

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К КОМПЛЕКСНОМУ ЛЕЧЕНИЮ БЛЕФАРИТОВ ДЕМОДЕКОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ

**Хронические блефариты демодекозной этиологии относятся к одним из самых распространенных заболеваний век. Данное заболевание требует длительного, специфического и комплексного лечения. Выявлено 200 пациентов с диагнозом «Демодекозный блефарит». Основной группе было проведено лечение по 4-х дневной схеме с применением «Бензилбензоата», крема «Унидерм» и «Эмолиум». Контрольной группе проведено лечение по 45-дневной схеме с применением спиртовой настойки календулы, геля «Гликодем» и капель «Витабакт». Выявлено, что 4-х дневная схема эффективнее, сокращает сроки лечения и снижает риск рецидивирования.**

**Ключевые слова:** демодекс, клещ демодекс, хронический блефарит, бензилбензоат.

Хронические блефариты и блефароконъюнктивиты остаются чрезвычайно актуальной проблемой в связи с их широкой распространенностью. По данным ряда авторов, среди всех воспалительных заболеваний век блефариты демодекозной этиологии занимают от 39 до 88%. Возбудитель демодекоза обнаруживается на удаленных ресницах у 29% обследованных в возрасте 0–25 лет, у 53% в 26–50 лет, у 67% в 51–90 лет [1].

Демодекоз пока остается до конца не изученным, требующим специфической терапии заболеванием. Современное лечение его в основном симптоматическое и малоэффективное, с высокой частотой рецидивирования.

Вид *Demodex folliculorum hominis* относится к типу членистоногих, классу паукообразных, отряду истинных клещей, семейству железниц.

В настоящее время известно около 65 видов и несколько подвидов клеща. Выделяют две формы клеща, паразитирующего у человека – *Demodex folliculorum brevis* и *Demodex folliculorum longus* [2]. *D. folliculorum longus* имеет удлиненное тело, достигает размеров до 0,04–0,3 мм, *D. folliculorum brevis* в два раза короче. Клещ паразитирует в волосяных фолликулах, протоках сальных и мейбомиевых желез, питается кожным салом, клетками эпителия волосяной луковицы и сальной железы.

Скорость передвижения клеща по поверхности кожи 8–16 мм в час. В одном фолликуле может жить до 25 особей. Клещи более активны в темноте. Максимальную активность они проявляют при температуре +30°C, +40°C, поэтому обострение демодекозного блефарита и блефароконъюнктивита наблюдается чаще в весенне-летний период.

Цикл развития клеща включает в себя 5 стадий: яйцо (60 часов), личинка (36 часов), протонимфа (72 часа), дейтонимфа (60 часов) и имаго – половозрелая особь (12 часов) [6].

Заболевание протекает с периодами обострения и ремиссий, имеет хронический тип течения. Многие относят клеща рода *Demodex* к условно-патогенным организмам [5], которые начинают проявлять свою активность при ослаблении иммунной реакции организма (заболевания желудочно-кишечного тракта, печени, нервной системы, нарушения функции эндокринных желез, стрессы и т. д.) [7]. К основным жалобам при офтальмодемодекозе можно отнести зуд, покраснение глаз, отек и чувство тяжести век, дискомфорт, сухость и трудность открыть глаза после сна. Объективно при проведении биомикроскопии глаз можно обнаружить налет в виде «муфт» на корнях ресниц, поверхностную конъюнктивальную инъекцию, кисты или гипертрофию мейбомиевых желез, наличие скудного серозного или пенистого секрета в конъюнктивальной полости и т. д.

Трудности терапии демодекоза, которая далеко не всегда успешна даже при применении самых эффективных акарицидных препаратов, связаны с особенностью строения покровов клещей. Во внутренних слоях кутикулы отсутствуют поровые каналы, сообщающиеся с внешней средой. По этой причине через кутикулу демоцид затруднено или вообще невозможно прохождение больших молекул экзогенных веществ, в частности акарицидных препаратов контактного действия. Именно этим и объясняются трудности антипаразитарной терапии при демодекозе [3].

Системная терапия демодекозного блефарита включает в себя различные группы антипаразитарных препаратов на основе серы, ихтиола, перметрина, кротамитона, метронидазола и т. д. [4]. Кроме этого, для профилактики присоединения вторичной инфекции необходима местная антибактериальная терапия, десенсибилизирующая терапия (лекролин, опатанол в каплях, цетрин в таблетках), проведение массажа век при дисфункции мейбомиевых желез и местная физиотерапия.

Несмотря на многообразие акарицидных препаратов, проблема демодекозного блефарита остается актуальной из-за низкой эффективности терапии и длительности лечения.

Цель исследования – создание наиболее эффективной и оптимальной схемы лечения демодекозного блефарита с сокращением продолжительности сроков лечения.

### **Материалы и методы**

В Оренбургском филиале «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н.Федорова» Минздрава России в течение 6 месяцев проводилось обследование пациентов, поступивших в отделение консервативной терапии с диагнозом «Хронический блефарит».

Сбор анамнеза проводился целенаправленно с выявлением характерных жалоб на зуд, жжение, покраснение век, чувство дискомфорта в глазах, наличие сезонности, так же выяснялся аллергологический анамнез. С помощью биомикроскопии осуществлялась оценка объективного статуса (отек и гиперемия век, наличие налета в виде «муфт» на ресницах, состояние интермаргинальных краев век, выводных протоков мейбомиевых желез, состояние конъюнктивы и т. д.). Затем проводилось микроскопическое исследование ресниц на выявление клеща рода *Demodex* (взрослых особей, нимф, яиц). Забор ресниц осуществлялся пинцетом по 4 штуки с каждого века с погружением их в каплю иммерсионного масла на предметное стекло и дальнейшей микроскопией.

Среди общего числа обратившихся с диагнозом «Хронический блефарит» (314 человек), выявлено 200 пациентов (63%), у которых после микроскопического исследования обнаружен клещ рода *Demodex*. Из них 161 женщина (80%) и 39 мужчин (20%) различных возрастных групп (от 19 до 83 лет). Минимальное количество кле-

щей в одном препарате составляло: 1 взрослая особь, а максимальное количество 8 клещей на 1 реснице в поле зрения, включая взрослые особи, нимфы и яйца.

Пациенты были разделены на две группы (основная и контрольная) по 100 человек. Основная группа получала курс лечения по предлагаемой нами схеме, включающей в себя препараты «Бензилбензоат 10%» (акарицидное средство, в экзоскелете препарат кумулируется и вызывает гибель клеща через 7–32 минуты, проникает в верхние слои эпидермиса, практически не имеет резорбтивного действия), «Унидерм» (синтетический глюкокортикостероид, обладающий противовоспалительным, противозудным и антиэкссудативным действием) и «Эмолиум-крем» (является лечебным косметическим средством, обеспечивает увлажнение кожи). Лечение проводилось в течение 4-х дней, утром и вечером. На кожу век ватной палочкой наносилась вначале мазь «Бензилбензоат 10%», затем через 20 минут крем «Унидерм», и через 20 минут крем «Эмолиум». Через 2 недели курс лечения повторялся.

В контрольной группе проведен курс терапии по 45-дневной схеме. Дважды в день края век вначале обрабатывались спиртовой настойкой календулы, затем на кожу век наносился гель «Гликодем» (препарат на основе метронидазола 5–7%) и в инстилляциях капли «Витабакт» (производное бигуанидов).

### **Результаты и обсуждение**

В результате проведенного лечения по данным контрольной микроскопии ресниц, у основной группы из 100 пациентов (200 глаз) после первого курса лечения (в течение 4-х дней) у 76 (76%) клещ отсутствовал, а у 24 (24%) человек были обнаружены преимущественно только взрослые особи (в среднем, 1–2 особи на предметном стекле). После проведения повторного курса через две недели в основной группе у 87 (87%) клещ отсутствовал, а у 13 (13%) человек в поле зрения присутствовали 1–2 взрослые особи (диагр.1). Субъективно у 75 (75%) пациентов основной группы наблюдалось улучшение уже на 2–3 сутки после начатого лечения. Объективно: уменьшался отек век и гиперемия конъюнктивы, исчезали зуд и чувство инородного тела в глазах. Отмечено, что клиническая эффективность среди пациентов с положитель-

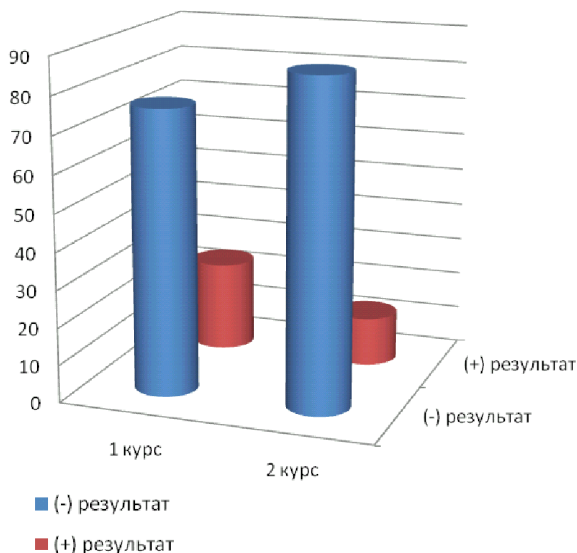


Диаграмма 1. Эффективность применения бензилбензоата после 1-го и 2-го курса лечения

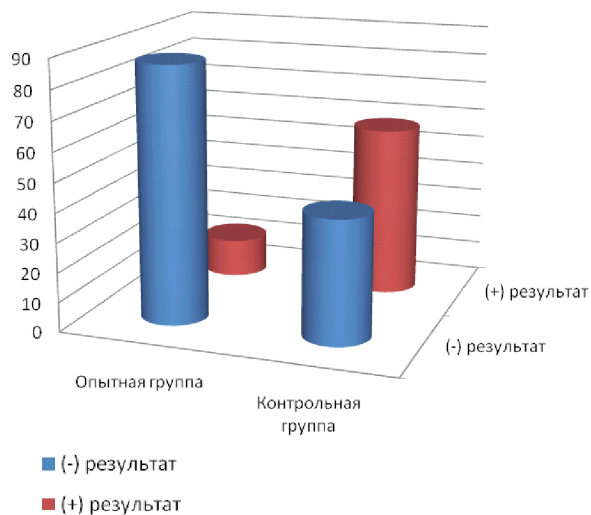


Диаграмма 2. Результаты проведенного лечения

ным результатом микроскопии ресниц после проведенного лечения в основной группе (13 человек) наблюдалась в 9 случаях (70%), а в контрольной группе из 58 случаев, клиническая эффективность была отмечена у 22 пациентов (38%).

При этом в контрольной группе пациентов, получавших универсальную схему лечения в течение 45 дней, по окончании курса только у 42 (42%) результат обследования на демодекоз был отрицательный, и в 58% случаев (58 человек) были обнаружены как взрослые особи, так и нимфы, яйца (от 2 до 8 особей в поле зрения) (диагр.2). Субъективно у 20 (20%) человек наблюдалось улучшение.



Рисунок 1. Яйцо (Ув.: об.10, ок.7)



Рисунок 2. Нимфа (Ув.: об.10, ок.7)



Рисунок 3. Взрослая особь (Ув.: об.10, ок.7)

### Выводы

Сравнительный анализ универсальной и предложенной схем.лечения демодекозного блефарита показал, что наиболее эффективным вариантом является применение мази Бензилбензоат 10%, в сочетании с кремом «Унидерм» и «Эмолиум». Таким образом, обеспечивается сокращение сроков лечения демодекозного блефарита, а также снижается риск рецидивирования.

11.02.2014

**Список литературы:**

1. Азнабаев М.Т., Гумерова Е.И., Мальханов В.Б. Демодекоз глаз. Уфа: Информреклама. – 2004. – 96 с.
2. Акбулатова Л. Х. Патогенная роль клеща Demodex и клинические формы демодекоза у человека // Вестник дерматологии. – 1996. – №2. – С. 57–61.
3. Верхогляд И.В. Современные представления о демодекозе // Лечащий врач. – 2011. – №5. – С. 34-35.
4. Елистратова Л.Л., Нестеров А.С., Потатуркина-Нестерова Н.И. Современное состояние проблемы демодекоза // Успехи современного естествознания. – 2011. – №9. – С. 67-69.
5. Зацепина Н.Д., Майчук Ю.Ф., Семенова Г.Я. Поражение глаз при демодекозе: методические рекомендации. – М.,1983. – 17с.
6. Майчук Ю.Ф. Паразитарные заболевания глаз. – М.: Медицина, 1988. – 287 с.
7. Полушкина Н.Н. Диагностический справочник дерматовенеролога. – М.: АСТ, 2007. – 284 с.

Сведения об авторах:

**Канюков В.Н.**, директор Оренбургского филиала ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н.Федорова» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор

**Банников В.К.**, профессор Оренбургской государственной медицинской академии, доктор медицинских наук,

**Мальгина Е.К.**, врач-офтальмолог Оренбургского филиала ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н.Федорова» Минздрава России