

# Комплексная терапия воспалительных заболеваний век

Е.В. Яни, К.Е. Селиверстова

ФГБУ «Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца» Минздрава России

*Проблема воспалительных заболеваний век существует продолжительное время, но подход к терапии все еще остается дискуссионным. В терапии воспалительных заболеваний век в качестве комбинированного противовоспалительного средства с антибактериальным действием для местного применения широко применяются глазные капли Комбинил®. Воздействие на кожу век этого комбинированного противовоспалительного и антибактериального препарата в сочетании с увлажнением глазной поверхности препаратом искусственной слезы без консерванта, вне зависимости от этиологии процесса, дает достоверное улучшение состояния конъюнктивы, повышение показателей слезопродукции и времени разрыва слезной пленки.*

**Ключевые слова:** мейбомиевы железы, дисфункция, блефарит.

Российский офтальмологический журнал, 2016; 3: 91–93

Проблема воспалительных заболеваний век, включающих блефариты, патологию мейбомиевых желез (МЖ), ячмени, существует продолжительное время. В работах М.М. Золотаревой (1961) упоминается мейбомиевый блефарит как воспаление МЖ с нарушением их функции, а также описаны состояния острого мейбомита, халязиона и инфаркта МЖ [1]. В 1982 г. V. Gutgesell и соавт. предложили ввести термин «дисфункция мейбомиевых желез» (ДМЖ) [2].

Очень часто воспалительные заболевания век сочетают в себе явления блефарита и ДМЖ, порой осложняясь такими острыми состояниями, как ячмень. Нужно отметить, что термины «блефарит» и ДМЖ не являются взаимозаменяемыми. Под блефаритом следует понимать воспаление краев век, которое может вовлекать или не вовлекать в процесс МЖ. Между тем причиной развития блефаритов чаще всего являются изменения состояния краев век, снижение местного иммунитета кожи и активизация бактерий, вызывающих воспаление.

Существует большое количество классификаций, разделяющих блефариты на себорейный, стафилококковый, смешанный себорейно-стафилококковый и блефарит, вызванный гемофильной палочкой со вторичным мейбомииом, мейбомийный кератоконъюнктивит и др. [3]. Соответственно, выделяется взаимосвязь между нормальной микрофлорой краев век, инфицированием век и МЖ, раз-

витием блефарита и ДМЖ. Хотя воспаление края век и является центральным патофизиологическим звеном, активация инфекционного процесса также играет определенную роль при хронических блефаритах и при многих формах ДМЖ.

Таким образом, воспалительные заболевания век — это комплекс заболеваний, обусловленный множеством причин, где основную роль, безусловно, играет процесс воспаления. Возникающие вследствие этого отек и инфильтрация век замедляют или вовсе останавливают процесс дренирования секрета МЖ, что вызывает усиление воспалительного процесса, часто с последующим формированием ячменей.

Клинические проявления воспалительных заболеваний век разнообразны и в острый период легко диагностируются. Гиперемия кожи век, отек, чешуйки и корочки, муфты в корнях ресниц, утолщение и деформация маргинального края век, закупорка или склероз выводных протоков МЖ, отделяемое — вот неполный список характерных клинических симптомов. Хроническое же воспаление не столь ярко выражено, хотя и является клинически значимым и требует лечения.

Подход к терапии воспалительных заболеваний век длительное время остается дискуссионным. Применение столь необходимых для эффективного лечения противовоспалительных и антибактериальных препаратов часто вызывает побочные эффекты.

В своей практике врачи-офтальмологи с опаской относятся к использованию стероидных препаратов в качестве основного противовоспалительного средства. В то же время существует широкий спектр комбинированных препаратов, содержащих в своем составе антибиотик и стероид. Проведение такой сильной и достаточно токсичной терапии оправдано тяжелым течением заболевания. Ведь без снятия явлений воспаления нельзя добиться стойкого улучшения клинического состояния век, в то же время активизация микрофлоры должна находиться под постоянным контролем.

В качестве комбинированного противовоспалительного средства с антибактериальным действием для местного применения в терапии воспалительных заболеваний век широко применяются глазные капли Комбинил<sup>®</sup>, в состав которых входит дексаметазон 1,0 мг и ципрофлоксацин 3,0 мг. Сочетание антибактериального действия противомикробного препарата группы фторхинолонов и противовоспалительного действия дексаметазона высокоэффективно в терапии воспалительных заболеваний век. Препарат назначается в виде инстилляций 2–3 раза в день курсом лечения 10–14 дней.

**ЦЕЛЬЮ** данного исследования явилось изучение эффективности лечения блефаритов различной этиологии комбинированным препаратом.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследовании принимали участие 72 пациента, которые были разделены на группы в зависимости от имеющейся патологии век, таких как: ДМЖ на фоне инфекционного (бактериального) блефарита (группа I) — 24 пациента, демодекозная инвазия (группа II) — 22 человека. Третью группу составили больные с выраженной клиникой ДМЖ без бактериального или демодекозного поражения век (группа III) — 26 человек. Длительность заболевания составляла от месяца при острой форме до 3 и более лет при хронической. Основная часть пациентов относилась к возрастной группе 40–60 лет (средний возраст —  $54,0 \pm 0,1$  года), 63,7 % составляли женщины.

Всем пациентам назначалась следующая терапия: Комбинил<sup>®</sup> в инстилляциях по 2 капли 2 раза в день в течение 14 дней и офтолик без консерванта в инстилляциях по 2 капли 2 раза в день 30 дней.

Для подтверждения этиологии инфекционных заболеваний глаз использовались бактериологические методы исследования. Микрофлору конъюнктивы изучали до и после проведения терапии. На момент обращения стафилококк выявлен у 45 больных, пневмококк — у 16 больных, сочетание стафилококка и пневмококка — у 19 больных. При повторном исследовании после лечения у 13 больных выявлен эпидермальный стафилококк.

При осмотре переднего отдела глаза оценивалось состояние краев век, корней ресниц, интермаргинального пространства с максимальными из-

менениями, соответствующими 3 баллам, состояние выводных протоков МЖ. Оценка экскреторной функции МЖ, а также консистенции липидного секрета проводилась по 4-балльной системе: от 1 балла при низкой плотности и достаточно жидкой консистенции секрета у здоровых субъектов до 4 баллов при гиперплотном секрете с консистенцией пасты у пациентов с тяжелой обструктивной ДМЖ [4]. При биомикроскопии также оценивалась гиперемия и отек бульбарной конъюнктивы, наличие фолликулярной реакции в нижнем своде, отделяемого различного характера (гнойное, слизистое, слизисто-нитчатое) в конъюнктивальной полости.

Слезопродукция оценивалась по следующим критериям: высота слезного мениска, стабильность слезной пленки (СП, проба Норна), показатели пробы Ширмера. Состояние эпителия роговицы оценивали при окраске 1 % флюоресцеином и выражали в баллах от 0 до 9. Исследование проводилось в течение 30 дней с контрольными визитами на 15-й и 30-й дни лечения.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

Состояние век у пациентов при обращении было следующим: отек и гиперемия век в группе I оценивались в среднем в  $2,6 \pm 0,05$  балла, в группе II —  $2,1 \pm 0,1$  балла, в группе III —  $2,4 \pm 0,4$  балла. На фоне лечения клиническое состояние век улучшилось в среднем в группе I до  $1,03 \pm 0,01$  балла, в группе II — до  $1,1 \pm 0,3$  балла, в группе III — до  $0,7 \pm 0,1$  балла (табл. 1).

При обращении у всех пациентов отмечались клинические признаки изменений со стороны конъюнктивы. Средняя сумма баллов выраженности всех признаков в группе I соответствовала  $5,12 \pm 0,03$ , в группе II —  $4,63 \pm 0,10$ , в группе III —  $4,46 \pm 0,50$ . Динамика нормализации состояния конъюнктивы (снижение гиперемии, отека и отделяемого) за период наблюдения приведена в таблице 2.

Показатели суммарной слезопродукции, оцененные с помощью пробы Ширмера, в день обращения во всех группах были примерно одинаковыми и в среднем составили  $3,8 \pm 0,4$  мм ( $p > 0,05$ ). За время лечения величина слезопродукции в группе I повысилась в среднем на 2,3 мм, в группе II — на 2,1 мм, в группе III — на 2,5 мм ( $p > 0,05$ ).

Нарушение стабильности СП зарегистрировано у всех пациентов. Средний показатель пробы Норна в день обращения во всех группах составил  $3,1 \pm 0,2$  с. За время лечения отмечено повышение стабильности СП у всех пациентов в среднем в группе I до  $6,23 \pm 0,16$  с, в группе II — до  $7,10 \pm 0,18$  с, в группе III — до  $6,60 \pm 0,21$  с ( $p < 0,05$ ).

При окраске 1 % бенгальским розовым отмечались ксеротические изменения бульбарной конъюнктивы и роговицы, соответствующие наибольшему баллу — 9. При обращении средний балл в группах был приблизительно одинаковым и составил

**Таблица 1.** Динамика нормализации состояния век (баллы)

Признаки	Группа I		Группа II		Группа III	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Гиперемия и отек	2,60 ± 0,05	1,03 ± 0,01	2,1 ± 0,1	1,1 ± 0,3	2,4 ± 0,4	0,4 ± 0,1
Чешуйки и муфты на корнях ресниц	1,7 ± 0,3	0,50 ± 0,02	2,4 ± 0,1	1,20 ± 0,06	0,80 ± 0,05	0,4 ± 0,1

**Таблица 2.** Динамика нормализации состояния конъюнктивы (баллы)

Группы	При обращении	15-й день лечения	30-й день лечения
I	5,12 ± 0,03	3,05 ± 0,10	1,70 ± 0,04
II	4,63 ± 0,10	3,10 ± 0,02	1,52 ± 0,03
III	4,46 ± 0,50	3,40 ± 0,07	1,7 ± 0,1

3,70 ± 0,09 ( $p > 0,05$ ). По окончании курса лечения ксерозирование роговицы стало значительно слабее во всех группах. Зоны поражения на заключительный визит сократились в группе I в среднем на  $0,70 \pm 0,05$  балла, в группе II — на  $0,8 \pm 0,1$  балла и в группе III — на  $0,9 \pm 0,3$  балла ( $p < 0,05$ ).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Суммируя полученные данные, можно отметить, что воздействие на ткани переднего отдела глаза комбинированного противовоспалительного и антибактериального препарата Комбинил® в сочетании с увлажнением глазной поверхности препаратом искусственной слезы без консерванта Офтолик привело к достоверному улучшению состояния конъюнктивы, повышению показателей слезопродукции и времени разрыва слезной пленки во всех группах вне зависимости от этиологии процесса. Уменьшение площади ксерозированных участков конъюнктивы и роговицы шло достаточно активно, и уже со второго визита

отмечались статистически достоверные признаки улучшения во всех исследуемых группах. Проведение лечения с использованием комбинированного препарата не должно быть длительным во избежание развития побочных эффектов, оно необходимо лишь для коррекции острых состояний. В дальнейшем требуется упорное лечение, улучшающее состояние век и конъюнктивы, а также нормализующее слезопродукцию, что позволит добиться стойкой ремиссии патологического процесса после проведенного лечения.

## Литература/References

1. Золотарева М.М. Глазные болезни: пособие для практического врача-офтальмолога. Минск; 1964.  
Zolotareva M.M. Eye diseases: a practical guide for an ophthalmologist. Minsk; 1964 (In Russian).
2. Gutgesell V.J., Stern G.A., Hood C.I. Histopathology of Meibomian gland dysfunction. American Journal of Ophthalmology. 1982; 94: 383–7.
3. Kanski J.J. Clinical Ophthalmology. Wrocław. 2009; 127–30.
4. Mathers W.D., Daley T.E. Tear flow and evaporation in patients with and without dry eye. Ophthalmology. 1996; 103: 664–9.

## A combined therapy of inflammatory diseases of eyelids

E.V.Yani, K.E. Seliverstova

Helmholtz Research Institute of Eye Diseases, Moscow, Russia  
yandoc@yandex.ru

*Abstract. Approaches to the treatment of inflammatory diseases of the eyelids are extensively discussed in literature and clinical practice. Kombiniil®-Duo eye drops are widely used as a combined anti-inflammatory preparation with antibacterial effect in the topical treatment of these diseases. The effect of these eye drops on eyelid skin in combination with the moistening of the eye surface with artificial tear preparations containing no preservatives provides a significant improvement in the conjunctiva, tear production and tear film break time parameters, regardless of the etiology of the process.*

Keywords: meibomian gland dysfunction, blepharitis.

Russian Ophthalmological Journal, 2016; 3: 91–3

doi: 10.21516/2072-0076-2016-9-3-91-93

Адрес для корреспонденции: 105062 Москва, ул. Садовая-Черногрозская, д. 14/19; ФГБУ «Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца» Минздрава России  
yandoc@yandex.ru