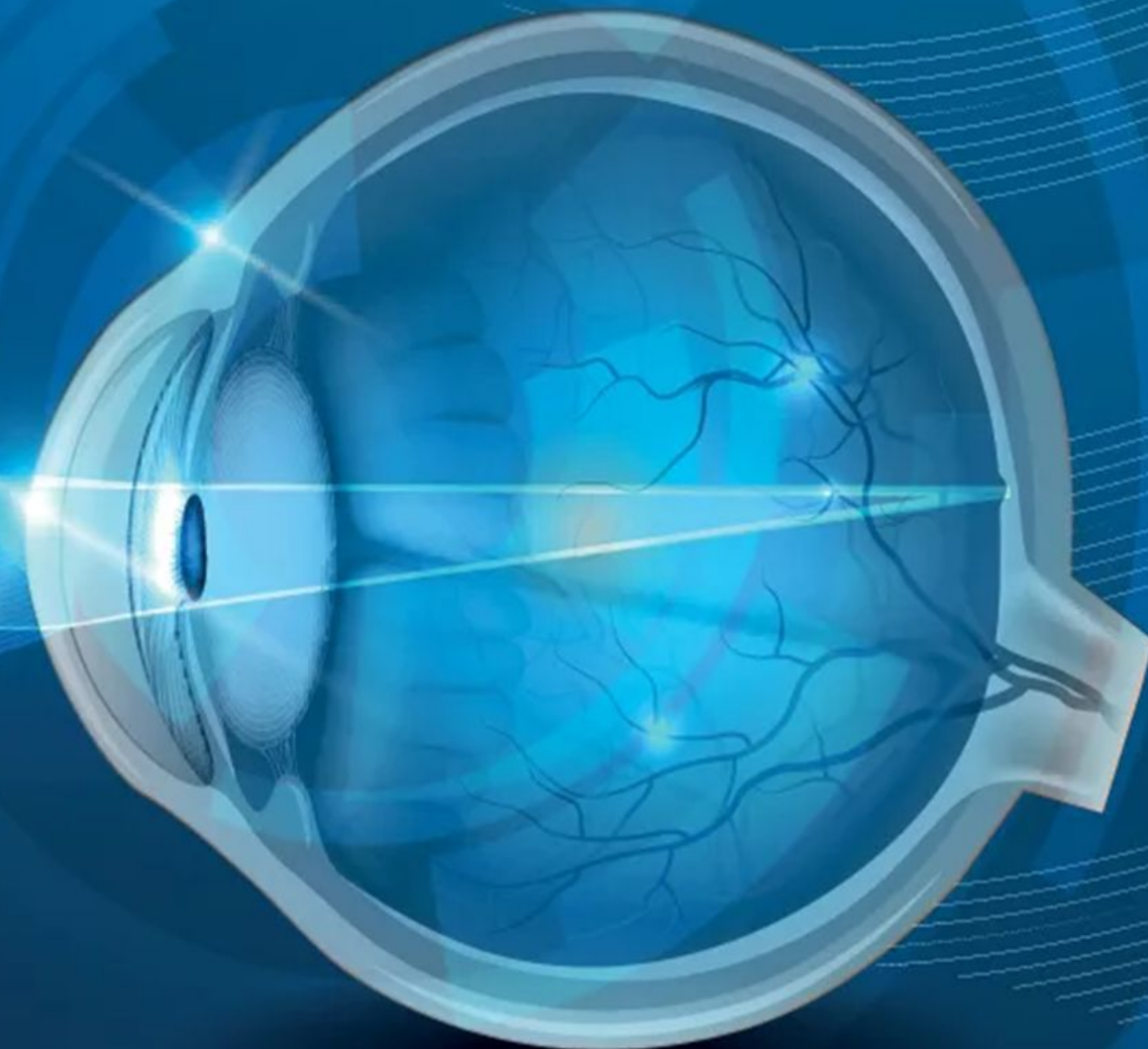


**Микробиологическая
диагностика
блефароконъюнктив
ита
грибково-
демодекозной
этиологии**



*Выполнили: Никогосян А.Р., 5 курс, Столяр И.А., 6 курс, Григорян Д.В., 6 курс
Научный руководитель: асс. Боровская Е.Н.*

АКТУАЛЬНО СТЬ

Изучение проблемы блефароконъюнктивитов смешанной этиологии обусловлено большим удельным весом его в структуре воспалительных заболеваний переднего отдела глаз и рецидивирующим течением, ограниченным выбором антакарцидных препаратов, обладающих недостаточной эффективностью и токсико-аллергическим действием, а также отсутствием эффективных методов лечения и профилактики данной



Демодекозный блефарит

Демодекозный блефарит

ЦЕЛЬ

Изучить современные
методы
исследования
блефароконъюнктивита
грибково-
демодекозной
этиологии



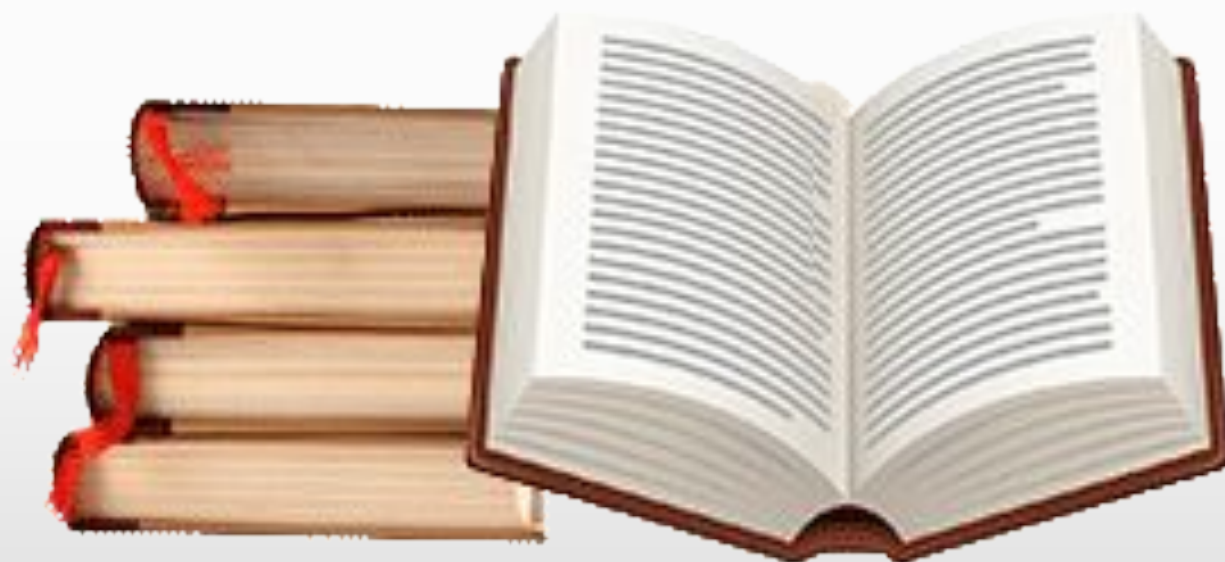
ЗАДАЧИ:

1. Установить этиологию и патогенез патологии;
2. Определить особенности течения блефароконъюнктивита смешанной этиологии;
3. Обозначить основные методы диагностики, в том числе микробиологические;
4. На основе полученных данных сделать вывод.



МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ:

Обзор
библиографических
данных, в том числе
материалов
международных
конференций,
форумов. Изучение
национальных
клинических
рекомендаций



РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ:

- Блефароконъюнктивит, по-другому называемый краевым блефаритом, разновидность конъюнктивита, которая возникает на фоне воспаления век (блефарита).
- Демодекоз – поражение кожи, вызываемое условно-патогенным паразитом – клещом рода *Demodex*. Демодекс относится к типу Arthropoda, классу Arachnida, отряду Acariformes, подотряду Trombidiformes, роду *Demodex*, семейству Demodecidae.



Клещ *Demodex*

Блефароконъюнктивит



ПРОДОЛЖЕНИЕ

• Cheikh-Rouhou с соавторами провели ретроспективный анализ за четырехлетний период, который показал, что *Demodex folliculorum* занимает одно из первых мест, являясь причинным агентом глазного паразитоза и МИКОЗА.



Характерным признаком является образование цилиндрических "чехлов" в основании ресниц.

В ресничных фолликулах век демодекс встречается реже, чем на коже лица. Клещей чаще выявляли на коже нижних век, чем на верхних. 1–2 клеща на 16 ресницах (по 4 ресницы с каждого века) являются обычным состоянием, не требующим лечения, больные при этом жалоб не предъявляют.

Считается нормальной численность клещей 0–1, патологической – 3–4 клеща и более на 6 ресницах. Максимально на одной реснице обнаруживали 8, а в препарате – 38 клещей. В результате длительно существующего симбиоза между клещами и хозяином складывается стабильное равновесие (бессимптомное носительство), при котором воздействие паразита уравнивается механизмами неспецифической резистентности здорового хозяина–носителя.

Под влиянием экзо– и эндогенных факторов симбиоз нарушается и возникают клинические проявления офтальмодемодекоза (этому также способствует способность демодекса усиливать распространение, размножение, патогенность других бактерий, которые входят в состав микрофлоры больных демодекозом).

ПАТОГЕНЕЗ

- В патогенезе офтальмодемодекоза определенное значение имеют вызываемый демодексом застой кожного секрета и сала и вместе с этим длительная ирритация нервно-рецепторного аппарата сально-волосяных фолликулов, приводящая к дистрофическим изменениям в тканях

Демодекс, разрушающий структуры кожи

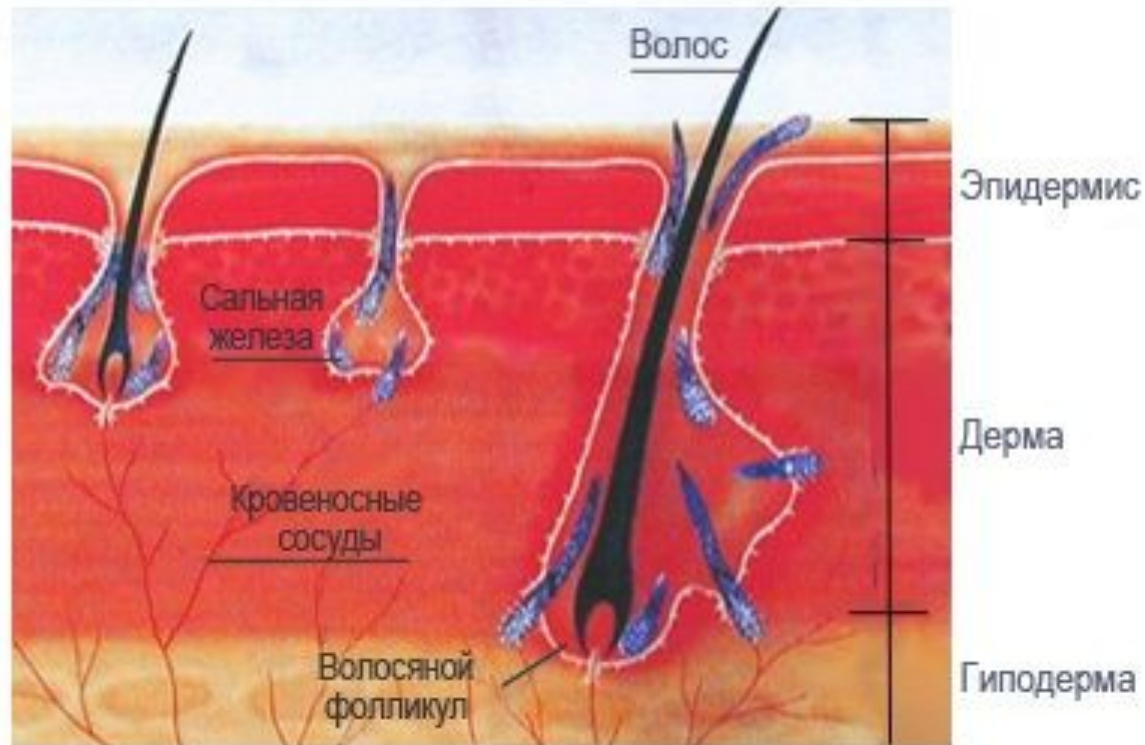
Размеры демодекса
0.1 - 0.4 мм



Demodex Folliculorum поражает волосяной фолликул



Demodex Brevis поражает сальную железу



Развитие воспаления при демодекозе относится к гиперсенсibiliзации IV типа, которая также предрасполагает к аллергическим реакциям на другие антигены, особенно бактериальные.

Действие демодекса на конъюнктиву, роговицу и другие оболочки глаза токсико-аллергическое.

ТЕЧЕНИЕ

При демодекозном блефароконъюнктивите заболевание протекает по типу сухой или жирной себореи, сопровождается дисфункцией желез мейбомиевых, сальных и Цейса, пара- и гиперкератозом, приводящим к мелкопластинчатому шелушению век (чешуйки и корочки сероватого цвета между ресницами). Кожа краев век слегка гиперемирована, устья мейбомиевых желез расширены, при надавливании и массаже век из них выделяется густое или сливко- или медообразное отделяемое, заметны инфаркты и конкременты мейбомиевых желез.



ТЕЧЕНИЕ

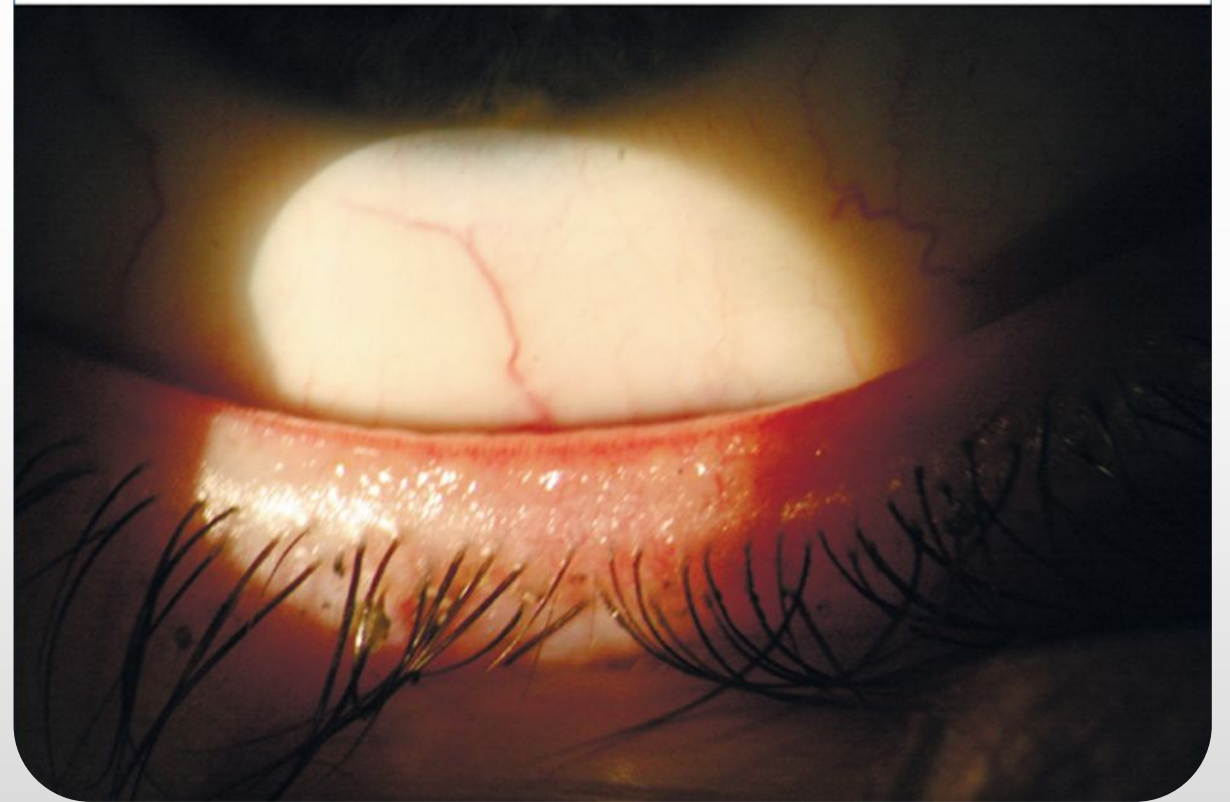
- Отмечаются дистрофические изменения ресниц: шейки луковиц ресниц истончены, их стержни имеют чешуйчатые неровности, шероховатости, участки депигментации, муфтообразные утолщения у корня, состоящие из липидов и кератина. Заметны мелкие гнойнички по свободному краю век и множественные папиломы на коже между ресницами, телеангиэктазии.
 - Может быть скудное, чаще пенистое, слизистое отделяемое из конъюнктивальной полости, легкая гиперемия и шероховатость конъюнктивы век, разрыхленность нижних переходных складок, слабая фолликулярная или папиллярная гипертрофия. В результате нарушения секреторной функции мейбомиевых желез уменьшается липидный слой прекорнеальной слезной пленки, усиливается ее испаряемость, что ведет к развитию синдрома «сухого глаза». При этом в поверхностных слоях роговицы отмечают трофические нарушения и снижение ее чувствительности.

Биомикроскопия:

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

Демодекозный блефарит



ЖАЛОБЫ

Пациенты предъявляют жалобы:



На зуд и жжение в области глазницы;

Светобоязнь;



Чешуйки между ресницами;



Ощущение «песка» или инородного тела под веками;



Выполнение зрительной работы приводит к быстрой утомляемости глаз;



гнойное отделяемое из глаз;

Скутулы



Визуально определяется покраснение и отечность орбитальной конъюнктивы.

ДИАГНОСТИКА:

Диагностика заболевания предполагает сбор анамнеза, ряд диагностических мероприятий, лабораторные исследования и дифференциальный диагноз. При сборе анамнеза имеет значение начало и продолжительность клинических признаков, двустороннее или одностороннее поражение глаз, перенесенные недавно или хронические болезни, употребление пациентом антибиотиков. Обследование предполагает наружный осмотр век и глаз, биомикроскопическое исследование при помощи щелевой лампы. Специалист оценивает состояние ресниц, краев век, конъюнктивы, роговой оболочки..

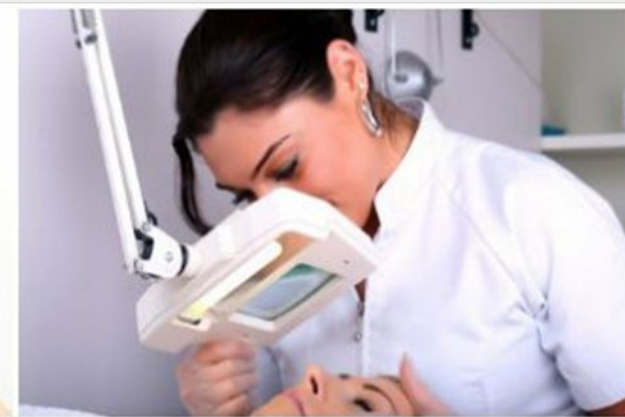


ФИЗИКАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВКЛЮЧАЕТ:

- ✧ Определение остроты зрения;
- ✧ Наружный осмотр (кожа вокруг глаза, состояние век, конъюнктивы); ✧ биомикроскопию (оценка слёзной плёнки, переднего края век, ресниц, заднего края век, тарзальной конъюнктивы, бульбарной конъюнктивы, роговицы, слёзной плёнки, высоты слёзного мениска);
- ✧ Биомикроскопия роговицы и конъюнктивы с использованием красителей (флюоресцеин, бенгальский розовый, лиссаминовый зелёный).

- Лабораторная диагностика демодекоза глаз крайне проста, не требует специальной подготовки, возможна в присутствии больного в кабинете врача, и осуществляется путем выявления клещей на удаленных ресницах.

- Материал для исследования помещают на предметное стекло, заливают 10–20% раствором едкой щелочи, бензином, керосином или глицерином, покрывают предметным стеклом и микроскопируют.



ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ. ПРОДОЛЖЕНИЕ

1-я группа методов – цитологический метод с окраской мазка по методу Романовского–Гимзы и по Граму, иммуноферментный, иммунофлюоресцентный, полимеразная цепная реакция – служит для непосредственного определения возбудителя (мицелия грибов) в соскобе (используют соскобы с конъюнктивы и мазки-отпечатки с конъюнктивы и роговицы)

2-я группа – культуральный метод (считается эталонным) – дорогостоящий, трудоёмкий и длительный (48–52 ч). Метод позволяет получить чёткие результаты даже при минимальном присутствии микрофлоры.

3-я группа – серологические тесты – имеют второстепенное значение. Используют различные иммунные реакции и оценивают диагностический титр антител в сыворотке крови и иммуноглобулинов классов А и G в слёзной жидкости.

В лаборатории микроскопических грибов ВНИПЧИ выполняют посев биоматериала с конъюнктивы на флору и чувствительность. Срок наблюдения за первичными посевами составлял от 14 до 22 дней. В отдельных случаях начало роста было отмечено на 5-7 и даже 10-14 сутки после посева. Как правило, рост патогенных грибных культур был обнаружен как на чашках Петри, так и в пробирках с бульоном, что являлось косвенным подтверждением выделения именно возбудителя, являющегося этиологическим фактором заболевания. При появлении роста бульонной культуры осуществляли ее дополнительный высев на плотные питательные среды. По мере формирования мицелия и органов вегетативного спороношения проводили идентификацию культур: по биохимическим критериям для дрожжеподобных возбудителей и по морфологическим признакам для нитчатых видов в соответствии с атласами – определителями в микропрепаратах на стекле под микроскопом при увеличении 20х и 40х

ВЫВОД

Таким образом, диагностические поиски при заболеваниях глаз смешанной этиологии требуют комплексного подхода с использованием методов микробиологических, микроскопических, а также других инструментальных ~~офтальмологических методов~~



Благодарим
за

вниманию!

