

С.А. Рыков, д.м.н., профессор, О.В. Петренко, д.м.н., И.В. Шаргородская, к.м.н.,  
Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика, г. Киев

## Значение гигиены век в лечении демодекозного блефарита

**Блефариты, по мнению многих исследователей, относятся к наиболее распространенным глазным заболеваниям; это широкий спектр поражений век как острого, так и хронического характера (рис. 1) [3]. Больные с указанной патологией занимают первое место среди пациентов, которые обращаются на амбулаторный прием, – 25,3% (в Украине – около 4 млн в год) [2].**

Главная проблема в лечении блефаритов связана с тем, что, как правило, они имеют хронический характер и трудно поддаются терапии. Одной из основных причин заболевания является клещ *Demodex*, который обнаруживается у 39–88% больных (рис. 2). [4]. Впервые *Demodex* упомянут в 1846 г. Bergerin, а описан в 1942 г. G. Simon [1]. Из существующих 143 видов демодекозных клещей, которые паразитируют на коже животных, у человека обнаружены 2 подвида с характерными морфологическими особенностями: *Demodex folliculorum*, обитающий в волосяных фолликулах, и *Demodex brevis* – в мейбомиевых и сальных железах, а также в железах Цейса [7]. Жизненный цикл развития клещей длится около 15 дней и включает следующие стадии: яйцо, личинка, протонимфа, дейтонимфа, половозрелая особь. Питаются клещи лимфой, содержащим мейбомиевых желез, эпителиальными клетками [1]. В патогенезе демодекозного блефарита лежит загустение секрета мейбомиевых желез и их закупорка, поскольку закупоренные протоки желез представляют благоприятную среду для развития клещей и бактерий. Несмотря на широкую распространенность демодекозного блефарита, офтальмологи часто испытывают трудности в лечении указанного заболевания. По данным многих исследователей, основой терапии этой патологии является гигиена век [5]. На сегодня гигиена век представляет собой научно-практическое направление, цель которого – восстановление и сохранение здоровья век, повышение их упругости, нормализация работы различных желез края века и регенерации эпидермиса, обеспечение полноценности слезной пленки и, таким образом, устранение предпосылок для неконтролируемого роста и размножения клещей и бактерий. [6].

### Материалы и методы

В исследование были включены 60 больных (120 глаз) с демодекозным блефаритом (32 (53,33%) – мужского пола, 28 (46,67%) – женского); возраст участников варьировал в пределах от 22 до 63 лет. В соответствии с целью наблюдения

все пациенты были разделены на 2 репрезентативные по возрасту и полу группы. Первая группа (n=30; 60 глаз) получала комплексное лечение демодекозного блефарита с применением противомикробных, антисептических, антиаллергических, нестероидных противовоспалительных средств, препаратов искусственной слезы, при необходимости – антибактериальных средств. Пациенты второй группы (n=30; 60 глаз), помимо стандартного лечения, дополнительно в течение месяца



ежедневно 2 раза в день проводили гигиену век, включающую: очищение век с использованием гигиенических стерильных салфеток Блефаклин® и/или Блефагель® (Théa, Франция) для очищения и нормализации функции мейбомиевых желез, быстрого облегчения симптомов воспаления; тепловые компрессы; самомассаж век; обработку края век с использованием Блефагель® с его очищающими, увлажняющими и «охлаждающими» воспаленные веки свойствами. Комплексное обследование заключалось в проведении стандартного офтальмологического исследования, оценке субъективной комфортности по 3-балльной шкале, мейбмиографии, микроскопическом исследовании ресниц, соскобе кожи лица на наличие популяции клещей рода *Demodex*, консультации дерматолога, гастроэнтеролога и эндокринолога. Продолжительность наблюдения за пациентами составила 3 месяца. Полученные результаты статистически обрабатывались с использованием

программы Microsoft Excel 2010, статистическое программное обеспечение SPSS.

### Результаты

Анализ полученных данных показал, что после начала лечения у пациентов обеих групп имела место тенденция к снижению клинических жалоб и улучшению офтальмологического статуса по сравнению с исходным состоянием ( $r=0,92$ ;  $p<0,05$ ). Однако степень выраженности субъективной комфортности (жалобы на зуд, жжение, чувство инородного тела, «сухость») в разных группах отличалась. До начала терапии общий балл клинических жалоб в каждой из групп в среднем равнялся 16. На 3-й день лечения средний балл в первой группе составил 10, а во второй – 2 ( $p<0,05$ ). На 7-й день терапии в первой группе – 4, а во второй – 0 ( $p<0,05$ ). Гиперемия, отечность век исчезали у 25 (83,3%) пациентов первой группы на 14-й день лечения и у 27 (90%) участников второй группы на 10-й день с момента терапии. На 10-й день лечения в первой группе дисфункция мейбомиевых желез оценивалась в 2 балла, во второй – 0,5 балла ( $p<0,05$ ). При исследовании акарограммы после проведенного лечения клещи отсутствовали в обеих группах. Через месяц в первой группе клещи рода *Demodex* были обнаружены у 4 пациентов (13,3%), через 2 месяца – у 9 (30,0%), через 3 месяца – у 14 больных (46,7%). Во второй группе различные фазы развития клеща определялись у 3 пациентов через 2 месяца (10,0%) и у 5 – через 3 месяца (16,6%). Зрительные функции оставались стабильными у пациентов обеих групп на протяжении всего срока наблюдения.

### Выводы

Исследование продемонстрировало преимущества применения гигиены век в комплексном лечении демодекозного блефарита, что способствовало снижению поражения век клещами до субклинического уровня, восстановлению функциональной активности мейбомиевых желез, сокращению сроков лечения заболевания, достижению длительной ремиссии.

Список литературы находится в редакции.



Рис. 1. Визуальные признаки блефарита

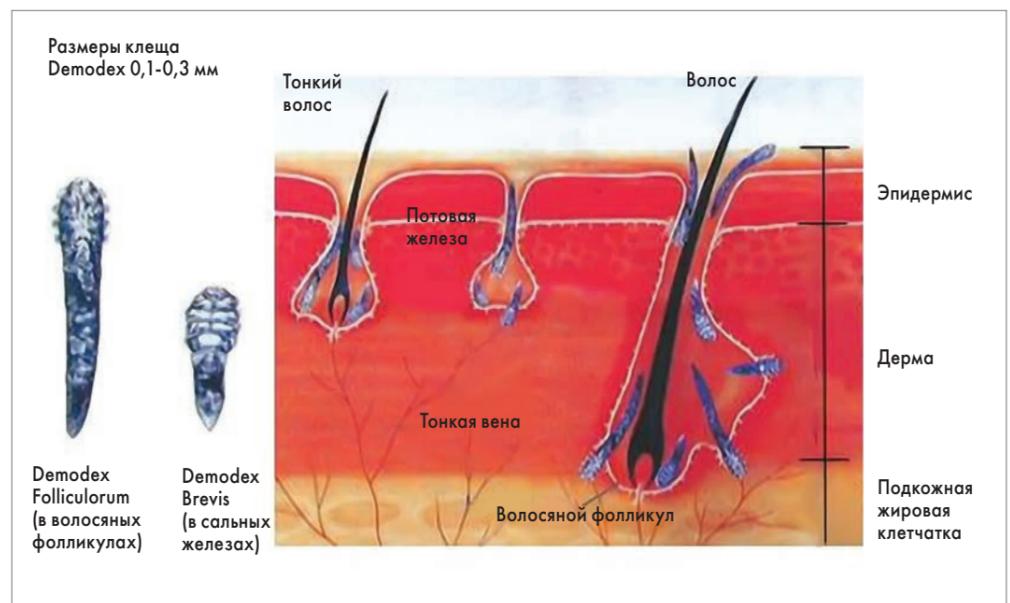


Рис. 2. Поражение придатков кожи клещами рода *Demodex*