

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ КЕРАТОКОНЬЮНКТИВАЛЬНОГО КСЕРОЗА НА ФОНЕ БЛЕФАРОКОНЬЮНКТИВИТА

УДК 617.711-004.1

ГРНТИ 76.29.56

БАК 14.00.08

© Л. П. Прозорная, В. В. Бржеский

Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия

✧ Патогенез синдрома «сухого глаза» у больных с хроническим блефароконъюнктивитом достаточно многообразен. Вместе с тем, до настоящего времени не изучены особенности диагностики, отсутствуют рациональные подходы к лечению таких пациентов. Обследованы 97 детей и взрослых с хроническим блефароконъюнктивитом и сопутствующим кератоконъюнктивальным ксерозом. Всем выполняли биомикроскопию с использованием витальных красителей, тиаскопию, постановку проб по Норну, Ширмеру и оценку слезного мениска, а также лабораторное исследование флоры век и конъюнктивальной полости.

По результатам анализа клинико-функциональных показателей обследованных установлено, что синдром «сухого глаза» у них протекает в легкой и среднетяжелой клинических формах. Особенно часто и выражено — при гипосекреции мейбомиевых желез у пожилых женщин и детей до 10 лет. Клиническое течение синдрома «сухого глаза» утяжеляет развитие рецидивирующих халязионов. Лечение таких больных включает массаж век, этиотропную терапию, а также мероприятия по поводу ксероза роговицы и конъюнктивы. Выбор препаратов «искусственной слезы» у таких больных ориентирован на характер секреции мейбомиевых желез, наличие токсико-аллергического компонента. Эффект терапии гипосекреторного блефарита дополняет окклюзия слезных канальцев.

✧ **Ключевые слова:** синдром «сухого глаза»; блефароконъюнктивит; диагностика; лечение.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Как известно, у 60–78 % пациентов, страдающих хроническим блефароконъюнктивитом, диагностируют синдром «сухого глаза» (ССГ) [3, 5, 8 и др.]. Эти факты тесно увязываются с полученными Д. Ю. Майчуком (2005) по результатам биохимических исследований слезы и конфокальной микроскопии поверхности глазного яблока сведениями о важной роли хронического воспаления в патогенезе вторичного ССГ [4].

Патогенез ССГ, развивающийся у больных с хроническим блефаритом и блефароконъюнктивитом, достаточно многообразен. Его основу составляет поражение железистых клеток конъюнктивы и свободного края века, а также распространение воспалительного процесса на ткани мейбомиевых желез (в том числе сужение их протоков за счет воспалительного отека и закупорки воспалительным секретом) [10, 11]. Рассматриваются также возможность механического сдавления выводных протоков главной слезной железы вследствие инфильтрации и отека конъюнктивы, а также иммунный механизм снижения слезопродукции [5]. Результатом этих процессов является вторичное нарушение продукции слезы, муцинов и липидов, изменение структуры поверхности глазного яблока и повышение испаряемости прероговичной слезной пленки (СП).

Примечательно, что этиология блефароконъюнктивита в известной мере определяет специфику патогенеза ССГ. Так, при вирусных поражениях механизм развития ССГ дополняется снижением чув-

ствительности роговицы и конъюнктивы. У больных с офтальмохламидиозом — нарушением поверхности наружной эпителиальной мембраны конъюнктивы за счет возникновения на ней фолликулов и участков сосочковой гипертрофии [5]. При демодекозном блефароконъюнктивите ксеротический процесс усугубляется разрушением клещами железистого эпителия желез Цейса и нарушением секреции мейбомиевых желез [1]. Осложнение блефароконъюнктивита рецидивирующими халязионами также утяжеляет течение ССГ. Его причиной служит снижение стабильности СП на почве ее повышенной испаряемости, как вследствие нарушения конгруэнтности век и глазного яблока, так и окклюзии выводных протоков мейбомиевых желез.

Связь хронического блефароконъюнктивита с синдромом «сухого глаза» очевидна. Вместе с тем, до настоящего времени не изучены особенности диагностики, отсутствуют рациональные подходы к лечению таких пациентов. Безусловно, они должны быть ориентированы как на этиологию, клинические проявления блефароконъюнктивита и объем секреции мейбомиевых желез, так и на особенности ССГ: его клинико-функциональные показатели, с учетом многообразия этиопатогенетических форм этого заболевания.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить особенности клинических проявлений и оценить возможности лечения роговично-конъюнк-

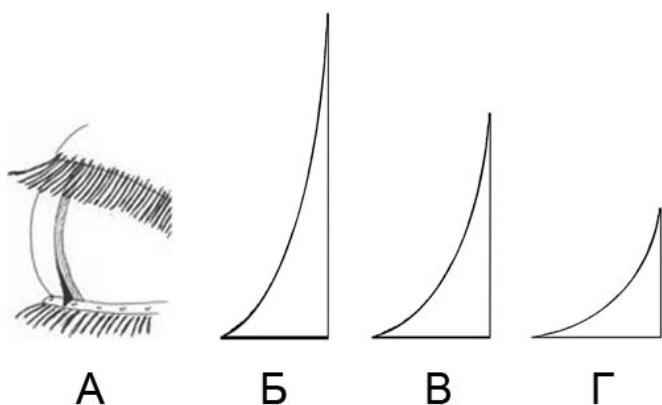


Рис. 1. Оценка индекса слезного мениска: соотношение его высоты (проецируется на глазное яблоко) и основания (проецируется на межреберный край века).

А — оценка слезного мениска в ходе биомикроскопии

Б — индекс слезного мениска 3:1. Повышенная слезопродукция.

В — индекс слезного мениска 2:1. Нормальная слезопродукция.

Г — индекс слезного мениска 1:1. Снижение слезопродукции.

тивального ксероза у больных с хроническим блефароконъюнктивитом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 97 больных с хроническим блефароконъюнктивитом, осложненным ССГ: 65 детей в возрасте 4 мес. — 17 лет и 32 взрослых 17–82 лет. У 32 из них (4 мес. — 30 лет) хронический блефарит был осложнен рецидивирующими халязионами. Контрольные группы включали 20 больных 10–63 лет с изолированными формами артериального ССГ (компьютерный синдром) и 20 — с хроническим блефароконъюнктивитом без признаков ксероза.

Всем больным, наряду с традиционными методами офтальмологического обследования с использованием витальных красителей, определяли стабильность СП по Норну, а с 10 лет обследование дополняли определением суммарной слезопродукции (по Ширмеру) и тиаскопией (Tearscope-plus; Keeler). После постановки пробы по Норну оценивали индекс слезного мениска (отношение его вертикальной и горизонтальной составляющих: рисунок 1), результат выражали в абсолютных величинах.

Всем пациентам, помимо диагностического массажа век и световой микроскопии эпилированных ресниц (с целью обнаружения клещей *Demodex folliculorum* и *Demodex brevis*), выполняли бактериологическое исследование флоры конъюнктивальной полости, а также исследования материала соскоба с конъюнктивы. Последние включали цитологические (окраска по Романовскому—Гимзе), вирусологические (метод иммунофлюоресценции антител (ИФА) к хламидиям и аденовирусу), а при их сомнительном результате — и иммуногистохимические методики.

Таблица 1

Частота развития ксеротических изменений роговицы и конъюнктивы (%) у больных с различными типами секреции мейбомиевых желез (пациенты 10–82 лет)

Возраст (лет)	Гиперсекреция мейбомиевых желез	Гипосекреция мейбомиевых желез	Итого
10–20	13,6	0	13,6
21–40	13,6	4,5	18,1
41–60	9,1	18,2	27,3
Старше 60	22,8	18,2	41,0
Итого	59,1	40,9	100,0

Комплекс лечебных мероприятий включал инстилляции препаратов «искусственной слезы» (низкой вязкости и гелевых), массаж век и этиопатогенетическое лечение блефароконъюнктивита. Наиболее предпочтительными препаратами «искусственной слезы» низкой вязкости явились хило-комод и оксиал, отличающиеся отсутствием консерванта, либо во флаконе (хило-комод), либо в конъюнктивальной полости (оксиал). Гелевый препарат (офтагель, видиск или систем) выбирали, ориентируясь на его эффективность по субъективным и объективным критериям. При отсутствии эффекта больным с ССГ с признаками гипоакримии была выполнена окклюзия слезных канальцев.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При изучении взаимосвязи частоты развития ССГ от типа секреции мейбомиевых желез (табл. 1) установлено, что с возрастом увеличивается частота случаев хронического блефароконъюнктивита как с повышенной, так и (особенно отчетливо) с пониженной секрецией мейбомиевых желез. При этом среди пациентов 10–40 лет в большинстве случаев ССГ связан с гиперсекрецией мейбомиевых желез. В группе же больных 41–60 лет гипосекреторная форма заболевания (18,2 %) преобладает над гиперсекреторной (9,1 %).

Установлено также, что у женщин хронический блефароконъюнктивит, осложненный синдромом «сухого глаза», встречается намного чаще (72,8 %), чем у мужчин (27,2 %). Особенно заметным это различие оказалось у больных с гипосекреторной формой заболевания: удельный вес женщин (31,9 %) оказался в 3,5 раза выше, чем мужчин (9 %).

В зависимости от локализации воспалительных изменений век относительно их межреберного края, согласно Kanski J. J. (2003), выделены группы пациентов с передним, задним и ассоциированным блефаритом. Ксеротические изменения глаз при осложнении хронического блефароконъюнктивита

Таблица 2

Частота обнаружения (%) различных возбудителей у детей с хроническим блефароконъюнктивитом, осложненным ССГ

Сочетание возбудителей	Хронический блефароконъюнктивит + ССГ (выявлены один , либо два возбудителя)				Хронический блефароконъюнктивит + ССГ (выявлены три возбудителя)			Итого
	Демодекс	Золотистый стафилококк	Аденовирус	Хламидии	Аденовирус + золотистый стафилококк	Демодекс + аденовирус	Демодекс + золотистый стафилококк	
Демодекс	33,3 %	8,3 %	0 %	8,3 %	8,3 %	—	—	58,2 %
Золотистый стафилококк	8,3 %	16,7 %	0 %	16,7 %	—	8,3 %	—	50,0 %
Аденовирус	0 %	0 %	8,3 %	0 %	—	—	8,3 %	16,6 %
Хламидии	8,3 %	16,7 %	0 %	33,3 %	0 %	0 %	0 %	58,3 %

Таблица 3

Частота обнаружения (%) различных возбудителей у больных (10–82 лет) с хроническим блефароконъюнктивитом, осложненным ССГ

	Демодекс	Золотистый стафилококк	Аденовирус	Хламидии	Итого
Демодекс	24,3 %	2,7 %	8,1 %	5,4 %	40,5 %
Золотистый стафилококк	2,7 %	8,1 %	0 %	2,7 %	13,5 %
Аденовирус	8,1 %	0 %	2,7 %	2,7 %	13,5 %
Хламидии	5,4 %	2,7 %	2,7 %	5,4 %	16,2 %

рецидивирующими халaziaми чаще наблюдались при задних и ассоциированных формах блефарита (28 из 32 больных; 87,5 %), особенно при снижении секреции мейбомиевых желез: 20 (71,4 %). Гиперсекреция отмечена в 2,5 раза реже. Примечательно, что одну треть пациентов данной группы составили дети младше 3 лет обоего пола. Причем у всех них присутствовала аллергическая реакция со стороны конъюнктивы, сопутствующая ксерозу. Следующие возрастные «пики» заболеваемости ССГ на фоне осложненных форм блефароконъюнктивита отмечены в 8–9 лет — (8 больных; 25 %) и 30–31 год — 6 (18,6 %). Примечательно, что в первом случае он совпадал с периодом пубертатных гормональных изменений в организме, а во втором — с кормлением грудью либо недавним его прекращением (сроком до 6 мес.) у 4 из 6 обследованных пациенток. Возможно, эти обстоятельства связаны с особенностями эндокринной регуляции секреции мейбомиевых желез, активно обсуждаемой в литературе [9]. В целом же частота случаев хронического блефароконъюнктивита, осложненного ССГ, увеличивается с возрастом пациентов.

Следующий этап работы был посвящен изучению этиологических факторов хронического блефароконъюнктивита в разных группах обследованных. Его возможные возбудители обнаружены у 24 из 28 детей в возрасте до 10 лет с хроническим блефаритом, осложненным ССГ (75 %). Примечательно, что демодекс, хламидии и золотистый стафилококк присутствовали практически с одинаковой частотой: в 58,2 %, 58,3 % и 50,0 % случаев соответственно (табл. 2). Как правило, они встречались изолированно (чаще — демодекс (33,3 %) и хламидии (33,3 %)),

либо сочетались между собой (преимущественно хламидии с золотистым стафилококком: 16,7 %).

Возможная причина блефароконъюнктивита у детей более старшего возраста (табл. 3) определена в 64,9 % случаев (n = 24), в том числе демодекс — в 15 (40,5 %). Хламидии (7 больных, 16,2 %), а также золотистый стафилококк (5; 13,5 %) обнаружены в 2,5–3 раза реже. Хроническая аденовирусная инфекция в обеих возрастных группах имеет значительно меньшее значение.

Сходные результаты получены и при обследовании пациентов с ССГ на фоне блефароконъюнктивита, осложненного развитием халазиев. Инфекционно-паразитарные агенты выявлены у 24 таких больных (75,0 %): демодекс, хламидии и золотистый стафилококк были обнаружены с частотой в 58,3 %, 25,0 % и 50,0 %, соответственно. Аденовирус был выявлен заметно реже (2 больных; 8,3 %).

При цитологическом исследовании материала соскоба с конъюнктивы обследованных, помимо изменений, специфичных для воспалительного процесса инфекционной природы, обнаружено разрыхление эпителия, вплоть до единичных эпителиоцитов во всех полях зрения, изменение их формы до полигональной, нарушение соотношения ядро : цитоплазма до 1:2 — 1:3, изредка — пикнотизация ядер (рис. 2–4). Выявленные изменения характерны для начальной стадии «сухого» кератоконъюнктивита [7]. В целом анализ полученных цитогамм свидетельствует об информативности цитологического метода для диагностики ССГ у больных с хроническим блефароконъюнктивитом.

В таблицах 4–6 рассмотрены клинические признаки ССГ, выявленные у больных с задним бле-

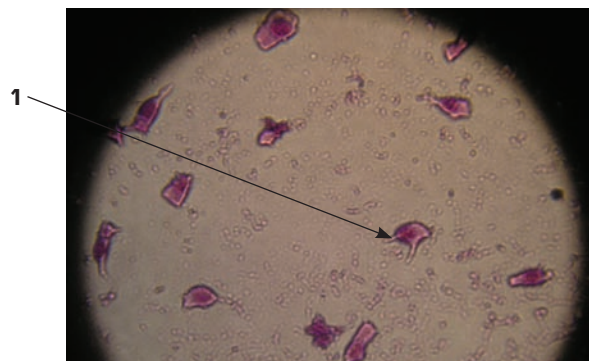


Рис. 2. Цитограмма пациента Ж., 11 лет. Диагноз: ССГ (кратоконъюнктивальный ксероз) на фоне хр. блефароконъюнктивита (ХБ) смешанной этиологии (золотистый стафилококк + аллергический компонент) с гипосекретцией мейбомиевых желез.

Разрыхление эпителия с единичными эпителиоцитами в поле зрения, изменение их формы вплоть до полигональной (1). Изменение соотношения ядро-цитоплазма в сторону 1:2 в некоторых эпителиальных клетках. Экссудат отсутствует.

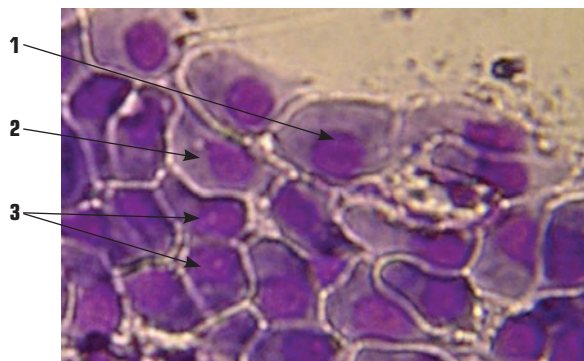


Рис. 3. Цитограмма пациента П., 22 года. Диагноз: ССГ (кратоконъюнктивальный ксероз на фоне ХБ аденовирусной природы).

Эпителиоциты сохранены, часть их округлой формы (1), с деструкцией цитоплазмы (2), соотношением ядро-цитоплазма в сторону 1:3 в некоторых эпителиальных клетках. Центральная вакуоль ядра («штампованные ядра») (3), что специфично для аденовирусных поражений. Экссудат отсутствует.

Таблица 4

Частота субъективных проявлений ССГ (%) у больных с хроническим блефароконъюнктивитом при различной активности мейбомиевых желез

Характер предъявляемых жалоб и их специфичность	Состояние мейбомиевых желез при хроническом блефароконъюнктивите + ССГ	
	Гиперсекреция (n = 22)	Гипосекреция (n = 15)
1. Специфические		
Болевая реакция на инстилляцию в конъюнктивальную полость индифферентных глазных капель	45,5	80,0
Плохая переносимость ветра, кондиционированного воздуха, дыма и т. п.	55,6	73,3
Ощущение «сухости» в глазу	13,6	33,3
2. Параспецифические		
Ощущение «инородного тела» в конъюнктивальной полости	81,8	86,7
Ощущение «жжения» и «рези» в глазу	22,7	66,7
Ухудшение зрительной работоспособности к вечеру	18,2	20,0
Светобоязнь	22,7	33,3
Колебания остроты зрения в течение рабочего дня	13,6	6,7
Слезотечение	77,3	13,3

Таблица 5

Частота обнаружения объективных признаков ССГ (%) у больных с хроническим блефароконъюнктивитом при различной активности мейбомиевых желез

Характер объективных признаков ССГ и их специфичность	Состояние мейбомиевых желез при хроническом блефароконъюнктивите + ССГ	
	Гиперсекреция (n = 22)	Гипосекреция (n = 15)
1. Специфические		
Уменьшение или отсутствие у краев век слезных менисков	0	86,7
Появление конъюнктивального отделяемого в виде слизистых «нитей»	4,5	33,3
Появление эпителиальных нитей на роговице	0	20,0
Медленное «разлипание» тарзальной и бульбарной конъюнктивы при оттягивании нижнего века	0	46,7
2. Параспецифические		
Локальный отек бульбарной конъюнктивы с «наползанием» на свободный край века	59,1	93,3
«Вялая» гиперемия конъюнктивы	54,5	73,3
Наличие включений, «загрязняющих» слезную пленку	86,4	80,0
Изменения эпителия роговицы дегенеративного характера	13,6	53,3

Таблица 6

Частота субъективных проявлений и объективных признаков ССГ (%) у больных с компьютерным синдромом (контрольная группа, n = 20)

Характер предъявляемых жалоб и их специфичность	%	Характер объективных признаков ССГ и их специфичность	%
1. Специфические			
Болевая реакция на инстилляцию в конъюнктивальную полость индифферентных глазных капель	90,0	Уменьшение или отсутствие у краев век слезных менисков	90,0
Плохая переносимость ветра, дыма, кондиционированного воздуха и т. п.	80,0	Появление конъюнктивального отделяемого в виде слизистых «нитей»	80,0
Ощущение «сухости» в глазу	80,0	Появление эпителиальных нитей на роговице	35,0
		Медленное «разлипание» тарзальной и бульбарной конъюнктивы при оттягивании нижнего века	55,0
2. Параспецифические			
Ощущение «инородного тела» в конъюнктивальной полости	100,0	Локальный отек бульбарной конъюнктивы с «наполнением» на свободный край века	100,0
Ощущение «жжения» и «рези» в глазу	100,0	Наличие включений, «загрязняющих» слезную пленку	90,0
Ухудшение зрительной работоспособности к вечеру	85,0	«Вялая» гиперемия конъюнктивы	100,0
Светобоязнь	85,0	Изменения эпителия роговицы дегенеративного характера	85,0
Колебания остроты зрения в течение рабочего дня	75,0		
Слезотечение	0		

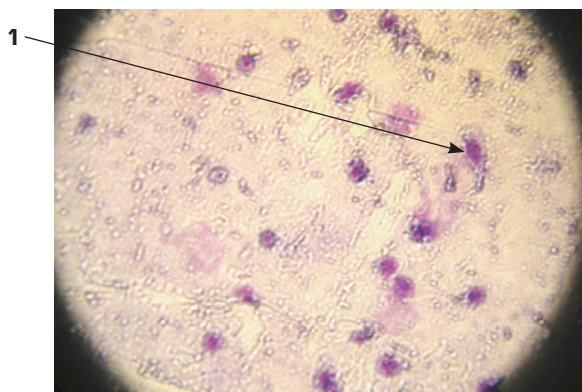


Рис. 4. Цитограмма пациента Ш., 17 лет. Диагноз: ССГ на фоне ХБ бактериальной природы (золотистый стафилококк) с гипосекрецией мейбомиевых желез.

Выраженное разрыхление эпителия с единичным полигональным эпителиоцитом (1) в поле зрения. Значительный (более 10 клеток в поле зрения) нейтрофильный экссудат с признаками распада его клеток, что специфично для бактериальных процессов.

фаритом. Все симптомы традиционно разделены на специфические (патогномоничные) и неспецифические для ССГ [2].

Установлено, что у больных с хроническим блефароконъюнктивитом субъективные проявления и объективные признаки роговично-конъюнктивального ксероза сходны с таковыми у пациентов с ССГ на почве монитормого (компьютерного) синдрома (контрольная группа). Вместе с тем в большинстве своем они встречались заметно реже и с меньшей выраженностью, чем в контрольной группе. Лишь слезотечение у больных с блефароконъюнктивитом наблюдалось намного чаще, чем в контрольной группе пациентов с ССГ. В целом ССГ у пациентов

с хроническим блефароконъюнктивитом протекает в легкой и среднетяжелой клинических формах.

Установлено также, что у пациентов со снижением секреции мейбомиевых желез большинство перечисленных в таблицах 4–6 клинических признаков ССГ наблюдались значительно чаще, чем у больных с гиперсекрецией липидов. Слезостояние, слезотечение и загрязнения (комочки слизи, элементы секрета мейбомиевых желез) в прероговичной слезной пленке чаще отмечены при гиперсекреторной форме заболевания.

При рецидивирующих халязионах клинические признаки роговично-конъюнктивального ксероза обнаружены у 26 из 32 больных (81,3 %) и достоверно не отличались по частоте от таковых в контрольной группе больных с ССГ. Вместе с тем они оказались более выраженными, чем на фоне компьютерного синдрома.

В целом ССГ у больных с блефаритом, осложненным халязионами, так же, как и в основной группе пациентов, протекает в легкой и среднетяжелой форме. Выраженность клинических признаков ксероза у них тем больше, чем ниже секреция мейбомиевых желез, объемнее и многочисленнее халязионы, продолжительнее заболевание. Большое значение имеют грануляционные разрастания конъюнктивы и наличие плотных конкрементов в протоках мейбомиевых желез, дополнительно травмирующих роговицу.

Оценка тиаскопии проводилась с использованием эталонного набора фотографий поверхности глазного яблока в поляризованном свете, каждая из кото-

Таблица 7

Некоторые функциональные показатели, характеризующие продукцию и стабильность прероговочной слезной пленки у больных с различными клиническими формами хронического блефароконъюнктивита, осложненного ССГ

Функциональные показатели	Типы секреции мейбомиевых желез		ССГ (контроль, n = 20)	Хронический блефароконъюнктивит без признаков ССГ (контроль, n = 20)
	Гиперсекреция (n = 22)	Гипосекреция (n = 15)		
Стабильность слезной пленки, с	$5,8 \pm 0,2^{**}$	$5,4 \pm 0,1^{**}$	$7,9 \pm 1,3$	$10,5 \pm 1,3$
Суммарная слезопродукция, мм/5мин	$15,6 \pm 1,4$	$8,9 \pm 1,0^{**}$	$18,7 \pm 1,5$	$16,1 \pm 2,9$
Индекс слезного мениска*	$2,0 \pm 0,2$	$1,1 \pm 0,2^{**}$	$2,1 \pm 0,3$	$2,3 \pm 0,2$
Примечание: * — Объяснения в тексте. ** — Различия по сравнению с показателями возрастной нормы статистически значимы; $p < 0.05-0.001$				

рых соответствовала определенным показателям толщины липидного слоя слезы. Установлено, что хронический блефароконъюнктивит у больных со снижением секреции мейбомиевых желез в 76,3 % случаев проявлялся выраженным истончением липидного слоя слезы (до 13–50 нм), и лишь в 23,7 % случаев отмечена толщина липидного слоя более 180 нм. Напротив, при гиперсекреторной форме заболевания у 81,3 % больных рассматриваемый показатель превысил 200 нм и лишь у 18,7 % оказался в пределах нормы (90–140 нм). В первом случае наблюдались липидные скопления, которые равномерно не распределялись по поверхности глазного яблока и присутствовали в виде загрязнений СП, вызывая соответствующие жалобы пациентов.

По результатам функционального обследования больных с хроническим блефароконъюнктивитом, осложненным ССГ, установлено достоверное снижение стабильности СП как при гипосекреции, так и при гиперсекреции мейбомиевых желез — до $5,4 \pm 0,1$ с и $5,8 \pm 0,2$ с, соответственно (различия по сравнению с аналогичными показателями при хроническом блефароконъюнктивите, не осложненном ксерозом, статистически значимы; $p < 0,001$; таблица 7). В то же время достоверное уменьшение слезопродукции зафиксировано лишь у больных с гипосекрецией мейбомиевых желез ($p < 0,05$). У пациентов с гиперсекреторным блефароконъюнктивитом слезопродукция оставалась нормальной ($p > 0,05$).

Достаточно информативным показателем функционального состояния слезной пленки оказался индекс слезного мениска. Его статистически достоверное уменьшение также отмечено у больных с гипосекрецией мейбомиевых желез ($p < 0,01$). Отмечена сильная положительная корреляция индекса слезного мениска и суммарной слезопродукции ($r = 0,79$; $p < 0,01$).

Сходные изменения функциональных показателей отмечены и у больных с хроническим блефароконъюнктивитом, осложненным рецидивирующими халазиями. В частности, стабильность прероговочной СП составила у них $5,4 \pm 2,1$ с, суммарная

слезопродукция — $8,8 \pm 2,2$ мм. У всех таких больных был выявлен неравномерный, резко деформированный и местами отсутствующий слезный мениск, связанный с изменениями края века.

Лечение пациентов было направлено в отношении как блефароконъюнктивита, так и синдрома «сухого глаза». Наиболее эффективные мероприятия, апробированные нами в ходе исследования, рассмотрены ниже.

Высокую результативность продемонстрировала методика лечебного массажа век (компрессия ресничного края век между ногтевыми пластинками больших пальцев врача). До и после процедуры выполняли обработку краев век спиртосодержащим раствором (АХД-2000). Массаж завершали закапыванием видисика. Процедуру выполняли 7–10 раз, 1 раз в 2 дня.

Установлено, что 25 взрослых пациентов (78,1 %) уже после третьей процедуры массажа отметили уменьшение выраженности субъективных признаков блефароконъюнктивита. Секрет мейбомиевых желез становился менее густым, а последующие процедуры массажа облегчались за счет уменьшения отека век. У всех больных с гиперсекреторным блефароконъюнктивитом отмечена нормализация функции мейбомиевых желез, за счет регулярной элиминации их измененного секрета. Это сопровождалось уменьшением выраженности липидных загрязнений СП и раздражающего действия секрета на кожу век.

Этиологическое лечение хронического блефароконъюнктивита предусматривало применение препаратов, ориентированных на результаты лабораторных исследований. При офтальмохламидиозе назначали инстилляцию фторхинолоновых антибиотиков (флоксал, офтаквикс и др.) с дополнительным пероральным введением сумамеда (курсовая доза 3,0 г в течение 9 сут.). При аденовирусной инфекции лечение дополняли инстилляциями полудана. Терапию бактериальной инфекции ориентировали на чувствительность микрофлоры к антибиотикам, с дополнительным использованием

Таблица 8

Эффективность использования некоторых препаратов искусственной слезы при хроническом блефароконъюнктивите, осложненном ССГ

Название препарата	Стабильность слезной пленки, с		Суммарная слезопродукция, мм/5мин		Индекс слезного мениска*	
	А	Б	А	Б	А	Б
Видисик	$6,1 \pm 0,2$	$9,1 \pm 0,2$	$15,8 \pm 1,2$	$11,3 \pm 0,2$	$2,0 \pm 0,1$	$2,1 \pm 0,1$
Хило-комод	$6,0 \pm 0,4$	$6,2 \pm 0,1$	$14,3 \pm 0,8$	$9,4 \pm 0,1$	$1,9 \pm 0,3$	$1,8 \pm 0,2$

Примечание: * — Объяснения в тексте.
 А — Гиперсекреция мейбомиевых желез.
 Б — Гипосекреция мейбомиевых желез.

хлорофиллипта местно на уровне рото- и носоглотки (2%-й масляный раствор) и внутрь (1%-й спиртовой раствор). В случае обнаружения демодекса назначали обработку краев век спиртовыми настоями прополиса или полыни горькой с последующим нанесением блефарогеля-2 (в течение 3 недель) либо метрогила, а затем — блефарогеля-1. При необходимости дополнительно назначали метронидазол внутрь 2 курсами по 10 дней с 10-дневным перерывом. Курс лечения составлял 1,5 месяца, с учетом жизненного цикла клеща, с последующим лабораторным контролем.

Эффективность лечения повышалась при соблюдении гипоаллергенной диеты, ведении пищевого дневника (особенно у детей), а также использовании антиаллергических средств (задитен, опатанол или лекролин в инстилляциях и кетотифен внутрь: минимальный курс — 1,5 мес.), энтеросорбентов (зостерин: 2 курса по 10 дней с перерывом 1 мес.) и биопрепаратов.

Все пациенты с ССГ на почве хронического блефароконъюнктивита получали препараты «искусственной слезы». У больных с гипосекрецией мейбомиевых желез более эффективным препаратом оказался видисик, а при наличии токсико-аллергической реакции — хило-комод. На фоне их применения отмечено повышение стабильности СП на $3,7 \pm 0,1$ и $3,4 \pm 0,2$ с, увеличение общей слезопродукции на $2,6 \pm 0,3$ и $3,7 \pm 1,1$ мм и индекса слезного мениска — на $1,0 \pm 0,3$ и $0,9 \pm 0,2$ соответственно (см. табл. 7 и 8).

Окклюзия слезных канальцев потребовалась в 8 случаях. Показаниями к ней служили выраженные субъективные ощущения у пациентов со снижением слезопродукции, несмотря на проводимое лечение. Однократная временная окклюзия слезных канальцев была выполнена трем пациентам (37,6 %). У 5 больных временные коллагеновые obturatory применялись неоднократно (2–3 раза), каждые 3 недели, одновременно с проведением рассмотренных выше терапевтических мероприятий.

ВЫВОДЫ

1. Синдром «сухого глаза» у больных с хроническим блефароконъюнктивитом протекает в легкой и среднетяжелой клинических формах, притом особенно часто и выражено — при гипосекреции мейбомиевых желез.
2. Наиболее часто синдромом «сухого глаза» осложняется хроническим блефароконъюнктивитом демодекозной и хламидийной этиологии.
3. Обследование пациентов с хроническим блефароконъюнктивитом целесообразно дополнить тиаскопией, постановкой проб по Норну и Ширмеру, а также оценкой высоты и профиля слезного мениска.
4. В лечении хронического блефароконъюнктивита, осложненного ССГ, эффективны массаж век, этиотропная терапия, препараты «искусственной слезы» и obturatory слезных канальцев. Выбор методов лечения должен быть ориентирован на этиологию блефарита и характер секреции мейбомиевых и слезных желез.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Азнабаев М. Т. Демодекоз глаз / Азнабаев М. Т., Мальханов В. Б., Гумерова Е. И. — Уфа: Уфимский НИИ ГБ: Информ-реклама, 2004. — 94с.
2. Бржеский В. В. Роговично-конъюнктивальный ксероз (диагностика, клиника, лечение). Изд. 2-е, част. перераб. и доп. / Бржеский В. В., Сомов Е. Е. — СПб.: изд-во «Левша. Санкт-Петербург», 2003. — 120 с.
3. Бржеский В. В. Синдром «сухого глаза»: современные возможности диагностики и лечения / Бржеский В. В., Сомов Е. Е., Прозорная Л. П. // Современные проблемы детской офтальмологии: Материалы юбилейной науч. конф., посвященной 70-летию основания первой в России кафедры детской офтальмологии: Сб. науч. статей. — СПб., «Пиастр», 2005. — С. 208–210.
4. Майчук Д. Ю. Клинико-экспериментальное доказательство роли воспаления в патогенезе вторичного «сухого глаза» / Майчук Д. Ю. // Современные методы диагностики и лечения заболеваний слезных органов: Материалы науч. практ. конф.: Сб. науч. статей. — М., 2005. — С. 209–215.

5. Майчук Ю. Ф. Синдром «сухого глаза» как следствие перенесенных офтальмоинфекций / Майчук Ю. Ф., Яни Е. В., Вахова Е. С. // Актуальные вопросы офтальмологии: Материалы юбилейн. Всероссийской науч.-практ. конф., посвящ. 100-летию Гор. глаз. больницы им. В. А. и А. А. Алексеевых — Московского НИИ ГБ им. Гельмгольца: Сб. науч. тр. — М., 2000. — С. 35–36.
6. Мальханов В. Б. Сравнительное морфологическое изучение тарзokonъюнктивальной ткани при некоторых конъюнктивитах / Мальханов В. Б. // Новые технологии в офтальмологии: Сб. науч. тр. — Уфа, 2000. — С. 231–235.
7. Павлив А. Б. Синдром Сьегрена: офтальмологические, иммуногистохимические и патоморфологические критерии диагностики: Дис. канд. мед. наук: 14.01.18. — Одесса, 2005. — 161 с.
8. Полунина Е. Г. Клиника и лечение блефароконъюнктивальной формы синдрома «сухого глаза» / Полунина Е. Г., Каспарова Е. А., Забегайло А. О. // Офтальмол. журнал. — 2006. — № 3 (II). — С. 111–113.
9. Androgen influence on the meibomian gland / Sullivan D. A., Sullivan B. D., Ullman M. D. et al. // Invest. Ophthalmol. Vis. Sci. — 2000. — Vol. 41, N 12. — P. 3732–3742.
10. Junk A. K. Topical administrations of metronidazole gel as an effective therapy alternative chronic Demodex blepharitis report / Junk A. K., Lucask A., Kampik A. // Klin. Monatsbl. Augenheilk. — 1998. — Vol. 213, N 1. — P. 48–50.
11. Kaercher T. Blefaritis definition diagnostic therapie / Kaercher T. // Zentralbl. pract. Augenheilk. — 1998. — N 11. — P. 429–439.

PARTICULAR FEATURES OF THE DRY EYE SYNDROME CLINICAL COURSE AGAINST THE BACKGROUND OF BLEPHAROCONJUNCTIVITIS

Prozornaya L. P., Brzheskiy V. V.

✧ **Summary.** The pathogenesis of “dry eye” syndrome in patients with the chronic blepharoconjunctivitis is very multiform. But until now the particulars of diagnostics are unstudied and there are no rational standards how to treat such patients. We investigated group of 97 children and adults with the chronic blepharoconjunctivitis and concomitant dry eye syndrome. We decided that it is rational to add tearskopy, Norn and Schirmer tests and tear meniscus estimation to the diagnostic standard for the such kind of patients. Patients with the dry eye syndrome should be investigated in complex with the laboratory examination to exclude infection component in dry eye syndrome pathogenesis and to found dominant pathogenic process on the cytological level. “Dry eye” syndrome in such patients usually is of light and medium severity, especially during meibomian glands dysfunction in elderly women and children before 10 years of age. The selection of “artificial tear” medication in “dry eye” syndrome patients with the chronic blepharoconjunctivitis should consider the character of meibomian glands secretion, toxico-allergic components and the tear channels occlusion may be necessary in some cases.

✧ **Key words:** “Dry eye” syndrome; blepharoconjunctivitis; diagnostic; treatment.

Сведения об авторах:

Прозорная Людмила Петровна, очный аспирант, кафедра офтальмологии, Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия, 194100, Санкт-Петербург, Литовская ул., д. 2, e-mail: brzh@mailbox.alkor.ru

Бржеский Владимир Всеволодович, д. м. н., профессор, заведующий, кафедра офтальмологии, Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия, 194100, Санкт-Петербург, Литовская ул., д. 2, e-mail: brzh@mailbox.alkor.ru