

УДК 617.77-002:616.53-002.28-036

## **ВВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ РОЗАЦЕА-БЛЕФАРИТ В СОЧЕТАНИЕ ДЕМОДЕКОЗОМ**

---

*Абдуллаев Шерзод Рахматович*

*Хамраева Гавхар Хусановна*

*Янгиева Малика Асроровна*

*Центр развития профессиональной квалификации  
медицинских работников, Узбекистан, Ташкент.*

**Аннотация.** В обзорной статье с учетом молекулярно-генетических, микробиологических и иммунологических методов исследования приведены исчерпывающие и современные научные сведения об этиологии и патогенезе, клинической картине и течения, методов лечения пациентов с розацеа-блефаритом сочетанием с демодекозом.

**Ключевые слова:** офтальморозацеа, розацеа, диагностика, клинические признаки, лечение.

## **ДЕМОДЕКОЗ БИЛАН ҚЎШИЛИБ КЕЛГАН РОЗАЦЕА-БЛЕФАРИТЛИ БЕМОРЛАРНИНИНГ ОЛИБ БОРИШ ТАЖРИБАМИЗ**

---

*Абдуллаев Шерзод Рахматович,*

*Хамраева Гавхар Хусановна, Янгиева Малика Асроровна*

*Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш  
маркази, Ўзбекистон, Тошкент.*

**Аннотация.** Мақола шарҳида розацеа-блефарит демодекс билан биргаликда қўшилиб келган беморларни молекуляр генетик, микробиологик ва иммунологик тадқиқот усуллари ҳисобга олган ҳолда, этиопатогенези, клиник кўриниши ва кечиши, даволаш усуллари тўғрисида кенг қамровли ва долзарб илмий маълумотлар келтирилган.

**Калит сўзлар:** офтальморозацеа, розацеа, диагностика, клиник белгилари, даволаш.

## **EXPERIENCE IN INTRODUCING PATIENTS ROSACEA-BLEPHARITIS IN COMBINATION WITH DEMODEKOSIS**

---

*Abdullaev Sherzod Rahmatovich, Xamraeva Gavxar Xusanovna,*

*Yangieva Malika Asrorovna*

*Center for the development of professional qualifications of medical workers of the  
Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan.*

**Abstract.** The review article, taking into account molecular genetic, microbiological and immunological research methods, provides comprehensive and modern scientific information about the etiology and pathogenesis, clinical picture and course, methods of treating patients with rosacea-blepharitis in combination with demodicosis.

**Key words:** ophthalmic rosacea, rosacea, diagnosis, clinical signs, treatment.

**Актуальность.** Розацеа является широко распространенным хроническим заболеванием кожи, в основе которого лежит поражение мелких сосудов кожи и сально-волосяных фолликулов, локализованных преимущественно в центральных областях лица (щеки, подбородок, носа, лба), сопровождающееся транзиторной или стойкой эритемой, образованием телеангиэктазий, папул, пустул.

Однако, несмотря на то, что розацеа считается дерматологическим заболеванием, у 58-72% больных клинические проявления этой патологии могут локализоваться в области глаз, приводя к развитию блефарита, а также воспалению конъюнктивы. Примерно у трети пациентов с розацеа наблюдается поражение роговицы, которое может приводить к нарушению остроты зрения [16].

Нередко кожные изменения при розацеа отягощаются демодекозом. Возбудителем демодекоза является клещ железница. В настоящее время из 65 видов и нескольких подвигов данного клеща у людей обнаружено только два: *Demodex folliculorum* и *Demodex brevis*. *D. folliculorum* впервые был идентифицирован в 1841 г., *D. brevis* – в 1963 г. Первый вид выявляется наиболее часто.

Среди всех воспалительных заболеваний век блефариты демодекозной этиологии занимают от 39 до 88 %. Заболевание распространено повсеместно, паразитоносительство обнаружено у 89 % больных, несмотря на то что у большинства носителей отсутствуют какие-либо проявления данной патологии [13].

Клещ обнаруживается на удаленных ресницах у 29 % обследованных в возрасте 0-25 лет, у 53 % – в 26-50 лет, у 67% – в 51-90 лет [1]. Возбудителем демодекоза является клещ-железница рода *Demodex*.

Первое упоминание в литературе появляется в 1841 г., когда ученые F. Henle и F. Berger независимо друг от друга обнаружили клеща в угревой сыпи и ушной сере. В 1843 г. Оуэн классифицировал клеща как *Demodex* (с греч. *Demos*-сало, *Dex*-червяк) и переименовал в *Demodex Folliculorum*. В 1963 г. Акбулатова Л.Х. обнаружила и подробно описала ещё один вид клеща, паразитирующего у человека – *Demodex brevis* [7].

В настоящее время описано 143 вида клещей рода *Demodex*. У человека встречаются две формы клеща – *Demodex folliculorum brevis* и *Demodex folliculorum longus* [2]. *D. folliculorum longus* имеет удлиненное тело, достигает размеров до 0,04-0,3 мм, *D. folliculorum brevis* – в два раза короче. Клещи обитают в сально-волосяных фолликулах, питаются секретом сальных, мейбомиевых желез и клетками эпителия. В нормальных условиях они не выходят за пределы базальной мембраны эпидермиса [8, 12, 13, 14].

Скорость передвижения клеща по поверхности кожи 8-16 мм в час. В одном фолликуле может жить до 25 особей. Клещи более активны в темноте. Максимальную активность они проявляют при температуре +30°-+40°, поэтому обострение демодекозного блефарита и блефароконъюнктивита наблюдается чаще в весенне-летний период [10].

Цикл развития клеща включает в себя 5 стадий: яйцо, личинка, протонимфа, дейтонимфа и половозрелая особь имаго (рис. 1-4). Продолжительность цикла длится около 15 дней, а средняя продолжительность жизни клеща составляет 30-60 дней [15].

Заболевание имеет хронический тип течения с периодами обострения и ремиссий. Связано это с тем, что многие относят клеща рода *Demodex* к условно-патогенным организмам [5], которые начинают проявлять свою активность под действием определенных факторов, способствующих снижению иммунитета (сахарный диабет, заболевания ЖКТ, стрессы, вредные привычки и т.д.) [11]. Кроме того, клещ может быть переносчиком микроорганизмов в более глубокие слои кожи, вызывая образование демодексгранулем [12].

Демодекс способен выделять гуморальный фактор, приводящий к селективному подавлению Т-лимфоцитов и снижению местного иммунитета [9, 15].

При возникновении воспалительной реакции, субъективно обращают на себя внимание зуд, покраснения глаз, отек и чувство тяжести век, чувство дискомфорта и инородного тела, а также трудности при размыкании век по утрам вследствие скопления скудного серозного секрета.

К основным объективным признакам демодекозного блефарита относятся налет в виде «муфт» на корнях ресниц, отек и гиперемия век, изменение мейбомиевых желез.

В настоящее время для борьбы с клещом в дерматологии используется широкий спектр акарицидных препаратов. Это серная или цинковая мазь, водный раствор тиосульфата натрия, водный раствор соляной кислоты, препараты на основе дегтя, перметрина и т.д. [6, 18].

В офтальмологической практике выбор антипаразитарных препаратов гораздо уже, чем в дерматологии, вследствие их высокой токсичности.

Используются препараты на основе метронидазола (Гликодем), серы (Блефарогель-2) в сочетании со спиртовыми растворами календулы, полыни либо пижмы. Применяются антисептические и бактерицидные капли (Окомистин, Витабакт), слезозаменители (Офтолик, Систейн) и антигистаминные препараты (Лекролин) [4, 16, 17].

Современное комбинированное лечение демодекоза глаз включает в себя специфическое звено в виде антипаразитарной акарицидной терапии и симптоматическое звено, состоящее из антибактериальной, десенсибилизирующей и слезозамещающей терапии.

Известно, что акарицидные препараты в основном оказывают своё действие на нимфы и взрослые особи клещей и с трудом, либо совсем его не оказывают, на яйца [12]. Время перехода яйца в личинку, исходя из цикла развития, составляет 58-60 часов (около 3-х суток). То есть в первые три дня лечения происходит уничтожение взрослых особей и нимф, а на 4-й день наступает гибель личинок.

Но, несмотря на многообразие препаратов специфического и симптоматического действия, лечение демодекоза глаз оказывается малоэффективным. Этому способствуют длительность терапии, несоблюдение режима лечения и гигиенических норм, назначение симптоматических препаратов, не оказывающих акарицидного действия. Отсутствует адекватное лечение хронических заболеваний, а также остается необходимость совместного лечения демодекоза глаз у офтальмолога и кожного покрова лица у дерматолога [3, 14].

**Цель.** Оптимизация консервативного лечения розацеа-блефаритов демодекозной этиологии для повышения клинических результатов, подтвержденных микроскопическими исследованиями.

**Материал и методы.** Обследовано 54 пациентов с диагнозом розацеа-блефарит в сочетании демодекозом, из них 49 женщин и 5 мужчин. Проведено микроскопическое исследование ресниц на обнаружение клеща рода *Demodex* путем эпиляции ресниц пинцетом (по 3-4 ресницы с каждого века) и помещением их на предметное стекло в каплю иммерсионного масла.

Были сформированы две рандомизированные группы пациентов по 27 человек в каждой. Перед началом лечения каждый пациент был ознакомлен с добровольным информированным согласием.

Основная группа получала лечение по короткой схеме. В течение четырех дней утром и вечером на ресничные края век последовательно ватной палочкой массирующими движениями поочередно наносились препараты: сначала мазь Бензилбензоат, затем через 20 минут крем Метрогил. С интервалом в две недели проводился повторный 4-дневный курс лечения.

Бензилбензоат 10% относится к противопаразитарным акарицидным средствам. Он накапливается в организме клеща, оказывая токсическое действие и вызывая его гибель. Крем Метрогил основное действующее вещество (метронидазол) – оказывает противопротозойное, противомикробное действие.

Среди 27 пациентов в 2 случаях (7,4 %) отмечались побочные эффекты в виде сильного жжения и легкой гиперемии век, сопровождающейся слезотечением. Таким пациентам лечение проводилось с помощью слабоконцентрированной мази 5 % бензилбензоата, которая также эффективно оказывала своё акарицидное действие.

Контрольная группа получала курс лечения по традиционной 45-дневной схеме, которая заключалась в обработке ресничного края век дважды в день спиртовым раствором календулы, и инстилляцией капель Ципрофлоксацин.

Спиртовой раствор календулы обладает антисептическим и антибактериальным эффектом. Глазные капли Ципрофлоксацин 0,3 % – основное действующее вещество – ципрофлоксацин, противомикробное действие.

После лечения всем пациентам проведено контрольное микроскопическое исследование ресниц. Результаты лечения оценивались в основной группе после первого курса (5-й день) и после второго курса через 2 недели (23-й день), а в контрольной группе – на 46-й день от начатого лечения. Помимо этого, были оценены отдаленные результаты через 1 и 6 мес. после окончания лечения.

Статистический анализ полученных данных проводился при помощи программы Statistica 10.0. Проверка статистической значимости различий осуществлялась по расчету критерия Хи-квадрат Пирсона. Также для каждой относительной частоты определялась ошибка репрезентативности.

**Результаты и обсуждение.** По результатам микроскопии ресниц после проведенного лечения в основной группе в 81,5 % клещ не был обнаружен, а после повторного курса через две недели результат улучшился до 92,6 %. При этом данные микроскопии в контрольной группе показывали отсутствие клеща в препарате только в 48 %.

На основании жалоб и объективного статуса пациентов проведена оценка клинической эффективности проведенного лечения. Полученные результаты свидетельствуют о снижении данных признаков в основной группе более чем в 2 раза, в отличие от контрольной. В отдаленные сроки после лечения (1 и 6 мес.) исследовано количество случаев выявления клеща.

Использование у пациентов укороченной схемы лечения розацеа-блефарита с демодекозом помощью препаратов Бензилбензоат 10%, Метрогил гель позволило существенно снизить количество клинических проявлений и

случаев рецидивирования более чем в 2 раза по сравнению с контрольной группой.

**Заключение.** Таким образом, демодекоз остается актуальной проблемой современной офтальмологии, требующей оптимизации консервативного лечения. Предлагаемая схема лечения розацеа-блефаритов с демодекозом при существенном сокращении сроков лечения обеспечивает высокую клиническую эффективность, подтвержденную данными микроскопического исследования и снижением риска рецидивирования более чем в два раза.

#### **Литература:**

1. Азнабаев М.Т., Гумерова Е.И., Мальханов В.Б. Демодекоз глаз. – Уфа: Информреклама, 2004. – 96 с.
2. Акбулатова Л.Х. Патогенная роль клеща Demodex и клинические формы демодекоза у человека // Вестник дерматологии. – 1996. – № 2. – С. 57-61.
3. Амбарцум А.М. Лечим демодекоз // Новая аптека. – 2007. – № 7. – С. 32-35.
4. Верхогляд И.В. Современная антипаразитарная терапия демодекоза // Клиническая дерматология и венерология. – 2006. – № 4. – С. 89-90.
5. Верхогляд И.В. Современные представления о демодекозе // Лечащий врач. – 2011. – № 5. – С. 34-35.
6. Верхогляд И.В., Пинсон И.Я. Современные подходы к диагностике и терапии чесотки // Дерматовенерология. – 2012. – № 5. – С. 18-21.
7. Вострокнутова В.М., Мокроносова М.А. Клещи железницы и проблемная кожа лица // Дерматовенерология. – 2007. – № 9. – С. 13-15.
8. Данилова А.А., Федоров С.М. Паразитарные болезни кожи. Демодекоз // Русский медицинский журнал. – 2000. – № 6. – С. 249-254.
9. Елистратова Л.Л., Нестеров А.С., Потатуркина-Нестерова Н.И. Современное состояние проблемы демодекоза // Успехи современного естествознания. – 2011. – № 9. – С. 67-69.
10. Зацепина Н.Д., Майчук Ю.Ф., Семенова Г.Я. Поражение глаз при демодекозе: Методические рекомендации. – М., 1983. – 17 с.
11. Иванов О.Л. Кожные и венерические болезни. – М.: Шико, 2006. – С. 302-303.
12. Коган Б.Г., Горголь В.Т. Специфичность клещей Demodex folliculorum и Demodex brevis – возбудителей демодекоза человека // Украинский журнал дерматологии, венерологии, косметологии. – 2001. – № 21. – С. 37-41.
13. Кошевенко Ю.Н. Демодекоз – псевдопроблема дерматокосметологии // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2004. – № 4. – С. 64-69.
14. Лошакова В.И. Демодекоз – актуальная проблема современной дерматокосметологии // Вестник последипломного медицинского образования. – 2001. – № 1. – С. 79-80.
15. Майчук Д.Ю. Блефариты – демодекоз, аллергия, инфекция – как это всё связать? // Новое в офтальмологии. – 2013. – № 3. – С. 42-47.
16. Майчук Ю.Ф. Паразитарные заболевания глаз. – М.: Медицина, 1988. – 287 с.
17. Майчук Ю.Ф., Селивёрстова К.Е., Якушина Л.Н. Антисептик Окомистин в лечении бактериальных заболеваний глаз // Катарактальная и рефракционная хирургия. – 2011. – № 2. – С. 59-64.