

© М. В. Сидорова, В. Г. Белоглазов, Е. Л. Атькова, 2011
УДК 617.764.2:616.982]-02-07-08

М. В. Сидорова
канд. мед. наук

В. Г. Белоглазов
докт. мед. наук

Е. Л. Атькова
канд. мед. наук

Научно-исследовательский институт глазных болезней РАМН, Москва

Заболевания слезоотводящих путей актиномикотической этиологии: диагностика и лечение

В работе подтверждены эффективность и обоснованность применения препарата «Актинолизат» в комплексном лечении больных с актиномикотическими заболеваниями слезоотводящих путей. Проведено обследование 118 женщин и 10 мужчин 26–85 лет сроком заболевания от 1 до 5 лет, у 56 из них установлена актиномикотическая этиология заболевания. 16 больным 1-й группы с актиномикотическим каналикулитом и дакриостенозом лечение проводили традиционным способом. Выздоровление наступило в 6,25 % случаев. Внутримышечное и местное введение Актинолизата в слезоотводящие пути 10 пациентам 2-й группы с аналогичной патологией привело к выздоровлению в 100 % случаев без хирургического вмешательства. 30 больным 3-й группы с каналикулитом и дакриоциститом актиномикотической этиологии обязательное хирургическое лечение проводили параллельно с актинолизатотерапией, что показало высокую долю излеченности — 93,3 %.

Ключевые слова: каналикулит, дакриостеноз, дакриоцистит, актиномикоз, Актинолизат

Заболевания слезных органов выявляют у 25 % больных, обращающихся к офтальмологу. Патология слезоотводящих путей приводит к ограничению трудоспособности, нарушению психики, развитию серьезных осложнений со стороны органа зрения.

Актуальность исследования обусловлена увеличением количества заболеваний, вызванных условно-патогенными микроорганизмами, в том числе и актиномицетами, плохой осведомленностью специалистов о клинической симптоматике и диагностике заболеваний слезоотводящих путей, поздней и часто неправильной диагностикой, переходом острой фазы заболевания в хроническое течение.

Актиномикоз поражает органы и ткани любых локализаций, является широко распространенным заболеванием в клинической медицине [1–3]. В последнее время актиномицеты все чаще являются одной из причин заболеваний слезоотводящих путей. Предрасполагающими факторами являются снижение иммунозащитных сил организма, травмы, переохлаждения, попадание актиномицет в слезные протоки, гормональные и обменные нарушения [1, 4–6]. Диагностика грибковых и актиномикотических

заболеваний слезоотводящих путей вызывает затруднения. Доля диагностических ошибок составляет 70,3 % [7]. Установлено, что актиномикотическая инфекция чаще поражает каналы (64,9 %), реже — слезный мешок (19,5 %) и носослезный проток (15,6 %) [8].

Учитывая актиномикотическую этиологию заболевания, основываясь на положительном опыте применения препарата «Актинолизат» в разных областях медицины — дерматологии, гинекологии, отоларингологии и других [1–3, 9–13], мы сочли возможным использовать данное лекарственное средство для лечения актиномикоза слезоотводящих путей, проведя предварительно испытания препарата в эксперименте при бактериальных и микотических поражениях слезоотводящих путей у кроликов.

Цель работы — оценка эффективности препарата «Актинолизат» в комплексном лечении больных с актиномикотическими заболеваниями слезоотводящих путей.

Материалы и методы

Проведено обследование 118 пациентов 26–85 лет со сроком заболевания от 1 до 5 лет. У 56 из них установлена актиномикотическая этиология заболевания.

Всем пациентам проводили традиционные методы исследования: офтальмологическое (по общепринятой схеме); дакриологическое; переднюю риноскопию; дакриорентгенологическое

Мария Владимировна Сидорова
e-mail: murzisha@rambler.ru

исследование слезоотводящих путей с контрастированием 30 % раствором Йодолипола (при отсутствии аллергии на препараты йода). Дополнительно проводили гистологическое исследование; эндоскопию полости носа; диафаноскопическое исследование слезных канальцев и слезного мешка; цитологическое исследование материала, взятого в области устья носослезного протока при промывании слезоотводящих путей; микробиологическое (бактериоскопическое и бактериологическое) исследование; определение иммунного статуса по концентрации иммуноглобулинов (*IgA*, *IgG*, *IgM*) в сыворотке крови до и после лечения, показатели фагоцитоза. Пациентов направляли на консультации к врачам-специалистам: оториноларингологу, эндокринологу, иммунологу, гинекологу, онкологу, микологу и дерматовенерологу.

Клинически у больных с каналикулитом определяли покраснение внутренней половины глазного яблока, полулунной складки, слезного мясца, слезотечение, вязкое гнойное отделяемое, увеличенная слезная точка кратерообразной формы, припухлость и гиперемия по ходу канальца.

У больных с дакриостенозом отмечали периодическое слезотечение и наличие гнойного отделяемого. При дакриоцистите, кроме симптомов, характерных для каналикулита, полностью отсутствовала пассивная проходимость слезоотводящих путей, возникала угроза развития флегмоны слезного мешка.

Все пациенты в соответствии с задачами исследования были разделены на три группы в зависимости от применяемой схемы лечения.

В 1-ю группу вошли 16 пациентов 23–85 лет с каналикулитом (12 пациентов) и дакриостенозом (4 пациента) актиномикотической этиологии. Длительность заболевания составила до 1 года — 14 пациентов, до 5 лет — 2. Проводили традиционное консервативное лечение, включающее механическое выдавливание конcrementов и дакриолитов (так как большое количество их в протоках снижает эффективность любой избирательной схемы лечения), лечебное промывание слезоотводящих путей раствором 0,25 % борной кислоты № 10, через день; пероральный прием антигистаминных препаратов (Супрастин, Тавегил, Диазолин и др.) в общепринятых дозах.

2-я группа состояла из 10 пациентов 26–85 лет с актиномикотическим каналикулитом (6 пациентов) и дакриостенозом (4 пациента). Длительность заболевания составляла менее одного года.

Наряду с традиционным механическим удалением конcrementов из протоков, назначением антигистаминных средств, пациенты получали препарат «Актинолизат» по 3,0 мл внутримышечно 2 раза в неделю, 10–15 инъекций — в зависимости от выраженности патологического процесса.

Слезотводящие пути пациентам 2-й группы промывали Актинолизатом по 3,0 мл 2 раза в неделю № 10. Длительность лечения в этой группе составила 22 дня.

В 3-ю группу вошли 30 пациентов 26–69 лет с актиномикотическим каналикулитом (17 пациентов), дакриоциститом (11 пациентов) и с сочетанием дакриоцистита и каналикулита (2 пациента). Длительность заболевания составила до 1 года — 3 пациента, до 5 лет — 27. Больным проводили комплексное лечение, состоящее из комбинации хирургического и консервативного методов. Консервативная терапия в предоперационном периоде соответствовала схеме лечения больных 2-й группы: механическое выдавливание дакриолитов из протоков, антигистаминные препараты, Актинолизат внутримышечно и промывание им же слезоотводящих путей. После подготовки дифференцированно проводили следующие виды операций: каналикулотомию, эндоназальную дакриоцисториностомию и дакриоцисториностомию с кюретажем слезного канальца. В послеоперационном периоде продолжали актинолизатотерапию до 15 внутримышечных инъекций.

Период наблюдения за больными составил от 6 мес до 3 лет, при этом проводили изучение ближайших и отдаленных результатов лечения.

В комплексное лечение больных 1-й и 2-й групп включали Актинолизат — раствор для внутримышечных инъекций (регистрационный номер ЛС 001204, лицензия №99-04-000525), который готовится из лизата актиномицетов рода *Actinomyces* и *Micromonospora* в пропорции 1:1. Препарат содержит белок в определенных концентрациях. Его молекулярная масса 15 000 дальтон. По механизму действия Актинолизат мобилизует и активирует макрофаги, стимулирует фагоцитарный процесс в организме, оказывает мощное иммуномодулирующее действие. Являясь антигеном, стимулирует продукцию антител к разным инфектантам, повышает резистентность организма, снижает интенсивность воспалительного процесса за счет торможения гиперпродукции воспалительных цитокинов и блокады действия медиаторов воспаления.

Результаты и обсуждение

Анализ результатов проводимого традиционного консервативного лечения в 1 группе показал его низкую эффективность, выздоровление наступило у 1 из 16 больных (6,25%), вследствие этого в дальнейшем возникала необходимость хирургического лечения. Полученные нами данные совпадают с мнением большинства отечественных и зарубежных авторов.

Оценивая результаты лечения Актинолизатом (местно и внутримышечно) 10 пациентов 2-й группы с небольшим (до 1 года) сроком заболевания, отметили высокую эффективность консервативной терапии без применения оперативного вмешательства. Мы подтвердили, что Актинолизат при промывании слезоотводящих путей оказывал местное противовоспалительное действие, усиливал действие фагоцитов в отношении актиномицет, сопутствующей бактериальной и грибковой флоры в очаге поражения. В результате, улучшение наступало на 3–5-й день лечения, а выздоровление после полного курса лечения достигнуто в 100% случаев (рисунк).

К тому же, было выявлено существенное улучшение иммунного статуса, что подтвердилось нормализацией уровней *IgA*, *IgM*, *IgG* в сыворотке крови.

Анализ результатов консервативного и хирургического лечения каналикулита и дакриоцистита у пациентов 3-й группы показал, что правильно выбранное и проведенное оперативное вмешательство на фоне актинолизатотерапии внутримышечно и местно явилось высокоэффективным, — выздоровление наступило у 28 из 30 больных (93,3%), при этом была восстановлена анатомическая и функциональная проходимость слезоотведения. Двое больных, страдающих тяжелой сопутствующей патологией, нуждались в повторной операции каналикулотомии с кюретажем слезного канальца. Использование препарата «Актинолизат» в лечении пациентов 3-й группы ускоряло процесс

заживления и выздоровления в среднем на двое суток. Показатели *IgA*, *IgM*, *IgG* в сыворотке крови нормализовались, существенно улучшились показатели фагоцитоза.

В процессе лечения побочных и аллергических реакций на Актинолизат не выявлено. В течение всего времени наблюдения (1, 3, 6, 12 мес) за пациентами рецидивов заболевания не обнаружено.

Выводы

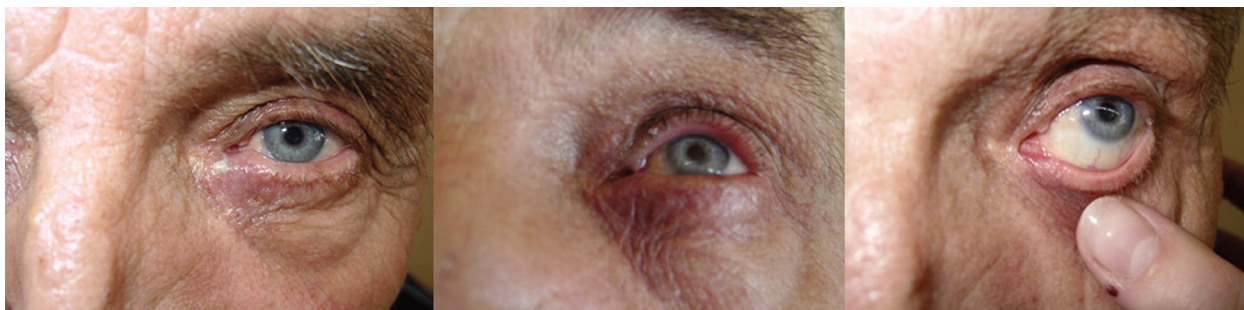
Внутримышечное и местное применение иммуномодулирующего препарата «Актинолизат» в комплексном лечении пациентов с актиномикотическими заболеваниями слезоотводящих путей использовано впервые для этой патологии после стандартных доклинических экспериментальных исследований.

Впервые изучена возможность внутримышечного введения этого препарата в сочетании с местным применением для промывания слезоотводящих путей у пациентов с актиномикозом слезных канальцев и носослезного протока. Разработанная схема лечения позволила достичь полного выздоровления и избежать хирургического вмешательства у пациентов 2-й группы.

Доказана более высокая эффективность лечения во 2-й группе, где применяли Актинолизат (выздоровление — 100%), по сравнению с традиционными методами лечения в 1-й группе больных с каналикулитом и дакриостенозом (выздоровление — 6,25%).

Хирургическое лечение каналикулита и дакриоцистита на фоне актинолизатотерапии показало высокую долю излечения — 93,3% (3-я группа). В этой группе процесс заживления после операции ускорялся на двое суток и более.

Подтверждена нормализация уровней *IgA*, *IgM*, *IgG* через 20 дней после начала проведения актинолизатотерапии, что является дополнительным критерием терапевтической эффективности этого препарата.



До лечения

5-е сутки с начала лечения

После лечения

Пациент 2-й группы до и после лечения препаратом «Актинолизат»

Мы рекомендуем применение лекарственного средства «Актинолизат» в комплексном консервативном лечении актиномикотических каналикулита, дакриостеноза и дакриоцистита, особенно в начальных стадиях заболева-

ния, а при необходимости операции — в до- и послеоперационном периодах для ускорения процесса выздоровления, повышения иммунитета пациентов и исключения развития рецидивов.

Литература

1. Бурова С.А. Совершенствование диагностики и лечения актиномикоза: Автореф. дис. докт. мед. наук. М., 1993.
2. Московская М.А. Абдоминальный актиномикоз: Автореф. дис. канд. мед. наук. М., 1975.
3. Робустова Т.Г. Актиномикоз челюстно-лицевой области. М., 1983. С. 216.
4. Кунельская В.Я., Шадрин Г.Б., Мачулин А.И. // В сб.: Успехи медицинской микологии. М., 2007. Т. 2. С. 218–220.
5. Савенков В.В. Актинолизат в лечении трофических язв голени и хронической язвенной пиодермии // В сб.: Успехи медицинской микологии. М., 2002. Т. 6. С. 295.
6. Филатова И.А. Опыт хирургического лечения грибковых каналикулитов // В сб.: Материалы науч.-практич. конф. М., 2005. С. 285–288.
7. Сидорова М.В. Диагностика и лечение актиномикотических и микотических заболеваний слезоотводящих путей: Автореф. дис. канд. мед. наук. М., 2009.
8. Сидорова М.В., Белоглазов В.Г., Атькова Е.Л. Микотические заболевания слезоотводящих путей // В сб.: III Всерос. науч. конф. молодых ученых «Актуальные проблемы офтальмологии». М., 2008. С. 238–240.
9. Егорова Т.П. // В сб. Успехи медицинской микологии. М., 2005. С. 246.
10. Клешнин Д.А. Опыт лечения гнойных гайморитов актинолизатом // В сб.: Успехи медицинской микологии. М., 2002. Т. 1. С. 278–279.
11. Луцки Л.А. Клиника, диагностика и лечение актиномикоза челюстно-лицевой области: Автореф. дис. канд. мед. наук. Львов, 1953.
12. Макова Г.Н. Актинолизат в комплексном лечении угревой болезни // В сб.: Успехи медицинской микологии М., 2002. Т. 6. С. 288.
13. Старенькова Г.В., Маслов А.С. Наш опыт диагностики и лечения актиномикоза челюстно-лицевой области // В сб.: Проблемы глубоких микозов. М., 1982. С. 39–42.

M. V. Sidorova, V. G. Beloglazov, E. L. At'kova

State Research Institute of Eye Diseases RAMS, Moscow

Diseases of the lacrimal passages of actinomycotic etiology: the diagnosis and treatment

In this paper we confirm the effectiveness and validity of using «Actinolysat» medicine in an integrated treatment of patients with actinomycotic disease of the lacrimal passages. 118 women and 10 men aged 26–85 years old were examined. Patients had been afflicted for a period ranging 1–5 years. Actinomycotic etiology was confirmed in 56 cases. Ist group of 16 patients received traditional treatment, complete recovery achieved in 6,25%. It was established that intramuscular introduction of Actinolysat medicine together with bathings of lacrimal passages with Actinolizat in 10 patients of IInd group with actinomycotic canalculitis and dacryostenosis resulted in 100% recovery without need in surgical treatment. 30 patients (III^d group) with actinomycotic canalculitis and dacryocistitis received surgical treatment together with Actinolizat and showed high recovery rate — 93,3%.

Key words: *canalculitis, dacryostenosis, dacryocistitis, actinomycosis, actinolysat*