

Современные возможности терапии дисфункции мейбомиевых желез: практические рекомендации

Е.Г. Полунина, А.Э. Алиева

ФГБУ «НИИ глазных болезней» РАМН, Москва

Резюме

Лечение дисфункции мейбомиевых желез и, следовательно, профилактики развития конъюнктивно-роговичного ксероза проводится комплексно: гигиена век (теплые компрессы, самомассаж век), увеличение частоты морганий, слезозаместительная терапия; направлено на восстановление липидного слоя слезной пленки, что позволяет одновременно снизить негативное влияние факторов окружающей среды на глазную поверхность, улучшить питание роговицы и повысить защитные свойства слезной пленки.

Ключевые слова: дисфункция мейбомиевых желез, гигиена век, слезная пленка.

Abstract

Modern treatment of meibomian glands dysfunction – practical advices

E.G. Polunina, A.E. Alieva

FGBU NII of Eye Diseases, Moscow

Meibomian glands dysfunction therapy and conjunctival and corneal xerosis prevention, is always complex and includes eyelid hygiene (warm compresses, eyelids self-massage), increase of wink rate and using of tear substitutes. This kind of therapy provides rapid recovery of tear film lipid layer, attenuates negative effects of various environmental factors on ocular surface, improves corneal nutrition and increases protective properties of tear film.

Key words: meibomian glands dysfunction, eyelid hygiene, tear film.

Начало второго тысячелетия ознаменовалось стремительным развитием исследований по проблеме «сухого глаза» и изменением представлений о данной патологии. Многие годы большая часть исследований была посвящена изучению сухости глаза при тяжелой аутоиммунной патологии, в частности при синдроме Сьегрена. И только в последнее время было показано, что пациентов с уменьшением объема слезной жидкости вследствие аутоиммунного процесса гораздо меньше, чем пациентов (84–92%), у которых изменение слезопродукции развивается на фоне нарушения секреции муцина и липидов [1–4,6].

Многочисленные научные исследования последних лет показали, что наиболее частой причиной патологических изменений глазной поверхности, связанных с нарушением стабильности слезной пленки, является дисфункция мейбомиевых желез (ДМЖ) [5,8].

Основная функция мейбомиевых желез — секреция соответствующих типов и достаточного количества липидов для предотвращения испарения жидкой фракции слез и увлажнения поверхности глаза. Таким образом, ДМЖ можно определить как состояние, при котором мейбомиевые железы не способны секретировать достаточное количество липидов для сохранения стабильности слезной пленки.

Д.Р. Корб (2011) считает, что проявления ДМЖ очевидны. Так как ДМЖ приводит к недостаточности липидного слоя слезной пленки, то движение века по роговице во время моргания может вызвать ее повреждение и, следовательно, появление дискомфортных ощущений у пациента. При этом потеря воды за счет испарения водной фракции слезной пленки может способствовать образованию незащищенных сухих пятен на роговице, также подвергая эпителий роговицы высушиванию и его физическому повреждению веками при моргании. Все вышеперечисленные факторы в свою очередь могут приводить к развитию воспалительных процессов и появлению роговично-конъюнктивального ксероза.

Как правило, у пациента с ДМЖ отмечают типичные для сухости глаз жалобы: дискомфорт (часто описываемый как чувство жжения или ощущение «песка в глазах»), боль при моргании и быстрая утомляемость глаз. Часто эти симптомы появляются при пробуждении, может присутствовать покраснение глаз, иногда ощущение слипания век. У пациентов с ДМЖ также наблюдается укорочение времени разрыва слезной пленки (ВРСП) и образование пятен на роговице и/или конъюнктиве — в целом типичные проявления сухости глаз. Если у пациента также имеются типичные изменения на веках: воспаленные края век, видимая закупорка протоков мейбомиевых желез, телеангиэктазия на задней поверхности века, потеря ресниц и т.д., то диагноз ДМЖ очевиден [7].

Однако если у пациента присутствуют классические симптомы сухости глаз, а патологические изменения на веках не визуализируются, то диагностировать заболевание затруднительно. В таком случае точный диагноз почти всегда можно поставить с помощью получения секрета из мейбомиевых желез. При осторожном надавливании пальцами или ватным тампоном на нижнее веко в течение менее чем 10 с при биомикроскопии можно увидеть выделение маслянистой прозрачной жидкости из здоровых мейбомиевых желез (рис. 1). Отсутствие секрета или патологический секрет (густой, мутный, с белесоватым оттенком) является свидетельством нарушения функции мейбомиевых желез (рис. 2).

Своевременная диагностика ДМЖ способствует назначению адекватной терапии, направленной на восстановление функций мейбомиевых желез и восполнение недостающего секрета, что в значительной степени снижает риск развития дистрофических процессов в веках, конъюнктиве и роговице.

Более чем 10-летний опыт наблюдений за большой группой пациентов (более 3 тыс. случаев) позволил нам определить, что основой лечения ДМЖ является восста-

новление функционального состояния мейбомиевых желез. С этой целью в течение 1–2 мес. утром и вечером проводят курс гигиены век: теплые компрессы с Блефаросалфеткой в течение 1–2 мин и самомассаж век с Блефарогелем 1 или Блефарогелем 2 в течение 1–2 мин, а также гимнастику для глаз в виде моргания в течение 15 с 3 р./день.

Гигиена век направлена на восстановление функций мейбомиевых желез. Размягчение липидного секрета под действием температуры благодаря теплым компрессам с Блефаросалфеткой способствует облегчению его эвакуации во время самомассажа век с Блефарогелем. самомассаж оказывает комплексное воздействие: способствует опорожнению мейбомиевых желез, следовательно, восстанавливает липидный компонент слезной пленки, очищает кожу век, улучшает кровообращение, что в свою очередь снижает уровень воспалительных и аллергических реакций и оказывает в случае использования Блефарогеля 2 противодемодекозное действие. Следует отметить, что проведение гигиены век технически просто и занимает немного времени, при этом, как правило, сразу после этих манипуляций пациенты могут почувствовать симптоматическое облегчение за счет восстановления липидного слоя слезной пленки.

Увеличение числа морганий способствуют опорожнению мейбомиевых желез, следовательно, восстановлению защитного липидного слоя слезной пленки, очищению конъюнктивальной полости – оттоку жидкости, поддержанию температуры глазной поверхности (снижение которой приводит к нарушению функционального состояния липидного слоя слезной пленки) и равномерному распределению слезной пленки по глазной поверхности.



Рис. 1. Отсутствие дисфункции мейбомиевых желез

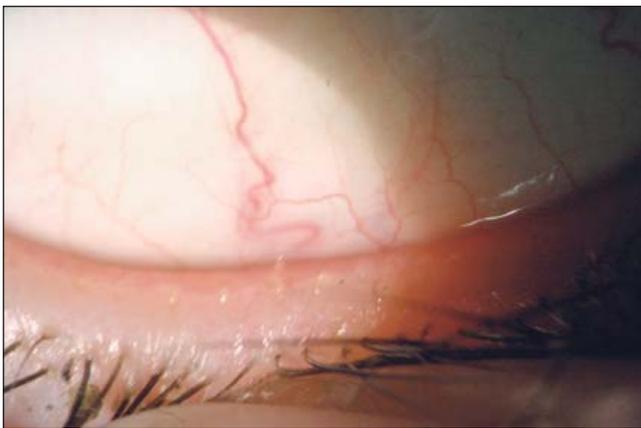


Рис. 2. Дисфункция мейбомиевых желез

Наличие признаков воспаления век, сопровождающееся ДМЖ, является показанием для проведения антибактериальной терапии. В этом случае преимущество отдается антибактериальным препаратам тетрациклинового ряда.

Важную роль в лечении ДМЖ играет слезозаместительная терапия. В настоящее время значительно расширился спектр слезозаместительных препаратов, которые можно дифференцировать не только по их химическому составу, но и по механизму действия и возможности восстановления того или иного слоя слезной пленки. Так, препарат Офтагель (Santen, Финляндия) содержит карбомер 974Р, схожий с муцином по химической структуре и способствующий восполнению муциновой фракции слезы.

Известно, что особым физико-химическим свойством молекул натрия гиалуроната (гиалуроновая кислота) является их выраженная способность связывать молекулы воды и удерживать их на поверхности глаза, что особенно важно в условиях недостатка слезной жидкости, поэтому серия препаратов, созданных на основе гиалуроновой кислоты, таких как Хило Комод, Хилозар Комод, Хиломакс Комод (Ursapharm, Германия), способствует поддержанию уровня водной фракции слезы.

Большой интерес также представляет новый слезозаместительный препарат Систейн Баланс (Alcon, США), восполняющий липидный слой слезной пленки при ДМЖ. Инстилляцией слезозаместителя Систейн Баланс позволяют компенсировать липидный слой за счет действия ГП–гуара, анионного фосфолипида в комбинации с вазелиновыми маслами, эмульгаторами и смягчающим веществом.

Таким образом, лечение ДМЖ и профилактика развития конъюнктивально–роговичного кератита проводятся комплексно (гигиена век, увеличение частоты морганий, слезозаместительная терапия) и направлены на восстановление липидного слоя слезной пленки. Это позволяет одновременно снизить негативное влияние факторов окружающей среды на глазную поверхность, улучшить питание роговицы и повысить защитные свойства слезной пленки.

Литература

- Бржеский В.В. Современные возможности замещения муцинового слоя прероговичной слезной пленки // Офтальмология. 2011. Т. 8. № 1. С. 53–57.
- Майчук Д.Ю., Чилингарян Л.Б., Пронкин И.А., Григорян А.Р. Слезо-заместительная терапия при аллергических состояниях глаз // 2012. Офтальмология. Т. 9. № 2. С. 72–76.
- Онищенко А.А., Колбаско А.В., Ширина М.А. Популяционное исследование состояния слезопродукции у здоровых лиц и больных с синдромом «сухого глаза» в Республике Алтай // Вестн. офтальмол. 2012. № 5. С. 14–17.
- Полунин Г.С., Сафонова Т.Н., Полунина Е.Г. Особенности клинического течения различных форм синдрома «сухого глаза» – основа для разработки адекватных методов лечения // Вестн. офтальмол. 2006. Т. 102, № 5. С. 17–20.
- Полунин Г.С., Полунина Е.Г. От «сухого глаза» к «болезни слезной пленки» // Офтальмология. 2012. Т. 9, № 2. С. 4–7.
- Сомов Е.Е., Ободов В.А. Синдромы слезной дисфункции (анатомо–физиологические основы, диагностика, клиника и лечение): Рук–во / под ред. проф. Е.Е. Сомова. СПб.: Человек, 2011. 160 с.
- Preferred Practice Pattern® Guidelines. Blepharitis. San Francisco, CA: American Academy of Ophthalmology; 2008. См.: <http://www.aaao.org/ppp>.
- The definition and classification of dry eye disease: Report of the Definition and Classification Subcommittee of the International Dry Eye WorkShop (2007) // Ocul Surf. 2007. Vol. 5, № 2. P. 75–92.