

ные изделия), в рационе должны преобладать овощи и фрукты;

- каждый мужчина старше 45 лет должен ежегодно проходить обследование у уролога и проверять уровень ПСА.

Профилактика острой задержки мочи при аденоме простаты

Избегать:

- запоров,
- переохлаждения,
- переполнения мочевого пузыря,
- ограничить потребление алкоголя (особенно пива), острой, пряной пищи.

При наличии аденомы предстательной железы желательно каждые 1,5-2 года проходить контрольное обследование.

Т Ы Ж Ы Р Ы М

ҚУЫҚ БЕЗІНІҢ ҰЛҒАҰЫ ДЕГЕН НЕ

А.Ж. Ещиганов

Қордай Орталық аудандық ауруханасы

Бұл мақалада қуық безінің ұлғаюы белгісіне сипаттама берілген. Қуық безінің ұлғаюы сатысында профилактиканың асқыну себептері және уақытылы тексерілмеуі туралы болжам.

S U M M A R Y

WHAT IS PROSTATIC ADENOMA

A.Zh. Eschiganov

Kordaiskaya Central District Hospital

This article describes symptoms of prostatic adenoma. In adenoma stage, reasons for prophylaxis complications and prognosis about untimely assessment.

ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДЕМОДЕКОЗОМ ГЛАЗ

Н.А. ЧЕРНЕЦОВА¹, И.М. МИХАЙЛОВА², Л.И. ТОЛКАЛИНА³

¹Центрально-военный госпиталь КНБ РК, ²Поликлиника № 9, ³Поликлиника КНБ, г. Алматы

Демодекоз – паразитарная болезнь кожи и глаз из группы акариоза, возбудителем которого является микрокlesh железница угревая (*demodex*). Кlesh обитает в волосяных фолликулах, сальных и мейбомиевых железах. Хозяином klesh являются человек и животные. Цикл развития klesh от яйца до взрослой особи – имаго составляет 15 суток и проходит на одном месте. Взрослые особи мигрируют по коже век, лица, ушей, спины. На месте роста особи, в результате ее формирования, остаются три сбрасываемых ею хитиновых оболочки. Самка откладывает яйца в волосяном мешке. Спустя 60 часов из яйца вылупливается неподвижная личинка, которая через 40 часов превращается в нимфу-1, а через 72 часа в нимфу-2. Нимфа подвижна и может передвигаться по коже и слизистой 12-36 часов. Затем нимфа входит в фолликул, и через 60 часов появляется взрослая особь. Оптимальная температура жизнедеятельности klesh – 30-40 градусов. Кlesh сохраняется без хозяина в сухом воздухе 1,5 сут., во влажном воздухе до 9 суток, в воде до 25 суток. Кlesh гибнет мгновенно при обработке дегтем, креазотом, хлороформом, эфиром. При обработке 10% спиртовым раствором салициловой кислоты – через 2 мин, 96% спиртом – через 3-4 мин, бриллиантовым зеленым – через 4-5 мин. Кlesh гибнет при температуре 52°C.

Демодекоз широко распространен в природе, встречается повсеместно у животных и человека как сапрофит кожи. У человека носительство klesh на коже встречается в 61% случаев, на ресницах – в 39% случаев. У больных с заболеваниями век – в 88% случаев. Уровень поражения кожи kleshом различен и зависит от возраста. У детей обнаруживается очень редко, у пожилых до 90-100% случаев. В 15% случаев обнаруживается сочетание кожного и глазного демодекоза.

Для животных klesh патогенны. Собаки и некоторые другие животные могут гибнуть в результате поражения этими kleshами.

У человека klesh обитает на коже лица, ушных раковин, спины, груди, на веках. Паразитирование небольшого количества kleshей может протекать бессимптомно.

При понижении защитных сил организма, при хронических заболеваниях печени и кишечника, при сахарном диабете возникают проявления в виде различных форм воспаления кожи.

Демодекс, обитая в волосяных фолликулах, вызывает застой в сальных железах, ведет к дистрофии кожи и усилению патогенности кокков. При закупоривании просвета мейбомиевых желез возникает халязион. Klesh могут быть переносчиками микробов и вирусов. Мигрируя по коже, klesh вызывает механическое раздражение, оказывает токсико-аллергическое действие.

Различают кожный и глазной демодекоз. В глазах klesh может вызывать хронический блефарит, конъюнктивит, эписклерит, кератит, иридоциклит.

Клинические проявления. Возможно бессимптомное носительство, при котором больные жалоб не предъявляют, klesh обнаруживается случайно. При малосимптомных формах больные жалуются на зуд век, особенно по утрам после сна, чувство рези в глазах, чувство инородного тела за веками, чувство “ползания”, едкое липкое отделяемое. Больного беспокоит желание почесать, вытереть глаза, беспокоит выпадение ресниц, боязнь солнечного света, слезотечение, жжение, дискомфорт. При обычном осмотре веки кажутся нормальными. При биомикроскопическом исследовании видны увеличенные и темные луковицы, полупрозрачный валик у корней ресниц, ресницы неравномерно истончены. Из одной луковицы могут расти две ресницы. Между ресницами на коже видны множественные мелкие папулы. Ресницы бывают покрыты мелкими коричневыми частицами. На интермаргинальном крае век видны телеангиэктазии, очаговая пигментация; в конъюнктивальной полости имеются скудное слизистое отделяемое, легкая реактивная гиперемия, разрыхленность нижней переходной складки.

Жалобы больных выражены больше, чем изменения, выявленные при биомикроскопии.

При неосложненном kleshевом блефароконъюнктивите процесс вначале носит очаговый характер вокруг пораженных ресниц. Ресничный край века гиперемиро-

ван, слегка инфильтрирован, утолщен, между ресницами наблюдается мелкое шелушение, чешуйки скапливаются на коже и ресницах, придавая им “заиндевевший” вид. Такой “иней” на ресницах трудно очищается. Луковицы ресниц увеличиваются, возле корня ресниц образуются бесструктурные сероватые массы – муфты. Устья мейбомиевых желез расширены, заполнены беловатым секретом. При массаже век выделяется беловатое, сливкообразное или пенистое отделяемое. Постепенно процесс приобретает разлитой характер, захватывая весь край века. Появляются гиперемия конъюнктивы век, умеренное слизистое отделяемое, которое скапливается на крае века, образуя корочки желтоватого цвета. Край века имеет маслянистый вид.

Осложненный клещевой блефароконъюнктивит наблюдается с присоединением бактериальной, кокковой инфекции. У больных появляются частые ячмени, халазионы. На крае века появляются пустулы, язвочки, пенистое отделяемое. Течение хроническое, упорное, с частыми рецидивами, плохо поддающимися антибактериальному лечению.

Диагноз устанавливается при обнаружении в препаратах клеща, его личинок, яиц в луковицах ресниц. Нельзя показывать препарат больному, так как вид клеща вызывает у больного панику и не способствует лечению.

Лечение демодекоза зависит от формы и стадии заболевания. При бессимптомном носительстве лечения не требуется. При малосимптомных формах проводится обработка края века бриллиантовым зеленым, спиртовым раствором эвкалипта, каланхоэ. При осложненных блефароконъюнктивитах проводятся антибактериальная терапия и обработка края века. При мейбомите проводится массаж века.

Цель исследования – изучить эффективность лечения демодекоза века бриллиантовым зеленым.

Материал и методы

В течение 5 лет на демодекоз были исследованы 536 больных с блефароконъюнктивитами. Клещ демодекс был выявлен у 498 больных, что составило 92,9%. Больные проводили обработку кожного края века, у корней ресниц бриллиантовым зеленым 1 раз в день перед сном. Обработка проводилась в течение 2-х недель, затем делался перерыв 1 неделю. Затем снова проводилась обработка края века еще 2 недели. Такая схема лечения обусловлена циклом развития клеща от яйца до имаго. По показаниям проводились инстилляции антибиотиков, противовоспалительных капель.

Курс лечения повторяется через 3-6 месяцев, по показаниям.

Лечение требует терпения как от врача, так и от больного.

Результаты и обсуждение

В результате проведенного лечения демодекоза века бриллиантовым зеленым по предложенной схеме излечение наступило у 367 больных, что составило 68,5% случаев, у 152 больных – 28,3% случаев наступила стойкая ремиссия. У 17 больных (3,1% случаев) явного эффекта не наблюдалось. Результаты подтверждены лабораторными и клиническими исследованиями.

Вывод

Лечение демодекоза века раствором спиртовым 1% бриллиантовым зеленым по схеме: 2 недели обработка края века, неделя перерыв и затем еще 2 недели обработка края века, дает хорошие результаты, выздоровление или стойкую ремиссию.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Чернецова Н.А., Ульданов В.Г., Робман Л.Д. Демодекоз глаз. Методические рекомендации. Алматы, 1988;
2. Майчук Ю.Ф. Паразитарные заболевания глаз, М. Медицина, 1988.

Т Ъ Ж Ы Р Ы М

КӨЗ ДЕМОДЕКОЗЫМЕН АУЫРАТЫНДАРДЫ ЕМДЕУ ТӘЖІРІБЕСІ

Н.А. Чернецова¹, И.М. Михайлова²,
Л.И. Толкалина³

¹ҚР ҰҚК Орталық-әскери госпиталы,
²№9 емхана, ³ҰҚК емханасы,
Алматы қ.

Көз демодекозын мына сызба бойынша 1% бриллиант жасыл спирт ерітіндісімен емдеу: көздің шеттерін 2 апта өңдеу, бір апта үзіліс жасап, онан соң тағы 2 апта көздің шеттерін өңдеу қажет, жақсы нәтиже, сауығуға әкеледі немесе берік ремиссия туғызады.

S U M M A R Y

EXPERIENCE OF TREATMENT IN PATIENTS WITH EYE DEMODECIDOSIS

N.A. Chernetsova¹, I.M. Mikhailova²,
L.E. Tolkalina³

¹Central Military Hospital of NSC RoK,
²Clinic No.9, ³NSC Clinic,
Almaty c.

Treatment of eyelid demodicosis alcoholic brilliant green solution 1% in accordance with regimen: 2 weeks of management of lid margin, the one week interval, and further 2 weeks of management of lid margin, this method works well, or results in recovery or persistent remission.

БЛИЗОРУКОСТЬ

И.М. МИХАЙЛОВА, Н.А. ЧЕРНЕЦОВА

Поликлиника №9, Центральный военный госпиталь КНБ РК, г. Алматы

Близорукость представляет собой одну из актуальных проблем современной офтальмологии. Социальная значимость миопии обусловлена не только широкой распространенностью, но и тем, что она является потенциальной причиной инвалидности по зрению. Высокая осложненная близорукость занимает лидирующее место в структуре инвалидности по зрению – от 25 до 45% по данным разных авторов. Неослабевающий интерес к проблеме миопии объясняется тем, что в последние годы наблюдается тревожная тенденция к увеличению близорукости. Средние показатели распространения близорукости в мире показывают,

что к возрасту 12-14 лет каждый второй ребенок имеет близорукость.

Вопросы, связанные с этиологией, патогенезом и лечением близорукости, до настоящего времени остаются нерешенными и продолжают дискутироваться. Общепринятой на постсоветском пространстве считается концепция профессора Аветисова Э.С., согласно которой возникновение миопии и её прогрессирование связаны с наличием трех компонентов – слабости аккомодации на фоне зрительной нагрузки, наследственного фактора предрасположенности к развитию близорукости и слабости склеры. Установлено, что наследствен-