

АЛГОРИТМ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕЙБОМИИТОВ

Кручинина А.А., Баранов В.И.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» МЗ РФ,
кафедра офтальмологии, г. Курск

Ключевые слова: мейбомиевая железа, халязион, мейбомииит, зондирование.

Резюме: разработанный комплекс консервативного лечения в сочетании с предложенной модификацией зондирования мейбомиевой железы ресницей, вскрытием мейбомиевой железы сократило сроки лечения, исключило оперативное удаление халязиона. Представленный опыт лечения является простым, эффективным, экономически малозатратным, проводится в амбулаторных условиях.

Resume: the developed complex of conservative treatment in combination with the proposed modification of probing the meibomian gland with an eyelash, opening the meibomian gland shortened the treatment time and excluded the operative removal of the chalazion. The presented treatment strategy is simple, effective, economically inexpensive, carried out on an outpatient basis.

Актуальность. Мейбомииит – это воспаление мейбомиевых желез (МЖ), находящихся в толще век. Причиной мейбомииита является нарушение физико-химического состава секрета МЖ, вследствие чего происходит закупорка выводного протока железы, скопление секрета и присоединение инфекции.

Распространенность этого заболевания широко варьирует и составляет от 3,5% до 70%, в зависимости от регионов она составляет до 46,2% в Азии, до 60,8% - в Японии и до 3,5% - на Кавказе [6].

Болеют мейбомииитом как взрослые, так и дети, при этом у детей младшего возраста он, чаще всего, протекает с осложнениями. Наиболее частыми осложнениями мейбомииитов являются заболевания, связанные с секретом и нарушением его функций: синдром сухого глаза, халязион, кератоконъюнктивит, поверхностная точечная кератопатия, абсцесс и др.

Термин «мейбомииит» был предложен в 1980 году [6], что говорит о «молодости» данного заболевания, недостаточного изучения: нет единого мнения о причинах его возникновения, методах лечения и профилактики. По длительности и выраженности процесса мейбомииит делится на острый мейбомииит и хронический мейбомииит, а по локализации – на верхний и нижний.

В терапии острого мейбомииита применяется консервативное лечение: тепловые процедуры (компрессы, УВЧ, ПМП и др.), антибиотики в каплях и мазях, а при абсцедировании и хроническом мейбомииите (халазионе) – хирургическое [1].

До сих пор, некоторые офтальмологи ошибочно считают, что мейбомииит и ячмень – синонимы, но это разная патология. Ячмень — это острое гнойно-некротическое воспаление волосяного мешочка или потовой железы, а мейбомииит - воспаление МЖ и при этом сам диагноз «острый мейбомииит» они могут так и не поставить.

Цель: оценить эффективность представленного опыта комплексного лечения мейбомииитов на различных стадиях развития.

Задачи: 1. Предложить и оценить модификацию способа зондирования МЖ; 2. Предложить алгоритм комплексного консервативного лечения мейбومیитов на различных стадиях развития; 3. Предложить и оценить вскрытие МЖ, как альтернативу инъекциям пролонгированных глюкокортикоидов и оперативному удалению.

Материал и методы. Нами предложен и внедрен в практику алгоритм лечения мейбومیитов, который наряду с традиционной противовоспалительной терапией включает в себя: зондирование МЖ; массаж и гимнастику для век; вскрытие и опорожнение МЖ.

В 2009 г. Сухомлиновым А.Е. было предложено одним из этапов лечения мейбومیитов зондирование МЖ тонким зондом для бужирования слезных каналов [3]. В настоящее время существуют способы зондирования МЖ тонким зондом, используемым в дакриологии [2,3], оригинальным зондом для внутрипротокового зондирования S .Maskin [5], микрошпателем для зондирования МЖ Копаевой В.Г. и Шокирова М.М. [4]. Как нам представляется, представленные технологии предполагают серьезное травматическое воздействие на структуру протока МЖ, особенно при облитерации, атрофии или деформации выводных отверстий МЖ.

Нами в качестве зонда для зондирования МЖ предложено использовать собственную ресницу пациента. Ресница обладает достаточными упруго-эластическими свойствами, ее толщина не превышает диаметр протока МЖ, диаметр ее дистального конца меньше чем основание и он более острый, то есть напоминает по конфигурации зонд, а ее поверхность гладкая и достаточная длинная и позволяет зондировать МЖ как верхнего так и нижнего века. Забор ресницы для зондирования осуществляется следующим образом. После анестезии (однократное закапывание 0,4% инокаина (оксибупрокаин)), проводится двукратная обработка ватной палочкой, смоченной 70% этиловым спиртом или антисептиком, выбранной ресницы. Ресница эпилируется специальным пинцетом для зондирования (собственная разработка) и под щелевой лампы проводится зондирование протока закупоренной МЖ.

После зондирования назначались в амбулаторных условиях тепловые процедуры, массаж и гимнастика для век. Тепловые процедуры включали в себя: согревающие компрессы с отваром ромашки или сухое тепло (сваренное горячее куриное яйцо, мешочек с нагретой солью или песком). Известно, что оптимальной, для поддержания жидкого мейбومیевого секрета, является температура от 19 до 33 градусов. При данной температуре МЖ эффективно работает и секрет имеет текучие свойства. Таким образом, тепло положительно влияет на состояние МЖ, разогревает и расплавляет секрет, усиливая его выделение.

Сразу после тепловых процедур для усиления оттока секрета больные самостоятельно проводили пальцевой массаж век с гидрокортизоновой мазью с легким давлением на веки, а также гимнастику для глаз (упражнение на частое моргание и зажмуривание). Усиление секрета происходит под действием давления окружающих тканей, круговой мышцы глаза при моргании и зажмуривании и непрерывной секреции железы. Количество процедур 2- 3 в день, длительностью – 3-5 минут.

В острой стадии мейбومیита с явлениями абсцедирования и при подострой и хронической стадиях, протекающих с тенденцией формирования халазиона,

проводилось вскрытие МЖ. После местной анестезии (трехкратно 0,4% инокаина (оксибурокаин)) со стороны конъюнктивы проводился вкол стерильной инъекционной иглой с элементом вскрытия, по направлению выхода МЖ. В последующем продолжалась консервативная терапия.

Результаты и их обсуждение. Под нашим наблюдением находились 23 пациента в возрасте от 11 до 53 лет, средний возраст 23 года. Лиц мужского пола было 10, женского – 13. Длительность заболевания, на момент обращения, составила от 2 до 24 дней.

С острой стадией воспаления было 8 человек, подострой – 9 и у 6 пациентов с хронической стадией наблюдалась тенденция к образованию халазиона.

Распределение пациентов по стадиям развития мейбomioита и методам лечения представлено в таблице №1.

Таблица 1 – Стадии развития и методы лечения пациентов

Стадии развития	Количество пациентов	Методы лечения		
		Зондирование мейбomioевой железы	Вскрытие мейбomioевой железы	Комплексная терапия
Острая	8	8	-	8
Подострая	9	7	3	9
Хроническая	6	4	6	6

Из 23 пациентов удалось провести зондирование МЖ ресницами в 19 случаях. Четверым пациентам (2 – с подострой стадией и 2 – с хронической) указанную процедуру провести не удалось. Осложнений после проведенных манипуляций не имелось. В результате проведенного зондирования наблюдалось в течение 1 – 3-х дней исчезновение и значительное уменьшение воспалительных явлений у большинства больных (12 из 19). 9 больным (3 – с подострой стадией и 6 – с хронической) при отсутствии положительной динамики в ближайшие после зондирования 2 дня (5 человек) и у которых не удалось провести зондирование (4 человека) дополнительно было проведено вскрытие МЖ и эвакуация ее содержимого.

Перехода из острой и подострой стадии в хроническую не было отмечено ни в одном случае. Также у всех больных с хроническим мейбomioитом после вскрытия МЖ и комплексного, разработанного нами лечения не наблюдалось образования халазиона. Как следствие у этих больных в дальнейшем оперативное лечение не проводилось. Предложенная методика зондирования МЖ ресницами показала высокую ее эффективность в комплексном лечении мейбomioитов на различных стадиях воспалительного процесса. Предложенный алгоритм лечения заболевания прост в исполнении, не требует дополнительного инструментария, проводится в амбулаторных условиях и хорошо переносится пациентами, сокращает сроки лечения, исключает формирование халазиона и оперативное его удаление.

Выводы: 1. Представленный опыт лечения мейбomioитов на различных стадиях развития сократил сроки лечения, предотвратил образование халазиона и, следовательно, оперативное его удаление; 2. Предложенная модификация зондирования МЖ ресницами и вскрытие МЖ являются простыми,

малотравматичными, хорошо переносятся пациентами, экономически малозатратными, не требуют дополнительного инструментария и материалов; 3. Предложенный алгоритм лечения мейбومیитов может выполняться поликлиническим врачом-офтальмологом.

Литература

1. Ерошевский Т.И. Глазные болезни. 1977 г.
2. Савенков Г.А. Способ зондирования протоков мейбомиевых желез. Патент на изобретение №2375019, 2009 г.
3. Сухомлинов А.Е. Опыт успешного лечения халязиона в начальной стадии развития. Материалы межобластной научно – практической конференции посвященной 75 летию КГМУ и 70 летию кафедры офтальмологии. – 2009 г. – С.60-61.
4. Копаева В.Г., Шокирова М.М. Способ комплексного поэтапного лечения задних блефаритов, сочетанных с демодекозным поражением век. Патент на изобретение №2017117339, 2017 г.
5. Maskin SL. Intraductalmeibomian gland probing relieves symptoms of obstructive meibomian gland dysfunction // Cornea. – 2010. - №10. –P.1145–52.
6. Schaumberg D.A., Nichols J.J., Papas E.B., Tong L. The international Workshop on Meibomian Gland Dysfunction: Report of the Subcommittee on the epidemiology of and Associated Risk Factors for, MGD // Invest Ophthalmol Vis Sci. -2011; 52(4): 1944-2005.