

УДК 617.764.5-073.756.8

DOI: 10.34215/1609-1175-2026-2-78-81



Эндоскопическая дакриоцисториностомия при непроходимости носослезного канала: клинический случай

Б.А. Лепейко¹, Е.А. Гилицанов², Д.Г. Павлуш², М.Ю. Коркмазов³, Т.В. Тилик⁴, Д.А. Иванцова²¹ Владивостокская клиническая больница № 1 Владивосток, Россия² Тихоокеанский государственный медицинский университет, Владивосток, Россия³ Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск, Россия⁴ Дальневосточный федеральный университет, Владивосток, Россия

Представлен клинический случай применения эндоскопического хирургического лечения при хроническом воспалении слезного мешка и носослезного канала. Развитие эндоскопических технологий и совершенствование хирургических подходов позволяют выполнять операции через полость носа: производить вскрытие слезного мешка и почти физиологически восстановить отхождение слезы. Дифференциально-диагностический отбор пациентов выполняется врачом-офтальмологом с учетом всех клинических проявлений, анатомических особенностей и инструментальных обследований. Подробно изложены этапы операции и дальнейшая тактика консервативного лечения для купирования воспаления и восстановления работы слезного мешка. Одним из ключевых моментов предоперационного исследования является использование контраста для введения в слезную дренажную систему, что позволяет просто и неинвазивно визуализировать уровень непроходимости. Отмечается значимость и преимущество рентгенографии в двух проекциях с контрастированием для правильной постановки диагноза и определения показаний к хирургическому лечению.

Ключевые слова: слезный мешок, носослезный канал, эндоскопическая дакриоцисториностомия, спиральная компьютерная томография

Поступила в редакцию: 24.03.2026. Получена после доработки: 27.03.2026. Принята к публикации: 06.04.2026

Для цитирования: Лепейко Б.А., Гилицанов Е.А., Павлуш Д.Г., Коркмазов М.Ю., Тилик Т.В., Иванцова Д.А. Эндоскопическая дакриоцисториностомия при непроходимости носослезного канала: клинический случай. *Тихоокеанский медицинский журнал*. 2026;2:78–81. doi: 10.34215/1609-1175-2026-2-78-81

Для корреспонденции: Павлуш Дмитрий Георгиевич – к.м.н., доцент кафедры гистологии, эмбриологии и цитологии Тихоокеанского государственного медицинского университета (690002, г. Владивосток, пр-т Острякова, 2); ORCID: 0000-0003-4794-9777; e-mail: pavlush.dmitrij@yandex.ru

Endoscopic dacryocystorhinostomy for nasolacrimal duct obstruction: A clinical case

B.A. Lepeyko¹, E.A. Gilifanov², D.G. Pavlush², M.Y. Korkmazov³, T.V. Tilik⁴, D.A. Ivantsova²¹ Vladivostok Clinical Hospital No 1., Vladivostok, Russia² Pacific State Medical University, Vladivostok, Russia³ South Ural State Medical University, Chelyabinsk, Russia⁴ Far Eastern Federal University, Vladivostok, Russia

This article presents a clinical case study of the surgical endoscopic treatment of chronic lacrimal sac and nasolacrimal duct inflammation. Current advancements in endoscopic technology and surgical techniques allow surgeons to perform these procedures through the nasal cavity, opening the lacrimal sac and restoring tear drainage in a nearly physiological manner. A differential diagnosis is performed by an ophthalmologist who selects patients while taking into account all clinical manifestations, anatomical features, and results of instrumental examinations. This article outlines the steps of the procedure and the subsequent conservative treatment strategy for alleviating inflammation and restoring the function of the lacrimal sac. The preoperative evaluation includes injecting contrast dye into the lacrimal drainage system, which allows for simple, noninvasive visualization of the level of obstruction. Furthermore, two-projection radiography with contrast is noted for its importance and advantages in making an accurate diagnosis and determining the indications for surgical treatment.

Keywords: lacrimal sac, nasolacrimal duct, endoscopic dacryocystorhinostomy, spiral computed tomography

Received 24 March 2026; Revised 27 March 2026; Accepted 6 April 2026

For citation: Lepeyko B.A., Gilifanov E.A., Pavlush D.G., Korkmazov M.Y., Tilik T.V., Ivantsova D.A. Endoscopic dacryocystorhinostomy for nasolacrimal duct obstruction: A clinical case. *Pacific Medical Journal*. 2026;2:78–81. doi: 10.34215/1609-1175-2026-2-78-81

Corresponding author: Dmitry G. Pavlush, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Histology, Embryology and Cytology, Pacific State Medical University (2 Ostryakova ave., Vladivostok, 690002, Russia); ORCID: 0000-0003-4794-9777; e-mail: pavlush.dmitrij@yandex.ru

Эндоскопические вмешательства в полости носа относятся к числу наиболее часто выполняемых операций в оториноларингологии [1, 2]. Подобный хирургический подход – это щадящее отношение к слизистой оболочке полости носа, околоносовых пазух, возможность ограниченного воздействия на причину воспаления, одномоментное выполнение большого количества операций и сохранение эстетической составляющей. Эндоскопический метод делает возможным подход к основанию и полости черепа, а также к слезной дренажной системе, а именно к слезному мешку.

Заболевания слезной дренажной системы всегда были приоритетом врачей-офтальмологов. Появление и развитие эндоскопических методов в лечении пациентов с хроническим дакриоциститом позволили добиться восстановления оттока слезы в полость носа практически естественным путем [3, 4].

В большинстве случаев лечение воспаления слезного мешка начинается с курса консервативной терапии. При отсутствии эффекта или его недостаточности определяются показания к хирургическому лечению. Хирургическая тактика зависит от места стриктуры или обтурации слезного мешка или носослезного канала.

Клинический случай

Пациентка А., 72 года, обратилась на клиническую базу кафедры офтальмологии и оториноларингологии Тихоокеанского медицинского государственного университета, расположенную в оториноларингологическом отделении КГБУЗ «Владивостокская клиническая больница № 1», с диагнозом Хронический гнойный дакриоцистит справа.

Из анамнеза известно, что хроническим слезотечением страдает около 10 лет, неоднократно лечилась у офтальмолога консервативно с хорошим эффектом. Последние два года проявления обострения дакриоцистита до 5 раз в год в виде постоянного слезотечения, даже в помещении, наличие гнойного отделяемого в медиальном углу глаза по утрам, покраснение верхнего и нижнего века, конъюнктивы.

При осмотре со стороны полости носа слизистая оболочка чистая, розовая, отделяемого в полости носа, средних носовых ходах нет. Проекция слезного мешка и носослезного канала в полости носа без особенностей. Контрастное исследование слезной дренажной системы выполнено на спиральном компьютерном томографе с предварительным закапыванием в конъюнктивальную полость водорастворимого контрастного вещества (Омнипак®, производитель Ирландия). Со слов пациентки, сканирование ей проводилось 6 раз, так как контрастное вещество не попадало в слезный мешок.

Согласно заключению врача-рентгенолога: определяются признаки умеренно утолщенной параорбитальной клетчатки. Контрастный препарат определяется в слезном озере размером 20 × 30 мм, в носослезных каналах до слияния, диаметрами 0,5 мм. В слезном мешке, носослезном протоке контраст

не определяется. Отсутствие контрастного вещества в слезном мешке является противопоказанием к его эндоназальному эндоскопическому вскрытию. Однако с учетом уже имеющегося у нас опыта, мы не стали сразу отказывать пациентке в операции, а направили ее на повторное исследование, а именно рентгенографию слезных путей в двух проекциях. Заключение рентгенографии: на дакриоцистографии справа определяется контрастное вещество, оно заполняет слезный мешок. Носослезный канал непроходим.

По результатам обследования установлен клинический диагноз: Хронический этмоидит справа. Хронический дакриоцистит справа. Непроходимость носослезного канала. Пациентке показано плановое хирургическое лечение. В стационаре выполнена операция эндоскопическая дакриоцисторинотомия под общим обезболиванием. Во время операции произведена электрокоагуляция слизистой оболочки в проекции слезного мешка иглой «Колорадо», обнажена костная площадка. Бором снята кость в проекции слезного мешка, широко обнажена его слизистая оболочка. Серповидным скальпелем рассечена стенка слезного мешка, из него выделилось до 0,5 мл гнойного содержимого. Слизистая оболочка слезного мешка частично иссечена, сопоставлена с краями слизистой оболочки полости носа. Швы, стенты и прочие конструкции не накладывались.

В послеоперационном периоде у пациентки слезотечения, гнойного отделяемого в углу глаза справа не возобновлялись. Пациентка выписана из отделения на 4-е сутки на амбулаторное долечивание у офтальмолога и оториноларинголога.

Хирургическое лечение пациентов с хроническим дакриоциститом прежде всего базируется на правильной и точной диагностике. Ключевую роль в этом играет контрастное исследование. Спиральная компьютерная томография представляет современный метод исследования, являясь «золотым стандартом» диагностики полости носа и околоносовых пазух. У некоторых пациентов при хроническом воспалении слезного мешка в его просвете формируется густое, вязкое, гнойное или слизисто-гнойное отделяемое. Его плотность гораздо выше, чем плотность контрастного вещества. По этой причине контраст не всегда может попасть в слезный мешок, что врачом-рентгенологом интерпретируется как непроходимость слезных путей. Отличие дакриоцистографии заключается в том, что врач-офтальмолог выполняет предварительное зондирование и промывание слезных путей через нижнюю слезную точку. После отмывания слезных путей от густого и вязкого патологического отделяемого врач вводит контрастное вещество и проводится рентгенография в двух проекциях (рис.).

В отношении установки силиконовых стентов в слезные пути существует две тактики. Одни исследователи считают, что их установка обязательна особенно при сочетании с патологией в полости носа, таких как полипозный риносинусит и искривление

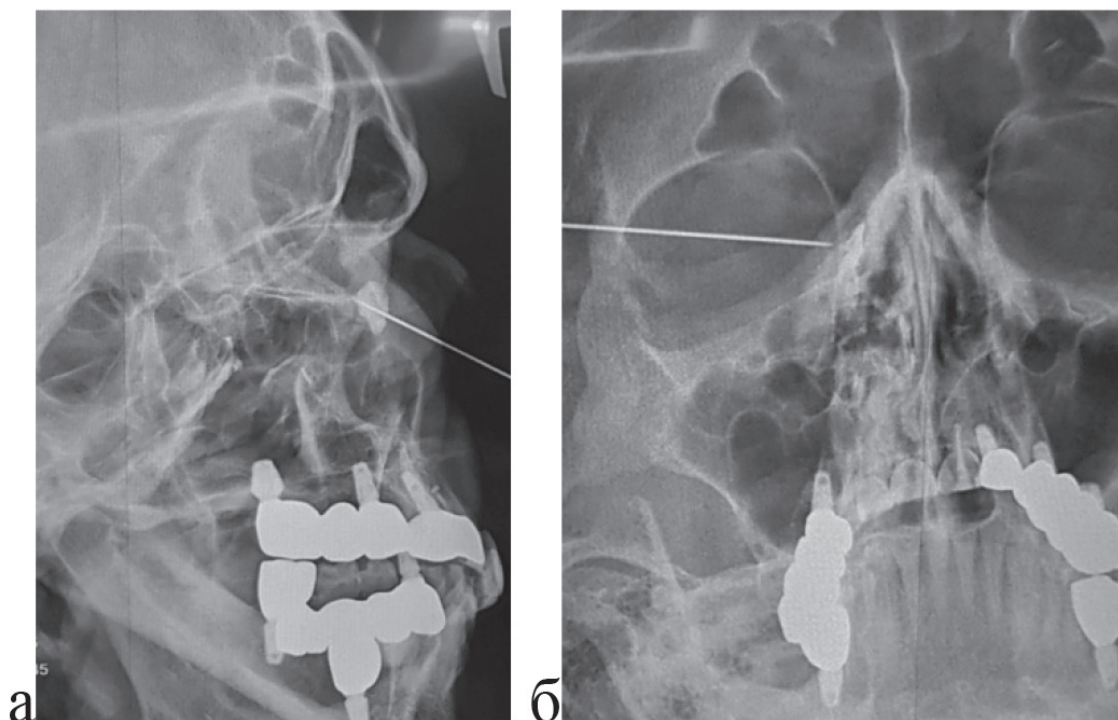


Рис. Рентгенография – дакриоцистография в прямой (а) и боковой (б) проекциях. Контрастное вещество заполняет правый слезный мешок (отмечен линией), носослезный канал не контрастируется и непроходим.

перегородки носа, которые могут создавать заложенность носа и способствовать нарушению естественного оттока слезной жидкости [5–7], другие такую необходимость отвергают. Мы придерживаемся тактики ведения пациентов в послеоперационном периоде без протекторов в слезном мешке и носослезном канале.

Заключение

Хирургическое лечение непроходимости слезного мешка и носослезного канала является важным шагом в ликвидации гнойно-воспалительного процесса, который всегда в той или иной степени присутствует у этой категории пациентов. В большинстве случаев страдают этой патологией лица старше 60 лет. Представленный клинический случай демонстрирует правильную диагностическую тактику, позволяет не отказывать пациентам в щадящем эндоскопическом эндоназальном лечении, сохранить зрение, трудоспособность и качество жизни.

Конфликт интересов: авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Источник финансирования: авторы заявляют о финансировании проведенного исследования из собственных средств.

Участие авторов:

Концепция и дизайн исследования – ГЕА, ЛБА, КМЮ, ТТВ

Сбор и обработка материала – ПДГ, ГЕА, ИДА

Написание текста – ГЕА, ТТВ, КМЮ, ПДГ

Редактирование – ГЕА, ЛБА, ТТВ, ПДГ

Литература / References

1. Свирчевский И.И., Полуниин М.М., Радциг Е.Ю., и др. Дифференциальная диагностика острого гайморита, осложненного абсцессом орбиты, с дакриоциститом и флегмоной слезного мешка у детей. *Вестник оториноларингологии*. 2024;89(6):46–53. [Svirchevskiy II, Polunin MM, Radtsig EYu, et al. Differential diagnosis of acute maxillary ethmoiditis complicated by orbital abscess with dacryocystitis and phlegmon of the lacrimal sac in children. *Russian Bulletin of Otorhinolaryngology*. 2024;89(6):46–53. (In Russ.)]. doi: 10.17116/otorino20248906146
2. Гизингер О.А., Коркмазов А.М., Сумеркина В.А. Функциональная активность нейтрофилов и локальные проявления окислительного стресса в слизистой оболочке полости носа в раннем послеоперационном периоде. *Вестник оториноларингологии*. 2019;84(2):40–45. [Gizinger OA, Korkmazov AM, Sumerkina VA. Functional activity of neutrophils and local manifestations of oxidative stress in the mucous membrane of the nasal cavity in the early postoperative period. *Russian Bulletin of Otorhinolaryngology*. 2019;84(2):40–45. (In Russ.)]. doi: 10.17116/otorino20198402140
3. Магомедов М.М., Жоголева Т.Н., Давтян М.Б., Магомедова Н.М., Авкаева Ш.Ю. Алгоритмы диагностики и лечения при стенозах слезоотводящих путей. Обзор литературы. *Вестник оториноларингологии*. 2024;89(5):58–62.

- [Magomedov MM, Zhogoleva TN, Davtian MB, Magomedova NM, Avkaeva ShYu. Modern methods of diagnosis and treatment of lacrimal stenosis. Literature review. *Russian Bulletin of Otorhinolaryngology*. 2024;89(5):58–62. (In Russ.)]. doi: 10.17116/otorino20248905158
4. Ярцев В.Д., Атькова Е.Л. Роль местных антисептиков в профилактике коронавирусной инфекции при эндоназальных вмешательствах на слезных путях. *Вестник оториноларингологии*. 2022;87(1):75–80. [Yartsev VD, Atkova EL. The role of local antiseptics in the prevention of coronavirus infection during endonasal interventions on the lacrimal ducts. *Russian Bulletin of Otorhinolaryngology*. 2022;87(1):75–80. (In Russ.)]. doi:10.17116/otorino20228701175
 5. Байменов А.Ж. Ранняя профилактика послеоперационного стенозирования при модифицированной эндоназальной функциональной дакриоцисториностомии. *Вестник оториноларингологии*. 2015;80(2):60–2. [Baimenov AZh. The early prophylaxis of postoperative stenosis by means of modified endonasal functional dacryocystorhinostomy. *Russian Bulletin of Otorhinolaryngology*. 2015;80(2):60–62. (In Russ.)]. doi: 10.17116/otorino201580260-62
 6. Исаев Э.В., Егоров В.И., Исаев В.М., Свистушкин В.М., Пустовит О.М. Метод пластического формирования стомы при эндоназальной эндоскопической дакриоцисториностомии. *Вестник оториноларингологии*. 2021;86(1):58–62. [Isaev EV, Egorov VI, Isaev VM, Svistushkin VM, Pustovit OM. Method of endonasal endoscopic dacryocystorhinostomy with plastic stoma formation. *Russian Bulletin of Otorhinolaryngology*. 2021;86(1):58–62. (In Russ.)]. doi: 10.17116/otorino20218601158
 7. Павлуш Д.Г., Матвеева Н.Ю., Калиниченко С.Г., Павлуш Е.Н. Клинический случай мукормикоза у пациентки с полипозным риносинуситом. *Тихоокеанский медицинский журнал*. 2025;(4): 97–99. [Pavlush DG, Matveeva NYu, Kalinichenko SG, Pavlush EN, Mucormycosis in a patient with polyposis rhinosinusitis: a clinical case. *Pacific Medical Journal*. 2025;(4):97–99. (In Russ.)]. doi: 10.34215/1609-1175-2025-4-97-99