

# Грибковый каналикулит: диагностика, лечение, профилактика рецидивов заболевания

И.А. Филатова, Е.Н. Вериги, Н.В. Усачева, С.А. Шеметов, И.М. Моххамад

ФГБУ «Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца» Минздрава России

Среди первичных больных, обращающихся за офтальмологической помощью, каналикулиты составляют до 2,4 % случаев. **Цель работы** — на основе собственного опыта систематизировать методы диагностики, лечения и профилактики рецидивов грибковых каналикулитов. **Материал и методы.** Систематизированы результаты диагностики, профилактики и лечения, основанные на анализе собственных исследований 57 пациентов в возрасте от 46 до 89 лет с заболеваниями слезных канальцев микотического характера. **Результаты.** Для каналикулитов грибкового происхождения характерно хроническое течение, развитие осложнений, обусловленных поздней диагностикой и длительным неадекватным лечением. Акцентируется внимание практикующих офтальмологов на возможности развития этой патологии у лиц преимущественно женского пола старшей возрастной группы при наличии хронических конъюнктивитов и воспалительных заболеваний придатков глаза в зоне слезных путей, не поддающихся лечению антибиотиками. Рекомендован алгоритм диагностического обследования, основанный на анализе клиники, определении проходимости слезоотводящих путей при их промывании и зондировании, выполнение канальцевой и слезно-носовой проб; использовались также бактериологические методы исследования и рентгенконтрастирование слезных путей. Основным методом лечения грибковых каналикулитов — хирургический: рассечение слезного канальца, удаление его содержимого с последующими инстилляциями и промыванием слезных путей антисептиками и противогрибковыми препаратами. При наблюдении за пациентами в сроки от 2 месяцев до 5 лет рецидивов процесса не наблюдалось. **Заключение.** Использование специальных методов диагностики при анализе клинической картины и применение хирургического лечения в сочетании с противомикотическими препаратами является залогом профилактики рецидивов заболевания и реабилитации пациентов с грибковыми заболеваниями слезных канальцев.

**Ключевые слова:** грибковый каналикулит, диагностика, лечение, осложнения, дифференциальная диагностика.

Российский офтальмологический журнал, 2016; 4: 74-79

В последние годы в мире отмечается снижение иммунореактивности практически у всего населения, что приводит к увеличению количества заболеваний, вызываемых условно-патогенными микроорганизмами, и в частности грибами. Врачи различных специальностей, в том числе и офтальмологи, нередко в последнюю очередь предполагают микотическую природу заболевания, что определяет позднюю диагностику, длительное неадекватное лечение, обуславливающее хроническое течение заболевания и развитие осложнений [1–4]. Еще 25 лет назад отмечался резкий рост частоты микозов на фоне широкого внедрения в практику антибиотиков и кортикостероидов [5], особенно при длительной и бесконтрольной терапии [6].

Заболевание слезных путей микотической природы — грибковый каналикулит нередко диагностируют с опозданием и лечат пациентов от конъюнктивита, халязиона или дакриоцистита. Грибковый каналикулит относится к заболеваниям, которые, по словам Г.Т. Петрушиной (1989) [7], «реже описываются, чем встречаются». По данным К.П. Московченко (1985) [8], он встречается в 2,4 % случаев среди первичных больных, обращающихся за офтальмологической помощью.

Согласно литературным данным, к основным факторам, предрасполагающим к развитию различных кандидозных поражений, можно отнести следующие: 1) сахарный диабет; 2) нарушения иммунного статуса макроорганизма (иммунодефициты); 3) применение иммунодепрессантных и цитоста-

тических лекарственных средств; 4) применение кортикостероидных гормонов; 5) применение антибактериальных лекарственных средств, особенно антибиотиков широкого спектра действия, нарушающих нормальный баланс микрофлоры [2, 9–11].

Некоторые авторы считают, что в слезные каналы грибы заносятся током слезы с мелкими инородными телами растительного или животного происхождения [12], поэтому грибковый каналикулит может развиваться без предрасполагающих факторов, способствующих кандидозному поражению, при этом чаще поражается нижний слезный канал. Кроме того, инфекция может попадать в канал ретроградно из слезного мешка и полости носа [13].

Возбудителями микотических заболеваний слезоотводящих путей являются: актиномицет Израиля (наиболее частый возбудитель), дрожжеподобные грибы *P. Candida*, плесневелые (мицелиарные) грибы *Aspergillus* [3, 14].

Большинство авторов признают консервативное лечение каналикулитов малоэффективным. Основным методом лечения до настоящего времени является рассечение каналцев с удалением его содержимого [12, 15].

В нашей практике грибковый (микотический) каналикулит является нередкой патологией. Считаем целесообразным представить собственный опыт лечения пациентов с этим заболеванием.

**ЦЕЛЬ** работы — на основе собственного опыта систематизировать методы диагностики, лечения и профилактики рецидивов грибковых каналикулитов.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В течение 5 лет (2011–2015 гг.) в отделе травматологии, реконструктивной хирургии и глазного протезирования МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца под нашим наблюдением находились 57 пациентов с грибковым каналикулитом. Возраст пациентов варьировал от 46 до 89 лет, однако среди

пациентов был один юноша 16 лет, что не типично для грибкового поражения слезных каналцев. Среди пациентов только 11 (19,3 %) были мужчины, большинство пациентов составили женщины — 46 (80,7 %). Характеристика клинической группы частично совпадает с данными Г.Д. Петрушиной [7], которая при обследовании значительной группы пациентов выявила, что грибковым каналикулитом чаще страдают женщины (82,3 %) в возрасте 50–80 лет, причем в 60 % поражается нижний каналец. В нашем исследовании патология обоих каналцев была выявлена у 2 (3,5 %) пациентов, только нижнего — у 21 (36,9 %) пациента, только верхнего — в 34 (59,6 %) случаях.

Все пациенты предъявляли жалобы на гнойное отделяемое, покраснение век, слезотечение, раздражение глаз, зуд, жжение, покраснение в области внутренней половины глазного яблока. У всех пациентов имелось гнойное отделяемое, гиперемия и отек полупушной складки и слезного мясца, наличие поверхностной инъекции внутреннего сегмента глазного яблока, вдоль пораженного каналца гиперемия и припухлость различной степени выраженности, слезная точка за счет отека отставала от глазного яблока. Пальпаторно пораженный каналец был слегка болезненным и уплотненным. При надавливании на слезный каналец из слезной точки выделялось содержимое творожистого характера (рис. 1, 2).

Вышеописанные симптомы беспокоили пациентов в течение длительного времени — от 6 мес. до 3 лет (в среднем 1,4 года). Следует отметить, что во всех случаях пациенты длительно лечились в различных медицинских учреждениях, получали инстилляцию антибиотиков, в некоторых случаях — сочетание антибиотиков и кортикостероидов, но диагноз каналикулита не был поставлен до обращения в Институт. Пациентов лечили от хронического (аллергического) конъюнктивита (24 пациента), бактериального конъюнктивита (19 пациентов), хронического дакриоцистита (7 пациентов), «хро-



**Рис. 1.** Типичная клиническая картина грибкового каналикулита обоих слезных каналцев (давность заболевания — 2 года).



**Рис. 2.** Грибковый каналикулит нижнего слезного каналца (давность заболевания — 3 месяца).

нического» ячменя (2 пациента), абсцесса века (2). Две пациентки с большим отеком в области верхнего слезного канальца и деформацией глазной щели были направлены к офтальмоонкологам с диагнозом: «подозрение на новообразование». Причем у одной из них веки были спокойными (рис. 3), а у другой имели место нехарактерные гиперемия век и болезненность в области значительно раздутого слезного канальца (рис. 4), что было нами расценено как вторичное инфицирование на фоне снижения иммунного статуса. В 2 случаях пациентам по месту жительства проводили рассечение слезных точек, но без положительного эффекта.

Алгоритм обследования пациентов включал, помимо офтальмологического, дакриологического исследования: наружный осмотр, при котором отмечали состояние век, наличие отека и гиперемии конъюнктивы глазного яблока, состояние слезных точек и канальцев (наличие отека и гиперемии), а также наличие и характер отделяемого из них. Выполняли цветные канальцевую и слезно-носовую пробы с использованием 3 % раствора колларгола.



**Рис. 3.** Пациентка с грибковым каналикулитом верхнего слезного канальца (давность заболевания — 3,5 года).



**Рис. 4.** Пациентка с грибковым каналикулитом верхнего слезного канальца и сопутствующим воспалением век (давность заболевания — 1,5 года).

Пройодимость слезоотводящих путей оценивали при промывании и зондировании. В сомнительных случаях выполняли бактериологическое исследование (мазок и посев). Рентген-контрастирование слезных путей выполняли после проведенного лечения и при отсутствии проходимости слезных путей на уровне слезного мешка или слезно-носового канала.

Всем 57 пациентам была выполнена амбулаторная операция — вскрытие и рассечение пораженных слезных канальцев с удалением содержимого. Вмешательства выполняли под инстилляционной анестезией раствором инокаина или алкаина, в 9 случаях — под местной анестезией раствором лидокаина 2 %. Активировали слезную точку коническими зондами возрастающей величины. Через слезную точку в полость слезного канальца вводили браншу пружинных ножниц с острыми кончиками и производили рассечение вдоль задней стенки слезного канальца в медиальном направлении на протяжении 8–10 мм. Удаляли содержимое путем надавливания стеклянными палочками с двух сторон по направлению от носа к слезной точке или путем бережного удаления грибковых конкрементов стеклянной палочкой (металлической лопаткой) непосредственно из слезного канальца (рис. 5). Затем интенсивно промывали полость канальца растворами антисептиков. Рекомендованное ранее выскабливание полости канальца мы не выполняли, т. к. не было сращения грибковых масс со стенками канальца.

После санации полости слезного канальца производили серию лечебных промываний растворами антисептиков, и в течение месяца пациент получал следующее лечение: инстилляции антисептиков (раствор борной кислоты + цинк сульфат, витабакт, окомистин) и противогрибковых препаратов 3–4 раза в день, промывание слезных путей противогрибковыми препаратами (флуконазол, дифлюкан или флюкостат) 2–3 раза в неделю. По-



**Рис. 5.** Момент удаления грибковых конкрементов.

сле исчезновения гнойного отделяемого к лечению добавляли инстилляцию стероидов. Период наблюдения за пациентами составил от 2 мес. до 5 лет.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

При бактериологическом исследовании (выполнено у 27 пациентов, 47,3 %) отделяемого конъюнктивальной полости (мазок, посев) в 10 случаях результат был отрицательным. Только в 4 (14,8 %) случаях имелся дрожжевой рост (*P. Candida*), а у 13 (48,1 %) пациентов высевалась вторичная флора: *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus pneumoniae*.

При вскрытии и рассечении слезных канальцев во всех случаях удаляли грибковые массы в виде мелких крошек серо-желтого или зеленоватого цвета и грибковые конкременты, имеющие плотную консистенцию. Количество конкрементов было различным: от 1 до 10. Размер их также варьировал от 1 до 10 мм (рис. 6, 7).

Следует отметить, что в связи с длительностью течения заболевания во всех случаях канальцы были растянуты и деформированы. У 3 пациентов имелись грануляционные разрастания в просвете слезных канальцев, в одном случае это был единичный грануляционный полип, а в 3 случаях — множественные разрастания, которые были удалены радиохирургическим прибором Surgitron. Гистологически подтверждена гранулема.

Во всех случаях лечения достигнут положительный результат. Улучшение в 95 % случаев наступило уже после первой процедуры. При последующих промываниях дополнительные конгломераты грибка выявлялись у 41 (72 %) пациента. Это было отмечено у пациентов с грибковыми массами в виде крошек. При удалении на первой процедуре крупных конкрементов при последующих исследованиях грибковые массы не выявлялись.



Рис. 6. Удаленные грибковые конкременты.

После проведенного курса лечения у 11 пациентов потребовалось бужирование слезных путей из-за наличия сужений в области соустья и в слезно-носовом канале. Бужирование зондами № 1–4 проводили в течение 5–6 процедур с последующим промыванием растворами ферментов. В 3 случаях из-за выраженной деформации верхнего слезного канальца вследствие воспаления и объемных конкрементов с разрастанием грануляций было выявлено заращение канальца на глубине 7–9 мм. В данных случаях проходимость восстановить не удалось, но слезотечение пациентов не беспокоило, т. к. нижний слезный каналец оставался проходимым.

При наблюдении за пациентами в сроки от 2 мес. до 5 лет рецидивов процесса не обнаружено. Только у 3 пациенток 81, 88 и 89 лет через 6 мес. появились характерные жалобы на парном глазу. Во всех 3 случаях был диагностирован грибковый каналикулит верхнего канальца на другом глазу. Лечение было проведено по уже указанной схеме с положительным эффектом.

## ОБСУЖДЕНИЕ

Как показывает собственный опыт лечения пациентов с грибковым каналикулитом, у большинства офтальмологов первичного звена отсутствует настороженность в отношении микотической природы заболевания. Целесообразно исключить грибковый каналикулит в случаях одностороннего длительного некупируемого воспаления тканей глазной поверхности и век. Следует прекратить длительный и бесконтрольный прием антибиотиков, особенно у пациентов старшей возрастной группы.

Дифференциальную диагностику необходимо проводить со следующими заболеваниями: гнойный дакриоцистит, хронический конъюнктивит, ячмень и халязион, грануляционные и папилломатозные изменения слезных канальцев, опухоли слезных путей.

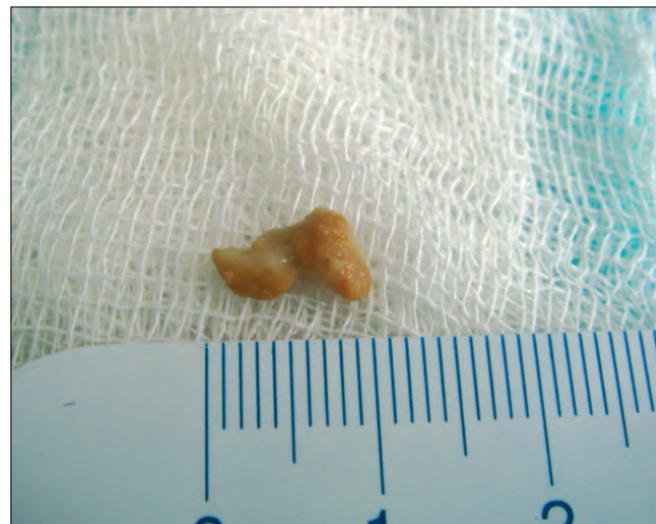


Рис. 7. Гигантский грибковый дакриолит.

Более частую локализацию грибкового процесса в верхнем слезном канальце в нашем исследовании (в 59,6 %) можно объяснить тем, что стандартная процедура промывания слезных путей чаще выполняется через нижний слезный каналец. Верхний же каналец, во-первых, остается недообследованным, а во-вторых, сама процедура промывания способствует санации нижнего слезного канальца, в то время как в верхнем канальце возможные застойные явления провоцируют воспаление микотической природы.

Как известно, оппортунистические микозы являются своеобразными маркерами формирующегося иммунодефицита [1, 2]. При этом при офтальмопатологии традиционно используют не только антибактериальные средства, но и инстилляции и/или инъекции глюкокортикоидов, что при тяжелых хронических воспалительных процессах закономерно приводит к развитию микотических поражений различных тканей глаз и его придаточного аппарата. Однако офтальмомикозы представляют собой до настоящего времени проблему не только в плане лечебной тактики, но и непосредственно диагностики. По данным разных авторов, лабораторное выявление грибов даже при клинически явных проявлениях микозов не превышает 30 % [1, 3]. В нашем клиническом материале из 27 обследованных только в 4 (14,8 %) случаях отметили грибковый рост, что свидетельствует о необходимости основываться на клинической картине при постановке диагноза «грибковый каналикулит». В перспективе считаем необходимым разработку новых диагностических микробиологических тестов для выявления грибкового роста.

## ВЫВОДЫ

1. Грибковый каналикулит является распространенной патологией, особенно в старшей возрастной группе (70–90 лет).

2. Большое внимание необходимо уделять пациентам с длительно протекающими конъюнктивитами и хроническими дакриоциститами, не поддающимися лечению антибиотиками.

3. Учитывая низкий процент лабораторного выявления грибкового роста, своевременная диагностика должна быть основана на тщательном анализе клинической картины заболевания.

4. Комплексное лечение микотических каналикулитов с использованием полного вскрытия слезных канальцев и удаления их содержимого с последующей антигрибковой терапией позволяет значительно повысить эффективность лечения и реабилитации больных с данной патологией. В проведенном исследовании отмечено:

— значительное улучшение со снижением явлений воспаления и уменьшением жалоб после первой процедуры — 95 %;

— купирование воспалительного процесса с отсутствием жалоб после полного курса лечения — 100 %;

— при наблюдении за пациентами в сроки от 2 мес. до 5 лет (всего 31 пациент — 54,3 %) рецидивов заболевания не отмечено;

— развитие заболевания на парном глазу в 3 (5,25%) случаях через полгода;

— в 3 (5,25 %) случаях из-за выраженной деформации вследствие длительного воспаления и разрастания грануляций сохранилась непроходимость верхнего слезного канальца, но хирургическое лечение по этому поводу не выполняли, т. к. имелась достаточная функция нижнего слезного канальца.

## Литература

1. *Новицкая И.В., Сомова В.В.* К вопросу выявления микотических инфекций глаза. Успехи медицинской микологии. В кн.: Материалы III Международного микологического форума. Москва; 2015; IV: 156–9.
2. *Сергеев А.Ю.* Грибковые инфекции: руководство для врачей. Москва: Бином-пресс. 2008.
3. *Белоглазов В.Г., Атькова Е.Л., Никольская Г.М., Сидорова М.В.* Актиномикоз слезоотводящих путей. Проблемы медицинской микологии. 2007; 10: 42.
4. Хирургические инфекции. Практическое руководство. Ерюхин И.А., Гельфанд Б.Р., Шляпников С.А., ред. Москва: Литтерра; 2006.
5. *Майчук Ю.Ф., Каримов М.К.* Клиника, диагностика и лечение офтальмомикозов. Методические рекомендации. Москва; 1977.
6. *Каримов М.К.* Офтальмомикозы как осложнение гормональной терапии. Вестник офтальмологии. 1980; 1: 67–9.
7. *Петрушина Г.Д.* Каналикулиты микотической природы (по материалам Московской офтальмологической клинической больницы за период с 1979 по 1985 г.). Вестник офтальмологии. 1989; 1: 62–4.
8. *Московченко К.П.* Гигантские дакриолиты при грибковом дакриоканаликулите. Офтальмологический журнал. 1985; 6: 374–5.
9. *Smith R.L., Henederson P.N.* Actinomycotic canaliculitis. Austr. J. Ophthalmol. 1970; 1: 75–9.
10. *Кашкин П.Н., Шекланов Н.Д.* Руководство по медицинской микологии. Москва: Медицина; 1978.
11. *Кашкин П.Н., Лисицын В.В.* Практическое руководство по медицинской микологии: патогенез и иммунология микозов. Ленинград; 1983.
12. *Черкунов Б.Ф.* Болезни слезных органов. Самара: ГП «Перспектива»; 2001.
13. *Порицкий Ю.В., Бойко Э.В.* Диагностика и хирургическое лечение заболеваний и повреждений слезоотводящих путей. Санкт-Петербург: ВМедА; 2013.
14. *Сидорова М.В., Белоглазов В.Г., Атькова Е.Л., Резникова Л.В.* Новое в диагностике актиномикотических заболеваний слезоотводящих путей. Иммунопатология, аллергология, инфектология. 2009; 2: 122–3.
15. *Бастриков Н.И.* Болезни слезных органов и способы их лечения. Ростов-на-Дону: Феникс; 2007.

---

# Fungal canaliculitis: diagnostics, treatment, prevention

I.A. Filatova, E.N. Verigo, N.V. Usacheva, S.A. Shemetov, I.M. Mokhkhamed

Helmholtz Research Institute of Eye Diseases, Moscow, Russia  
filatova13@yandex.ru

Up to 2.4 % of primary patients seeking ophthalmological care are cases of canaliculitis. **Purpose:** to systematize the methods of diagnosing, treatment and relapse prevention of fungal canaliculitis on the basis of the authors' experience. **Material and methods.** The results of diagnosing, treatment and relapse prevention are systematized based on the analysis of examination of 57 patients aged 46 to 89 with tear duct disorders of micotic origin. **Results.** Canaliculitis of fungal etiology are characterized by chronic course of the disease and complications caused by late diagnosis and prolonged inadequate treatment. Practical ophthalmologists should be aware of the fact that this pathology develops primarily in senior females suffering from chronic conjunctivitis and inflammatory disorders of ocular adnexa within the tear duct area that are resistant to antibiotics. A plan of diagnostic examination is recommended based on the analysis of the clinical picture, determination of patency of lacrimal passages during washing and probing, and canalicular and nasolacrimal assays. We also used bacteriological methods of study and X-ray contrasting of tear ducts. The main technique of treatment of fungal canaliculitis is surgical dissection of lacrimal canaliculi, removal of their content with subsequent instillations and washing of tear ducts with antiseptics and antifungal preparations. In the follow-up period spanning 2 months to 5 years no relapses of the process were observed. **Conclusion.** The use of special diagnostic methods based on the analysis of clinical picture and surgical treatment combined with antimicrobial preparations is necessary for relapse prevention and rehabilitation of patients with fungal diseases of lacrimal canaliculi.

**Keywords:** fungal canaliculitis, diagnostics, treatment, complications, differential diagnosis.

doi: 10.21516/2072-0076-2016-9-4-74-79

Russian Ophthalmological Journal, 2016; 4: 74–9

## References

1. Novitskaja I.V., Somova V.V. To a question of revealing of mycotic infections of an eye. Successes of a medical mycology. In: Materials of the III International mycological forum. 2015; IV: 156–9 (In Russian).
2. Sergeev A.Yu. A fungic infection: a management for doctors. Moscow: Binom–press. 2008. (In Russian).
3. Beloglazov V.G., Atkova E.L., Nikolskaja G.M., Sidorova M.V. Actinomycosis of lacrimal ways. Problems of a medical mycology. 2007; 10: 42 (In Russian).
4. Surgical infections. Practical guidance. Erjuhin I.A., Gelfand B.R., Shljapnikov S.A., ed. Moscow: Litterra; 2006 (In Russian).
5. Majchuk Yu.F., Karimov M.K. Clinic, diagnostics and treatment of ophthalmomycoses. Guidelines. Moscow; 1977 (In Russian).
6. Karimov M.K. Ophthalmomycosis as complication of hormonal therapy. Vestnik oftal'mologii. 1980; 1: 67–9 (In Russian).
7. Petrushina G.D. Canaliculitis of a fungal etiology (on materials of the Moscow ophthalmologic hospital for the period 1979–1985). Vestnik oftal'mologii. 1989; 1: 62–4 (In Russian).
8. Moskovchenko K.P. "Huge" dacryoliths in fungal dacriocanaliculitis. Oftal'mologicheskij zhurnal. 1985; 6: 374–5 (In Russian).
9. Smith R.L., Henederson P.N. Actinomycotic canaliculitis. Austr. J. Ophthalmol. 1970; 1: 75–9.
10. Kashkin P.N., Shekhanov N.D. Management on a medical mycology. Moscow: Meditsina; 1978 (In Russian).
11. Kashkin P.N., Lisitsyn V.V. Practical guidance on a medical mycology: a pathogenesis and an immunology of mycoses. Leningrad; 1983 (In Russian).
12. Cherkunov B.F. Illness of lacrimal organs. Samara: GP «Perspektiva»; 2001. (In Russian).
13. Poritskij J.V., Boyko E.V. Diagnostics and surgical treatment of diseases and damages of lacrimal ways. Saint-Petersburg: VMedA; 2013 (In Russian).
14. Sidorova M.V., Beloglazov V.G., Atkova E.L., Reznikova L.V. New in diagnostics of actinomycotic diseases lacrimal ways. An immunopathology, allergology, infectology. 2009; 2: 122–3 (In Russian).
15. Bastrikov N.I. Illness of lacrimal organs and ways of their treatment. Rostov-na-Donu: Phenix; 2007 (In Russian).

Адрес для корреспонденции: 105062 Москва, ул. Садовая-Черногрязская, д. 14/19; ФГБУ «Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца» Минздрава России  
filatova13@yandex.ru