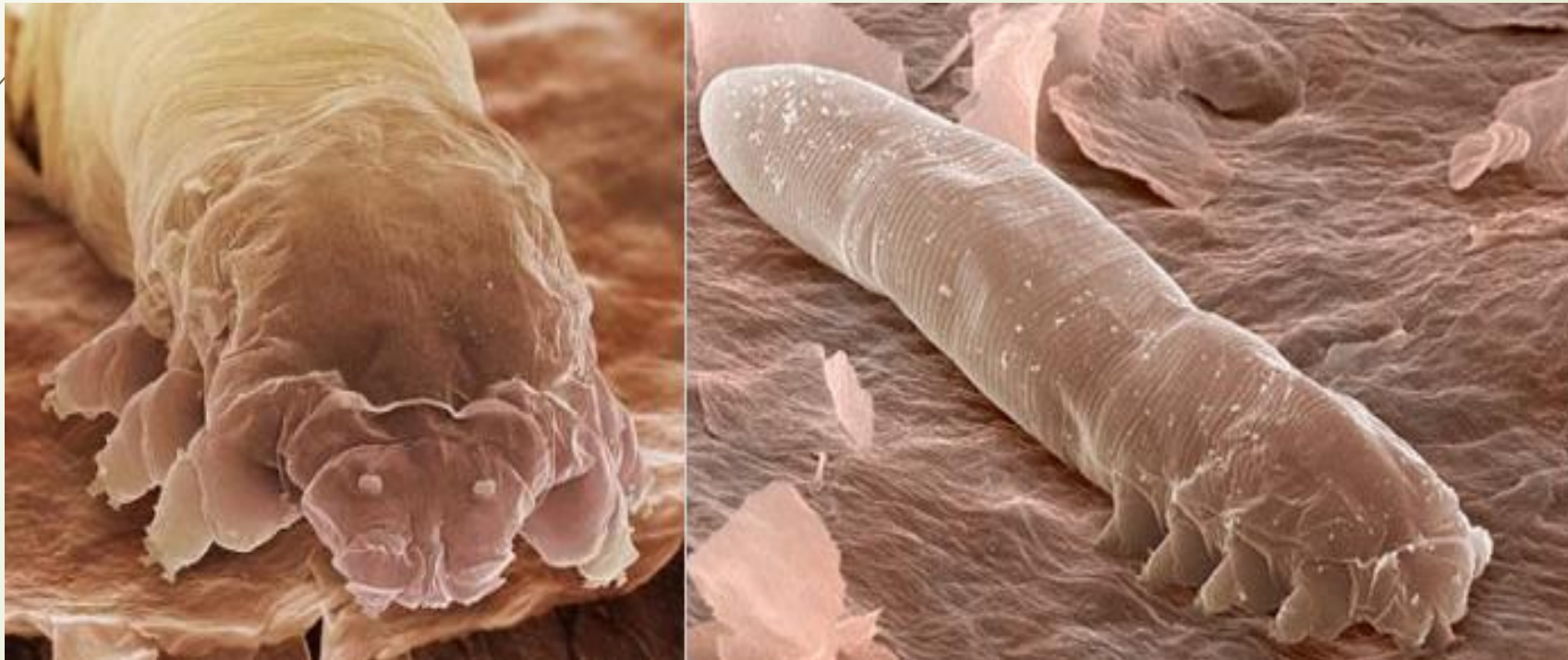


Демодекозный блефарит

Подготовила студентка лечебного факультета группы Л-641 Соколевская
Анна Николаевна

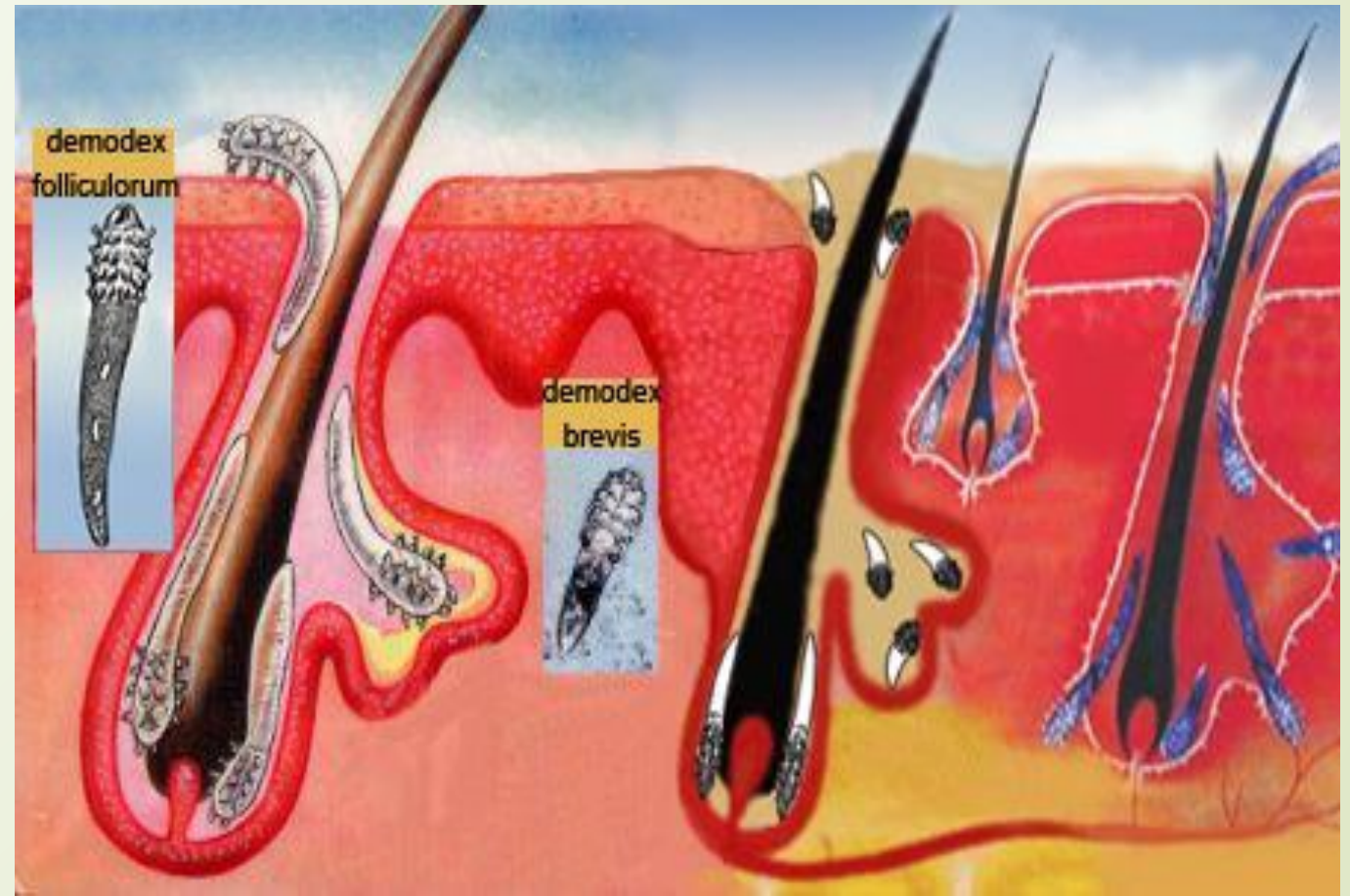
Демодекс -

- это микроскопический клещ (размером 0,3 мм), паразитирующий в сальных железах кожи, железах век, а также волосяных фолликулах. Несмотря на свои небольшие размеры, он способен принести значительный вред организму, на котором он паразитирует.



Где живёт клещ?

D. folliculorum, обитает в волосяных фолликулах, *D. brevis* - в сальных железах и мейбомиевых железах. Но чаще они у человека обнаруживаются на коже носа, лба, век, подбородка, носогубных складок, щек. Питание осуществляется секретом сальных желез, на 60% состоящим из ненасыщенных жирных кислот, и цитоплазмой эпителиальных клеток.






Что провоцирует появление демодекоза:

- Воздействие высоких температур,
- интенсивное воздействие солнечных лучей.
- Перенесенные операции на глазах.
- Негативные условия работы или быта.
- Болезни различных систем организма: заболеваниях кожи (себорея, угревая сыпь) и эндокринной системы (сахарный диабет, болезнь Иценко-Кушинга)
- Сильное снижение иммунитета (после приёма лекарственных средств, первичные и вторичные иммунодефициты)
- Хроническая интоксикация.
- Авитаминоз



ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТА при блефарите:

- - усталость и дискомфорт обеих глаз
 - - чувство «инородного тела»
 - - покалывание
 - - жжение
 - - зуд ресничного края век
 - - тяжесть век
 - - пенистое отделяемое из глаз
- 



Осмотр

□ При осмотре кожа краев век слегка гиперемирована, устья мейбомиевых желез расширены, при надавливании и массаже век выделяется сливкообразное или медообразное пенистое отделяемое. В результате жизнедеятельности клеща происходит задержка секрета в одной из долек мейбомиевой железы и развивается хроническое пролиферативное воспаление, приводящее к развитию халазиона.

Биомикроскопия



Демодекозный блефарит (Blepharitis demodex)

края век утолщены, гиперемированы. Характерным признаком блефарита демодекозной этиологии является наличие на склеенных ресницах “белых муфт” или “воротничков” у основания ресниц. В дальнейшем развивается выраженное воспаление ресничных краев век, которые становятся утолщенными, покрасневшими. При длительном хроническом течении края век деформируются, возникает сглаженность переднего и заднего ребер свободного края век, следствием чего может стать трихиаз.

Микроскопическое исследование

□ Лабораторное исследование ресниц на Demodex. Материалом для исследования клещей служат эпилированные ресницы, в количестве 3-4 с каждого века, которые помещают на предметное стекло в каплю глицерина, накрывают покрывным стеклом и микроскопируют. Диагноз демодекоз ставится на основании обнаружения любых фаз развития клеща при микроскопическом исследовании эпилированных ресниц.



Тест Ширмера

- Тесты на слезопродукцию и дисфункцию мейбомиевых желез. С целью диагностики ССГ и для решения вопроса о целесообразности назначения слезозаместительной терапии проводят тест Ширмера, снижение показателей которого свидетельствует о нарушении секреции водной фазы слезной пленки, а также компрессионную пробу и пробу на ВРСП. Изменение показателей этих тестов является следствием ДМЖ и показанием для проведения слезозаместительной терапии.



Определение уровня слезопродукции

| Длина увлажненной полоски | Результат |
|---------------------------|-------------------------|
| ≥ 15 мм | Норма |
| 10-14 мм | Незначительное снижение |
| 5-9 мм | Умеренное снижение |
| < 5 мм | Выраженное снижение |

Немедикаментозная терапия

- Соблюдение диеты: нельзя горячее, копченое, острое, кофе, шоколад, консервы.
- Исключить на время лечения горячий фен и баню.
- обработку краев век водным настоем пижмы или полыни
- массаж век при дисфункции мейбомиевых желез
- ФТ: дарсонвализация области век 1 раз в сутки 5-10 процедур; магнитотерапия на область глаз 1 раз в сутки 5-10 процедур; электрофорез глаза 1 раз в сутки 10-15 процедур; ультрафиолетовое облучение (далее-УФО) крови 3-7 сеансов.





Медикаментозная терапия

- Лечение демодекоза длительное, 4–6 недель, проводится одновременно с лечением демодекоза лица у дерматолога.
- Любая мазь ввиду вязкости мазевой основы затрудняет передвижение и размножение клещей. Мази кортикостероидов снижают местный иммунитет и ведут к повышению их численности. В случае присоединения вторичной инфекции необходима местная антибактериальная терапия.
- К местным этиотропным препаратам относятся: **1–2% желтая ртутная мазь и ихтиоловая мазь**. Применение желтой ртутной мази в связи с кератотоксичностью не превышает 4 недели, она противопоказана при беременности. В дерматологии применяются препараты серы, деготь, ихтиол, бензил–бензоат, 1% перметрин, амитразол, 1% линдан, 10% кротамитон. Главной проблемой акрицидных препаратов является их токсичность.

Холиномиметики

- ▣ **физостигмин, 0,02% фосфакол, 0,01% армин, 0,5% тосмилен.** Они парализуют мускулатуру клещей благодаря мускарино- и никотиноподобному действию. Смазывание краев век 4% гелем пилокарпина или обработка их тонким банничком, смоченным 1,5–3% р-ром карбохола также парализует мускулатуру клещей



Метронидазол

- мази или геля 2% метронидазола (Клион, Метрогил), обладающего действием на неспецифическую резистентность организма и влияющего на клеточно-опосредованный иммунитет. Есть предположение об антипаразитарном действии и метронидазола. Метронидазол применяется преимущественно местно. Системное его использование рекомендуется при осложненном или рецидивирующем демодекозе (2 раза в день по 0,25 в течение 10 дней или два двухнедельных курса с трехнедельным интервалом).



Фторхинолоны в лечении демодекоза глаз

- Купирование жалоб и стабилизация клинических проявлений блефаритов и конъюнктивитов при лечении фторхинолоном наступают за достаточно короткий промежуток времени от начала лечения препаратом.
- Отмечена хорошая переносимость препарата пациентами за весь период лечения. Аллергических реакций на препарат не проявлялось
- Препараты из группы фторхинолонов в форме мази являются антибиотиком выбора в комплексном лечении больных с блефаритом и блефароконъюнктивитом век демодекозной этиологии.





Актуальность проблемы

- 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 демодицид затруднено или вообще невозможно прохождение больших молекул экзогенных веществ, в частности акарицидных препаратов контактного действия. Именно этим и объясняются трудности антипаразитарной терапии при демодекозе.