

Одобен
Объединенной комиссией
по качеству медицинских услуг
Министерства здравоохранения
Республики Казахстан
от «19» ноября 2019 года
Протокол №77

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

ДАКРИОАДЕНИТ, ДРУГИЕ БОЛЕЗНИ СЛЕЗНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ЭПИФОРА

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1.1 Код (ы) МКБ-10:

Код	Название
H04.0	Дакриоаденит
H04.1	Другие болезни слезной железы
H04.2	Эпифора

1.2 Дата разработки/пересмотра протокола: 2015 год (пересмотр 2019 г.).

1.3 Сокращения, используемые в протоколе:

ЗППП	–	заболевания передающиеся половым путем
КТ	–	компьютерная томография
МРТ	–	магнитно-резонансная томография
НПВС	–	нестероидные противовоспалительные средства
ССГ	–	синдром сухого глаза
УЗИ	–	ультразвуковое исследование
ЭКГ	–	электрокардиография

1.4 Пользователи протокола: врачи общей практики, терапевты, педиатры, хирурги, онкологи, офтальмологи.

1.5 Категория пациентов: взрослые, дети.

1.6 Шкала уровня доказательности:

Уровень доказатель ности	Тип доказательности
I	Доказательства, полученные в результате метаанализа большого числа хорошо спланированных рандомизированных исследований. Рандомизированные исследования с низким уровнем ложнопозитивных и ложнонегативных ошибок.
II	Доказательства основаны на результатах не менее одного хорошо спланированного рандомизированного исследования.

	Рандомизированные исследования с высоким уровнем ложнопозитивных и ложнонегативных ошибок.
III	Доказательства основаны на результатах хорошо спланированных нерандомизированных исследований. Контролируемые исследования с одной группой больных, исследования с группой исторического контроля и т.д.
IV	Доказательства получены в результате нерандомизированных исследований. Непрямые сравнительные, описательно корреляционные исследования и исследования клинических случаев.
V	Доказательства основаны на клинических случаях и примерах.

A	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
B	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или Высококачественное (++) когортное или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
C	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+). Результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++) или (+), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.
D	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование или мнение экспертов.
GPP	Наилучшая клиническая практика.

1.7 Определение:

Дакриоаденит – воспаление слезной железы [1].

Синдром сухого глаза – представляет собой глазное заболевание, вызываемое сухостью глаз, которая, в свою очередь, вызывается либо пониженной выработкой слез, либо повышенным испарением слезы [2].

Эпифора – слезостояние и обильное слезотечение, выходящее за границы нормального, при котором слезы могут течь по щечной области [3].

1.8 Клиническая классификация:

Дакриоаденит:

По течению:

- острые;
- хронические.

По этиологии:

Экзогенные:

- вирусы (эпидемический паротит, инфекционный мононуклеоз, Herpes zoster, цитомегаловирус, грипп, корь и др.);
- бактерии (стафилококковый, стрептококковый, пневмококковый, гонококковый, сифилис, бациллы Mycobacterium leprae, Mycobacterium tuberculosis, клещевой боррелиоз и др.);
- грибки;
- паразиты.

Эндогенные:

- инфекционные (сифилис, бациллы Mycobacterium leprae, Mycobacterium tuberculosis и т.д.);
- системные заболевания (саркоидоз, синдром Шегрена, болезнь Грейвса, заболевания крови и лимфатической системы);
- псевдотуморозный неспецифический дакриoadенит.

Опухоли слезной железы:

- доброкачественные (кисты (дакриопс), аденома и т.д.);
- злокачественные (карцинома, цилиндрома и т.д.).

Атрофии и дистрофии слезной железы.

Аномалии положения и развития слезной железы:

- гипоплазия, аплазия слезной железы;
- гипертрофия слезной железы;
- смещения слезной железы.

Дисфункции слезной железы при общих заболеваниях:

- гормональные (менопауза, прием оральных контрацептивов, беременность, лактация);
- фармакологическое угнетение слезопродукции.

Эпифора:

- Недостаток слезоотделения вследствие патологии слёзных желёз или их иннервации приводит к пересыханию слёзной плёнки и как следствие к синдрому сухого глаза. К таким же последствиям может привести повышенное испарение слёзной жидкости, при этом обычно происходит рефлекторное защитное увеличение слезопродукции.

Синдром сухого глаза:

По этиологии:

- синдромальный «сухой глаз»;

- симптоматический «сухой глаз», который сопутствует:
- некоторым видам глазной патологии и операциям на органе зрения;
- отдельным гормональным нарушениям;
- ряду соматических заболеваний;
- местному и энтеральному приему некоторых ЛС;
- авитаминозу А.
- искусственный.

По патогенезу:

- сокращение объема основной слезопродукции;
- дестабилизация слезной пленки под воздействием экзогенных факторов или повышенного испарения;
- комбинированное воздействие вышеперечисленных факторов.

По клинической картине:

- рецидивирующая микроэрозия роговицы или конъюнктивы глазного яблока;
- рецидивирующая макроэрозия роговицы или конъюнктивы глазного яблока;
- «сухой» кератоконъюнктивит;
- «нитчатый» кератит.

По степени тяжести:

- легкая (с микропризнаками ксероза на фоне рефлекторной гиперлакримии, при этом время разрыва прероговичной слезной пленки составляет $8,0 \pm 1,0$ с);
- средняя (с микропризнаками ксероза, но уже на фоне умеренного снижения слезопродукции и стабильности прероговичной слезной пленки);
- тяжелая и особо тяжелая (с макропризнаками ксероза на фоне выраженного или критического снижения слезопродукции и стабильности прероговичной слезной пленки).

2. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ

2.1 Диагностические критерии:

Жалобы:

Острый дакриoadенит:

- боль и покраснение кожи в проекции слезной железы;
- отек кожи века;
- опущение верхнего века.

Хронический дакриoadенит:

- наличие припухлости в области слезной железы;
- смещение глазного яблока,
- двоение.

ССГ:

- рези в области глаз;
- чувство сухости глаз;

- покраснение глаз;
- чувство инородного тела, «песка» в области глаз;
- быстрая зрительная утомляемость.

Эпифора:

- слезотечение, слезостояние.

Анамнез:

- ante- и постнатальный анамнез;
- сведения о сопутствующих и ранее перенесенных заболеваниях (включая аллергоанамнез).

Физикальное обследование

Общий осмотр:

- отек, гиперемия кожи в проекции слезной железы;
- опущение наружной половины верхнего века, характерная S-образная форму края верхнего века;
- смещения глазного яблока книзу и кнутри;
- увеличение и пальпаторная болезненность проекции слезной железы;
- экзофтальм;
- сужение глазной щели;
- гиперемия конъюнктивы;
- слезостояние;
- слезотечение;
- увеличение региональных лимфоузлов;
- повышение температуры тела.

Лабораторные исследования: бактериологическое исследование отделяемого конъюнктивальной полости на микрофлору с определением чувствительности к антибиотикам, патогистологическое исследование для исключения (или подтверждения) онкопроцесса.

Инструментальные исследования:

- визометрия: возможно снижение остроты зрения, наличие двоения;
- биомикроскопия: конъюнктивальная/смешанная инъекция, в верхне-наружном углу при выворачивании верхнего века выпячивание увеличенной пальпебральной части железы, ксероз поверхности роговицы и конъюнктивы;
- офтальмоскопия: возможны изменения характерные для основной патологии;
- тонометрия: повышение внутриглазного давления;
- тест Ширмера – уровень пропитывания тест-полоски менее 15мм;
- УЗИ (В-скан) глаз, придаточного аппарата, орбиты: определение размеров и положения орбитальной части слезной железы;
- КТ/МРТ с или без использования контрастного вещества орбит: визуализация орбиты, прижизненное неинвазивное исследование слезной железы, повышает точность диагностики заболевания, исключение или подтверждение онкопроцесса;

- промывание слезных путей: нарушение проходимости слезных путей;
- определение Ig G4.

Показания для консультации специалистов:

- консультация оториноларинголога при выявлении патологии ЛОР органов;
- консультация стоматолога при выявлении патологии зубов и ротовой полости;
- консультация онколога при подозрении на онкопатологию;
- консультация невропатолога при выявлении патологии со стороны нервной системы;
- консультация инфекциониста при выявлении инфекционных заболеваний;
- консультация эндокринолога при наличии сопутствующей эндокринной патологии;
- консультации ревматолога при наличии аутоиммунной патологии

2.2 Диагностический алгоритм:



2.3 Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований

Дифференциальный диагноз острого дакриаденита проводится с абсцессом верхнего века и флегмоной орбиты.

Диагноз	Обоснование для дифференциального диагноза	Обследования	Критерии исключения диагноза
Острый дакриoadенит	Боль, гиперемия и отек века	Симптомы	Боль Покраснение Припухлость в области верхне-темпоральной трети верхнего века Отек Гной/секрет
		Биомикроскопия	конъюнктивальная/смешанная инъекция, в верхне-наружном углу при выворачивании верхнего века выпячивание увеличенной пальпебральной части железы, ксероз поверхности роговицы и конъюнктивы
		Рентгенография орбиты и придаточных пазух носа	визуализация орбиты повышает точность диагностики заболевания, исключение или подтверждение онкопроцесса
		Промывание слезных путей	нарушение проходимости слезных путей
Абсцесс верхнего века	Боль, гиперемия и отек века	Симптомы	Распирающая боль Головная боль Резко выраженная гиперемия и отёк века Глазная щель сомкнута Кожа напряжена, гиперемирована, иногда приобретает желтоватый оттенок. Наличие инфильтрации либо флюктуации в области века. Повышение температура тела. Зрение не снижается.
		Биомикроскопия	конъюнктивальная/смешанная инъекция, через кожу просвечивает желтоватого

			цвета гной. В центральной или латеральной части верхнего века обнаруживается инфильтрат
		Рентгенография орбиты и придаточных пазух носа	визуализация орбиты повышает точность диагностики заболевания, исключение или подтверждение онкопроцесса
		Промывание слезных путей	слезные пути могут быть проходимы
Флегмона орбиты	Боль, гиперемия и отек века	Симптомы	Выраженный болевой синдром. Развитие бурное в течение нескольких часов. Отек век красно-фиолетового цвета. Экзофтальм, ограничение подвижности глазного яблока. Значительное снижение зрения вплоть до слепоты, диплопия. На глазном дне -- застойный диск зрительного нерва. Головная боль Высокая температура, озноб. Замедление пульса, возможно присоединение мозговых симптомов.
		Биомикроскопия	Выраженный блефароспазм. Хемоз конъюнктивы вплоть до ущемления ее в глазной щели
		Рентгенография орбиты и придаточных пазух носа	визуализация орбиты повышает точность диагностики заболевания, исключение или подтверждение онкопроцесса
		Промывание слезных путей	Слезные пути проходимы

Дифференциальный диагноз ССГ проводится с острым конъюнктивитом

Диагноз	Обоснование для дифференциального диагноза	Обследования	Критерии исключения диагноза
ССГ	Гиперемия, зуд, чувство инородного тела в глазах	Симптомы	Дискомфорт Чувство жжения и сухости в глазах Чувство инородного тела в глазах Легкое покраснение Астенопия
		Биомикроскопия	Гиперемия конъюнктивы, уменьшение или полное отсутствие у краев век слезных менисков. Характерное отделяемое из конъюнктивальной полости. При обработке век оно вследствие высокой вязкости вытягивается в тонкие слизистые нити
		Тест Ширмера	Уменьшение слезопродукции
		Бак.посев	Чистый
Острый конъюнктивит	Гиперемия, зуд, чувство инородного тела в глазах	Симптомы	Дискомфорт Чувство инородного тела в глазах Зуд Покраснение Гнойное отделяемое из глаз
		Биомикроскопия	Гиперемия, рыхлость конъюнктивы. Увеличения фолликул, образование экссудативных пленок
		Бак.посев	Выявление возбудителя. Обнаружение роста патологических культур в посевах из конъюнктивальной полости

3. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ:

Основное направление лечения дакриoadенита – полное купирование воспалительного процесса слезной железы; ССГ – увлажнение, создание

«стабильности» слезной пленки, устранение патологических изменений, связанных с ксерозом; эпифоры – устранение причины вызвавшей появление слезотечения.

3.1 Немедикаментозное лечение:

- режим – III
- диета – стол №15 или в зависимости от сопутствующего заболевания (артериальная гипертония, сахарный диабет и т.д.).

3.2 Медикаментозное лечение: этиотропное лечение – антибактериальные, противовоспалительные, слезозаместительные препараты.

- **Перечень основных лекарственных средств** (имеющих 100% вероятность применения): нет.
- **Перечень дополнительных лекарственных средств** (менее 100% вероятности применения):

Фармакотерапевтическая группа	Международное непатентованное наименование ЛС	Способ применения	Уровень доказательности
Антибактериальный препарат группы фторхинолонов	Ципрофлоксацин 0,3% 5 мл	Инстиляции в конъюнктивальную полость	C
Антибактериальный препарат группы цефалоспоринов	Цефтриаксон	Внутримышечная инъекция	C
Регидранты	Карбомер	Инстиляции в конъюнктивальную полость	C
Глюкокортикоиды для местного применения в офтальмологии	дексаметазон	Парабульбарные инъекции	B
Глюкокортикоиды для системного применения	метилпреднизолон	внутривенно	C
иммуносупрессор	циклоsporин А	инстиляции	C

3.3 Хирургическое вмешательство:

- Обтурация слезных точек с установкой обтураторов.

Показания: неэффективность слезозаместительной, консервативной терапии при синдроме сухого глаза.

3.4 Дальнейшее ведение:

- в течение 1 недели-антибактериальная терапия, от 2 недель до 1 месяца после операции инстиляция слезозаменяющих препаратов;
- при наличии сопутствующего заболевания мониторинг у узкого специалиста;

- плановый контроль у офтальмолога.
- соблюдение соответствующего лечебно-охранительного режима по показаниям.

3.5 Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения, описанных в протоколе:

- при воспалительных заболеваниях – купирование воспалительного процесса;
- при синдроме сухого глаза - устранение изменений, связанных с ксерозом;
- при эпифоре отсутствие избыточного слезотечения и слезостояния;
- отсутствие дискомфорта в глазу.

4. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С УКАЗАНИЕМ ТИПА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ:

4.1 Показания для экстренной госпитализации: нет.

4.2 Показания для плановой госпитализации:

- Неэффективность консервативной терапии дакриoadенита

5. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ:

5.1 Карта наблюдения пациента, маршрутизация пациента:



5.2 Немедикаментозное лечение

- режим – III
- диета – стол №15 или в зависимости от сопутствующего заболевания (артериальная гипертензия, сахарный диабет и т.д.).

Физиотерапия при хроническом дакриoadените:

- гелий-неоновый лазер;
- магнитотерапия.

5.3 Медикаментозное лечение: этиотропное лечение – антибактериальные, противовоспалительные, слезозаместительные препараты.

- **Перечень основных лекарственных средств** (имеющих 100% вероятность применения): нет
- **Перечень дополнительных лекарственных средств** (менее 100% вероятности применения)

Лекарственная группа	Международное непатентованное название	Способ применения	Уровень доказательности
Антибактериальный препарат группы фторхинолонов	Офлоксацин	Инстиляции в конъюнктивальную полость	С
Антибактериальный препарат группы цефалоспоринов	Цефтриаксон	Внутримышечная инъекция	С
Глюкокортикоиды для местного применения в офтальмологии	Бетаметазона дипропионат	Парабульбарные инъекции	С
Регидранты	Карбомер	Инстиляции в конъюнктивальную полость	С
Глюкокортикоиды для местного и системного применения в офтальмологии	дексаметазон	Парабульбарные инъекции, внутривенные инъекции	В
Глюкокортикоиды для системного применения в офтальмологии	Преднизолон	внутри	С
Глюкокортикоиды для системного применения в офтальмологии	метилпреднизолон	Внутривенные инъекции (пульс-терапия)	С

5.4 Хирургическое вмешательство (УД - В)

Название операции:

Синдром сухого глаза:

Название операции:

- пластическая операция: закрытие слезной точки (МКБ 9 - 09.99);
- прочие манипуляции на слезной системе (МКБ 9 - 09.99);

Показания: тяжелая степень синдрома сухого глаза

Эпифора:

- Обтурация слезных точек с установкой obturаторов.

Дакриоаденит:

Орбитотомия (МКБ 9 – 16.09);

5.5 Дальнейшее ведение:

- в течение от 2 недель до 1 месяца после операции инстилляцией антибактериальных и противовоспалительных препаратов;
- при наличии сопутствующего заболевания мониторинг у узкого специалиста;
- плановый контроль у офтальмолога;
- соблюдение соответствующего лечебно-охранительного режима по показаниям.

5.6 Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения, описанных в протоколе:

- при воспалительных заболеваниях – купирование воспалительного процесса;
- при синдроме сухого глаза - устранение изменений, связанных с ксерозом;
- при эпифоре отсутствие избыточного слезотечения и слезостояния;
- отсутствие дискомфорта в глазу.

6. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА:

6.1 Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных:

- 1) Джуматаев Эрик Асылханович – кандидат медицинских наук, заведующий платным дневным стационаром ТОО «Казахский научно-исследовательский институт глазных болезней», врач высшей категории;
- 2) Аубакирова Алуа Сауытбековна – кандидат медицинских наук, врач высшей категории, ТОО «Казахский научно-исследовательский институт глазных болезней»;
- 3) Султанкулова Бану Тастемировна – врач-офтальмолог 1 категории, ТОО «Казахский научно-исследовательский институт глазных болезней»;
- 4) Жанатаев Жасулан Базарханович – врач-офтальмолог ТОО «Казахский научно-исследовательский институт глазных болезней»;
- 5) Ералиева Бибихан Абдалиевна – доктор медицинских наук, заведующая кафедрой клинической фармакологии АО «Казахский медицинский университет непрерывного образования».

6.2 Конфликт интересов: нет.

6.3 Рецензент: Утельбаева Зауреш Турсуновна – доктор медицинских наук, профессор кафедры офтальмологии АО «Национальный медицинский университет».

6.4 Указание условий пересмотра протокола: пересмотр протокола через 5 лет после его опубликования и с даты его вступления в действие или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

6.5 Список использованной литературы:

1. McNab AA, McKelvie P. IgG4-Related Ophthalmic Disease. Part II: Clinical Aspects. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg*. 2015 May-Jun;31(3):167-78.
2. The definition and classification of dry eye disease: report of the Definition and Classification Subcommittee of the International Dry Eye WorkShop. *Ocul Surf*. 2012;5:75–92.
3. Ervin A.M., Wojciechowski R., Schein O. Punctal occlusion for dry eye syndrome // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. — 2010. — Vol. 9.
4. Kanski JJ. Acute dacryoadenitis. In: *Clinical Ophthalmology. A Systematic Approach*. 6th ed. Butterworth, Heineman, Elsevier; 2008:178-179.
5. Gao Y, Moonis G, Cunnane ME, Eisenberg RL. Lacrimal gland masses. *AJR Am J Roentgenol*. 2013 Sep;201(3):W371-81
6. Obata H, Yamagami S, Saito S, et al. A case of acute dacryoadenitis associated with herpes zoster ophthalmicus. *Jpn J Ophthalmol* 2003; 47:107-9.
7. Cheuk W, Yuen HK, Chan AC, Shih LY, Kuo TT, Ma MW, Lo YF, Chan WK, Chan JK. Ocular adnexal lymphoma associated with IgG4+ chronic sclerosing dacryoadenitis: a previously undescribed complication of IgG4-related sclerosing disease. *Am. J. Surg. Pathol*. 2008 Aug;32(8):1159-67.
8. Kiratli H, Sekeroglu MA, Soylemezoglu F. Unilateral dacryoadenitis as the sole presenting sign of Wegener's granulomatosis. *Orbit* 2008;27(3):157-60.
9. Madge SN, James C, Selva D. Bilateral dacryoadenitis: A new addition to the spectrum of reactive arthritis? *Ophthalm Plast Reconstr Surg* 2009;25(2):152-3.
10. Lee S, Tsirbas A, McCann JD, et al. Mikulicz's disease: A new perspective and literature review. *Eur J Ophthalmol* 2006;16(2):199-203.
11. Роговично-конъюнктивальный кератит (диагностика, клиника, лечение) - Бржецкий В.В., Сомов Е.Е. - 2003 год - 120 с.
12. BritishNationalFormulary <https://www.medicinescomplete.com>
13. Mombaerts I The many facets of dacryoadenitis// *Curr Opin Ophthalmol*. 2015 Jul;26(5):399-407. doi: 10.1097/ICU.0000000000000183.
14. Mombaerts I, Cameron JD, Chanlalit W, Garrity JA Surgical debulking for idiopathic dacryoadenitis: a diagnosis and a cure // *Ophthalmology*. 2014 Feb;121(2):603-9. doi: 10.1016/j.optha.2013.09.010.