

УДК 617.711.002-008.87-08-035

О.П.Кучук,
О.А.Соловійова,
О.В.Горбачевський,
Л.Д.Куляк

КОМБІНОВАНИЙ МЕТОД ЛІКУВАННЯ ДЕМОДЕКОЗНОГО БЛЕФАРОКОН'ЮНКТИВІТУ

Буковинський державний медичний
університет, м. Чернівці
Міська поліклініка №2, м. Чернівці

Ключові слова: хронічний
блефарокон'юнктивіт, демодекс,
комбінований метод лікування.

Резюме. У роботі представлено результати застосування нового комбінованого методу лікування хронічного демодекозного блефарокон'юнктивіту в 32 хворих (64 ока). Встановлено клінічну ефективність застосування даного методу в терапії хронічного блефарокон'юнктивіту, що викликаний кліщем *Demodex*.

Вступ

Запалення вільних країв повік, що поєднується із запаленням слизової очного яблука, так званий блефарокон'юнктивіт, є найбільш розповсюдженим хронічним рецидивуючим захворюванням із періодами загострення - весна, осінь який тяжко піддається лікуванню [3].

Умовно-патогенний паразит - кліщ роду *Demodex* є найпоширенішою причиною блефарокон'юнктивітів, його знаходять у 39-88% хворих на хронічний блефарокон'юнктивіт. Також часто виявляють цього паразита в пацієнтів, що страждають на множинні халязіони, епісклерити та крайові кератити чи виразки рогівки [6].

Наразі ідентифіковано понад 140 видів демодекозних кліщів, котрі паразитують на шкірі різних тварин та людини. Слід зазначити, що кожен вид та підвид специфічний для свого господаря (у собак - *Demodex canis*, у котів - *Demodex cati* або *Demodex gatoi*, у великої рогатої худоби - *Demodex bovis*) [2, 6]. У людини розрізняють два підвиди демодекса: *Demodex folliculorum hominis*, що мешкає у волосяних фолікулах, а *Demodex brevis* - у сальних та мейбомієвих залозах, а також залоз Цейса.

Демодекс живиться секретом сальних залоз. Життєвий цикл розвитку триває 15 діб і складається з наступних фаз: яйце, личинка, німфа та статевозріла особина - імаго. Тривалий час кліщі зберігаються в рослинній олії та косметичних засобах. Медичний ефір знешкоджує паразита миттєво, медичний спирт - через 3-4 хв., а 10 % спиртовий розчин саліцилової кислоти - через 1 хвилину [2, 9].

Патогенез демодекозного блефарокон'юнктивіту зумовлений такими процесами як: механічне та хімічне подразнення ураженої тканини, дисфункція мейбомієвих та сальних залоз,

порушення архітекτονіки слізної плівки (переважно за рахунок ліпідного шару) - гіпер- та паракератоз, місцева імуносупресія та сенсibiliзація [1].

Найбільш розповсюджені скарги пацієнта з демодекозним блефарокон'юнктивітом це втомлюваність очей, свербіж у ділянці вільного краю повік та в ділянці брів, поколювання, печіння, відчуття стороннього тіла, засміченості в очах, важкість повік, "жирна їдка плівка" на очах, особливо вранці після сну, рясні пінисті виділення в кутках очної щілини впродовж дня. Наявні лусочки та кірочки сіруватого кольору, що розташовуються на краях повік та між віями. Шкіра країв повік та слизова ока гіперемовані, вивідні протоки мейбомієвих залоз розширені. Під час легкого масажу повік виділяються вершкоподібні виділення з усть залоз хряща. Спостерігаються також дистрофічні зміни вій. Як наслідок паракератозу утворюються муфти біля коренів вій, що складаються з ліпідів та кератину. Можливі множинні папіломи на шкірі між віями, телеангіектазії та гнійнички на вільних краях повік [1, 3].

Хронічний блефарокон'юнктивіт призводить до розвитку синдрому "сухого ока", трихіазу, деформації країв повік та інших ускладнень, що суттєво знижує якість життя таких пацієнтів. Продукти життєдіяльності та розпаду кліщів чинять алергізуючу дію, що підсилює запальну реакцію та призводить до зниження місцевого імунітету [1, 6].

Отже, головна мета лікування демодекозного блефарокон'юнктивіту - знизити рівень ураження кліщами до субклінічного та усунути супутні прояви кон'юнктивіту, блефариту, мейбоміїту, синдрому сухого ока. [3,6]

Медикаментозне лікування демодекозу пере-

бігає складно через те, що кліщі розташовуються глибоко, і місцеве застосування будь-яких, навіть найбільш ефективних засобів не може подіяти одночасно на всіх паразитів, зазвичай гинуть лише найбільш поверхнево розташовані [1]. Лікування ускладнюється ще й тим, що препарати, що містять сірку чи дьоготь та успішно використовуються в дерматології для лікування демодекозу шкіри не можуть бути застосовані в офтальмології, бо є шкідливими для очей, а ефективність офтальмологічних лікарських засобів недостатня через їх слабе проникнення у мейбомієві залози і власне фолікули [6]. Через це застосування лише одного з методів лікування є недостатнім, рекомендується у всіх випадках застосовувати послідовно 2-3 різних методи в т.ч. методи фізіотерапії [4].

Зважаючи на вищевказані причини, нами був запропонований комбінований, легкий у виконанні комплекс лікування демодекозу шляхом послідовного нанесення на шкіру повік гелю "Stop demodex" та подальшого проведення дарсонвалізації повік.

Гель "Stop demodex" - лікарський препарат, що створений спеціально для боротьби з демодекозом повік. Лікувальні ефекти реалізуються за рахунок наступних компонентів: метронідазол - має доведену акарицидну дію на демодекс, а також антибактеріальну дію; екстракт м'яти перцевої, що має антисептичну, знеболюючу, заспокійливу дію на нейрорецептори шкіри та слизових оболонок, посилює капілярний кровообіг; екстракт ромашки - протизапальну, антисептичну, заспокійливу, пом'якшуючу та антигістамінну дію; гіалуронова кислота - має регенеруючу, загоювальну, протівірусну та бактерицидну дію; діазолідинилсечовина - володіє антимікробною активністю; ретинілпальмітат - зменшує жирність та стимулює синтез колагену в шкірі, регулює процеси поділу клітин епідермісу.

Метод дарсонвалізації має наступні лікувальні ефекти: акарицидний та бактерицидний - завдяки дії іскрового розряду та озону, що генерується в біляелектродному просторі апарату для дарсонвалізації; протибільовий та протисверб'їжний - за рахунок збільшення порогу чутливості больових та тактильних екстерорецепторів; імуностимулюючий - за рахунок дії іскрового розряду, що стимулює фагоцитоз, та виділення біологічно активних речовин, які в свою чергу активують гуморальну ланку імунітету; протинабряковий ефект реалізується як вегето-судинна реакція за механізмом аксон-рефлексу та супроводжується покращанням мікроциркуляції, розширенням артеріол та капілярів, одночасно покращується тонус

стінок вен, зменшується венозний стаз та зростає відтік крові. Короткочасний спазм судин шкіри змінюється їх тривалим розширенням внаслідок зниження тонуусу гладеньких м'язів; трофічний ефект - підвищує тургор та еластичність шкіри, стимулює проліферативну активність зародкових клітин волосяних цибулин [5, 7, 8].

Цей фізіотерапевтичний метод простий у використанні, є на оснащенні всіх фізіотерапевтичних відділень закладів МОЗ [5].

Мета дослідження

Вивчити ефективність нового комбінованого методу лікування хронічного демодекозного блефарокон'юнктивіту шляхом застосування гелю "Stop demodex" та подальшого проведення дарсонвалізації повік.

Матеріал і методи

Обстежено 32 пацієнтів (64 ока), що страждали на хронічний демодекозний блефарокон'юнктивіт, у віці від 22 до 64 років, чоловіків - 15, жінок - 17, тривалість захворювання - від 1 до 4 років. Крім стандартного офтальмологічного обстеження усім пацієнтам проводили пробу Ширмера та пробу Норна. Для виявлення Demodex folliculorum у препараті з 7-8 в'їв, за традиційною методикою, використовували дзеркальний мікроскоп "Биолам (ЛОМО)", об'єктив x 7, окуляр x 8. Обстеження проводили до лікування, в кінці 10-го дня та на 6-й тиждень після початку комплексної терапії.

Зазвичай, курс дарсонвалізації з гелем "Stop demodex" тривав десять днів із подальшою перервою на два тижні та повторним проведенням аналогічного курсу. Вибір саме такої схеми відповідає повному циклу життєдіяльності кліща (15 днів), оскільки всі методи лікування діють тільки на дорослі особини. В процесі лікування нами був відмічений також секретостимулюючий ефект дарсонвалізації, що проявлявся у покращанні пасажу секрета мейбомієвих залоз.

Пацієнти з генералізованими формами демодекозу не ввійшли до досліджуваної групи.

Після очищення вільного краю повік у зоні росту в'їв наносили гель "Stop demodex" із подальшою дарсонвалізацією повік упродовж 5-10 хв. Всім пацієнтам проводили масаж повік за допомогою скляної палички з наступною обробкою країв повік спиртовою настоянкою календули. Місцево застосовували очні краплі кортикостероїдів із метою зняття локальних токсикоалергічних реакцій. У випадках наявності гнійного блефарокон'юнктивіту використовували інстиляції антибіотику. За наявності синдрому сухого ока призначали

замінники сльози.

Обговорення результатів дослідження

Наявність кліща було підтверджено шляхом мікроскопії вій у всіх обстежуваних пацієнтів. Найбільш поширеними скаргами були свербіж та печіння в ділянці вільного краю повік (100%), також втомлюваність, відчуття стороннього тіла, засміченості в очах, відчуття повзання мурашок та важкість повік.

У пацієнтів досліджуваної групи виявлено наступні об'єктивні клінічні ознаки: почервоніння вільних країв повік та кон'юнктиви, потовщення краю повік (64 ока - 100%), закупорка вивідних протоків мейбомієвих залоз (64 ока - 100%), "муфти" біля кореня вій (48 очей - 75%), пінисті виділення в куточках очної щілини (40 очей - 62,5%), помірні гнійні виділення з кон'юнктивального мішка (8 очей - 12,5%), помірна гіпертрофія сосочків чи фолікулів кон'юнктиви (22 ока - 34,4%), знижена сльозопродукція (64 ока - 100%) - за даними проби Ширмера, зниження стабільності слізної плівки (64 ока - 100%) - за даними проби Норна.

Отже, у всіх 100% обстежуваних пацієнтів було виявлено ознаки блефарокон'юнктивіту, дисфункції мейбомієвих залоз та синдром сухого ока різного ступеня важкості.

Після початку лікування демодекозного блефарокон'юнктивіту за запропонованою методикою виявлено позитивну динаміку.

Вже на 10 день терапії об'єктивні клінічні прояви блефарокон'юнктивіту виявлено у 63% пацієнтів, суб'єктивні скарги були наявні лише в 42% випадків (Рис.).

Наприкінці курсу проведеного лікування майже у всіх пацієнтів (96%) були відсутні суб'єктивні ознаки блефарокон'юнктивіту, об'єктивні клінічні симптоми виявлено лише в 7% випадків (Рис.).

Щодо синдрому сухого ока, то він зберігався у всіх пацієнтів на 10-й день лікування та був підтверджений у 44% випадках після проведеного лікування. Дисфункцію мейбомієвих залоз виявлено в 79% та 28% випадків відповідно на 10-й день та 6-й тиждень терапії (Рис.). Відповідно всім пацієнтам рекомендували продовжити застосування замінників сльози.

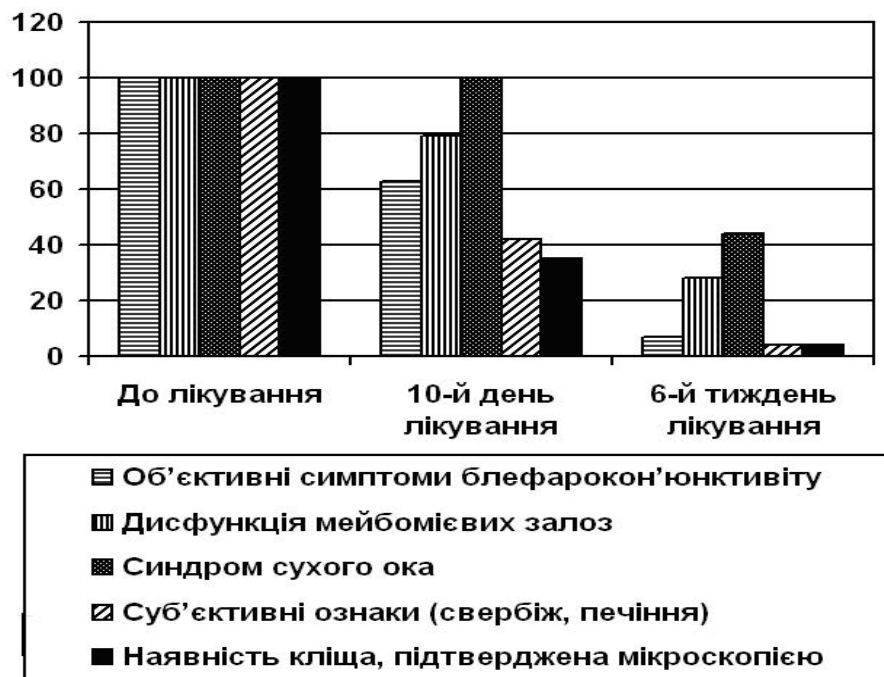


Рис. Динаміка клінічних ознак демодекозного блефарокон'юнктивіту в процесі запропонованого лікування

Наявність клінічно значущої кількості кліща *Demodex folliculorum hominis* підтверджено за допомогою мікроскопії вій лише у 2 пацієнтів, що потребувало продовження їх лікування до двох тижнів.

Запропонований метод лікування перебігав без ускладнень та добре переносився пацієнтами.

Висновки

1. Клінічні спостереження за пацієнтами, що використовували новий комбінований метод лікування хронічного демодекозного блефарокон'юнктивіту, виявили його високу ефективність, відсутність ускладнень та хорошу переносимість.

2. Комбінація лікувальної дії гелю "Stop demodex" та фізіотерапевтичного методу дарсонвізації повік запобігають неконтрольованому

розмноженню кліща *Demodex folliculorum hominis*, що призводить до швидкого усунення клінічних ознак хронічного демодекозного блефарокон'юнктивіту.

3. Запропонований комбінований метод лікування є простим у використанні, доступним та ефективним способом терапії хронічного демодекозного блефарокон'юнктивіту та профілактики його ускладнень.

Перспективи подальших досліджень

Доцільним є подальше вивчення ефективності інших засобів для лікування демодекозного блефарокон'юнктивіту в поєднанні з методом дарсонвалізації повік з метою розробки більш ефективних схем лікування та профілактики ускладнень цієї патології та покращання якості життя хворих.

Література. 1. Азнабаев М.Т. Демодекоз глаз / М.Т. Азнабаев, Е.И. Гумерова, В.Б. Мальханов // Клинич. офтальмология. - 2003. - Т. 4, № 1. - С. 7-9. 2. Клиническая эффективность средств "STOP DEMODEX" в комплексном лечении больных демодекозным блефароконъюнктивитом / Н.В. Иванова, Н.Н. Воронова, С.Ю. Анисова [и др.] // Крымский журнал экспериментальной и клинической медицины. - 2012. - Т. 2, № 1-2. - С. 42-45. 3. Офтальмология: Национальное руководство / под ред. С.Э. Аветисова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - С. 342-347. 4. Полунин Г.С. Физиотерапевтические методы в офтальмологии / Г.С. Полунин, И.А. Макаров. - М.: ООО "Медицинское информационное агенство", 2012. - 208 с. 5. Пономаренко Г.Н. Общая физиотерапия / Г.Н. Пономаренко. - К.: Куприянова О.О., 2004. - 384 с. 6. Руденко А. Залозний кліщ, або демодекоз повік / А. Руденко // Журнал сімейного лікаря та сімейної медсестри. - 2008. - № 3. - С. 17-19. 7. Техника и методики физиотерапевтических процедур:

Справочник / под ред. В.М. Боголюбова. - Ржев: ТОТ, 2006. - 361 с. 8. Улащик В.С. Общая физиотерапия: Учебник / В.С. Улащик, И.В. Лукомский. - Мн.: Книжный дом, 2005. - 512 с. 9. Forton F. Density of *Demodex folliculorum* in rosacea: a case-control study using standardized skin-surface biopsy / F. Forton, B. Seys // British J. of Dermatology. - 1993. - Vol. 128. - P. 650-659.

КОМБИНИРОВАННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ДЕМОДЕКОЗНОГО БЛЕФАРОКОН'ЮНКТИВИТА

О.П.Кучук, О.А.Соловьева, А.В.Горбачевский, Л.Д.Куляк

Резюме. В работе представлены результаты применения нового комбинированного метода лечения хронического демодекозного блефароконъюнктивита у 32 больных (64 глаза). Установлено клиническую эффективность применения данного метода в терапии хронического блефароконъюнктивита, вызванного клещем *Demodex*.

Ключевые слова: хронический блефароконъюнктивит, демодекс, комбинированный метод лечения

THE COMBINED METHOD OF TREATMENT OF PATIENTS WITH DEMODEX BLEPHAROCONJUNCTIVITIS

O.P.Kuchuk, O.A.Solov'eva, A.V.Gorbachevsky, L.D.Kuliak

Abstract. The paper presents the results of application of new combined method of treatment of 32 patients (64 eyes) with Chronic *Demodex* Blepharoconjunctivitis. The clinical efficacy of application of this method in the treatment of chronic blepharoconjunctivitis caused by the mite *Demodex* has been established.

Key words: chronic blepharoconjunctivitis, *Demodex*, combined method of treatment.

Bukovyna State Medical University (Chernivtsi)

Clin. and experim. pathol. - 2015. - Vol.14, №1 (51). - P.89-92.

Надійшла до редакції 15.03.2015

Рецензенти – проф. О.І. Денисенко, проф. Я.І. Пенішкевич

© О.П.Кучук, О.А.Соловйова, О.В.Горбачевський,

Л.Д.Куляк, 2015