



РЕДКАЯ ФОРМА МЕХАНИЧЕСКОГО КОНЬЮНКТИВИТА

© И.А. Рикс, С.С. Папанян, П.А. Нечипоренко

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург

Для цитирования: Рикс И.А., Папанян С.С., Нечипоренко П.А. Редкая форма механического конъюнктивита // Офтальмологические ведомости. — 2018. — Т. 11. — № 3. — С. 74–77. doi: 10.17816/OV113674-77

Поступила в редакцию: 17.01.2018

Принята к печати: 20.08.2018

✧ **Актуальность.** Механический конъюнктивит является редкой формой воспаления. Разновидность такого конъюнктивита — синдром «вылавливания» слизи — приводит к хронической травме поверхности глазного яблока. **Цель:** установить частоту распространения механического конъюнктивита по данным литературы, а также уточнить методы диагностики и лечения редкого синдрома «вылавливания» слизи. **Материалы и методы.** В статье представлен случай развития синдрома «вылавливания» слизи у пациента, который страдает данным видом механического конъюнктивита около трёх лет. **Результаты.** Длительное время верный диагноз у больного не был установлен, в связи с чем было назначено неправильное лечение, которое привело к осложнениям и необходимости проведения хирургического вмешательства. **Заключение.** Распространённость механического конъюнктивита невелика, в доступной литературе удалось найти только 4 публикации по данной теме. Синдром «вылавливания» слизи необходимо лечить совместно с психиатром, так как назначения местной репаративной и увлажняющей терапии оказывается недостаточно.

✧ **Ключевые слова:** механический конъюнктивит; синдром вылавливания слизи; лубриканты; синдром сухого глаза.

A RARE CASE OF MECHANICAL CONJUNCTIVITIS

© I.A. Riks, S.S. Papanyan, P.A. Nechiporenko

Academician I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

For citation: Riks I, Papanyan S, Nechiporenko P. A Rare Case of Mechanical Conjunctivitis. *Ophthalmology Journal*. 2018;11(3):74-77. doi: 10.17816/OV11374-77

Received: 26.03.2018

Accepted: 04.05.2018

✧ **Introduction.** Mechanical conjunctivitis is a rare form of eye surface inflammatory condition. One of its types, a mucus fishing syndrome, leads to a chronic eye surface trauma. **Purpose.** To review the available literature data on the mechanical conjunctivitis prevalence, and to describe the diagnosis and treatment methods of its rare type, the mucus fishing syndrome. **Materials and methods.** The article describes the case of the mucus fishing syndrome development in a patient suffering from this type of mechanical conjunctivitis for about 3 years. **Results.** The correct diagnosis was not established in our patient for a long period of time that is why an improper treatment had been prescribed, which led to complications and to the need for surgical treatment. **Conclusions.** The prevalence of mechanical conjunctivitis is low, and in the available literature, there are only 4 publications on the topic. The mucus fishing syndrome should be treated in cooperation with a psychiatrist, since the usual use of topical reparative and lubricating therapy is not enough.

✧ **Keywords:** mechanical conjunctivitis; mucus fishing syndrome; lubricants; dry eye syndrome.

ВВЕДЕНИЕ

В группу механических конъюнктивитов входят кератоконъюнктивит верхнего лимба, синдром выворачивающегося верхнего века, синдром «вылавливания» слизи, искусственный кератоконъюнктивит [1, 2]. Механические конъюнктивиты — это заболевания, при которых механический компонент повреждения играет важную роль в патофизиологии [1–3].

АКТУАЛЬНОСТЬ

Диагностика синдрома «вылавливания» слизи бывает затруднена. Необходимо тщательно расспросить больного, а также следить за тем, что во время осмотра пациент начинает пальцами убирать отделяемое из глаза. Большинство пациентов отрицает механическую травму конъюнктивы, но одновременно они описывают избыточное образование слизи и по просьбе часто демонстрируют способ удаления слизи из глаз, после чего механизм травмы становится очевиден. К сожалению, с помощью биомикроскопии и окраски флюоресцеином данная патология не выявляется. Только при использовании бенгальского розового красителя возможно обнаружить дефекты эпителия конъюнктивы. Типичные места повреждения — это слёзное мясо, нижний конъюнктивальный свод, нижняя и носовая часть бульбарной конъюнктивы.

ИСТОРИЧЕСКАЯ СПРАВКА

Синдром «вылавливания» слизи из глаза — это редкое одностороннее или двустороннее состояние, возникающее после повторных травм конъюнктивы при упорных попытках убрать слизь из конъюнктивального мешка пальцами, ватной палочкой, платком, ватой и т. д. В начале заболевания может отмечаться какое-либо отделяемое из конъюнктивального мешка из-за различных раздражений глаза (ощущение инородного тела, аллергический конъюнктивит, синдром сухого глаза). Затем у части больных формируется стойкая привычка «вылавливать» слизь из конъюнктивы пальцами или ватной палочкой. Эти действия приводят к постоянному раздражению поверхности глазного яблока и ещё большей секреции слизи.

Впервые данный синдром был описан в 1985 г. J.P. McCulley et al. и получил название mucus fish-ing syndrome [4]. По мнению авторов, основными предрасполагающими заболеваниями могли быть синдром сухого глаза, аллергический конъюнктивит или хронический блефарит.

Лечение заключается в необходимости избавиться от вредной привычки дотрагиваться до глазного яблока, а также в устранении провоцирующего фактора увеличения продукции слизи. Всем пациентам с данным синдромом необходима консультация психотерапевта [5].

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

В сентябре 2017 г. в клинику офтальмологии ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова» обратился мужчина 60 лет с жалобами на чувство песка в глазах, дискомфорт и отделяемое из конъюнктивальной полости. Все эти симптомы отмечались на обоих глазах, но правый глаз беспокоил сильнее. Из анамнеза известно, что считает себя больным с 2011 г. Обследовался и лечился во многих клиниках Санкт-Петербурга, сдавал многочисленные анализы, обращался к офтальмологам, дерматологам, онкологам, аллергологам. Применял разнообразные лекарственные препараты, в том числе и большое количество глазных капель (рис. 1). Со слов пациента, на консультации, диагностику и лечение за несколько лет потратил около полумиллиона рублей. Получал лечение по поводу блефарита, синдрома сухого глаза, конъюнктивита. Закапывал от трёх до пяти препаратов одновременно, а в целом использовал около 30 наименований лекарств. Ни один препарат не улучшил состояние глаз, поэтому пациент продолжал искать новых врачей и новые клиники.

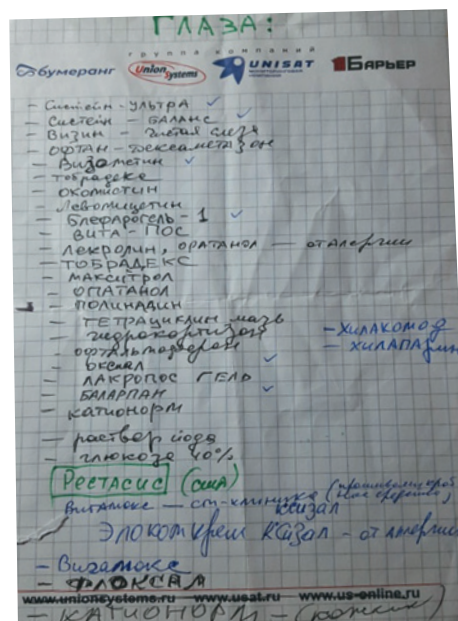


Рис. 1. Лекарственные препараты, которые использовал пациент в течение нескольких лет (записная книжка пациента)

Fig. 1. A list of drugs used by the patient for several years (out of patient's pocket-book)

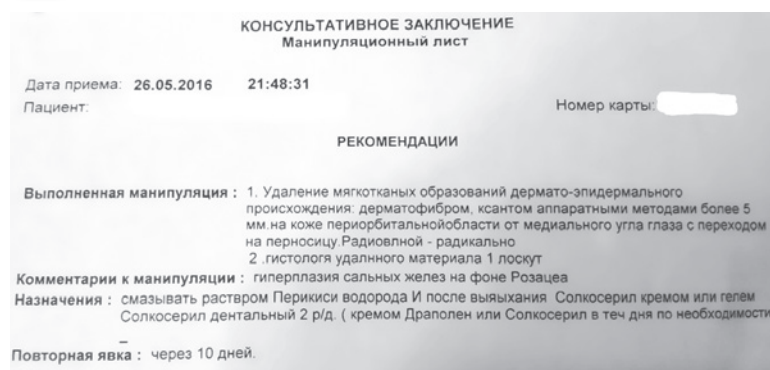


Рис. 2. Выписка после лазерного удаления новообразования кожи (текст оригинальный, орфография сохранена)

Рис. 3 Состояние кожи в области внутренней спайки век правого глаза до лазерной операции

Fig. 2. Discharge record after laser removal of skin lesions

Fig. 3. Skin condition in the nasal canthus area of the right eye before laser surgery



Рис. 4. Гиперемия кожи носа и внутренней трети нижнего века правого глаза

Fig. 4. Skin hyperemia in the nasal area and the medial third of the lower eyelid of the right eye

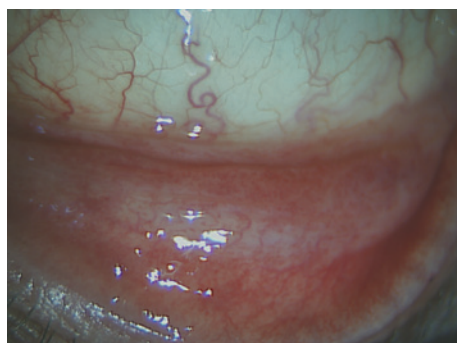


Рис. 5. Состояние конъюнктивы нижнего века при первичном осмотре

Fig. 5. Lower eyelid conjunctiva condition at the time of initial examination

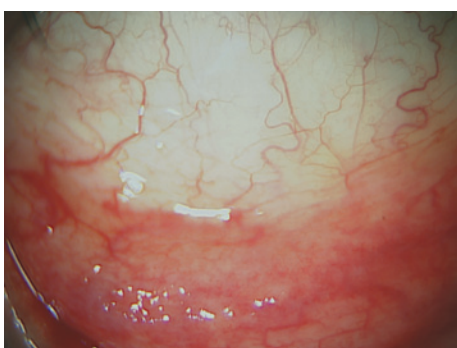


Рис. 6. Состояние конъюнктивы нижнего века через 3 месяца

Fig. 6. Lower eyelid conjunctiva condition after 3 months

В 2016 г. была выполнена лазерная операция по удалению новообразования кожи в области внутренней спайки век правого глаза (рис. 2, 3). По-видимому, мягкотканное образование появилось вследствие хронической механической травмы кожи в данной зоне.

Пациент жаловался на дискомфорт во внутреннем углу правого глаза, где скапливаются белые «острые кристаллы», при этом появляется раздражение кожи носа. Все неприятные ощущения возникают вечером после рабочего дня. В ходе подробной беседы было выяснено, что каждый день вечером, находясь дома, пациент начинает долго вытирать пальцами конъюнктиву нижнего века правого глаза, пытаясь удалить какое-то отделяемое. Через несколько часов (!) таких действий появляются «острые кристаллы» во внутреннем углу правого глаза. Также пациент отмечает, что затем возникают выраженный зуд кожи носа с правой стороны и гиперемия кожи в данной зоне (рис. 4).

При осмотре: острота зрения правого глаза составляла 0,3 с коррекцией 1,0; левого глаза — 0,4 с коррекцией 1,0. Внутриглазное давление (ВГД) правого глаза — 10 мм рт. ст., левого глаза — 10 мм рт. ст. (ВГД всегда измерялось с помощью прибора I-care).

При биомикроскопии: правый глаз — конъюнктива век (рис. 5) и глазного яблока умеренно гиперемирована, мелкие фолликулы рядами на конъюнктиве нижнего века и переходной складке, имеются отдельные белёсые участки атрофии конъюнктивы века, отделяемого нет; левый глаз — конъюнктива не изменена, фолликулов нет, отделяемого нет. В обоих глазах не выявлено патологии со стороны роговицы и глубжележащих отделов. Флюоресцеин не прокрашивал конъюнктиву и роговицу в обоих глазах, но при исполь-

зовании бенгальского розового выявлялись зоны повреждения эпителия бульбарной конъюнктивы правого глаза с носовой стороны и конъюнктивы переходной складки этого же глаза. LIPCOF-тест: степень 2 — на OD, степень 1 — на OS.

На основании анамнеза и клинической картины был поставлен диагноз: «Механический конъюнктивит, синдром „вылавливания“ слизи, синдром сухого глаза на правом глазу». Была рекомендована консультация психиатра. Пациенту также следует отказаться от привычки тереть глаз и повреждать конъюнктиву век. Назначены увлажняющие капли — Хилозар-Комод до 6 раз в день. Врач-психиатр назначил Атаракс 25 мг по 1 таблетке 2 раза в день. Были рекомендованы занятия спортом, разнообразные тренинги преимущественно в вечернее время.

Через 3 месяца после курса психотерапии пациент был повторно осмотрен. Объективно оба глаза: конъюнктива бледно-розового цвета, фолликулов и отделяемого нет, белёсых атрофированных участков конъюнктивы нет, окрашивания бенгальским розовым нет (рис. 6), проба Норна — 10–12 с, LIPCOF-тест — степень 1 на OU.

Пациент старается не трогать правый глаз, понимает, что сам травмирует ткани глаза и кожу носа. Каждый вечер пытается найти какую-либо работу по дому, чтобы отвлечься от навязчивой идеи что-то «вылавливать» из-под века правого глаза. Тем не менее пациент отмечает, что чувствует себя намного лучше впервые за последние шесть лет.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Синдром «вылавливания» слизи — редкое состояние, относящееся к группе механических конъюнктивитов. Пациенты могут длительно страдать от данного заболевания, не обращаясь к врачу, зачастую врач не сразу выявляет данное состояние и поэтому назначает неправильное лечение. При установлении синдрома «вылавливания» слизи рекомендуется назначение лубрикантов, а также лечение у психиатра, так как к данному заболеванию приводит навязчивое желание доставать пальцами отделяемое из конъюнктивального мешка.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Астахов Ю.С., Рикс И.А. Современные методы диагностики и лечения конъюнктивитов. — СПб.: СПбГМУ им. академика И.П. Павлова, 2007. [Astakhov YS, Riks IA. Sovremennyye metody diagnostiki i lecheniya kon'yunktivitov. Saint Petersburg: SPbGMU im. akademika I.P. Pavlova; 2007. (In Russ.)]
2. Рикс И.А. К вопросу диагностики и лечения конъюнктивитов // Современная оптометрия. — 2007. — № 4. — С. 30–33. [Riks IA. To the question of diagnosis and treatment of conjunctivitis. *Sovremennaya optometriya*. 2007;(4):30-33. (In Russ.)]
3. Rapuano JC, Luchs TK, Kim T. Anterior segment. Maryland Heights: Mosby Inc.; 2000.
4. McCulley JP, Moore MB, Matoba AY. Mucus Fishing Syndrome. *Ophthalmology*. 1985;92(9):1262-1265. doi: 10.1016/s0161-6420(85)33873-3.
5. Slagle WS, Slagle AM, Brough GH. Mucus fishing syndrome: case report and new treatment option. *Optometry*. 2001;72(10):634-640.

Сведения об авторах

Инна Александровна Рикс — канд. мед. наук, ассистент кафедры офтальмологии с клиникой Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова. E-mail: riks0503@yandex.ru.

Санасар Сурикович Папанян — аспирант кафедры офтальмологии с клиникой Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова. E-mail: dr.papanyan@yandex.ru.

Павел Андреевич Нечипоренко — канд. мед. наук, ассистент кафедры офтальмологии с клиникой Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова. E-mail: paul_because@mail.ru.

Information about the authors

Inna A. Riks — MD, PhD, Assistant Professor. Ophthalmology Department. Academician I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russia, Saint Petersburg, Russia. E-mail: riks0503@yandex.ru.

Sanasar S. Papayan — MD, Postgraduate Research Student. Ophthalmology Department. Academician I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russia, Saint Petersburg, Russia. E-mail: dr.papanyan@yandex.ru.

Pavel A. Nechiporenko — MD, PhD, Assistant Professor. Ophthalmology Department. Academician I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russia, Saint Petersburg, Russia. E-mail: paul_because@mail.ru.