

Диагностика грибковых каналикулитов

Доц.Евтушенко В.А.

Кафедра офтальмологии ФНМФО
ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России
Донецк - 2024



АКТУАЛЬНОСТЬ

- Воспалительные процессы в слезном канальце
- (каналикулиты) составляют 1-2% офтальмологических больных. Они сопровождаются упорным слезо- и гноетечением, что доставляет физические и моральные страдания пациенту, снижает его трудоспособность, могут быть причиной производственных травм.

Цель работы

- Это заболевание достаточно успешно лечится, но представляет сложности в диагностике. Поэтому больные длительно не получают необходимого этиотропного лечения.
- Целью работы является акцентирование внимание практических врачей офтальмологов на клинических проявлениях данной патологии и тактики ведения больных с целью своевременной диагностики и, соответственно, повышения эффективности проводимого лечения

Материал и методы.

- Проанализированы 34 истории болезней, 19 мужчин и 15 женщин. Обследование проводили по общепринятой схеме: жалобы, анамнез, осмотр макроскопически и под микроскопом, промывание слезных путей, посев на бактерии и грибки.



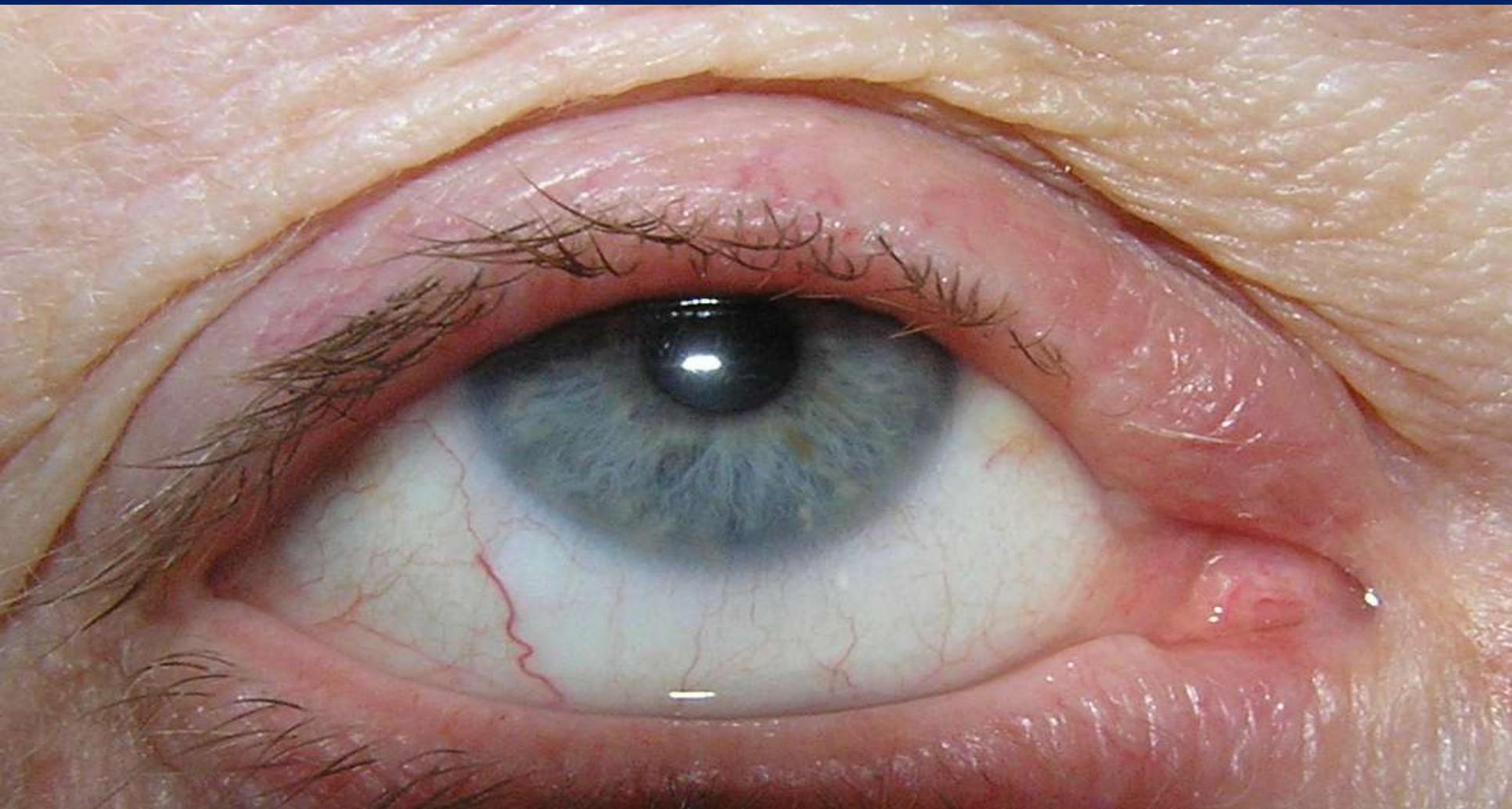
Анамнез

- При поступлении больные предъявляли жалобы на наличие слизистого или гнойного отделяемого из глаза, которое беспокоило длительный период времени от 3 месяцев до
- 2-3 лет.
- Врачи окулисты по месту жительства расценивали имеющиеся жалобы как проявление банального бактериального конъюнктивита, поэтому проводимая противовоспалительная терапия не достигала желаемого эффекта, через короткие промежутки времени опять наступало обострение процесса.

- При обращении больных в клинику и осмотре глаз под микроскопом была выявлена микросимптоматика в виде умеренной гиперемии слизистой, незначительной отечности века в области слезного канальца и висящей из слезной точки капли слезы. Если больной перед осмотром тщательно вытирал глаз, то увидеть слезь можно было только после целенаправленного надавливания на слезный каналец.



Утолщенный край внутреннего угла
верхнего века, свисающая из слезной
ТОЧКИ КАПЛЯ ГНОЯ



Утолщенный край внутреннего угла
верхнего века, свисающая из слезной
ТОЧКИ капля ГНОЯ



Утолщенный край внутреннего угла нижнего века,
появление из слезной точки капля гноя после
надавливания
на слезный каналец ватной палочкой



- Иногда при надавливании на область слезного канальца выделялись крошковидные массы. Слезные пути у всех больных были свободно проходимы. Несмотря на тесный контакт верхнего и нижнего века, во всех случаях воспалительный процесс был ограничен только слезным канальцем одного века. В 5 случаях воспаленный слезный каналец был так расширен содержимым, что имел вид шарика и процесс ошибочно был диагностирован как халязион.



- У всех больных мазок на грибки давал положительный ответ, чаще были выделены грибы *C. albicans*



- После рассечения слезного канальца выделялось большое количество желтого цвета крошковидных конкрементов, что подтверждало грибковую этиологию воспалительного процесса



Конкременты, выделенные из слезного канальца после его рассечения



Конкременты, выделенные из слезного канальца



- После рассечения из слезного канальца
- эвакуировали значительное количество находящихся там желтого цвета крошковидных грибковых конкрементов. Воспаленную слизистую слезного канальца тщательно выскабливали острой ложечкой, затем, прикрывая роговицу, тщательно тушировали 10% спиртовым раствором иода. Швы не накладывали, асептическую повязку снимали на следующий день.



- В результате тщательно проведенной диагностики и целенаправленного лечения все больные были довольны, так как отмечали полное выздоровление. Рецидивов не было ни в одном случае.



- После стихания воспалительного процесса и сокращения тканей, место рассечения слезного канальца имело вид небольшого,
- 3-4 мм длиной зияющего желобка, который легко справлялся с отводом слезы.
Слезотечение не беспокоило ни одного больного.



Выводы

- Таким образом, для своевременной диагностики грибкового каналикулита необходим тщательный сбор анамнеза, обязательный осмотр слезного канальца и слезной точки макроскопически и под микроскопом, выявление микросимптоматики в виде отека кожи, гиперемии слизистой, выделение из слезной точки слизи или крошковидного отделяемого при целенаправленном надавливании на слезный каналец, промывание слезных путей.



Выводы

- Для успешного лечения данной патологии важным моментом является своевременная диагностика грибкового каналикулита, так как часто воспалительный процесс расценивается как банальный бактериальный конъюнктивит и, соответственно, назначаемое консервативное лечение не дает эффекта



