

К ВОПРОСУ О КЛАССИФИКАЦИИ МЕЙБОМИИТОВ И ВОЗМОЖНЫЕ ПОДХОДЫ (АЛГОРИТМ) ИХ ЛЕЧЕНИЯ

Баранов В. И. ¹, Сухомлинов А. Е. ², Кручинина А. А. ³

¹ Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой Офтальмологии, ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России 305041, Курская обл., г. Курск, ул. К. Маркса, 3

² Врач-офтальмолог поликлиники, ОБУЗ «Обоянская центральная районная больница», 306230, Курская обл., г. Обоянь, ул. Федоровского, 34

³ Клинический ординатор кафедры Офтальмологии, ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России 305041, Курская обл., г. Курск, ул. К. Маркса, 3

Аннотация. Актуальность. На основании проведенных исследований и собственного клинического опыта предложена классификация мейбомииитов, которая учитывает разнообразие форм течения и стадию развития заболевания. Статья содержит рекомендации по лечению на основе разработанного алгоритма, состоящего из комплекса консервативного лечения, зондирования мейбомиевой железы и ее вскрытия. **Цель работы:** разработать рекомендации по лечению мейбомииита на основе предложенной авторами классификации. **Материал и методы.** Под наблюдением находилось 56 пациентов в возрасте от 4 до 68 лет (средний возраст – 33 года), 42 (75%) пациента наблюдались в динамике в сроки от 3 до 60 дней. Пациентам проводили базовое комплексное консервативное лечение, зондирование мейбомиевой железы ресницей в острой стадии воспаления и микроабсцедирования, в хронической – при халязионе без явлений и с явлениями воспаления, вскрытие микроабсцесса или халязиона в соответствии с классификацией. **Результаты.** Предложенный алгоритм позволил сократить сроки лечения мейбомииита, исключил оперативное удаление халязиона. Рецидивы отмечены лишь в 2 случаях, осложнения в одном: при жировом камне наблюдалась эрозия роговицы. Ни у одного из пациентов не отмечено осложнений, связанных с лечением, и никто не был направлен на оперативное удаление халязиона. **Заключение.** Предложена удобная для практикующего врача классификация мейбомииитов с эффективным комплексным лечением, которое хорошо переносится пациентами, экономически малозатратно, не требует дополнительного инструментария и материалов.

Ключевые слова: мейбомит, мейбомиевы железы, конъюнктивит, мейбомиевый блефарит, халязион

Для цитирования:

Баранов В. И., Сухомлинов А. Е., Кручинина А. А. К вопросу о классификации мейбомииитов и возможные подходы (алгоритм) их лечения. Передовая офтальмология. 2023; 3(3):16-18

A CLASSIFICATION OF MEIBOMITIS AND AN ALGORITHM OF ITS TREATMENT

Baranov V. I. ¹, Sukhomlinov A. E. ², Kruchinina A. A. ³

¹ Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Ophthalmology, KSMU of the Ministry of Health of Russia 305041, Kursk region, Kursk, st. K. Marx, 3

² Ophthalmologist at the polyclinic, Oboyan Central District Hospital, 306230, Kursk region, Oboyan, st. Fedorovsky, 34

³ Clinical intern of the Department of Ophthalmology, KSMU of the Ministry of Health of Russia 305041, Kursk region, Kursk, st. K. Marx, 3

Abstract. Based on the conducted studies and our clinical experience, the classification of meibomitis, which considers the diversity of forms and stage of the disease, has been proposed. The article contains recommendations for treatment on the basis of the developed algorithm, consisting of a complex of non-surgical treatment, probing of the meibomian gland and its opening. **Purpose:** to develop recommendations for the treatment of meibomitis on the basis of the classification proposed by the authors. **Materials and methods.** We observed 56 patients aged 4 to 68 (average age 33 years), of which 42 patients (75%) were followed up for periods from 3 to 60 days. The patients received basic complex conservative treatment, probing the meibomian gland with an eyelash during the acute inflammation and microabscess stage, in the presence of the chalazion with and without inflammation manifestations, and underwent drainage of the microabscess or the chalazion according to the classification. **Results.** The proposed algorithm reduced the duration of meibomitis treatment. Relapses were only noted in 2 cases; one case was complicated by corneal erosion caused by hardened oil. No complications associated with the treatment have been noted and nobody was prescribed surgical removal of the chalazion. **Conclusion.** A meibomitis classification with effective combined treatment has been proposed, which is convenient for practitioners, cost-effective and not requiring special instruments or materials.

Key words: meibomit, Meibomian glands, conjunctivitis, meibomian blepharitis, chalazion

For citation:

Baranov V. I., Sukhomlinov A. E., Kruchinina A. A. A classification of meibomitis and an algorithm of its treatment. Advanced ophthalmology. 2023; 3(3):16-18

Актуальность. Мейбомиевые железы (МЖ) – видоизмененные сальные железы с голокриновым типом секреции, располагаются в хряще век [1], в количестве 30–40 на верхнем веке, 20–40 на нижнем веке. Секрет железы имеет температуру плавления 14,5–32,9оС [2]. Средняя ширина хрящевой пластинки верхнего века – 12 мм, нижнего века – 3,7мм [1]. МЖ окружены сетью нервов и кровеносных сосудов, лимфатическими пространствами. М. orbicularis oculi тесно связана с железой. Секрет выделяется под действием давления окружающей ткани, m. Orbicularis oculi и m. Riolani (при моргании и жмуривании) и непрерывной секреции МЖ. Мейбomioит (М) – воспаление МЖ с вовлечением окружающей ткани, одной из причин которого является нарушение оттока жирового секрета (нарушение физико-химического состава секрета, сужение протока МЖ и т.д.) с элементами присоединившейся инфекции. Термин мейбomioит был предложен в 1980 г. [1], что говорит о «молодости» данного заболевания, недостаточного изучения: нет единого мнения о причинах его возникновения, методах лечения и профилактики. Клинические формы многообразны и существующая классификация мейбomioитов (КМ) (острый и хронический, единичный и множественный, верхнего или нижнего века) не отражает их. Лечение М. может быть непредсказуемым, длительным, с появлением косметического дефекта. В терапии М применяется консервативное лечение: тепловые процедуры (компрессы, УВЧ, магнитотерапия и др.), антибиотики в каплях и мазях. При хроническом М (халязионе) применяется хирургическое удаление или проведение инъекций пролонгированными глюкокортикоидами.

Предлагаемая нами классификация учитывает разнообразие форм течения и стадии развития мейбomioитов и содержит рекомендации по лечению, на основе разработанного нами алгоритма, состоящего из комплекса консервативного лечения (ККЛ), зондирования мейбомиевой железы (ЗМЖ) и ее вскрытия.

Классификация мейбomioитов

1. По стадии развития

1.1. Острый

- Воспаление (внутренний ячмень)
- Макроабсцесс (флегмонизация или абсцесс века)
- Микроабсцесс

1.2. Хронический

Халязион

Халязион без явления воспаления

Халязион с явлением воспаления (направление воспаления в сторону кожи или в сторону конъюнктивы)

Вскрывшийся халязион (со стороны кожи, со стороны конъюнктивы, с полипозной грануляцией).

1.3. Жировая киста, жировой камень

1.4. Дисфункция мейбомиевых желез (задний блефарит)

1. По количеству: одиночный и множественный

2. По характеру содержимого: секреторное, секреторно-гнойное, пролиферативное, смешанное

3. По локализации: верхнее веко, нижнее веко

4. По локализации к выходному отверстию: близкорасположенная, далекорасположенная

5. По размеру воспалительного очага: малый, большой

6. Рецидивирующий

7. Сочетанный, осложненный

Острая стадия (воспаление или внутренний ячмень). Как правило, устье МЖ закупорено, воспалительный процесс локализуется в протоке и окружающих тканях. Лечение: ЗМЖ + ККЛ.

Острая стадия (микроабсцесс). Может развиваться как со стороны кожи (реже), так и со стороны конъюнктивы. Видим просвечивающееся серозно-гнойное содержимое. Лечение: со стороны кожи – ЗМЖ + вскрытие + послеоперационный уход за раной + ККЛ; со стороны конъюнктивы – ЗМЖ (может тут же «опорожниться» через входное отверстие, тогда вскрытие не проводим) + вскрытие (выход содержимого) + ККЛ.

Острая стадия (макроабсцесс или подкожная флегмона). Лечение: общая антибиотикотерапия + вскрытие при наличии флюктуации + послеоперационный уход за раной.

Хроническая стадия (халязион без явлений и с явлениями воспаления). Лечение: ЗМЖ + ККЛ + вскрытие + ККЛ. Лечение, как правило, длительное, в зависимости от размера, сроков течения, реакции на предпринятое лечение.

Хроническая стадия (вскрывшийся халязион). Лечение: ККЛ

Хроническая стадия (вскрывшийся халязион с полипозной грануляцией). Лечение направлено на иссечение грануляций и ККЛ (без тепловых процедур).

Жировая киста (хроническая стадия): кисты МЖ бывают разнообразны по локализации и размеру, конъюнктив в месте локализации кисты бело-серого цвета с просвечивающимся жировым содержимым. При наличии жалоб у пациентов, основным методом лечения является вскрытие с «опорожнением» содержимого + ККЛ.

Жировые камни (инфаркты) (хроническая стадия) как правило локализуется на верхнем веке. Чаще бывают одиночные, но иногда их количество доходит до нескольких десятков. Пациенты жалуются на боли, чувство инородного тела. Основным методом лечения является вскрытие и удаление. При множественных камнях (это можно выделить как отдельное заболевание: обширный инфаркт мейбомиевых желез) лечение растягивается на несколько лет по мере их «созревания».

Дисфункция мейбомиевых желез (задний блефарит) (хроническая стадия). Это отдельное заболевание, но так как оно связано с воспалением, дисфункцией МЖ, мы его включили в КМ. Дисфункция мейбомиевой железы может проявляться как гиперфункцией (мейбомиевый, задний блефарит), так и – гипофункцией (симптомы синдрома сухого глаза). Причины лечения заболевания дискутируются. Алгоритм лечения к нему не рассматриваем.

По количеству воспалительных фокусов мейбомии могут быть одиночные и множественные. Этот пункт КМ необходим как описательный и прогностический. При множественных М лечение каждого зависит от стадии развития, выявления и лечения других заболеваний организма. Содержимое мейбомиевой железы может носить секреторный, секреторно-гнойный, пролиферативный и смешанный характер. Этот пункт КМ необходим как описательный и прогностический. В острой стадии при вскрытии и проведении ЗМЖ мы получаем секреторное или секреторно-гнойное содержимое. В хронической (халязион) – пролиферативное или смешанное содержимое. При жировых кистах и камнях – секреторное содержимое.

Локализоваться мейбомии может как на верхнем, так и нижнем веке или на обоих. Этот пункт классификации необходим как описательный и прогностический. Строение верхнего и нижнего века отличается друг от друга. Хрящ верхнего века длиннее, поэтому проведение ЗМЖ на всю длину протока МЖ проблематично. На верхнем веке чаще бывают халязионы, жировые камни, жировые кисты. Конъюнктив нижнего века более подвижная, рыхлая, богатая соединительной тканью, интенсивнее кровоснабжается. Соответственно, воспалительная реакция более бурная и склонная к образованию микроабсцессов со стороны конъюнктивы.

К выходному отверстию воспалительный процесс может быть близко- или далеко расположенным (относительно). В зависимости от расположения уровня обструкции протока МЖ

накопление секрета и воспалительная реакция может находиться как дистально, так и проксимально к выходному отверстию. В связи с недостаточностью изученности строения МЖ, механизма выведения секрета, причин обструкции протока, «апоптоза» МЖ, мы считаем, что этот пункт на перспективу необходим. Близкорасположенные мейбомии легче зондируются, чаще микроабсцедируются, лучше поддаются лечению.

По размеру воспалительный фокус может быть малым и большим. Этот пункт классификации необходим как описательный и прогностический. При больших размерах мы предполагаем секреторно, секреторно-гнойное, смешанное содержимое. Хорошим эффектом лечения обладает вскрытие (за счет быстрого опорожнения содержимого быстро наступает регресс заболевания). При малых размерах мы предполагаем пролиферативное содержимое, сроки лечения более длительные, иногда большой просто не предъявляет жалоб. Лечение ЗМЖ + вскрытие + ККЛ.

Рецидивирующий характер течения М предполагает кроме основного лечения воспаления МЖ, поиск и лечение сопутствующих заболеваний организма. В межрецидивный период рекомендуется проведение профилактических мероприятий (для предотвращения закупоривания протоков мейбомиевых желез проводить упражнения на частое моргание и жмуривание, пальцевой массаж век).

Сочетанный или осложненный другими заболеваниями век и/или глазного яблока мейбомии предполагает лечение и других осложненных заболеваний век и глазного яблока, и сопутствующих заболеваний организма.

Заключение. Предложенная классификация заболеваний мейбомиевых желез расширяет представление о различных формах проявления мейбомии, дает возможности практикующему врачу разобраться в их многообразии и подходах к его лечению.

Представленная классификация не является окончательной и открывает дискуссию по ее исправлению и добавлению.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Вит В. В. Строение зрительной системы человека: учебное пособие. 3-е изд. Одесса: «Астропринт»; 2018.
2. Schaunberg 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 <https://doi.org/10.1167/iovs.10-6997e>
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. 2009:60–6. <https://doi.org/10.21516/2072-0076-2022-15-3-141-145>
4. Савенков Г. А. Способ зондирования протоков мейбомиевых желез. Патент на изобретение № 2375019, 2009 г.
5. Maskin S. L. Intraductal meibomian gland probing relieves symptoms of obstructive meibomian gland dysfunction. Cornea. 2010;10: P. 1145–52. <https://doi.org/10.1097/ICO.0b013e3181d836f3>
6. Кручинина А. А. Алгоритм консервативного лечения мейбомии [электронный ресурс]. А. А. Кручинина, В. И. Баранов. Фундаментальная наука в современной медицине 2021: материалы сател. дистанцион. науч.-практ. конф. студентов и молодых ученых, Минск, апрель 2021 г.; под ред. С. П. Рубникова [и др.]. Минск, 2021;118–121. <http://rep.bsmu.by:8080/handle/BSMU/31752>.