
Поражение поверхности глаза и особенности лечения розацеа кератитов

Дрожжина Г. И., Гайдамака Т. Б., Ивановская Е. В., Остащевский В. Л., Коган Б. М., Иванова О. Н., Тройченко Л. Ф., Рязанова Л. Ю.

ГУ «Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В.П.Филатова НАМН Украины» (Одесса, Украина)

Розацеа – хронический идиопатический дерматоз, при котором в патологический процесс вовлекается кожа лица, шеи, верхней части груди и спины. Типичными признаками являются наличие на носу и щеках эритематозных пятен, а также акне. Распространенность дерматоза в разных странах составляет от 1 до 4% населения, преимущественно у людей со светлой кожей. По данным литературы, у 57% пациентов изменения кожи предшествуют поражению глаз, у 27% - глаза поражаются одновременно с кожей, а у 20% - первыми наблюдаются изменения со стороны глаз. Для офтальмолога важным является вовлечение в патологический процесс структур поверхности глаза, и в том числе роговицы.

Целью работы явилось изучение клинических проявлений поражения поверхности глаза и особенностей лечения больных розацеа кератитами.

Материал и методы. Под наблюдением находились 27 больных (52 глаза) с розацеа кератитами, находившихся на лечении в отделе патологии роговицы с 2012 по 2018 гг. Среди них было 17 женщин (63,0%), 10 мужчин (37,0%) в возрасте от 19 до 60 лет.

Результаты. Среди субъективных жалоб больных преобладали светобоязнь, ощущение инородного тела, жжение, снижение зрения. Объективно – дисфункция мейбомиевых желез (задний блефарит), телеангиоэктазии краев век, синдром «сухого глаза» средней и тяжелой степени выявлены у всех больных, образование халязионов – у 13 (48,2%). Клинические формы поражения роговицы были следующими: краевые инфильтраты – на 9 глазах, язвенный кератит на 14 глазах, язвы роговицы с перфорацией на 7 глазах, сосудистые помутнения на 22 глазах. Демодекс кожи лица выявлен у 7 больных (25,9%), кожи век при микроскопическом исследовании ресниц – у 22 больного (81,5,0%). Семеро больных были консультированы дерматологом по месту жительства, остальные направлены нами к дерматологу впервые и при наличии акне розацеа и демодекоза кожи получали патогенетическое лечение.

В комплекс местного лечения входили: гигиена век с использованием салфеток «Блефа-клин» и или Теагеля 2 раза в сутки, при демодекозе век - гели для – век с метронидазолом и нитратом серебра (Демолан-форте, Демоскин), инстилляцией слезозаменителей без консервантов (0,12 - 0,4% р-р гиалуроновой кислоты), а также катионной наноэмульсии Катионорм и Эктоина 2%, восстанавливающих липидный слой слезной пленки 4-6 раз в сутки. Инстилляцией ингибиторов коллагеназы (контривен) 6 раз в сутки, противовоспалительных препаратов - 0,05% р-ра циклоспорина А 2-4 раза в сутки в течение 3 месяцев, кортикостероиды коротким курсом 2-3 недели. Внутрь – доксициклин по 50 мг 6-8 недель, производные изотретиноина, десенсибилизирующие, метаболическая терапия - реосорбилакт в/в №5, антраль 3 раза в сутки. Кератопластика произведена на 10 глазах: ступенчатая сквозная – 6, послойная -4, в 2 случаях комбинированная с биологическим покрытием роговицы, в одном случае с экстракцией осложненной катаракты и имплантацией ЗК ИОЛ, в 1 случае –трансплантация амниотической мембраны. В результате проведенного лечения воспалительный процесс был купирован, все глаза сохранены. Трансплантаты прижили полупрозрачно на 5 глазах, мутно – на 4. Функциональные результаты зависели от исходного состояния глаза и локализации кератита. Острота зрения повысилась на 32 глазах (61,5%), не изменилась – на 14 глазах (26,9%).

Выводы. Лечение больных с розацеа кератитом должно проводиться комплексно, с учетом лабораторных данных, рекомендаций дерматолога и состояния поверхности глаза. Учитывая, что в связи с поражением различных структур поверхности глаза кератопластика при

розацеа кератитах относится к кератопластике высокого риска и имеет неблагоприятный прогноз, лечение необходимо начинать как можно раньше, чтобы избежать осложнений со стороны роговицы и сохранить зрение.

The affection of ocular surface and treatment peculiarities of rosacea keratitis

Drozhzhyna G. I., Gaidamaka T. B., Ivanovskaya O. V., Ostashevsky V. L., Kogan B. M., Ivanova O. N., Troychenko L. F., Ryazanova L. Yu.

SI «The Filatov Institute of Eye Diseases and Tissue Therapy of NAMS of Ukraine» (Odesa, Ukraine)

Purpose of this research: the study of clinical manifestations of ocular surface lesions and treatment peculiarities of patients with rosacea keratitis. **Materials and methods.** 27 patients (52 eyes) with rosacea keratitis have been supervised. All of them have been treated in the corneal pathology department from 2012 up to 2018. Among them 17 females (63,0%), males - 10 (37,0%) at the age from 19 to 60 years. The treatment of patients with rosacea keratitis should be conducted in complex taking into account laboratory data, dermatologists recommendations, and ocular surface state. Given that due to the affection of different ocular surface structures keratoplasty at rosacea keratitis relates to high-risk keratoplasties and has an unfavorable prognosis, so the treatment should begin as soon as possible to avoid complications with the cornea and save the eye vision.

Маркер активації нейтрофілів у хворих з цукровим діабетом II типу та хворобою сухого ока

Жмудь Т.М.², Величко Л.М.¹, Дрожжина Г.І.¹, Богданова О.В.¹

¹ ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України» (Одеса, Україна)

² Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова (Вінниця, Україна)

Актуальність. Серед хворих з цукровим діабетом одним із найбільш поширених і відразу відчутних патологічних станів переднього відділу очного яблука є хвороба «сухого ока» (ХСО). Згідно даних літератури і за результатами наших попередніх досліджень, прояви ХСО спостерігаються у 60-70 % хворих з ЦД II типу.

Мета. Вивчити рівень експресії маркерів активації нейтрофілів (CD15) у хворих з цукровим діабетом II типу та хворобою сухого ока.

Матеріал і методи. В дослідження було включено 40 пацієнтів (80 очей) з цукровим діабетом II типу та ХСО, віком 54±8 років, серед них чоловіків було 16 (40 %), жінок – 24 (60 %). Стаж діабету становив в середньому 18 років. У даних пацієнтів цукровий діабет був компенсований. Всі хворі були поділені на групи в залежності від ступеня важкості хвороби сухого ока: основна група – пацієнти, в яких відмічалась хвороба сухого ока важкого ступеня зі змінами на рогівці (6 пацієнтів, 12 очей), контрольна група – пацієнти з ХСО легкого і середнього ступеня без змін в рогівці (34 хворих, 68 очей).

Були проведені такі дослідження: проба Ширмера I, проба Норна, тест з флюоресцеїном, LIPKOF-тест, мейбографія, визначення середньої частоти кліпання за 1 хвилину, а також оцінка суб'єктивного дискомфорту (стандартні опитувальники OSDI, McMonnies Dry Eye Questionnaire).

В крові визначався маркер активації нейтрофілів (CD15) гістоімуноцитохімічним методом.

Результати. У пацієнтів основної групи, тобто тих, в яких була присутня ХСО важкого ступеня зі змінами в рогівці, в крові відмічалось підвищення маркера активації нейтрофілів (складав в середньому 48,5 %). У хворих, в яких не відмічалось змін в рогівці та ХСО була легкого та середнього ступеня, маркер активації нейтрофілів не перевищував 40 % (в середньому складав 29,7 %).