

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БЛЕФАРИТОВ, ВЫЗВАННЫХ ДЕМОДЕКСОМ

Бахритдинова Ф.А.-заведующая кафедры Глазных болезней Ташкентской
Медицинской Академии, д.м.н., профессор.

Курьязова З.Х. –аспирант кафедры Глазных болезней Ташкентской
Медицинской Академии.

Ташкент, Узбекистан

Resume: The efficiency of preparation Fensulkal is investigated in the present work. Comparison of efficiency of traditional therapy with treatment Fensulkal at 48 patients has been carried out. It is proved, that the present preparation in a combination with acaricide therapy promotes the prompt recovery of patients with ophtalmodemodectosis.

До настоящего времени удельный вес больных с воспалительными заболеваниями переднего отрезка глаз достаточно высок. Значительную часть их вызывает условно-патогенный паразит-клещ рода *Demodex folliculorum*.

Demodex folliculorum – клещ железницы встречается наиболее часто и обнаруживается только у человека в волосяных фолликулах, сальных железах и вне хозяина его размножение прекращается. Клещ *Demodex folliculorum* имеет удлиненное тело и достигает размеров 0.27-0.48; 0.048 – 0.064мм. Клещ питается секретом сальных желез, и цитоплазмой эпителиальных клеток (Н.Т. Азнабаев, В.Б. Мальханов, Е.И. Гумерова, 2003г).

По данным Norn M.S в ресничных фолликулах верхних век демодекс встречается реже, чем на нижних веках. В результате длительно существующего симбиоза между клещами и хозяином, клинические проявления демодекоза отсутствуют и диагностируются как бессимптомное

носительство. Однако, под влиянием эндо-и экзогенных факторов, равновесие нарушается и возникают клинические проявления офтальмодемодекроза, чаще всего в 39-45% возникает демодекозный блефароконъюнктивит (Березнюк Л.Г., Сахович В.К., 1995г).

Тем не менее, несмотря на высокую распространенность офтальмодемодекроза, известные методы лечения его не всегда эффективны. Большой интерес представляют собой препараты местного действия, которые при раннем применении усиливают действие этиопатогенетически обоснованных медикаментозных средств.

Сотрудниками нашей клиники разработан и апробирован новый нестероидный противовоспалительный препарат Фенсулгал, разрешенный к применению в офтальмологической практике Фармкомитетом РУз (патент № IDP 20020078 от 25.07.2002г). Фенсулгал – 0.5% глазная мазь: калиевая соль 2-фенил, 2-окси-натрий сульфонат уксусной кислоты. Обладает выраженным противовоспалительным, противоязвенным, антимикробным и антиоксидантным действием, которые в совокупности важны для лечения многих воспалительных заболеваний глаз. Эффективность препарата Фенсулгал в клинических исследованиях оценивали в сравнении с 0.5% глазной мазью гидрокортизона. Исследования проведенные авторами (Бахритдинова Ф.А., Закиров А.У., 2003г) показали, что Фенсулгал имеет ряд преимуществ: он не оказывает иммунодепрессивного действия, не потенцирует вторичную инфекцию, не задерживает репаративные процессы, уменьшает массу гранулематозной ткани.

В связи с вышеуказанным, целью настоящего исследования явилась изучение эффективности препарата Фенсулгал – 0.5% глазная мазь, при лечении блефароконъюнктивитов демодекозной этиологии.

Материалы и методы. Всем больным (48 человек) проведено офтальмологическое исследование, а также микробиологическая диагностика на наличие демодекроза. (У всех 100% больных выявлен клещ демодекс в количестве от 8 до 12 штук). Обследованные больные

блефароконъюнктивитом в возрасте 20-58 лет, находились на амбулаторном и стационарном лечении в отделение глазных болезней ТМА. Лабораторные исследования проводились НИИ Дерматологии РУз.

В зависимости от местного лечения больные были разделены на две группы:

1-ая группа – 28 человек, получивших местное лечение препаратами 1% мазь Метронидазола и Фенсулгал 0.5% глазная мазь, Метронидазол 250мг таблетки по 2 раза в течение 2 недель, Нейроксалин 0,05 по 2 таблетки по 4 раза/сутки в течение 5 дней, Декарис 150мг таблетки по 1 таблетки в течение 3 дней.

2-ая группа – 20 человек, получивших местное лечение препаратами 1% мазь Метронидазола и 0.5% глазная мазь Гидрокортизона.

Местное лечение всем больным проводилось 6 раз в день в течение 1-2 недели и сопровождающийся массажем век, и 3 раза в день в течение 3-4 недели. Местное лечение проводилось всем больным на фоне системного лечения, состоящего из Метронидазола 250мг таблетки по 2 раза в течение 2 недель.

Результаты лечения: Клинические проявления блефароконъюнктивита сопровождались дисфункцией мейбомиевых желез, сальных и желез Цейса, мелкочешуйчатым шелушением век. Кожа краев гиперемирована, при надавливании и массаже век из устья мейбомиевых желез выделяется густое сливкообразное отделяемое, отмечают дистрофические изменения ресниц.

В результате проведенного лечения в 1-ой группе больных из 28 у 20 (71.4%) в конце первого месяца лечения отмечается заметное улучшение клинических проявлений – интермаргинальное пространство очистилось и сузилось, гиперемия отсутствует, отек спал, конъюнктивальная инъекция отсутствует. При микробиологическом исследовании ресниц на демодекоз - клещ не выявлен.

У 8 больных (28.6%) - сохранился незначительный отек интермаргинального пространства и конъюнктивальная инъекция, однако выделение секрета из мейбомиевых желез при надавливании на них

прекратилось, рост ресниц правильный, при микробиологическом исследовании демодекс не выявлен.

Во второй группе пациентов только у 14 больных (70%) отмечается заметное улучшение клиники аналогичное 1-ой группе больных, с соответствующими результатами микробиологических исследований. В 6 случаях (30%) особых улучшений клинических проявлений не произошло, при отсутствии на эпилированных ресницах клещей демодекса.

Таким образом, сравнительные наблюдения эффективности лечения больных с офтальмодемодекозом выявили значительную эффективность препарата Фенсулгал в сочетании с Трихополом. Эти результаты сопоставимы с эффективностью традиционного лечения, а в некоторых случаях даже превосходят его.

Препарат Фенсулгал при его использовании совместно с акарицидным лечением, значительно повышает эффективность последнего, способствуя тем самым скорейшему выздоровлению больных с офтальмодемодекозом.

Список литературы

1. Азнабаев М.Т., Малханов В.Б., Гумерова Е.И. Демодекоз глаз // Клиническая офтальмология 2003, №1, Том 4, стр. 7-10.

2. Бахритдинова Ф.А., Закиров А.У. Современные принципы фармакотерапии ожогов глаз и их пути оптимизации // Методические рекомендации Ташкент – 2005, С. 12
3. Березнюк Л.Г., Сахович В.К. Наш опыт комплексного лечения демодекоза // Офтальмологический журнал – 1995, №3, стр. 186-187.
4. Майчук Ю.Ф. Паразитарные заболевания глаз // Москва, «Медицина», 1988, стр.219-244.
5. Norn M.S. Demodex folliculorum. Incidence, regional distribution, pathogenicity. Dan Med Bull 1971; 18; 14-17.