

Как вести пациентов с дисфункцией мейбомиевых желез (ДМЖ)



ЧТО НЕОБХОДИМО ЗНАТЬ

Осмотр на щелевой лампе:

1. Диффузное освещение

2. Среднее увеличение (x16)

3. Прямое освещение

Оценка:



Степень 0



Степень 1



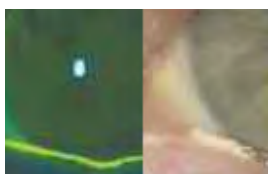
Степень 2



Степень 3



Степень 4

Неровный
край векаПенистая
слезная
пленка

Степень 0: все железы проходимы (при надавливании из них выделяется прозрачная жидкость)

Степень 1: частичная обструкция одной или двух желез (выделение прозрачной жидкости при легком надавливании)

Степень 2: три и более частично закупоренные железы (при надавливании появляется мутная жидкость)

Степень 3: одна или две закупоренные железы и множество частично закупоренных желез (пенистая слезная пленка)

Степень 4: более трех закупоренных желез на каждом глазу; большая часть остальных желез частично закупорена

Частота возникновения:

- от 4–20 (у лиц европеоидной расы) до более 60% (у лиц монголоидной расы); не вызывается непосредственно ношением контактных линз (КЛ), но влияет на их переносимость
- частота возникновения увеличивается с возрастом, при наличии блефарита (рис. справа) и розацеа



Этиология:

- хроническая диффузная патология мейбомиевых желез с обструкцией протоков и/или изменением качества/количества секрета желез
- прогрессирующий воспалительный процесс, связанный с блефаритом, механической травмой, снижением температуры век, микробной контаминацией и использованием декоративной косметики (рис. справа)



Симптомы:

- дискомфорт в области глаз
- сухость
- раздражение и зуд
- непереносимость КЛ
- затуманенное зрение (линзы с жировыми отложениями)
- светобоязнь

Признаки:

- отсутствие отделяемого или мутное отделяемое из мейбомиевых желез при надавливании на край века
- пенистая слеза, ухудшение качества слезы и уменьшение времени разрыва слезной пленки
- утолщение краев века и изменение хода мейбомиевых желез
- признаки синдрома сухого глаза, клинически определяемые признаки воспаления и патологии поверхности глаза
- отдельные липидные отложения или «сальный» липидный слой на поверхности линзы (рис. вверху справа)



Как вести пациентов с дисфункцией мейбомиевых желез (ДМЖ)



ЧТО РЕКОМЕНДОВАТЬ ПАЦИЕНТАМ

Рекомендации:

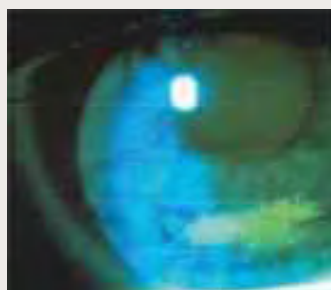
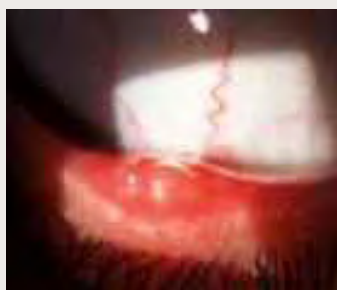
- объясните, что заболевание носит хронический характер
- назначайте лечение при степени 2 или при наличии симптомов
- если пациент хорошо переносит линзы, возможно продолжение их ношения
- дайте рекомендации по режиму питания (увеличение употребления жирных кислот омега-3) и информируйте о влиянии окружающей среды на работе / дома на слезную пленку и возможном влиянии некоторых препаратов на развитие синдрома сухого глаза
- подумайте о назначении линз более частой замены
- препараты искусственной слезы
- средства для поверхностной очистки линз
- ежедневная гигиена век, в том числе теплый компресс, а затем умеренный или сильный массаж и выдавливание содержимого мейбомиевых желез
- в тяжелых случаях может потребоваться применение системных препаратов (тетрациклиновой группы)

Прогноз:

- как правило, после лечения отмечается уменьшение симптомов и улучшение качества слезной пленки

Дифференциальный диагноз:

- ячмень (наружный/внутренний ячмень и внутренняя киста / киста мейбомиевой железы) и халязион (рис. внизу)
- ДМЖ, сопровождающаяся снижением времени разрыва слезной пленки и окрашиванием нижней части роговицы (рис. внизу)



КАК НАЙТИ БОЛЬШЕ ИНФОРМАЦИИ

- Перейдите по ссылке, чтобы получить дополнительную информацию по ДМЖ

Как вести пациентов с дисфункцией мейбомиевых желез (ДМЖ)



РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ



Пациентка ВН — 41 год, работает в офисе. Она носит гидрогелевые контактные линзы ежемесячной замены более 20 лет. Во время обычного планового осмотра жалуется на дискомфорт и ощущение сухости глаз, затуманивание зрения в конце рабочего дня, и в связи с этим ей иногда приходится снимать линзы.

Вопросы:

1. Какую методику биомикроскопии с помощью щелевой лампы вы бы использовали для осмотра век у этой пациентки?

- A. Большое увеличение, узкий пучок
- B. Диффузное освещение, среднее увеличение
- C. Непрямая ретроиллюминация
- D. Зеркальное освещение

2. По вашему мнению, какая степень ДМЖ имеется у пациентки?

- A. Степень 1
- B. Степень 3
- C. Степень 2
- D. Степень 4

3. Какие дальнейшие исследования лучше провести при наличии таких признаков и симптомов?

- A. Кератометрия
- B. Овер-рефракция
- C. Определение высоты слезного мениска
- D. Соскоб роговицы

4. О каком из следующих вариантов ведения пациентки вы бы подумали?

- A. Переход на ношение силикон-гидрогелевых линз с более частой заменой
- B. Ежедневная гигиена век, в том числе согревание/выдавливание содержимого и массаж век
- C. Применение препаратов искусственной слезы
- D. Любой из этих вариантов

Правильные ответы:

- 1. **C.** Лучше всего оценивать наличие ДМЖ при осмотре век с широким пучком света, 16-кратным увеличением и прямым освещением.
- 2. **B.** При выдавливании содержимого из желез видно по меньшей мере три частично закупоренные железы, но они не заблокированы, слезная пленка непенистая.
- 3. **B.** ДМЖ является основной причиной синдрома сухого глаза, поэтому оценка количества слезной пленки по состоянию слезного мениска (рис. справа) является необходимым исследованием в этом случае.
- 4. **D.** Лечение нужно проводить при ДМЖ $\geq$ степени 2. Можно рассматривать любой из предложенных вариантов. Также возможно предоставление рекомендаций по режиму питания.

