

ОСТРЫЙ ДАКРИОАДЕНИТ СПРАВА.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

*Алтайский государственный медицинский университет,
кафедра офтальмологии с курсом ДПО, г. Барнаул*

Долженко А.А.

Научный руководитель: д.м.н., доцент Макогон С.И.

E-mail: vyk_msi@mail.ru

Представлен клинический случай пациента с дакриoadенитом. Этиологию процесса не всегда удается обнаружить. В литературе упоминаются специфические заболевания – туберкулез и сифилис, хронические лимфолейкозы, неспецифические воспаления в виде саркоидоза, гранулематоза Вегенера, реактивного артрита и др. Только при выяснении этиологии процесса мы можем назначить адекватную терапию совместно с другими специалистами и достигнуть выздоровления. В иных случаях остается назначать только симптоматическую терапию.

Ключевые слова: *дакриoadенит, слезная железа, воспалительные заболевания слезной железы*

Актуальность

Заболевания слезной железы (СЖ) – явление достаточно редкое, в популяции достигает 0,56% [1]. Среди них дакриoadениты, причиной которых является воспаление, составляют до 23%, на опухолевую природу приходится до 67% и в 10% случаев генез поражения СЖ не удается выяснить [1, 2].

Дакриoadенит – это воспаление слезной железы с обширной дифференциальной диагностикой, включающей воспалительные, инфекционные и злокачественные заболевания. Клиническая картина включает в себя отек, эритему и болезненность надбровной орбиты. При дальнейшем обследовании может быть выявлена инъеция в

конъюнктиву, птоз, проптоз и нарушения подвижности глаза. Могут присутствовать системные проявления, такие как потеря веса, усталость, лимфаденопатия или лихорадка, что указывает на злокачественную этиологию [3, 4].

Цель: представить клинический случай острого дакриаденита у взрослого пациента.

Материалы и методы

Пациентка Н., 49 лет, обратилась к офтальмологу поликлиники ККГУЗ «Краевая клиническая больница» с жалобами на отек век и щеки справа, ощущение пульсации верхнего века.

Анамнез заболевания: со слов пациентки данные жалобы беспокоят в течение 2 недель, 07.12.23 г. был установлен стоматологический имплант, также накануне перенесла ОРВИ, затем появился нарастающий отек век.

Анамнез жизни: ЗЧМТ в 2014 г. (получена вследствие ДТП). Аллергических реакций не было. Флюорография легких от февраля 2023 года (без патологий). Привита по возрасту.

Эпидемиологический анамнез: контактов с инфекционными больными в течение 21 дня не было. Туберкулез, гепатиты, венерические заболевания отрицает.

Общее состояние больной: температура 36,4, состояние удовлетворительное, кожа и слизистые чистые, обычной окраски, в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 120/80 мм рт. ст., пульс 74 уд/мин. Живот мягкий безболезненный. Стул и диурез в норме.

Офтальмологический статус. Визометрия: 1,0/1,0. ВГД по Маклакову 18/17 мм рт. ст. Правый глаз: глазная щель миндалевидной формы, несколько сужена справа, веки правого глаза отечные, гиперемированы, больше верхнее, слегка болезненное при пальпации, параорбитальная область справа несколько гиперемирована и отечна. Глазное яблоко шаровидной формы, положение в орбите: легкое отклонение глаза кнутри

и книзу, движение глаз в полном объеме. Слезные точки нормальной ширины, погружены в слезное озеро.

При биомикроскопии переднего отрезка глазного яблока изменений не обнаружено. На глазном дне: ДЗН округлой формы, границы четкие, бледно-розового цвета. Артерии и вены нормального калибра, соотношение 2:3. Макулярная зона в виде горизонтально расположенного овала, изменений нет, периферия сетчатки без изменений.

Левый глаз: изменений не обнаружено.

Дополнительные методы обследования: в ОАК – лейкоцитоз, СОЭ – 36 мм/ч. Биохимический анализ крови: СРБ – 10 мг/л, ревматоидный фактор отрицательный. МРТ ГМ + орбит от 11.01.24: МР-картина кавернозной ангиомы в левой лобной доле, признаки воспалительного процесса в правой слезной железе. Отечно-инфильтративные изменения в параорбитальной жировой клетчатке.

Выставлен диагноз: острый дакриoadенит справа. Пациентка получила противовоспалительное лечение – кортикостероиды, антибиотики, антисептики в течение 10 дней.

Результаты и обсуждение

Острый дакриoadенит чаще встречается у детей, в виде осложнений инфекционных заболеваний (грипп, ангина, скарлатина, эпидемический паротит, кишечные инфекции). У взрослых данное заболевание встречается достаточно редко. Клинически характеризуется острым началом: отек и покраснение верхнего века, сильные боли в области локализации слезной железы, также наблюдается дислокация глаза книзу и кнутри. Воспаление может быть одно- или двусторонним. Помимо локальных изменений отмечаются общие признаки воспаления: гипертермия, слабость, разбитость. Отек распространяется на височную область, регионарные лимфатические узлы увеличены. На фоне лечения процесс купируется в течение 10-14 дней. Хронический дакриoadенит чаще возникает самостоятельно. В литературе причиной возникновения

хронического дакриoadенита отмечены туберкулез и сифилис, хронические лимфолейкозы [3]. Несколько реже в основе хронического дакриoadенита лежит болезнь Микулича, относящаяся к лимфоматозным поражениям и представленная симметричным увеличением слезных, подчелюстных и околоушных слюнных желез [4]. Изолированный дакриoadенит с IgG4-позитивными плазматическими клетками может превратиться в лимфому железы с генерализованной лимфаденопатией или парапротеинемией [5]. В настоящее время в этиопатогенезе хронических дакриoadенитов главенствующую роль отводят неспецифическим воспалениям слезной железы [6]. К ним относят саркоидоз, гранулематоз Вегенера, реактивный артрит [2, 7]. В данных случаях процесс носит двусторонний характер. Было высказано предположение, что хронические дакриoadениты могут представлять собой аутоиммунный процесс [8, 9]. С нашей точки зрения, особую группу достаточно частых причин дакриoadенитов составляют псевдотумор и отечный экзофтальм [5, 6]. Исследование иммуноглобулинов у больных этой группы, особенно в стадии фиброза, позволит подтвердить иммунологическую природу дакриoadенита [6].

Заключение

В данном случае пациенту необходимо дообследование у терапевта, ревматолога, стоматолога и оториноларинголога для уточнения иммунного статуса. На основании анамнестических данных (проведена стоматологическая операция), на основании данных клинических и инструментальных методов обследования (МРТ-картина: воспалительные изменения слезной железы), а также односторонний процесс, можно предположить воспалительную этиологию заболевания.

Список литературы:

1. Бровкина А.Ф., Таджиева З.А. Клинико-эпидемиологическое изучение новообразований слезной железы. *Вестник офтальмологии*. 2009; 125(3): 3-8.

2. Madge S.N., James C., Selva D. Bilateral dacryoadenitis: a new addition to the spectrum of reactive arthritis? *Ophthalm Plast Reconstr Surg*. 2009; 25(2): 152-153. <https://doi.org/10.1097/IOP.0b013e31819aae46>
3. Bajaj M.S., Pushker N., Kashyap S.R.B. Cystadenoma of the lacrimal gland. *Orbit*. 2002; 21(4): 301-305. <https://doi.org/10.1076/orbi.21.4.301.8556>
4. Lee S., Tsirbas A., McCann J.D., Goldberg R.A. Mikulicz's disease: A new perspective and literature review. *Eur J Ophthalmol*. 2006; 16 (2): 199-203. <https://doi.org/10.1177/112067210601600201>
5. Cheuk W., Yuen H.K., Chan A.C., Shih L.Y., Kuo T.T., Ma M.W. et al. Ocular adnexal lymphoma associated with IgG4+ chronic sclerosing dacryoadenitis: a previously undescribed complication of IgG4-related sclerosing disease. *Am J Surg Pathol*. 2008; 32(8): 1159-1167. <https://doi.org/10.1097/PAS.0b013e31816148ad>.
6. Witmer M. Unraveling the Difficult Diagnosis of Dacryoadenitis. *Rev Ophthalmol*. 2009; 9(13). Available at: <http://www.revophth.com/content/d/features/i/1213/c/22862/> (date of the application 11.04.2024)
7. Dutt S., Cartwright M.J., Nelson C.C. Acute dacryoadenitis and crohn's disease: Findings and management. *Ophthalm Plast Reconstr Surg*. 1992; 8(4): 295-299. <https://doi.org/10.1097/00002341-199212000-00011>

Как цитировать:

Долженко А. А. Острый дакриoadенит справа. Клинический случай. Материалы конференции «Актуальные вопросы клиники, диагностики и лечения в офтальмологии» 16-17 мая 2024 г., г. Барнаул. *Scientist (Russia)*. 2024; 3 (29): 263-267.
