

ДВА СЛУЧАЯ ДАКРИОАДЕНИТА ТУБЕРКУЛЁЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ© *В. М. Батаев, О. Г. Ионова, А. В. Карецкий,
М. В. Соловьева, О. Ю. Белова*

ФГБУ «СПбНИИФ» Минздравсоцразвития России

✦ **Ключевые слова:** туберкулёзный дакриoadенит; туберкулинодиагностика; клеточный и гуморальный противотуберкулёзный иммунитет; противотуберкулёзная терапия.

Дакриoadенит (воспаление слёзной железы) развивается, как правило, на фоне общих инфекционных заболеваний (грипп, ангина, корь, скарлатина и туберкулёз) и проявляется появлением припухлости в области верхнего века в наружном отделе, покраснением кожи в этом месте, болью. При назначении соответствующей терапии симптомы воспаления купируются в течение 2–3-х недель.

Туберкулёзное поражение слёзной железы — крайне редко встречающаяся и трудно диагностируемая локализация туберкулёза.

Под нашим наблюдением за последние 2 года находились двое больных.

Больная Г., 49 лет, жительница Санкт-Петербурга, поступила в отделение туберкулёза глаз «ФГБУ СПбНИИФ» Минздравсоцразвития России 24 марта 2009 года с жалобами на отёк, болезненность, ощущение тяжести в наружной части верхнего века левого глаза на фоне плохого общего самочувствия (слабость, быстрая утомляемость, потеря аппетита). Из истории заболевания известно, что впервые указанные жалобы появились в начале февраля 2009 года, пациентка лечилась амбулаторно в общей лечебной сети с диагнозом «склерит левого глаза». Были проведены два курса антибактериальной терапии (общее и местное лечение) и стероидов местно, общеукрепляющее лечение. Эффект от проводимой терапии был незначительный и временный, отмечалось рецидивирующее течение заболевания. В связи с новым (третьим!) обострением заболевания больная была направлена на консультацию к фтизиоофтальмологу СПбНИИФ.

При поступлении. Общее состояние относительно удовлетворительное, больная предъявляет жалобы на вялость, слабость, снижение аппетита и припухлость в области верхнего века слева.

Острота зрения:

OD = 0,8 sph – 0,5D = 1,0 ВГД 21 мм

OS = 0,9 sph + 0,5D = 1,0 ВГД 20 мм

Объективно: OD — без особенностей. OS — умеренный птоз, незначительное сужение глазной щели, отёк верхнего века и параорбитальной клетчатки сверху и снизу, кожа верхнего века более пигментирована по сравнению с правым глазом, имеется локальная гиперемия, пальпация безболезненна (рис. 1). При вывороте верхнего века виден край увеличенной, гиперемированной, отёчной слёзной железы. Имеются хемоз конъюнктивы в верхней половине глазного яблока, гиперемия конъюнктивы верхнего века, склеральная инъекция в верхнем отделе глазного яблока. Отделяемого из конъюнктивальной полости нет. Роговица и другие оптические среды прозрачные, на глазном дне без особенностей.

При рентгенографическом обследовании (30.03.2009) патологии органов грудной полости не выявлено. В клиническом анализе крови (25.03.2009) — увеличение СОЭ до 18 мм/ч. Биохимические показатели крови и общий анализ мочи в норме.

Исследование клеточного и гуморального противотуберкулёзного иммунитета показало, что все реакции увеличены в 2 и более раз. Так, серологические реакции крови с туберкулёзным антигеном от 03. 04. 2009: РПК 26,0 усл. ед. (N = 17 усл. ед.), РПГ 30,0 усл. ед. (N = 8 усл. ед.), ИФА Ig M 0,256 усл. ед. (N < 0,20 усл. ед.); Ig G = 0,334 усл. ед. (N < 0,20 усл. ед.). Реакция клеточного иммунитета РБТЛ с ППД от 10. 04. 2009 — 7,6 % (N < 3 %).

Проведение МРТ орбиты и слёзной железы (30. 05. 2009) выявило асимметрию размеров слёзных желёз (S > D).

С диагностической целью планировалась биопсия слёзной железы, однако, от её проведения больная отказалась.

При постановке туберкулиновой пробы (реакция Манту 2 ТЕ) 06.04.2009 была зафиксирована гиперергическая местная (кожная) реакция — папула 18 мм с везикулой, очаговая реакция со стороны левого глаза расценена как слабоположительная по лечебному типу (уменьшение отёка верхнего века).

Учитывая данные офтальмологического обследования, неэффективность противовоспалительной и антибактериальной терапии широкого спектра действия, напряжённость клеточного и гуморального противотуберкулёзного иммунитета, а также гиперергическую пробу Манту с 2 ТЕ, больной был назначен курс противотуберкулёзной терапии (ПТТ) 4 препаратами: изониазид 0,6 г/сутки, пиразинамид 1,5 г/сутки, рифампицин 0,45 г/сутки, стрептомицин 1 млн ЕД/сутки, 6-кратные инстилляциии 3 % раствора изониазида в левый глаз ежедневно.

Через 4 недели от начала проведения специфической антибактериальной терапии у больной наметилась тенденция к регрессу воспалительных явлений на левом глазу: уменьшился отёк верхнего века, стала менее выраженной инъекция конъюнктивы верхнего свода. В это же время пациентка стала отмечать и улучшение общего самочувствия — улучшились настроение и аппетит, повысилась трудоспособность. Через 5 месяцев от начала ПТТ на левом глазу исчезли хемоз конъюнктивы, инъекция склеры, уменьшился отёк слёзной железы, цвет её стал более светлым (рис. 2). Улучшились показатели гуморального и клеточного противотуберкулёзного иммунитета (25. 09. 2009): РПК 22,0 усл. ед./↑/, РПГ 7,0 усл. ед., ИФА Ig M 0,138 усл. ед.; Ig G 0,320 усл.ед./↑/, РБТЛ с ППД 4,0 %.

Таким образом, по результатам проведённого обследования у больной был установлен окончательный диагноз «Туберкулёзный дакриoadенит левого глаза в стадии затихания» и 30 сентября 2009 года больная была выписана в ГПТД для продолжения дальнейшего лечения.

Больная В., 52 лет поступила в отделение фтизиоофтальмологии СПбНИИФ 23 марта 2010 г. для обследования с подозрением на туберкулёзный дакриoadенит обоих глаз. Из анамнеза известно, что считает себя больной с октября 2009 года, когда заметила отёк в области верхних век обоих глаз, была осмотрена окулистом по месту жительства — пато-

логии со стороны органа зрения не выявлено. Тогда же в связи с увеличением подчелюстного лимфатического узла была госпитализирована в ГТБ № 2 для исключения туберкулёзной этиологии лимфаденита. При биопсии подчелюстного лимфатического узла справа получены результаты в пользу хронического воспалительного процесса. При рентгенологическом обследовании выявлены изменения в лёгких специфического характера, в связи с чем больной была назначена противотуберкулёзная терапия: изониазид, рифампицин, этамбутол, пиразинамид (в терапевтических дозировках) в течение 6 месяцев — с положительным эффектом со стороны органов грудной полости. В этот же период на фоне проводимого специфического лечения больная отметила уменьшение отёка в области верхних век обоих глаз. Для углубленного обследования слёзных желёз больная была переведена в отделение туберкулёза глаз СПбНИИФ.

При поступлении. Общее состояние удовлетворительное. Больная предъявляет жалобы на припухлость в области верхних век обоих глаз.

OD = 0,8 не корригируется ВГД 21 мм

OS = 0,8 не корригируется ВГД 21 мм

Объективно: OU — спокойны, s-образное сужение глазной щели, частичный птоз за счёт резко выраженного отёка в области слёзных желёз, гиперпигментация кожи в/века, пальпация этой области безболезненна, при пальпации определяются увеличенные слёзные железы, плотные на ощупь. При вывороте век виден пальпебральный край увеличенной, отёчной, гиперемированной слёзной железы, конъюнктив в этой области гиперемирована, хемоз, отделяемого из конъюнктивальной полости нет. Оптические среды прозрачные, на глазном дне без очаговой патологии.

Проведено обследование: клинический анализ крови (02.04.2010) — увеличение СОЭ до 20 мм/ч,

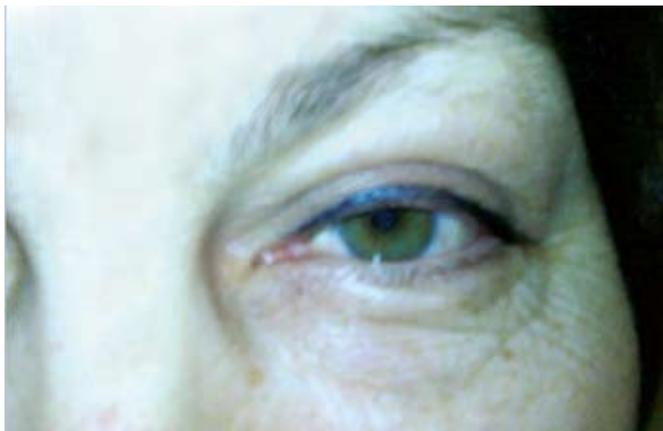


Рис. 1. Фотография больной Г. 13. 04. 2009.



Рис. 2. Фотография больной Г. через 5 месяцев лечения ПТТ.

биохимические показатели крови, анализ мочи — без особенностей.

Серологическое исследование крови с туберкулёзным антигеном (02. 04. 2010) показало увеличение РПК до 24,0 усл. ед., РПГ до 18,0 усл. ед. При исследовании клеточного противотуберкулёзного иммунитета (09. 04. 2010) выявлено увеличение показателя РБТЛ с ППД до 4,2 %.

При рентгенологическом обследовании органов грудной клетки, а также анализе рентген-архива за прошлые годы — выявляются изменения в нижней доле левого легкого в субплевральных её отделах на фоне выраженных фиброзных, интерстициальных изменений с утолщением междолевых перегородок и плотные очаги с чёткими контурами до 6 мм, плевроапикальные спайки. Просвет трахеи и главных бронхов не изменён. Несколько расширен корень правого легкого за счёт увеличения бронхопульмональных и паратрахеальных лимфатических узлов до 1 см. Диафрагма имеет чёткие контуры, аорта не изменена.

Компьютерная томограмма органов грудной полости от 27.05.2010 подтвердила признаки фиброзно-очаговых изменений специфического характера в правом лёгком и реактивную (?) лимфоаденопатию трахеобронхиальной группы.

Больная была консультирована фтизиатром 01.06.2010, заключение: «Туберкулёз ВГЛУ с очагами отсева в оба лёгких в фазе рассасывания и уплотнения, МБТ (—)». Рекомендовано продолжить ПТТ тремя препаратами.

К общему противотуберкулёзному лечению добавлены субконъюнктивальные инъекции 3 % раствора изониазида в оба глаза, гидрокортизоновая мазь на кожу верхнего века с обеих сторон.

Сведения об авторах:

Батаев Владимир Михайлович — к. м. н., ведущий научный сотрудник отделения фтизиоофтальмологии ФГБУ «СПб НИИ фтизиоофтальмологии» МЗ РФ. Санкт-Петербург, ул. Политехническая д., 32. E-mail: glazniif@mail.ru.

Ионова Оксана Геннадьевна — к. м. н., старший научный сотрудник отделения фтизиоофтальмологии ФГБУ «СПб НИИ фтизиоофтальмологии» МЗ РФ. Санкт-Петербург, ул. Политехническая д., 32. E-mail: glazniif@mail.ru.

Карецкий Андрей Валентинович — к. м. н., старший научный сотрудник отделения фтизиоофтальмологии ФГБУ «СПб НИИ фтизиоофтальмологии» МЗ РФ. Санкт-Петербург, ул. Политехническая д., 32. E-mail: glazniif@mail.ru.

Соловьева Марина Владимировна — научный сотрудник отделения фтизиоофтальмологии ФГБУ «СПб НИИ фтизиоофтальмологии» МЗ РФ. Санкт-Петербург, ул. Политехническая д., 32. E-mail: glazniif@mail.ru.

Белова Ольга Юрьевна — к. м. н., врач-офтальмолог отделения фтизиоофтальмологии ФГБУ «СПб НИИ фтизиоофтальмологии» МЗ РФ. Санкт-Петербург, ул. Политехническая д., 32. E-mail: glazniif@mail.ru.

Офтальмологический статус при выписке: ОУ — спокойные, отёк в области слёзной железы значительно уменьшился, кожа верхнего века стала менее пигментированной, пальпация области слёзных желёз безболезненная, при пальпации железы стали менее плотными. При вывороте век видны уменьшенные в размере (по сравнению с поступлением) слёзные железы (пальпебральный край) с беловатыми мелкими вкраплениями, конъюнктива верхнего века и верхнего свода розовая, блестящая, отделяемого из конъюнктивального мешка нет. Оптические среды прозрачные, на глазном дне без очаговой патологии.

Больная была выписана 02 июня 2010 года в ГПТД с диагнозом «Двусторонний дакриoadенит туберкулёзной этиологии в стадии разрешения. Туберкулёз ВГЛУ с очагами отсева в оба легких в фазе рассасывания и уплотнения, МБТ (—)» для наблюдения и продолжения лечения у фтизиатра и фтизиоофтальмолога.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Приведенные два случая туберкулёзного дакриoadенита показывают, что постановка данного диагноза вызывает определённые трудности у офтальмологов ОЛС. Больные с хроническими, рецидивирующими формами дакриoadенитов, плохо поддающиеся неспецифическому лечению, требуют обследования у фтизиоофтальмологов.

TWO CASES OF TUBERCULAR DACRYO ADENITIS

Batayev V. M., Ionova O. G., Karetskiy A. V., Solovyeva M. V., Belova O. U.

✧ **Key words:** tuberculous dacryoadenitis; tuberculinization; cellular and humoral immunity; antituberculous therapy.

Batayev Vladimir Mikhaylovich — MD, PhD, lead scientist. Phthysioophthalmology department, Saint-Petersburg Scientific Research Institute of Phthysioophthalmology. Saint-Petersburg, Politechnicheskaya st., 32. E-mail: glazniif@mail.ru.

Ionova Oksana Gennadyevna — MD, PhD, senior scientist. Phthysioophthalmology department, Saint-Petersburg Scientific Research Institute of Phthysioophthalmology. Saint-Petersburg, Politechnicheskaya st., 32. E-mail: glazniif@mail.ru.

Karetskiy Andrey Valentinovich — MD, PhD, scientist. Phthysioophthalmology department, Saint-Petersburg Scientific Research Institute of Phthysioophthalmology. Saint-Petersburg, Politechnicheskaya st., 32. E-mail: glazniif@mail.ru.

Solovyeva Marina Vladimirovna — Phthysioophthalmology department, Saint-Petersburg Scientific Research Institute of Phthysioophthalmology. Saint-Petersburg, Politechnicheskaya st., 32. E-mail: glazniif@mail.ru.

Belova Olga Yuryevna — MD, PhD, scientist. Phthysioophthalmology department, Saint-Petersburg Scientific Research Institute of Phthysioophthalmology. Saint-Petersburg, Politechnicheskaya st., 32. E-mail: glazniif@mail.ru.