

Наш досвід лікування каналікуліту

Л.П. Тутченко

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

У статті продемонстровано клінічний випадок каналікуліту, до виявлення якого пацієнт з діагнозом вивороту нижньої повіки був направлений для його хірургічного виправлення. Після належної діагностики пацієнт був успішно пролікований з використанням 0,01% розчину мірамістину, 2% мазі біброкатолу у поєднанні з каналікулотомією та кюретажем і подальшим повторним промиванням каналця.

Ключові слова: каналікуліт, мірамістин, біброкатол, активоміцет Ізраеля.

Каналікуліт є рідкісним захворюванням слъзовивідних шляхів, складаючи в їхній структурі близько 2% [2]. Найчастіше каналікуліт не ідентифікують, помилково діагностуючи синдром «сухого ока», хронічний кон'юнктивіт, кератокон'юнктивіт, блефарит, дакриоцистит, ячмінь, халязіон, нейродерміт, онкопатологію. Частота помилок при встановленні діагнозу каналікулітів коливається від 33% до 100% [2, 3, 5].

Клінічний випадок. У клініку був направлений пацієнт, 74-річний чоловік, для хірургічного виправлення вивороту нижньої повіки. Анамнестично в нього спостерігалася слъзотеча та періодичні ознаки кон'юнктивіту зліва протягом останніх 2 років. Пацієнт для лікування використовував інстиляції дезінфікантів (декаметоксину), антибіотиків (АБ) (хлорамфеніколу, тобраміцину, левофлоксацину, моксифлоксацину), на тлі яких відносна ремісія між рецидивами тривала в середньому 2 тиж. Під час останнього рецидиву до попередніх симптомів приєднався виворіт нижньої повіки, у зв'язку з чим пацієнт звернувся до офтальмолога за місцем проживання та був направлений у стаціонар.

На момент огляду пацієнта на лівому оці: повіки набрякли, гіперемійовані, інтермаргінальний край потовщений, нижня повіка вивернута, виражена ін'єкція кон'юнктиви. Виділення відсутне. Шкіра повік – суха, шорстка, вкрита сухими кірками, на нижній повіці – поодинокі тріщини. Слъзотеча відсутня. Війковий ряд – не змінений. Отвори мейбосевих залоз нижньої повіки – дещо збільшені, але не деструктовані. Слъзні точки – не розширені, виділення з них у спокої та при пальпації відсутні. Цілісність слъзової оболонки повік і склепінь не порушена. Фібозна капсула очного яблука і глибші відділи патологічно не змінені.

У день первинного огляду було виконано промивання слъзних шляхів, які виявились однаковою мірою вільно прохідні на боці ураження і на інтактному боці. При компресії повік в області слъзних каналців виділення відсутні. Пацієнту призначено закапування 0,01% розчину мірамістину і обробку війкового краю повік 2% маззю біброкатолу 4 рази на день з боку ураження, консультацію дерматолога і онколога і повторний огляд через 3 дні.

У результаті проведених консультацій специфічної дерматологічної та онкологічної патології не виявлено.

На момент повторного офтальмологічного огляду (через 5 днів від розпочатого лікування): виворіт нижньої повіки відсутній, кон'юнктивальна ін'єкція та набряк нижньої повіки значно зменшилися, у зв'язку з чим під час огляду та пальпації області нижнього слъзного каналця і в ньому самому чітко пальпувався тістоподібної консистенції вміст, а з слъзної точки отримано (!) слизисто-гнійне виділення.

Установлено діагноз: Каналікуліт. Було виконано розтин слъзного каналця і вискобловання його слъзової оболонки, у результаті якої видалені конкременти – дакриоліти, які за зовнішнім виглядом нагадували «сухий сир», обсягом до 1 мл. Проведено оброблення порожнини спиртовим 3% розчином йоду. У післяопераційний період виявлено під час посіву активоміцет Ізраеля. Пацієнту рекомендовано продовжити закапування 0,01% розчину мірамістину і закладання 2% очної мазі біброкатолу 4 рази на день з боку ураження протягом 1 тиж. Запальні явища і виділення повністю зникли до 3-го дня після операції. Виконували промивання слъзного каналця на 3, 5-й і 7-й день, через 1, 3, 6 міс та 1 рік. Прхідність слъзного каналця не постраждала. Огляд через 1, 3, 6 і 12 міс свідчив про відсутність запальних явищ, проведене в цей час промивання слъзного каналця свідчило про його прохідність.

Кількість захворювань слъзовивідних шляхів, у тому числі каналікулітів, зумовлених умовно-патогенними мікроорганізмами, зростає. Однією з причин є не виправдане і тривале застосування АБ для лікування поверхневих запальних процесів. Низька частота виявлення каналікулітів у поєднанні із симптомами, властивими іншим нозологіям, призводить до помилкового діагнозу, хронічного перебігу захворювання і труднощів у лікуванні [2, 3, 5].

У наведеному випадку складність діагностики була зумовлена: наявністю вивороту, блефарокон'юнктивіту, станом шкіри нижньої повіки, мейбосевих залоз на ньому, відповідно – необхідності виключення дерматологічної та онкологічної патології, відсутністю виділень та розширеної, інфільтрованої слъзної точки, вираженням набряком повік, що протидіяв виділенню секрету із слъзних точок під час компресії.

З метою першочергового купірування блефарокон'юнктивіту і вторинно виниклого вивороту та з лікувальною і діагностичною метою були використані 0,01% розчин мірамістину і 2% очна мазь біброкатолу. При цьому поєднання прямої дії на широкий спектр збудників мірамістину, його вираженої гіперосмолярної, імуномодулювальної активності з протизапальним, в'яжучим та інгібувальним ефектом біброкатолу дало швидкий ефект [1, 4]. У нашому випадку суттєва позитивна динаміка спостерігалася вже на 5-у добу лікування: зменшений запальний набряк повік привів до зникнення вивороту. У результаті зменшення набряку повік під час пальпації слъзних каналців, раніше підвладних стриктурі, стало можливим визначити тістоподібної консистенції вміст в ньому і отримати виділення із слъзних точок, що свідчило про наявність каналікуліту. Отримання у результаті проведеного хірургічного втручання характерних жовтуватих крихких конкрементів – дакриолітів та виявлення у посіві збудника свідчило про псевдомікозну (актиноміцетну) природу каналікуліту. Ефект проведеної каналікулотомії з кюретажем контролювали при повторних оглядах, він був оцінений як достатній. Протягом того самого терміну виконували промивання слъзних каналців (3, 5-й і 7-й день). Необхідності у силіконовій інкубації каналця для профілактики післяопераційного стенозу не було, оскільки позитивний ефект, відсутність рецидиву та прохідність каналця відзначена протягом усього терміну спостереження: через 1, 3, 6 міс та 1 рік після втручання.

ВИСНОВКИ

Представлений клінічний випадок демонструє складність діагностики, тривалість перебігу і поліморфізм каналікулиту, ефективність застосування для його лікування

**Наш опыт лечения каналикулита
Л.П. Тутченко**

В статье описан клинический случай каналикулита, до выявления которого пациент с диагнозом выворота нижнего века был направлен для его хирургического исправления. После надлежащей диагностики пациент был успешно пролечен с использованием 0,01% раствора мирамистина, 2% мази биброкатола в сочетании с каналікулотомією і кюретажем и последующими повторными промываниями канальца.

Ключевые слова: каналикулит, мирамистин, биброкатол, актиноміцет Ізраїля.

консервативних засобів у вигляді комбінованого використання 0,01% розчину мірамістину та 2% мазі біброкатола у поєднанні з хірургічною технікою (каналікулотомією і кюретажем) з наступним промиванням канальця.

**Our experience of the treatment of canaliculitis
L.P. Tutchenko**

The article has shown the case report of a man with canaliculitis, diagnosed before consultation as having ectropion and referred for the surgical treatment of it. After the proper diagnostics, the patient has been treated with the use of myramistin 0,01%, bibrokatol ointment 2% combined with the canaliculotomy and curretage and followed by the repeated lacrimal irrigations, which appeared to be effective.

Key words: canaliculitis, myramistin, bibrokatol, actinomyces Israeli.

Сведения об авторе

Тутченко Лариса Петровна – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 03067, г. Киев, пр-т Комарова, 3; (067) 804-67-20. E-mail: LarysaTutchenko@gmail.com

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Кириченко И.М. Применение препарата Окомистин для лечения и профилактики инфекционно-воспалительных заболеваний глаз. Обзор литературы // Поликлиника. – 2014. – № 6. – С. 86–87.	Cohen A.J. Primary and secondary lacrimal canaliculitis: a review of literature // Surv. Ophthalmol. – 2011. – Vol. 2 (4). – P. 336–347.	Surg. – 2012. – Vol .28 (1). – P. 63–65.	Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol. – 2012. – Vol. 250 (12). – P. 1869–1875.
2. Freedman J.R., Markert M.S.,	3. Khu J, Mancini R. Punctum-sparing canaliculotomy for the treatment of canaliculitis // Ophthal. Plast. Reconstr.	4. Pavel A. Bezdetko, Nikolai Sergienko, Yuriy Dyomin, Andrei Korol, Nik Nikitin, Matthias Merzbacher, Dorothea Groß, Ralf Kohnen Successful treatment of blepharitis with bibrocathol (Posiformin® 2%) //	5. Vujancevic S, Meyer-Rusenber HW. Therapy for actinomycosis in the lacrimal pathway // Klin Monbl Augenheilkd. – 2010. – Vol. 227 (7). – P. 568–574.

Статья поступила в редакцию 29.11.2015

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

ЖЕНЩИНЫ С ВЫСОКИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ РАКА ГРУДИ ОТКАЗЫВАЮТСЯ ОТ ПРЕВЕНТИВНОЙ ТЕРАПИИ

Пять из шести женщин с высоким риском развития рака молочной железы не принимают препараты, способные предотвратить развитие заболевания.

Об этом свидетельствуют результаты исследования, проведенного учеными из Университета Королевы Марии (Queen Mary University).

Они собрали данные исследований, в которых приняли участие более 21 000 женщин всех возрастов. У всех них был увеличен риск развития рака

молочной железы и каждой из участниц было предложено в течение пяти лет принимать лекарственные препараты, способные предотвратить развитие этой формы рака.

Результаты анализа свидетельствуют о том, что лишь 16% женщин приняли решение пройти профилактический курс. Больше 80% женщин, решивших пройти курс превентивной терапии, включавшей прием тамоксифена и ралоксифена, приняли их по крайней мере в течение

года. Со временем этот показатель снижался.

Сэм Смит (Sam Smith) и его коллеги обеспокоены полученными результатами, ведь большая часть женщин, входящих в группу высокого риска отказывается от приема лекарств, способных ингибировать развитие опухолей молочной железы, а те, кто начинает принимать назначенные лекарства не заканчивают курс превентивной терапии.

<http://medportal.ru>