с жалобами на слезотечение к офтальмологу консультативного кабинета; первичную диагностику выполняет офтальмолог офтальмологического кабинета.
- Малые вмешательства, включая вскрытие и дренирование абсцесса и лечение каналикулита, выполняет офтальмолог в перевязочной или дневном стационаре.
- В офтальмологический стационар госпитализируют при планировании сложного хирургического вмешательства.
- Выписка из офтальмологического стационара возможна при отсутствии осложнений и гнойного воспаления.
- Пациентам с непроходимостью слезоотводящих путей после операции требуется длительное диспансерное наблюдение офтальмолога для профилактики рецидивов. УУР С, УДД 4.

Частые вопросы

Как отличить дакриоцистит от простой непроходимости слезных путей?

При непроходимости бывают слезотечение или слезостояние. Для дакриоцистита характерно выделение слизи и/или гноя из слезных точек при надавливании на область слезного мешка; при остром гнойном процессе появляются покраснение кожи в проекции мешка и постоянное значительное гнойное отделяемое.

Что считается нормой в пробе Веста?

В норме краситель проходит из конъюнктивальной полости в полость носа за 5–10 минут. Если после сосудосуживающих средств в нос время прохождения уменьшается, это говорит о риногенной природе эпифоры.

Когда при гнойном дакриоцистите нужен посев?

Если после первично назначенных местных противомикробных препаратов широкого спектра нет эффекта в течение 2 недель, проводят микроскопию содержимого коньюнктивальной полости, посев отделяемого и определение чувствительности микроорганизмов.

Когда переходят от консервативного лечения к операции?

При дакриоцистите или каналикулите хирургическое лечение показано, если консервативная терапия не дает долговременного эффекта. Цель операции — восстановить или сформировать путь оттока слезы.

Как наблюдать пациента после дакриоцисториностомии или интубации?

После операции офтальмолог контролирует швы, положение интубационного материала, полость носа и область соустья. Кожные швы снимают на 10–14 сутки, эндориноскопию для санации зоны соустья проводят регулярно 1–1,5 месяца, интубационный материал удаляют через 6 месяцев с последующим промыванием слезных путей нейтральными растворами.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/992-priobretennaya-patologiya-slezootvodyashchih-putej. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/992_1