

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ МЕЙБОМИТОВ

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. Мейбومیит - воспаление мейбомиевой железы (МЖ) с вовлечением окружающей ткани, одной из причин которого является нарушение оттока жирового секрета с элементами присоединившейся инфекции. **Цель работы:** разработать рекомендации по лечению мейбومیита 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 ресниц 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 мейбومیита, 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 мейбومیитов с эффективным комплексным лечением, которое хорошо переносится пациентами, экономически малозатратно, не требует дополнительного инструментария и материалов.

Ключевые слова: мейбонит, мейбомиевы железы, конъюнктивит, мейбомиевый блефарит, халязион.

Для цитирования:

Баранов В. И., Сухомлинов А. Е., Кручинина А. А. Тактика лечения мейбومیитов. Передовая офтальмология. 2023; 3(3):19-21

MEIBOMITIS TREATMENT TACTICS

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

Annotation. Relevance. Meibomitis is an inflammation of the meibomian gland with involvement of the surrounding tissue, one of the causes of which is a violation of the outflow of fatty secretion with elements of an attached infection. **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. Meibomitis treatment tactics. Advanced ophthalmology. 2023; 3(3):19-21

Актуальность. Мейбومیит (М) — воспаление мейбомиевой железы (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 мейбومیит 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, а существующее 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. (халазионе): хирургическое удаление или проведение инъекций пролонгированными глюкокортикоидами.

По мере накопления практического опыта лечения заболевания, который оказался успешным, сократил сроки лечения, исключил оперативное лечение халазиона, мы разработали и предлагаем следующий алгоритм лечения мейбومیитов.

Алгоритм лечения мейбومیита состоит из: 1. Комплекса консервативного лечения; 2. Зондирования мейбомиевой железы; 3. Ее вскрытия, при необходимости.

1. Комплекс консервативного лечения мейбومیитов включает:

А) Компрессы с отваром ромашки или сухое тепло (разогрев и активация оттока мейбомиевого секрета).

Б) Упражнения на частое моргание и жмуривание с легким пальцевым массажем на гидрокортизоновой мази (активация естественного оттока секрета закупоренной железы).

В) Применение антибиотиков и НПВС в каплях

2. Зондирование мейбомиевой железы.

Впервые зондирование мейбомиевой железы на глубину 1–2 мм тонким коническим зондом (Квикерта) для бужирования слезных путей, как один из этапов лечения халазиона на начальных стадиях развития, предложил

Сухомлинов А. Е. (2009 г.) [3]. В этом же году Савенков Г. А. (2009 г.) использовал данную методику для последующего проведения анестезии при оперативном удалении халазиона [4]. Maskin S. L. разработал оригинальный зонд для зондирования мейбомиевых желез (2010 г.) [5], а Копаева В. Г., Шокирова М. М. (2017 г.) [6] — микрошпатель (Титан Медикал, Россия)

Представленные методы зондирования мейбомиевых желез являются оригинальными, но как нам представляется, предполагают серьезное травматическое воздействие на структуру

мейбомиевых желез, особенно при облитерации, атрофии или деформации выводных протоков

Нами в качестве зонда для зондирования мейбомиевых желез предложено использовать собственную ресницу пациента, которая достаточно прочная, упругая и эластичная, с гладкой поверхностью, а ее толщина не превышает диаметр протока мейбомиевой железы (Баранов В. И., Сухомлинов А. Е., Кручинина А. А., 2021) [6]. Длина ресницы достаточная для зондирования как верхнего, так и нижнего века.

Этот зонд можно назвать физиологическим: биологическая совместимость тканей (при нахождении ресницы в протоке железы в качестве инородного тела или дистихиазе (рост ресниц в протоке) не наблюдается отрицательного воздействия на структуру железы).

При возникновении непреодолимых препятствий (сужение, деформация, облитерация протока) ресница не травмирует железу, а просто дальше не идет.

Методика зондирования следующая: после однократного закапывания 0,4% оксипрокаина проводится двухкратная обработка выбранной ресницы ватной палочкой, смоченной 70% этиловым спиртом или антисептиком. Ресница фиксируется вязательным пинцетом и отрезается у основания. Под щелевой лампой проводится зондирование протока интересующей нас мейбомиевой железы.

С 2022 года в качестве зонда мы стали использовать хирургическую мононить (RESOPREN 6–00), которую помещаем в специальное устройство, состоящее из иглы для промывания слезных путей и шприца. Данная нить обладает достаточной упругостью, толщиной, гладкостью, а фиксация ее в игле со шприцом позволяет установить нужную глубину зондирования и значительно облегчает процедуру.

Вскрытие микроабсцесса, халазиона, удаление кисты и камней МЖ.

Для вскрытия железы мы используем стерильную иглу для инъекций. Вскрытие проводится после трехкратной инстилляцией 0,4% оксипрокаина в конъюнктивальную полость. Под щелевой лампой, со стороны конъюнктивы, стерильной инъекционной иглой проводится вкол с элементом вскрытия по направлению хода мейбомиевой железы к интермаргинальному краю века.

Результаты лечения мейбومیитов. Нами с 2020 по 2022 годы пролечено 56 пациентов с мейбومیитом, в возрасте от 4 до 68 лет (средний возраст 27,4±17,3), 16 из них дети. 42 пациента (75%) наблюдались в динамике от 2 до 6 раз в сроки от 3-х до 60 дней.

Всем пациентам проводилось лечение на основе разработанного нами алгоритма (комплекс консервативного лечения, зондиро-

вание мейбомиевой железы ресницей, вскрытие).

Анализ полученных результатов. Больше всех обращений имело место (35 случаев – 63%) в острую стадию (воспаление, микроабсцесс) и при жировых кистах, «камнях» (21 или 37%).

Следует отметить, что детям, применялся комплекс консервативного лечения, в связи с отказом их родителей или невозможностью технически провести зондирование или вскрытие.

У 5 пациентов мы наблюдали секреторные пробки устья протока. По отношению выходному отверстию – явное преобладание близко расположенного мейбомуита – 41 (73%) случаев, далеко расположенный – 15(27%)случаев).

Комплекс консервативного лечения является базовым, и мы применяли его во всех стадиях заболевания.

Зондирование МЖ было проведено у 25 больных в острой стадии воспаления (6 больным) и микроабсцедирования (10 больным) и в хронической – при халязионе без явлений (3 больным) и с явлениями воспаления (6 больным). В 6 случаях у взрослых зондирование провести не удалось, в связи с атрезией или сужением устья

протока железы и другими техническими сложностями. В случаях неэффективности зондирования и отсутствия эффекта от консервативного лечения мы проводили вскрытие МЖ.

Вскрытие применяли у 28 больных как в острой стадии воспаления при макро-(1 больной) и, микроабсцедировании (11 случаев), так и при хронической – при халязионе без явлений и с явлениями воспаления (по 3 случая), при жировых кистах (4 случая), камнях (6 случаев).

Рецидив заболевания отмечен лишь в 2 случаях.

Ни у одного из пациентов не было осложнения от лечения и необходимости в направлении на оперативное удаление халязиона.

Заключение. Разработанный алгоритм лечения заболеваний мейбомиевой железы является эффективным, малотравматичным, хорошо переносится пациентами, не требует специального инструментария и приборов, исключает оперативное удаление халязиона, экономически малозатратная, сокращает сроки лечения, что можно рекомендовать применять его в амбулаторных условиях.

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 internachiol 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 DOI: 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 г. – С. 60–61
4. Савенков Г. А. Способ зондирования протоков мейбомиевых желез. Патент на изобретение № 2375019, 2009 г.
5. Maskin SL. Intraductalmeibomian gland probing relieves symptoms of obstructive meibomian gland dysfunction // Cornea. – 2010. – № 10. – P. 1145–52. DOI: 10.1097/ICO.0b013e3181d836f3
6. Кручинина А. А. Алгоритм консервативного лечения мейбомуитов [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. Рубниковича[и др.]. – Минск, 2021. – С. 118–121. <http://rep.bsmu.by:8080/handle/BSMU/31752>.