

Ю.Ф. Майчук

БЛЕФАРИТЫ

СОВРЕМЕННАЯ ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ

Краткое пособие для врачей

Издание второе, дополненное

Москва, 2013

Майчук Юрий Фёдорович – профессор, доктор медицинских наук,
заслуженный деятель науки РФ,
заслуженный врач РФ,
руководитель отдела инфекционных и аллергических
заболеваний глаз (1965-2012)
ФГБУ «Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца»
Минздрава России

Пособие подготовлено для врачей-офтальмологов и семейных врачей с преимущественной ориентацией на опыт применения новых лекарственных средств в лечении основных клинических форм блефаритов.

В соответствии с пожеланиями читателей, высказанных по первому изданию [1], во второе издание включены сведения о некоторых препаратах, вошедших в офтальмологическую практику в 2012 году, добавлены описания двух клинических форм блефаритов и расширены некоторые ранее описанные, дополнены и уточнены указания по всем алгоритмам терапии.

ВВЕДЕНИЕ

Под названием «Блефариты» объединяется большая группа разнообразных заболеваний глаз, сопровождающихся воспалением краёв век. Блефарит является одним из наиболее частых, исключительно упорных поражений глаз, трудно поддающихся лечению. Заболевание может продолжаться многие годы. Считается, что блефаритами поражены более 24% от общего числа больных с воспалительной патологией глаз, а последние составляют 40-60% больных, обращающихся за амбулаторной помощью [2]. Женщины болеют чаще мужчин. В большинстве случаев патологический процесс начинается в возрасте 30-50 лет, а 80% стафилококковых блефаритов развивается у женщин в 40-45 лет. Частота встречаемости блефарита увеличивается с возрастом [3].

Блефарит – это хроническое, склонное к рецидивам, изнуряющее больного заболевание, даже если оно протекает без осложнений и не угрожает понижением или потерей зрения. Блефариты тягостны неприятными ощущениями в области глаз, влияют на самочувствие больного, снижают его работоспособность, а при отсутствии настойчивости в лечении в тяжёлых случаях приводят к поражению роговицы и нарушению зрения.

Известны многочисленные причины блефаритов, например, поражение краёв век микробами, грибами, клещами, вшами. Большую группу составляют аллергические заболевания век. Всё чаще развитие упорного блефарита связано с нарушением слёзного покрытия роговицы – болезнью сухого глаза. Блефарит может развиваться при нарушении общего состояния организма и встречается при пониженном питании, гиповитаминозах, нарушении обмена веществ, туберкулезе, диабете, заболеваниях зубов, носа, миндалин, при хронических интоксикациях в результате глистных заболеваний. Особенно часто блефарит возникает при неисправленной очками дальнозоркости, при плохих гигиенических условиях труда и быта [3, 4, 5, 6, 7].

Больные блефаритом обычно сами замечают покраснение и утолщение краёв век, выпадение ресниц, слёзотечение, быструю утомляемость глаз, повышенную чувствительность к дыму, ветру, пыли, яркому свету. Особенно тягостным для больных является постоянное чувство зуда век.

Как подчёркивают все исследователи, лечение блефаритов представляет большие трудности, обычно требует большой настойчивости от пациента и врача в определении клинической формы заболевания и выборе соответствующих лекарственных средств из быстро обновляющегося арсенала для проведения длительного, а иногда и повторного лечения [4].

В современном представлении центральное место в лечении блефаритов занимают гелевые композиции [8, 9]. Дополнительно, в зависимости от клинической формы, добавляют препараты антибактериальные, противовирусные, противогрибковые, противовоспалительные, антиаллергические. Важным следует признать применение комплексных препаратов, содержащих противовоспалительные и антибактериальные средства (кортикостероид + антибиотик).

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЗНАЧИМОСТЬ БЛЕФАРИТОВ

1. Блефариты – широко распространенные поражения глаз, занимают второе место после конъюнктивитов – 24,2%, нередко осложняют течение конъюнктивитов (рис. 1).



Рис. 1. Структура воспалительных заболеваний глаз

2. Блефариты – хронические, склонные к рецидивам, изнуряющие, тягостные для больного воспаления век (рис. 2), влияют на общее самочувствие больного, снижают его работоспособность, ухудшают качество жизни.



Рис. 2. Блефарит часто рецидивирующий

3. Блефариты являются наиболее частым противопоказанием для хирургического вмешательства на роговице и глазном яблоке. Установлено, что в связи с блефаритами было отказано в операции до 3% больных, обратившихся по поводу катаракты (рис. 3) [7].

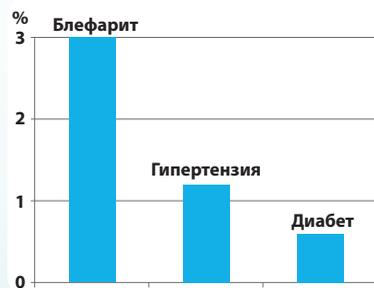


Рис. 3. Частота отказа от хирургии катаракты

4. Блефариты могут быть источником язвы роговицы или эндофтальмита после экстракции катаракты, роговичной рефракционной хирургии, после кератопластики (рис. 4), после удаления инородного тела роговицы. Особенно тяжело протекает синегнойная язва роговицы, требующая немедленной энергичной терапии. Иногда развивается герпетический или грибковый кератит, в лечении которых необходимы специфические средства.



Рис. 4. Синегнойная язва после рефракционной хирургии роговицы

5. Блефариты могут быть причиной бактериальной язвы роговицы (рис. 5), вторичного бактериального инфицированного герпетического кератита (рис. 6), болезни сухого глаза (рис. 7), дистрофии роговицы. Блефариты часто сопровождаются хроническими бактериальными и токсико-аллергическими конъюнктивитами. Блефариты могут быть источником бактериального инфицирования, грибкового кератита, обычно приводя к перфорации роговицы.



Рис. 5. Стафилококковая язва роговицы при блефарите

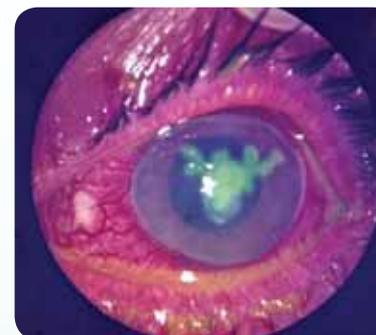


Рис. 6. Бактериальное инфицирование герпетического кератита



Рис. 7. Болезнь сухого глаза с нитчатым кератитом при блефарите

ОСНОВНЫЕ ГРУППЫ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ БЛЕФАРИТЕ

Рассмотрим некоторые из препаратов, главным образом вошедших в практику в последние годы. Принципиальным в лечении практически всех клинических форм блефаритов является применение гигиенических гелей на кожу и края век [8, 9, 10]. В зависимости от клинического течения добавляют препараты других фармакологических групп (антиинфекционные, противоаллергические, противовоспалительные, препараты комплексных форм и обязательно в каждом случае лекарственные средства слёзозаместительной терапии) [11].

Гигиенические гели на кожу и края век

Используют Блефарогель-1, -2 или недавно вошедший в нашу практику Теагель [9, 10]. Разрешённый для медицинской практики препарат Аллергоферон в виде геля обещает быть эффективным в лечении блефаритов с выраженной аллергической реакцией.

Теагель – гипоаллергический гель для гигиены век и ресниц, содержит полоксамер 188, ПЭГ90, борат натрия, карбомер, метилпарабен, рег. № 77.01.12.915. П.058823.09.09 (Thea, Франция).

Теагель предназначен для ежедневной гигиены чувствительной кожи век, эффективен для очищения шелушащихся и загрязнённых век и корней ресниц. Рекомендован также людям, пользующимся контактными линзами. Гель разработан для минимизации риска возникновения аллергических реакций, не содержит отдушек, нежирный, хорошо очищает веки и корни ресниц от слизи и чешуек.

Теагель:

- помогает очищать веки и ресницы от слизи и чешуек
- эмульгирует, растворяет и удаляет серозную слизь с век
- освежает и смягчает веки без влияния на pH-баланс кожи
- не оставляет следов

Применение: наносят небольшое количество геля на мягкий ватный тампон (ватную палочку или др.) и тампоном наносят на веки и корни ресниц. Затем аккуратными круговыми движениями несколько раз протирают веки и корни ресниц тампоном до удаления всех загрязнений. Удаляют остатки геля с помощью чистого тампона. Применяют Теагель 1-2 раза в день.

Антибактериальные средства

Входят в комплексное лечение блефаритов, т.к. инфицирование бывает доказано или предполагается в большинстве случаев. Применяются антисептики, обладающие широким противомикробным спектром и хорошей переносимостью (Витабакт, Окомистин или мощные антибиотики при выраженной бактериальной инфекции (Тобрекс 2Х, Вигамокс, Зимар).

Витабакт (пиклоксидин) – капли глазные 0,05%, 5 мл, рег. № 014701/01 (Thea, Франция). Пиклоксидин – антисептик с широким противомикробным

спектром действия, эффективен в отношении большинства грамположительных и грамотрицательных бактерий, хламидий, некоторых вирусов и грибов. Исследования, проведённые в Московском НИИ глазных болезней им. Гельмгольца, показали эффективность монотерапии, но чаще Витабакт применялся в комплексном лечении блефаритов, хронических конъюнктивитов, бактериальных кератитов. Благодаря хорошей толерантности Витабакт использовался при лечении вторичной бактериальной инфекции при герпесвирусных, аденовирусных, аллергических заболеваниях как у взрослых, так и у детей [12], а также в лечении блефаритов [9]. Особого внимания заслуживает разрешение на применение Витабакта в детской практике начиная с профилактики и лечения конъюнктивитов новорожденных.

Тобрекс 2Х – 0,3% глазные капли тобрамицина, 5 мл, рег. № ЛРС-002941/07 (Alcon, Испания). Доказано, что полимерная лекарственная основа, на которой изготовлены капли Тобрекс 2Х, обеспечивает более высокую концентрацию антибиотика в слёзной жидкости и в тканях глаза по сравнению с водными растворами, что определяет его более высокую терапевтическую эффективность. При хронических конъюнктивитах и блефаритах Тобрекс 2Х достаточно применять 2 раза в день. Препарат разрешён к применению у детей от 1 года и старше. Тобрекс 2Х содержит не общепринятый стандартный «жёсткий» консервант глазных капель, способный вызвать лекарственный конъюнктивит или кератит, а «мягкий» консервант, что уменьшает опасность его токсического и аллергизирующего действия.

Вигамокс – 0,5% глазные капли моксифлоксацина – фторхинолона IV поколения, рег. № ЛСР-003706/10 (Alcon, США). Вигамокс является современным антибиотиком широкого спектра действия, эффективен в отношении микроорганизмов, резистентных к другим хинолонам. Препарат оказывает быстрый бактерицидный эффект, способен хорошо проникать во все структуры глаза. Наш опыт применения препарата Вигамокс показал высокую терапевтическую эффективность при бактериальных конъюнктивитах и хорошую переносимость. Разрешён для применения у детей с 1 года.

Зимар – 0,3% глазные капли гатифлоксацина, рег. № ЛП-001525/13 (Allergan, США). Гатифлоксацин – местный противомикробный препарат группы фторхинолонов IV поколения, показанный для лечения бактериальных конъюнктивитов и блефароконъюнктивитов, вызванных как грамположительными, так и грамотрицательными бактериями. В качестве консерванта содержит БАК 0,005%. Разрешён для применения у детей с 1 года.

Противовоспалительные средства

В лечении блефаритов нередко возникает необходимость использовать противовоспалительный эффект. Применяют глюкокортикостероиды: дексаметазон – Дексапос, Максидекс или нестероидные противовоспалительные средства: Диклофенак Лонг или другие капли диклофенака или Акьюлар и как противовоспалительный препарат – Рестасис.

Дексапос – капли глазные 0,1% дексаметазона, 5 мл, рег. № 015079/-2003 (Ursapharm, Германия). Дексаметазон оказывает выраженное местное противовоспалительное и противоаллергическое действие, уменьшает проницаемость и пролиферацию капилляров.

Диклофенак – глазные капли 0,1% диклофенака натрия, рег. № ЛСО00149 (ЗАО ФИРН-М, Россия). Глазные капли изготовлены на полимерной основе, снижающей раздражающее действие диклофенака и пролонгирующей его противовоспалительный эффект. Выпускаются глазные капли с «мягким» консервантом – борной кислотой.

Акьюлар ЛС – капли глазные 0,4% раствор кеторолака трометамола (Allergan, США) – НПВС для местного применения. Обладает анальгезирующим, противовоспалительным действием. В качестве консерванта содержит БАК 0,006%. Разрешён для применения в возрасте 3 лет и старше.

Рестасис – глазные капли 0,05% эмульсия циклоспорина без консерванта, рег. № ЛСП-000583/11 (Allergan, США). Циклоспорин – местный иммуномодулятор с противовоспалительным эффектом, показан к применению у пациентов с подавленной выработкой продукции слёзной жидкости вследствие воспаления конъюнктивы век при синдроме сухого глаза (сухого кератоконъюнктивита).

Комплексные средства

Используются глазные капли и мази, включающие антибиотик и дексаметазон: Декса-гентамицин, Тобрадекс, Комбинил-Дуо и др.

Декса-Гентамицин – глазная мазь, содержащая в 1 г мази дексаметазона 0,3 мг, гентамицина сульфата 5,0 мг, рег. № ПО/5080/02 (Ursapharm, Германия).

Глазная лекарственная форма в виде мази позволяет наносить препарат непосредственно на края век, оказывает противовоспалительное и антибактериальное действие.

Противоаллергические средства

Применяются при выраженном раздражении глаз и отёке век: Опатанол, Офтальмоферон, Полинадим, Аллергоферон.

Опатанол – глазные капли 0,1% раствор олопатадина, рег. № 00661 (Alcon, Бельгия). Глазные капли обладают одновременно антигистаминным действием и тормозящим дегрануляцию тучных клеток.

Офтальмоферон – капли глазные, 5, 10 мл, рег. № 002902/01-2008 (ЗАО ФИРН-М, Россия). В соответствии с фармакологическими свойствами интерферона альфа-2 препарат вошёл в широкую клиническую практику для лечения герпесвирусных и аденовирусных заболеваний. В последние годы значительно расширена область применения Офтальмоферона в лечении: аллергических, хламидийных конъюнктивитов, в глазной хирургии, в лечении сухого глаза, разрешён в детской практике.

Аллергоферон – гель в тубах 5 г, содержит интерферон альфа-2b человеческий рекомбинантный 5 МЕ/г, лоратадин 10 мг/мл, карбомер 10 мг/г, рег. № ЛП-000656-2809 (ЗАО ФИРН-М, Россия). Показания – аллергические конъюнктивиты. Препарат наносится на кожу и края век. При аллергических блефаритах, блефароконъюнктивитах и инфекционных блефаритах с аллергической реакцией наносится на кожу и края век.

Слёзозаместительные средства

Из большого числа этих средств назовём недавно вошедшие в практику:

Хилабак (гиалуронат натрия) – раствор увлажняющий для глаз и контактных линз, рег. № ФСЗ 2009/04463 (Thea, Франция).

Хилабак – 0,15% раствор гиалуроновой кислоты, не содержит консерванта.

Выпускается во флаконе по 10 мг с уникальной антимикробной системой АБАК, исключающей загрязнение раствора. Инстилляция при лечении блефарита 2-3 раза в день. При болезни сухого глаза Хилабак применяют 3-4 раза в день. Улучшение состояния отмечалось уже с первых дней лечения и привело к улучшению показателей пробы Ширмера с $5,8 \pm 1,7$ мм до $8,3 \pm 1,5$ мм [11]. Наблюдалось значительное снижение осмолярности слезы с $327 \pm 0,6$ до нормального уровня, что сопровождалось ранними сроками эпителизации эрозированной роговицы. Последующие наблюдения подтвердили эффективность Хилабак при различных клинических формах болезни сухого глаза, а также при «офисном» синдроме [13, 14].

Искусственная слеза – глазные капли, содержащие гипромеллозу (0,5%) и борную кислоту в качестве «мягкого» консерванта, рег. № ЛСП-001608, (ЗАО ФИРН-М, Россия). Препарат оказывает смазывающее действие, обладает высокой вязкостью, удлиняет действие других глазных капель. Терапевтический эффект отмечается при лечении сухого глаза различного происхождения, «компьютерном» синдроме, ношении контактных линз, применяется в комплексном лечении блефаритов и конъюнктивитов.

Систейн баланс – средство офтальмологическое, рег. №ФСЗ 2011/10489 (Alcon, Испания). Препарат специально разработан для больных с сухим глазом, вызванным дисфункцией мейбомиевых желёз (ДМЖ). Искусственная слеза на основе двух разных эмульсий стабилизирует липидный слой слёзной плёнки и уменьшает испарение слёзной жидкости, обеспечивая продолжительную защиту глазной поверхности [15, 16].

Визин чистая слеза – средство увлажняющее офтальмологическое, рег. № ФСЗ 2009/05110 (Johnson&Johnson, Франция). Раствор полисахарида семян тамаринда (TSP) 0,5% во флаконах по 10 мл с мягким консервантом и в тубикапельницах на 1 день (без консерванта). «Муциноподобная» молекулярная структура TSP делает его подобным муцину роговицы и конъюнктивы – трансмембранному гликопротеину, который играет основную роль в предохранении от повреждения поверхности роговицы и поддержании её влажности. Проведённые нами клинические наблюдения, охватывающие 68 пациентов с сухим глазом, показали, что препарат Визин чистая слеза оказывал выраженное терапевтическое действие.

Оптив – кератопротекторное средство, содержит кармеллозу натрия (тип 7H3SXF) 1,75 мг, кармеллозу натрия (тип 7M8SFPH) 3, 25 мг и глицерин – 7 мг в 1 мл, консервант – PURITE (Allergan, США). Кармеллоза натрия (карбоксиметилцеллюлоза) обладает наиболее выраженным мукоадгезивным действием для гидратации клеток эпителия по сравнению с другими средствами [17]. Препарат обладает двойным механизмом действия: увлажняющим и осмопротекторным, обеспечивая облегчение симптомов сухого глаза и восполняющим нарушение слёзной плёнки, поддерживая её стабильность. По данным разработчиков применение Оптив при болезни сухого глаза приводит к улучшению состояния к 7-му дню, со стабилизацией слёзной плёнки к 90-му дню.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ БЛЕФАРИТОВ

Описаны более 120 препаратов и способов для лечения блефаритов (О.А. Короев и др., 2005) [4]. Лечение блефаритов, действительно, представляет большие трудности: с одной стороны – правильный выбор алгоритма терапии, с другой – терпения со стороны врача и пациента.

Основные составные терапии

Базисная

1. Гигиеническая обработка кожи и краёв век

Дополнительная

2. Противомикробная, противовоспалительная
3. Слёзозаместительная

Тактика лекарственной терапии

Оптимизация фармакотерапии блефаритов возможна на основе следующих подходов:

- выбор лекарственного средства в соответствии с доказанной или наиболее вероятной этиологией заболевания и, соответственно, клинической формой блефарита;
- выбор лекарственной формы (капли, гель, мазь) с учётом вязкости препарата, наличия и характера консерванта;
- выбор дозирования, включая состав лекарства, частоту введения, длительность применения;
- выбор дополнительных лекарственных средств.

Такая концепция оптимизации терапии остаётся матрицей, в которую время вставляет новые, более эффективные лекарственные средства.

Следует обратить внимание, что в первые дни лечения, особенно в острых случаях, препараты применяют более часто, реже – на второй и третьей неделе. На третьей неделе обычно частично сменяются лекарственные препараты, где-то с четвёртой недели, включая слёзозаместительные средства, и при необходимости дальнейшего лечения остаётся слёзозаместительная терапия. Алгоритм терапии тесно связан с клиническими формами заболевания.

В отдельных случаях хронических блефаритов лечение может затягиваться на несколько месяцев.

АЛГОРИТМ ТЕРАПИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМАХ БЛЕФАРИТА

БЛЕФАРИТ ЯЗВЕННЫЙ



Рис. 8.

Заболевание вызывается хронической, обычно стафилококковой, инфекцией волосяных мешочков ресниц, что приводит к вторичному дермальному и эпидермальному изъязвлению и деструкции края века. Ресницы могут слипаться у основания, образуются желтоватые струпья, кожа под ними изъязвлена, на месте язвочек впоследствии формируются рубцы. В тяжёлых случаях ресницы выпадают (мадароз). При рубцевании края века ресницы могут расти неправильно (трихиаз). Если ресницы оказываются повёрнуты к глазу и касаются роговицы, то может возникнуть эрозия роговицы, а при её инфицировании – язва роговицы, угрожающая потерей зрения. Гиперчувствительность к стафилококку может привести к вторичным осложнениям типа хронического папиллярного или фолликулярного конъюнктивита, токсической эпителиопатии роговицы и краевому инфекционно-аллергическому кератиту.

Алгоритм терапии

Базисная: Теагель – тщательная гигиеническая обработка кожи и краёв век 2 раза в день в течение всего курса лечения. В тяжёлых случаях изъязвления дополнительно на края век наносят глазную мазь Декса-гентамицин 2 раза в день до заметного улучшения состояния.

Противомикробная: Витабакт 2-3 раза в день до 2 недель, в тяжёлых случаях – Вигамокс, Зимар или Тобрекс 2X вначале 3 раза, а со второй-третьей недели 2 раза в день.

Противовоспалительная: при длительном выраженном раздражении – Диклофенак Лонг или Акьюлар или Офтальмоферон 2 раза в день 1-2 недели.

Слёзозаместительная: Хилабак или Искусственная слеза, Хиломакс-Комод, Оптив 2 раза в день, до 6-8 недель.

БЛЕФАРИТ ЧЕШУЙЧАТЫЙ (СЕБОРЕЙНЫЙ)



Рис. 9.

Развивается при воспалительных заболеваниях, связанных с фолликулами ресниц и железами Цейса и Моля. Часто сочетается с себорейным дерматитом кожи головы, бровей, заушных областей и области грудины. Протекает легче, чем язвенный блефарит. По краю века, на коже век и на ресницах обнаруживаются мелкие тонкие серые чешуйки (наподобие перхоти). Пациенты жалуются на жжение, зуд, тяжесть век, быструю утомляемость глаз. Края век могут быть гиперемированы, утолщены. При прогрессировании воспаления появляется сглаженность переднего и заднего рёбер свободного края века и нарушается адаптация нижнего века. Кожа у края века может становиться морщинистой, иссечённой, гипертрофированной (тилоз). Чешуйчатый блефарит часто сочетается с хроническим конъюнктивитом, иногда сопровождается краевым кератитом.

Алгоритм терапии

Базисная: Теагель – гигиеническая обработка кожи и краёв век – 2 раза в день.

Противоинфекционная: обычно используется лёгкая терапия – Витабакт 2-3 раза в день 2-3 недели, при выраженном инфицировании – Зимар или Вигамокс 3 раза в день в течение первой недели, на второй – 2 раза.

Противовоспалительная: Офтальмоферон 2 раза в день 1-2 недели, при упорном рецидивирующем течении – Рестапис 2 раза в день, 2-6 месяцев, до улучшения.

Слёзозаместительная: Хилабак, Систейн баланс, Визин чистая слеза, Оптив 2 раза в день, со второй недели до 6-8 недели.

БЛЕФАРИТ МЕЙБОМИЕВЫЙ



Рис. 10.

Мейбомиевый блефарит или, чаще, блефароконъюнктивит развивается при воспалении и гиперсекреции мейбомиевых желёз. Жалобы на зуд век, пенистое отделяемое в углах глазной щели. Край века утолщён, гиперемирован, интермаргинальное пространство расширено, видны выводные протоки мейбомиевых желёз, заполненные желтовато-серым отделяемым. При надавливании на хрящ века из желёз выдавливается мутный пастообразный секрет. В тяжёлых случаях содержимое желёз становится таким плотным, что выдавливание секрета становится невозможным. Заднее ребро края века гиперемировано и сглажено. В дальнейшем развитии заболевания мейбомиевы протоки расширяются, образуются кисты, иногда многочисленные, в толще века. Мейбомиевый блефарит нередко описывают как задний блефарит [18]. При инфицировании желёз появляется отёк, гиперемия кожи и конъюнктивы, увеличивается отделяемое.

Возникающая при мейбомитах дисфункция мейбомиевых желёз характеризуется стагнацией мейбомиевого липидного секрета и может приводить к рубцеванию выводных протоков желёз и деформации края века. Дисфункция мейбомиевых желёз сопровождается развитием сухого глаза, который выявляется у 87% больных с блефароконъюнктивитами.

Алгоритм терапии

Базисная: Теагель – гигиеническая обработка краёв век, при выраженном мейбомите – массаж век стеклянной палочкой. В период рецидива курс лечения повторяется.

Противоинфекционная: при доказанной или предполагаемой инфекции – Витабакт 2 раза в день, в течение 2-4 недель, в тяжёлых случаях – глазная мазь Декса-Гентамицин на края век.

Противовоспалительная: Диклофенаклонг 2 раза в день до 2-х недель, в случаях упорного, рецидивирующего течения – Рестапис 2 раза в день, 3-6 месяцев.

Слёзозаместительная: Вита-ПОС глазная мазь или капли Систейн баланс для восстановления жирового слоя слёзной плёнки – 2 раза в день в течение 2 недель, затем капли Оптив, Хилабак или Хилозар-Комод 2 раза в день в течение 3-6 недель.

БЛЕФАРИТ ДЕМОДЕКОЗНЫЙ



Рис. 11.

Развивается в связи с клещевым поражением краёв век. Клещи *Demodex folliculorum* поражают ресничные фолликулы, *Demodex brevis* – мейбомиевые железы и железы Цейса. Клещи обнаруживаются у корня удалённых ресниц. Возможно бессимптомное носительство клещей, до 1-2 особей на 4 исследованных ресницы. Диагностическим подтверждением демодекозного блефарита считается обнаружение 4-6 клещей в сочетании с юными формами – яйца, личинки, нимфы. В начальной стадии больные жалуются на постоянный, иногда нестерпимый зуд, особенно после сна. Днём беспокоит чувство рези, едкое, липкое отделяемое, непреодолимое желание почесать, вытереть глаза. В дальнейшем развивается выраженное воспаление ресничных краёв век, которые становятся утолщёнными, покрасневшими, нередко развивается мейбомит. Секрет сальных желёз и обрывки клеток образуют «воротничок» у основания ресниц (рис. 11). Засохшее отделяемое скапливается в виде чешуек между ресницами, образуя характерные желтоватые, медового цвета корочки. Первоначальное малосимптомное заболевание – демодекоз век – может при длительном течении сопровождаться более опасными поражениями глаза: конъюнктивит, кератит, язва роговицы.

Алгоритм терапии

Базисная: Теагель – гигиеническая обработка кожи и краёв век – 2 раза в день, при необходимости – массаж век – 1 раз в день. На ночь края век обильно смазывают Вазелином или мазью Вита-ПОС.

Противоинфекционная: Витабакт, Вигамокс или Тобрекс 2X 2-3 раза в сутки, в тяжёлых случаях – глазная мазь Декса-Гентамицин на края век. В упорных случаях применяют 1-2% гель или экстенпорально изготовленный 0,5% раствор метронидазола для обработки краёв век 2 раза в сутки.

Противовоспалительная: при выраженном раздражении – Дексапос, Акьюлар или Офтальмоферон – 2 раза в сутки.

Слёзозаместительная: Хилабак, Искусственная слеза, Оптив или Систейн ультра баланс 2 раза в сутки, в течение нескольких недель.

БЛЕФАРИТ АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ



Рис. 12.

Различают блефариты аллергические как реакция на аллерген (пыльца, домашняя пыль, шерсть животных), псевдоаллергические как токсическая реакция на лекарственный препарат (лекарственный блефарит) и инфекционно-аллергический блефарит как результат воздействия бактериальной или вирусной инфекции.

Аллергический блефарит обычно сочетается с воспалением слизистой (аллергический блефароконъюнктивит), возникает при повышенной чувствительности к лекарственным препаратам, косметическим и парфюмерным изделиям, пыльце, пыли (домашней или производственной), тараканам, шерсти, перу, пуху, средствам бытовой химии, пестицидам, детергентам и др.

Острый аллергический блефарит возникает внезапно: отёк век, слёзотечение, слизистое отделяемое, резь в глазах, зуд век, светобоязнь. Обычно поражены оба глаза. Хроническому аллергическому блефариту особенно свойственным является упорный, иногда нестерпимый зуд век. Сезонные обострения обычны для поллинозных блефаритов, вызываемых пыльцой в период цветения трав, злаковых, деревьев. Лекарственный блефарит наиболее часто развивается при длительном применении глазных капель и мазей, но может возникнуть и при введении лекарств внутрь.

Алгоритм терапии

Базисная: устранение виновного аллергена.

Гигиеническая обработка век – Теагель с последующим нанесением на кожу и края век глазного геля Аллергоферон – 2 раза в день, глазные капли Опатанол или Офтальмоферон 2 раза в день до стихания аллергической реакции.

Противовоспалительная может потребоваться как дополнительная терапия для снижения воспалительного раздражения: Дексапос, Диклофенаклонг, Рестагис.

Слёзозаместительная: Искусственная слеза или Хилабак 2 раза в день длительно.

БЛЕФАРИТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ВЕК КОНТАГИОЗНЫМ МОЛЛЮСКОМ



Рис. 13.

Вирус контактного моллюска относится к группе поксвирусов, патогенен только для человека, передаётся контактным путём. Заболевание характеризуется высыпанием на коже лица, шеи, груди, верхних и нижних конечностей, единичных или множественных узелков. На коже век образуется один или несколько узелков, размером от булавочной головки до горошины, сферической формы, гладкие, плотные, безболезненные, цвета нормальной кожи, реже с лёгким жемчужным блеском (рис. 13). В центре узелка появляется вдавление. При локализации узелков на веках вирусные частицы могут попадать на конъюнктиву. Вторичная иммунная реакция приводит к развитию вторичного упорного блефарита и фолликулярного конъюнктивита. Фолликулы крупные, собираются в складки, преимущественно на нижнем веке. Нередко развивается папиллярная гиперплазия слизистой. Иногда наблюдается кератит: эпителиальный, точечный, краевой, вплоть до тяжёлого паннуса. Отделяемое с конъюнктивы незначительное, течение заболевания длительное, хроническое, с периодами обострения.

Алгоритм терапии

Базисная: электрокоагуляция узелков или выскабливание их острой ложечкой с последующим прижиганием йодной настойкой.

При явлениях блефарита и конъюнктивита – обработка краёв век глазным гелем Аллергоферон 2 раза в день и инстилляцией глазных капель Офтальмоферон.

При поражении роговицы дополнительно: Витабакт 2 раза в день, Диклофенак или Акьюлар 2 раза в день.

Слёзозаместители: Хилабак, Искусственная слеза или Оптив 2 раза в день до исчезновения неприятных субъективных симптомов.

Прогноз благоприятный. При лечении ранка на месте узелков подсыхает, корочки отпадают, не оставляя рубцов, в последующем исчезают явления блефарита, конъюнктивита и кератита.

БЛЕФАРИТ ПРИ СИСТЕМНЫХ АЛЛЕРГОЗАХ



Рис. 14.

При атопическом дерматите блефарит возникает почти у всех больных и протекает тяжело с упорными рецидивами. Нередко сочетается с конъюнктивитом и кератитом. В анамнезе характерна наследственная предрасположенность к аллергическим заболеваниям. Поражение глаз двустороннее, хроническое, медленно прогрессирующее. Наиболее часто жалобы на зуд век и периорбитальной кожи. Экзематозный дерматит век проявляется сухой, воспалённой кожей с наличием чешуек. Часто возникает дисфункция мейбомиевых желёз, кератинизация и развитие сухого глаза. Края век обычно инфицируются стафилококком, что приводит к упорному течению блефарита. Развивается болезнь сухого глаза. Возможно развитие отёка конъюнктивы с папиллярной реакцией преимущественно на нижних веках. Гиперплазия в области лимба может проявляться гелеподобным помутнением. Рубцевание конъюнктивы может приводить к симблефарону. Поражение роговицы варьирует от точечных эрозий до неоваскуляризации, рубцевания стромы и изъязвления.

Выявляется склонность к развитию вторичной инфекции – бактериальной, грибковой, герпетической.

Алгоритм терапии

Базисная: Теагель – гигиеническая обработка кожи и краёв век 2 раза в день.

Противовоспалительная: Опатанол, Офтальмоферон, Дексапос, Диклофенак, Рестапис 2-3 раза в день, в тяжёлых случаях дополнительно субконъюнктивальные инъекции дексаметазона ежедневно, 10 дней.

Противоинфекционная: Витабакт, Тобрекс 2Х, Вигамокс, Зимар 2-4 раза в день в зависимости от тяжести течения (антибиотики осторожно – опасность аллергической реакции).

Слёзозаместительная: Хилабак, Искусственная слеза, Вита-ПОС, Оптив 2-3 раза в день на протяжении всего курса лечения, но может потребоваться более длительное применение в случае развития сухого глаза.

Дополнительно: лечение по назначению аллерголога-дерматолога.

БЛЕФАРИТЫ, ПРИВОДЯЩИЕ К КРАЕВОМУ КЕРАТИТУ ИЛИ КРАЕВОЙ ЯЗВЕ РОГОВИЦЫ

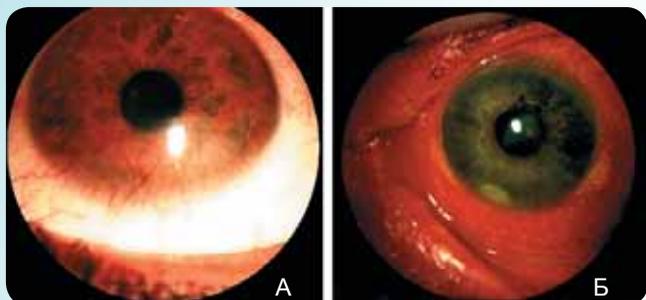


Рис. 15.

К развитию краевого кератита (рис. 15 А) или краевой язвы (рис. 15 В) могут приводить различные хронические блефариты со стафилококковым поражением краёв век и, нередко, конъюнктивы (хронические блефароконъюнктивиты). Поражение роговицы является результатом локальной реакции стафилококковой гиперчувствительности.

Краевой кератит проявляется в виде желтовато-белого инфильтрата, обычно одиночного, вблизи края роговицы. Конъюнктивита, прилегающая к области кератита, гиперемирована, с многочисленными сосудами.

Язва роговицы проявляется в виде ограниченного поверхностного инфильтрата, окрашивающегося флюоресцеином. Конъюнктивита гиперемирована, отделяемое с конъюнктивы незначительное. Язва может носить упорный рецидивирующий характер.

Учитывая иммунный характер развития краевого кератита и краевой язвы, важное место в лечении с первых дней занимают кортикостероиды.

Алгоритм терапии

Базисная терапия комплексная, включающая три направления – гигиеническая обработка кожи и краёв век, кортикостероидные и противостафилококковые препараты.

Обработка век: Теагель, а при выраженном раздражении – Аллергоферон гель – гигиеническая обработка кожи и краёв век 2 раза в день, до 2 недель.

Противоаллергическая, противовоспалительная: Дексапос 4 раза в день первую неделю, 3 раза – во вторую, 2 раза – в дальнейшем. Офтальмоферон 3 раза в день в первую неделю, 2 раза – во вторую, в дальнейшем перейти на Диклофенак-лонг или Акьюлар 2 раза в день 1-2 недели.

Противоинфекционная: Вигамокс или Зимар 3-4 раза в день 1 неделю, 3 раза – во вторую, в дальнейшем – по необходимости. В лёгких случаях Витабакт 2 раза в день до 2 недель. При явлениях язвенного блефарита – мазь Декса-гентамицин 2 раза в день.

Слёзозаместители: назначают со второй недели Хиломакс-Комод или Хилабак, Искусственная слеза 2 раза в день, в течение нескольких недель.

НЕКОТОРЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕРАПИИ

Лечение блефаритов представляет большие трудности, особенно при рецидивирующих клинических формах. В каждом случае необходим индивидуальный выбор терапевтической схемы. Нередко требуются повторные курсы лечения. Описаны различные комбинации с использованием большого разнообразия лекарственных средств [3, 4].

Приведём итоги исследований эффективности комплекса, включающего следующие препараты: (1) Теагель – гипоаллергенный гель – гигиеническая обработка кожи и краёв век 1-2 раза в день, (2) Витабакт – антисептические глазные капли – обработка смоченным тампоном краёв век перед применением Теагеля и инстилляцией 1 раз в день, (3) Хилабак – глазные капли искусственной слезы – слёзозамещающий раствор гиалуроновой кислоты без консерванта, инстилляцией 3 раза в день [8] (табл. 1, рис. 14), при необходимости – антибактериальные средства.

Таблица 1

Динамика регресса тяжести заболевания в баллах при блефаритах

	Блефарит язвенный		Блефарит аллергический	
	гиперемия	отек	гиперемия	отек
До лечения	2,22±0,15	1,93±0,31	2,43±0,31	1,83±0,22
10-й день лечения	1,48±0,17	0,89±0,29	2,13±0,18	1,35±0,18
30-й день лечения	0,17±0,13	0,46±0,15	0,25±0,13	0,39±0,18

Под наблюдением находилось 73 пациента (146 глаз), которые были проанализированы по 3 группам: группа I – блефарит язвенный, инфекционный, группа II – блефарит аллергический, группа III – блефарит мейбомиевый различного клинического течения. Комплексное применение 3 препаратов позволило у всех пациентов получить положительный терапевтический эффект по показателям клинической картины и по специальным тестам состояния слёзной плёнки. На фоне проведённого лечения в повторных анализах микрофлора не обнаруживалась. Побочных явлений не отмечено – проведённое комплексное лечение позволяло добиться стойкой ремиссии патологического процесса у всех наблюдавшихся больных.

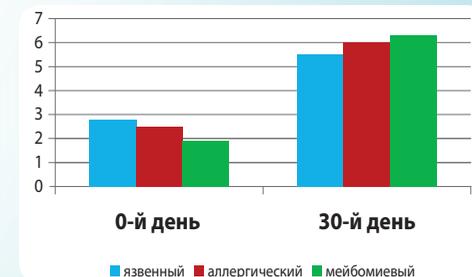


Рис. 16. Динамика показателей слезной пленки (по пробе Норна) у больных с различными клиническими формами блефаритов при комплексном лечении

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Блефариты относятся к числу широко распространённых исключительно упорных хронических рецидивирующих воспалительных заболеваний век. Известны многочисленные причины блефаритов. Выделяют следующие основные клинические формы блефаритов: язвенный, чешуйчатый (себорейный), мейбомиевый, демодекозный, аллергический, блефарит при контагиозном моллюске век, блефариты при системных аллергиях.

Лечение блефаритов представляет большие трудности. За последние годы значительно расширился арсенал лекарственных средств эффективного лечения. Выбор лекарственной терапии и тактики лечения зависят от клинической формы блефарита.

Базисную терапию блефаритов занимают гелевые лекарственные композиции, наносимые на кожу и края век. Дополнительно, в зависимости от течения заболевания, добавляют препараты других фармакологических групп: антиинфекционные, противоаллергические, противовоспалительные, лекарственные средства слёзозаместительной терапии.

При соблюдении гигиены век и настойчивом лечении прогноз благоприятный, хотя клиническое течение заболевания затяжное, а лечение требует большой настойчивости как от пациента, так и от врача.

ЛИТЕРАТУРА

1. Майчук Ю.Ф. Блефариты. Современная лекарственная терапия. Краткое пособие для врачей. М. – 2012. – 18 с.
2. Майчук Ю.Ф. Современные возможности диагностики и терапии инфекционных поражений глазной поверхности // IX съезд офтальмологов России. – М. – 2010. – С. 338-340.
3. Егоров Е.А. Блефариты // Офтальмология. Национальное руководство. Под ред. С.Э. Аветисова, Е.А. Егорова, Л.К. Мошетоной, В.В. Нероева, Х.П. Тахчиди. – М. – 2008. – Раздел 5.4. – С. 342-347.
4. Короев О.А. // Блефариты. Владикавказ. – 2005. – 83 с.
5. Дрожжина Г.И. Воспалительные заболевания век. Одесса. «Астропринт». – 2011. – 86 с.
6. BenEzra D. // Blepharitis and Conjunctivitis. – Glosa. – 2006. – P. 173-180.
7. Stead R.E., Stuart A., Keller J., Subramaniam S. The reducing the rate of cataract surgery cancellation due to blepharitis // Eye. – 2010. – v. 24. – P. 742.
8. Полуниин Г.С., Куренков В.В., Каспарова Е.А., Полунина Е.Г. Блефарогели 1 и 2 – новое направление в профилактике и лечении блефаритов // Глаз. – 2004. – № 2. – С. 32-34.
9. Майчук Ю.Ф., Яни Е.В. Новые подходы в лечении блефаритов // Катар. и рефракц. хирургия. – 2012. – 1. – С. 59-62.
10. Doan S. Tolerability and acceptability of Blephagel: a novel eyelid hygiene aqueous gel // Clin. Opth. – 2012. – v. 6. – P. 71-77.
11. Майчук Ю.Ф. Фармакотерапия блефаритов // Consilium medicum. Офтальмология. – 2001. – С. 16-18.
12. Майчук Ю.Ф. Современная терапия конъюнктивитов у детей // Consilium medicum. Педиатрия. – 2007. – № 2. – С. 80-87.
13. Майчук Ю.Ф., Яни Е.В. Новый препарат искусственной слезы на основе гиалуроновой кислоты Хилабак в терапии сухого глаза // Катар. и рефракц. хирургия. – 2011. – № 3. – С. 48-50.
14. Петраевский А.В., Тришкин К.С., Лёвина О.В. Синдром «сухого глаза» у женщин, занятых офисным трудом: клинико-цитологический анализ результатов лечения препаратом Хилабак // Рос. офт. журнал. – 2012. – № 2. – С. 49-53.
15. Ketelson H.A., Davis J., Meadows D.L. Characterization of an Anionic Lipid Stabilized Ocular Emulsion Contaning HP-Guar // E-abstract 6264. Invest. Ophthalmology Vis. Soc. 2010.
16. Davitt W.F., Blomenstein M., Christensen M., Wartin D. Efficacy in patient with dry eye after treatment with new eye drop formulation // S. Ocular pharma and therapeutics. 2010. – № 4. – P. 347-353.
17. Hunt et al. Drug delivery systems: Fundamentals and Techniques. 1987.
18. Kanski J.J., Pavesioc E., Tuft S.J. Ocular Inflammatory diseases. Elsevier, Mosby. – 2006. – 301p.

ДЛЯ ЗАМЕТОК

ДЛЯ ЗАМЕТОК

ДЛЯ ЗАМЕТОК