

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений и условных обозначений	6
Введение	7
Глава 1. Основные термины, применяемые в офтальмофармакологии	9
Глава 2. Методы введения лекарственных средств, используемые в офтальмологии	13
Глава 3. Побочное действие лекарственных средств	35
Глава 4. Особенности фармакокинетики препаратов, применяемых для лечения заболеваний глаз	50
Глава 5. Особенности препаратов, применяемых в офтальмологии	91
5.1. Препараты, применяемые для лечения инфекционных заболеваний глаз	92
5.1.1. Антисептики	92
5.1.2. Сульфаниламидные препараты	99
5.1.3. Антибиотики и другие антибактериальные препараты	101
5.1.4. Противогрибковые препараты	159
5.1.5. Противовирусные препараты	178
5.1.6. Противопаразитарные препараты	200
5.2. Противовоспалительные препараты	203
5.2.1. Глюкокортикоиды	203
5.2.2. Нестероидные противовоспалительные средства	213
5.2.3. Противоаллергические препараты	224
5.3. Препараты, применяемые для лечения глаукомы	232
5.3.1. Средства, улучшающие отток жидкости из глаза	237
5.3.2. Средства, угнетающие продукцию внутриглазной жидкости	262
5.3.3. Осмотические средства	281
5.3.4. Комбинированные препараты	285
5.4. Препараты, применяемые для лечения и профилактики катаракты	289

5.5. Мидриатики, циклоплегические и циклотонические препараты	293
5.5.1. М-холиноблокаторы	293
5.5.2. Симпатомиметики	303
5.5.3. Циклотонические препараты	307
5.6. Местные анестетики	308
5.7. Увлажняющие и вяжущие глазные средства («искусственные слезы»)	321
5.8. Препараты, улучшающие метаболические процессы и стимулирующие регенерацию роговицы.	332
5.8.1. Стимуляторы регенерации роговицы	333
5.8.2. Препараты, улучшающие метаболические процессы в роговице	339
5.9. Препараты, применяемые для лечения фибриноидного и геморрагического синдрома	346
5.10. Препараты, оказывающие нейропротекторное действие.	361
5.10.1. Нейропептиды	361
5.10.2. Вазоактивные препараты	364
5.10.3. Ноотропные препараты.	382
5.10.4. Препараты растительного происхождения	384
5.10.5. Биологически активные добавки к пище и витамины.	387
5.11. Препараты, применяемые для лечения неоваскулярной формы возрастной макулярной дистрофии	393
5.12. Диагностические средства	405
5.12.1. Красители	405
5.13. Препараты, применяемые при хирургических вмешательствах	409
5.13.1. Вискоэластики	409
5.13.2. Цитостатики	410
Глава 6. Фармакотерапия заболеваний органа зрения	414
6.1. Фармакотерапия заболеваний век	414
6.1.1. Аллергические заболевания век	414
6.1.2. Инфекционные заболевания кожи век бактериальной природы	419
6.1.3. Грибковые заболевания век	429
6.1.4. Вирусные заболевания век	433
6.1.5. Заболевания края и желез век.	438

6.2. Фармакотерапия заболеваний конъюнктивы	442
6.2.1. Бактериальные конъюнктивиты	446
6.2.2. Хламидийные конъюнктивиты	458
6.2.3. Вирусные конъюнктивиты	464
6.2.4. Грибковые конъюнктивиты	469
6.2.5. Аллергические и аутоиммунные конъюнктивиты	471
6.2.6. Синдром «сухого глаза» (роговично-конъюнктивальный ксероз)	478
6.3. Фармакотерапия заболеваний слезных органов	479
6.4. Фармакотерапия заболеваний роговицы	488
6.4.1. Экзогенные бактериальные кератиты	489
6.4.2. Экзогенные грибковые кератиты (кератомикозы)	491
6.4.3. Экзогенные вирусные кератиты	493
6.4.4. Экзогенные паразитарные кератиты	493
6.4.5. Герпетические кератиты	494
6.5. Фармакотерапия заболеваний склеры и экстраокулярных мышц	497
6.6. Фармакотерапия заболеваний сосудистой оболочки	505
6.7. Фармакотерапия заболеваний сетчатки	515
6.7.1. Поражение сосудов сетчатки	515
6.8. Фармакотерапия заболеваний зрительного нерва	520
6.8.1. Воспаление зрительного нерва	520
6.8.2. Сосудистые поражения зрительного нерва	523
6.9. Фармакотерапия заболеваний стекловидного тела	526
6.10. Фармакотерапия патологии офтальмотонуса	531
6.10.1. Фармакотерапия глаукомы и офтальмогипертензии	531
6.10.2. Гипотония глазного яблока	556
6.11. Фармакотерапия катаракты	558
6.12. Фармакотерапия заболеваний орбиты	560
6.12.1. Воспалительные заболевания глазницы	561
6.12.2. Кровоизлияния в ткани орбиты	565
6.12.3. Отечный экзофтальм (офтальмопатия Грейвса, эндокринная офтальмопатия, злокачественный экзофтальм)	566
Рекомендуемая литература	570

ВВЕДЕНИЕ

Развитие фармацевтической промышленности привело к созданию большого числа лекарственных средств. Ежегодно на аптечный рынок России поступают сотни препаратов, из них десятки — в офтальмологический сектор. Недостаточная информация о новых лекарственных средствах затрудняет их рациональное применение, поэтому необходимо постоянное повышение знаний практических врачей в области клинической фармакологии.

В связи с постоянным увеличением числа лекарственных средств, в том числе расширением производства одних и тех же препаратов разными фармкомпаниями под различными (патентованными) названиями, практическим врачам особенно важно получение широкой информации как о непатентованных, так и о патентованных названиях лекарственных препаратов.

При выборе лекарственного средства врач должен учитывать соотношение ожидаемой пользы и возможного вреда. Соответственно, ему необходимо знать как положительные, так и отрицательные (побочные) эффекты лекарственных препаратов. Для уменьшения риска побочных эффектов крайне важен индивидуальный подбор самого лекарственного средства, его дозы, способа введения и длительности лечения.

При выборе медикаментозной терапии врач должен обращать внимание не только на особенности влияния препарата на различные ткани и органы, но также на способность лекарственного средства достичь патологически измененных структур и оказать достаточное терапевтическое действие, не вызвав при этом повреждения других тканей.

В состав современных лекарственных препаратов входят как активные компоненты, оказывающие лечебное действие, так и вспомогательные вещества, необходимые для поддержания стабильности лекарственной формы. Тем не менее многие из вспомогательных веществ могут оказывать неблагоприятное воздействие на ткани организма человека.

Данное руководство по фармакотерапии глазных болезней состоит из шести глав. В первой главе представлены основные терминологические понятия, используемые в системной фармакотерапии и офтальмологии. Вторая глава посвящена способам введения лекарственных препаратов, применяемым в офтальмологии. Кроме того, здесь описа-

ны особенности глазных лекарственных форм. В третьей главе представлены данные о побочных эффектах (местного и системного характера) препаратов, применяемых для лечения заболеваний глаз. В этой главе затронута тема неблагоприятного влияния системных препаратов, применяемых для лечения различных заболеваний, на ткани глаза. Сведения о побочных эффектах представлены в виде таблиц, позволяющих практическому врачу быстро найти необходимую информацию. Четвертая глава — анализ материалов различных исследователей об особенностях фармакокинетики глазных лекарственных форм и проникновения препаратов в ткани глаза при их системном применении. Глава иллюстрирована большим количеством таблиц и рисунков. В пятой главе представлено описание особенностей фармакодинамики и кинетики, показаний, противопоказаний к назначению лекарственных препаратов, различных фармакологических групп. Она построена по традиционному типу фармакологических справочников. В начале этой главы помещена классификация лекарственных препаратов, применяемых для лечения заболеваний глаз. Эта классификация позволит практическому врачу легко сориентироваться в поиске необходимой информации о лекарственных средствах, описанных в данной главе. В последней, шестой, главе представлены данные о классификации, клинической картине и принципах терапии основных заболеваний органа зрения.

Авторы данного руководства надеются, что оно будет полезно врачам, работающим в практическом здравоохранении.

Глава 6

ФАРМАКОТЕРАПИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНА ЗРЕНИЯ

6.1. ФАРМАКОТЕРАПИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕК

6.1.1. АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕК

Аллергические заболевания век могут протекать по типу реакций немедленного типа (крапивница, ангионевротический отек век и глазницы — отек Квинке, аллергические дерматиты век) и замедленного типа (экзема и токсикодермия кожи век).

Аллергические реакции немедленного типа возникают сразу после контакта с аллергеном, максимальное развитие воспалительной реакции наблюдают спустя 15–30 мин, затем явления воспаления уменьшаются.

Признаки аллергической реакции замедленного типа возникают через 6–12 ч после контакта с аллергеном, спустя 24–48 ч явления воспаления достигают максимальной степени выраженности. Воспалительная реакция сохраняется в течение нескольких дней, а иногда недель.

Аллергенами, вызывающими развитие аллергических заболеваний век, могут быть лекарственные препараты при местном или системном их применении, косметические продукты, взвешенные в воздухе частицы растительного или животного происхождения, продукты питания и др.

Заболевание носит двусторонний или односторонний характер: поражает оба века или только одно.

Аллергические заболевания век сопровождаются выраженным зудом.

В диагностике аллергических заболеваний век и других структур органа зрения важную роль играет выявление аллергена.

КРАПИВНИЦА

Крапивницу относят к реакциям немедленного типа. Заболевание чаще носит острый характер, реже может принимать хроническое течение, когда симптомы заболевания сохраняются в течение нескольких недель и месяцев.

Клиническая картина

Заболевание характеризуется появлением внезапного зуда и высыпанием волдырей; больные жалуются на слезотечение. Высыпания на коже сопровождаются отеком век; отечная кожа бледная. Болезненность при пальпации и спонтанные боли отсутствуют; ткани в области отека не уплотнены. При значительном распространении высыпаний могут наблюдаться субфебрилитет, вялость, потеря аппетита. В общем анализе крови эозинофилия; в слезной жидкости и соскобе с конъюнктивы могут обнаруживать эозинофилы.

Принципы лечения

Необходимо устранить причину, вызвавшую заболевание. Для уменьшения явлений зуда используют холодные примочки или примочки со спиртовыми растворами бензокаина (1%) и прокаина (1%), ментола (2,5%); применяют инстилляциии растворов ГКС (в начале терапии каждый час, затем 3 раза в день, на ночь закладывают мазь). Наиболее часто используют 0,1% раствор дексаметазона [МНН] (глазные капли «Максидекс»); применяют инстилляциии растворов антигистаминных препаратов (4–6 раз в день) — 0,05% раствор азеластина [МНН] (глазные капли «Аллергодил»); сосудосуживающих препаратов (3 раза в день) — 0,05% раствор тетризолина [МНН] (глазные капли «Визин»). Широко используют комбинированные препараты, содержащие сосудосуживающий и антигистаминный компоненты,— глазные капли (КАЛАНТА дуо, СИГИДА дуо, Полинамид); системные десенсибилизирующие препараты (лоратадин [МНН] взрослым и детям старше 12 лет по 10 мг 1 раз в день, детям 2–12 лет по 5 мг 1 раз в день — препарат «Кларитин»; цетиризин [МНН] взрослым и детям от 6 лет по 10 мг 1 раз в день, детям от 6 мес до 1 года по 2,5 мг 1 раз в день, детям от 1 года до 6 лет по 2,5 мг 2 раза в день).

АНГИОНЕВРОТИЧЕСКИЙ ОТЕК

Ангioneвротический отек век и глазницы (отек Квинке). По этиологии и патогенезу отек Квинке сходен с крапивницей.

Клиническая картина

Заболевание чаще развивается у детей дошкольного и младшего школьного возраста; характеризуется внезапно развивающимся распространенным отеком век, который может захватывать область щеки, угла рта и ниже расположенных зон (**рис. 48**). Отеку предшествует резко выраженный зуд; редко в процесс могут вовлекаться ткани орбиты. Признаком перехода процесса на ткани орбиты служит остро развивающийся экзофтальм со смещением глазного яблока прямо вперед, репозиция глазного яблока не затруднена; при массивном отеке может возникать хемоз конъюнктивы, поверхностные точечные инфильтраты роговицы, повышение ВГД. Как правило, процесс носит односторонний характер. Отечная кожа бледная, иногда с синеватым оттенком; болезненность при пальпации и спонтанные боли отсутствуют; ткани в области отека не уплотнены. При значительном распространении отека могут наблюдаться субфебрилитет, вялость, потеря аппетита. В общем анализе крови эозинофилия; в слезной жидкости и соскобе с конъюнктивы могут обнаруживаться эозинофилы.

Дифференциальная диагностика

Дифференциальную диагностику проводят с воспалительными отеками (для которых характерна гиперемия кожи, уплотнение тканей в области отека, болезненность при пальпации, спонтанные



Рис. 48. Ангioneвротический отек век

боли); болезнью Мейжа — трофэдемой (для заболевания характерен длительно существующий отек подкожной жировой клетчатки основания нижних век, на который не влияют ни антигистаминные препараты, ни ГКС).

Принципы лечения (см. Крапивница)

КОНТАКТНЫЙ ДЕРМАТИТ ВЕК

Контактный дерматит век возникает как аллергическая реакция немедленного или смешанного типа. Симптомы заболевания обычно развиваются в течение 6 ч после контакта с аллергеном.

Клиническая картина

Патологический процесс, как правило, носит двусторонний характер; характеризуется появлением быстро развивающейся гиперемии и отека кожи век. Распространенный отек век вызывает сужение глазной щели (**рис. 49**); появляется болезненность в зоне отека и гиперемии; на пораженном участке кожи появляется высыпание папул и везикул; больного беспокоят выраженный зуд, жжение. Возникает слезотечение или серозное отделяемое из конъюнктивальной полости, что может вызывать мацерацию кожи в области внутреннего угла глазной щели.

Принципы лечения (см. Крапивницу)

ЭКЗЕМА КОЖИ

Экзему кожи век относят к аллергическим реакциям замедленного типа. Заболевание, как правило, развивается у пациентов, перенесших дерматит век при повторном контакте с аллергеном. Определенное значение в развитии экземы имеют экзогенные факторы (заболевания ЖКТ, глистные инвазии, сахарный диабет и др.). Характерно длительное течение (4–5 нед).



Рис. 49. Контактный дерматит век

Клиническая картина

Как правило, процесс носит двусторонний характер, характеризуется появлением выраженной гиперемии и отека кожи век, болезненности в зоне отека и гиперемии. Гиперемированная кожа покрыта папулами, пустулами и везикулами; после вскрытия пустул появляется серозный экссудат — мокнутие кожи, при подсыхании которого образуются корочки желтого цвета. При присоединении вторичной инфекции экссудат и корочки приобретают гнойный характер. По мере выздоровления наблюдается очищение кожи. Больные предъявляют жалобы на выраженный зуд, жжение, слезотечение или серозное отделяемое из конъюнктивальной полости.

Принципы лечения

Необходимо устранить причину, вызвавшую заболевание. Для уменьшения явлений зуда применяют холодные примочки; кожу век смазывают глюкокортикоидными мазями (0,5–2,5% гидрокортизоновая мазь) и цинковой пастой. При присоединении вторичной инфекции применяют мази, содержащие комбинацию ГКС и антибактериальных препаратов (препарат «Макситрол»). Назначают системную десенсибилизирующую терапию (лоратадин [МНН] взрослым и детям старше 12 лет по 10 мг 1 раз в день, детям 2–12 лет по 5 мг 1 раз в день — препа-

рат «Кларитин»; цетиризин [МНН] взрослым и детям от 6 лет по 10 мг 1 раз в день, детям от 6 мес до 1 года по 2,5 мг 1 раз в день, детям от 1 года до 6 лет по 2,5 мг 2 раза в день).

ТОКСИДЕРМИЯ

Токсидермия (токсикодермия) — аллергическая реакция замедленного типа, возникающая при системном применении лекарственных препаратов, пищевых продуктов.

Клиническая картина

Характеризуется появлением уртикарных, эритематозно-сквамозных и петехиальных высыпаний на коже век, лица и других участков тела. Больные предъявляют жалобы на выраженный зуд, жжение.

Принципы лечения (см. Экзема кожи)

6.1.2. ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ ВЕК БАКТЕРИАЛЬНОЙ ПРИРОДЫ

Заболевания протекают в виде острого (абсцесс века, импетиго, рожистое воспаление, фурункул) или хронического (туберкулезного или сифилитического характера) воспаления.

ОСТРЫЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕК

Абсцесс или флегмона век — ограниченное или разлитое инфильтративно-гнойное воспаление тканей века.

Патологический процесс возникает несколькими путями: непосредственный занос инфекции при повреждении кожи века; переход воспалительного процесса с окружающих структур (синуситы, флегмона орбиты, ячмень, язвенный блефарит) или метастатического заноса инфекции из других очагов (например, при пневмонии, сепсисе и т.д.).

Наиболее частые возбудители — грамположительные кокки (*Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* и *Streptococcus pneumoniae*) или анаэробы (при переходе инфекции с придаточных пазух носа).

Клиническая картина

Больные предъявляют жалобы на чувство «напряжения» и боль в области век. Кожа века гиперемирована, напряжена, блестяща. Иногда кожа приобретает желтоватый оттенок (рис. 50). Веко болезненно при пальпации; вследствие плотного отека век глазная щель резко сужена или закрыта, открывается с трудом (рис. 51). При появлении флюктуации пальпируется участок размягчения тканей. Появляется слезотечение или слизистое отделяемое из конъюнктивальной полости; увеличиваются регионарные лимфатические узлы; появляются симптомы общей интоксикации (общее недомогание, повышение температуры тела, головная боль).

Дифференциальная диагностика

Дифференциальную диагностику проводят с аллергическим отеком (см. ангионевротический отек век), рожистым воспалением кожи век.



Рис. 50. Абсцесс верхнего века

Принципы лечения

Лечение, как правило, проводят в условиях стационара. До момента появления симптомов флюктуации применяют сухое тепло и УВЧ-терапию; при наличии флюктуации производят вскрытие абсцесса (разрез проводят параллельно краю века). После вскрытия абсцесса применяют дренажи с 10% раствором хлорида натрия. Для промывания раны используют 1% раствор диоксилина, раствор фурацилина в соотношении 1:5000, 3% раствор перекиси водорода. По мере очищения раны на кожу века несколько раз в день наносят 5–10% метилурациловую мазь, «Левомеколь», «Пиолизин». Применяют магнитотерапию. В конъюнктивальный мешок в течение дня закапывают растворы антисептиков (3 раза в день), на ночь закладывают мазь, содержащую антибиотик (1% тетрациклиновую или эритромициновую глазные мази, комбинированную антибактериальную мазь, 0,3% мазь офлоксацина, «Колбиоцин»). Системно (внутрь или парентерально) в течение 7–10 дней применяют антибиотики широкого спектра действия.

Наиболее часто применяемые антибиотики:

- пенициллины (бактерицидное действие) — бензилпеницилина натриевая соль* (в/м или в/в по 2 000 000 ЕД/сут, разо-



Рис. 51. Абсцесс нижнего века

вая доза составляет 250 000–500 000 ЕД), ампициллин (внутри за 1 ч до еды по 2 г/сут, разовая доза составляет 0,5 г или в/м по 2–6 г/сут, разовая доза составляет 0,5–1,0 г), оксациллин (внутри за 1–1,5 ч до еды по 2 г/сут, разовая доза 0,25 г или в/м по 4 г/сут, разовая доза составляет 0,25–0,5 г);

- цефалоспорины (бактерицидное действие) — цефотаксим (в/м или в/в 3–6 г/сут в 3 введения), цефтриаксон (в/м или в/в 1–2 г/сут 1 раз в день);
- метронидазол (при анаэробной инфекции) — в/в капельно (в течение 30–60 мин) по 500 мг каждые 8 ч.

При выраженных симптомах интоксикации в/в капельно вводят поликомпонентные растворы, содержащие повидон (препарат «Гемодез Н») по 200–400 мл, или 5% глюкозу в объеме 200–400 мл с аскорбиновой кислотой 2,0 г, или 1,5% раствор меглюмина натрия сукцината [МНН] (препарат «Реамберин») по 10 мл/кг массы тела. Обычно проводят 1–3 инфузии.

В/в вводят 10% раствор кальция хлорида по 10 мл. Обычно достаточно 5–10 вливаний.

Применяют системную витаминотерапию.

ИМПЕТИГО

Импетиго — гнойничковое заболевание, вызываемое стафилококками или стрептококками.

Клиническая картина

Признаки стафилококкового импетиго:

- появление на коже гнойничков величиной с просыное зерно;
- основание гнойничков гиперемировано;
- в центре гнойничка располагается волосок;
- кожа между гнойничками не изменена;
- кожа безболезненна, зуд отсутствует;
- через 7–9 дней гнойнички исчезают, рубцовых изменений не образуется.

Признаки стрептококкового импетиго:

- поражение кожи век чаще возникает у детей;

- на коже возникают поверхностные, не связанные с волосяным мешочком пузырьки величиной от булавочной головки до чечевицы;
- пузырек заполнен прозрачным, реже мутным или геморрагическим содержимым;
- после вскрытия пузырьков образуются корочки;
- через 8–14 дней корочки исчезают, кожа в этой зоне имеет вид синевато-красного пятна;
- процесс может распространиться на конъюнктиву.

Принципы лечения

Пораженные участки кожи обрабатывают 2% салициловым или камфорным спиртом; кожу смазывают антибактериальными и антисептическими мазями (1% эритромициновой глазной мазью, мазь «Пиолизин») с последующим наложением стерильной повязки. После вскрытия пузырьков эрозированную поверхность обрабатывают 1% спиртовым раствором бриллиантового зеленого или метиленового синего, 2% раствором йода, 1% раствором перманганата калия или раствором фурацилина в соотношении 1:5000. В конъюнктивальный мешок 2–3 раза в день закапывают антисептики («Витабакт» или «Окомистин»), на ночь закладывают 1% эритромициновую или 0,3% офлоксациновую, или ципрофлоксациновую глазную мазь. При распространенном импетиго или переходе его на ткани конъюнктивы применяют системные антибактериальные препараты внутрь: оксациллин по 2–4 г/сут в 4 приема за 1–1,5 ч до еды; цефалексин по 1–4 г/сут в 4 приема за 1 ч до еды; цефадроксил по 1–2 г/сут в 1–2 приема. Проводят системную витаминотерапию (витамины А, В₁, В₂, С в обычной дозировке внутрь или в/м). Рекомендуют соблюдение гипоаллергенной диеты. Во время лечения пораженную кожу нельзя смачивать водой.

ФУРУНКУЛ

Фурункул — острое гнойное воспаление волосяного мешочка и окружающих тканей века, чаще локализующееся в верхних отделах века или в области брови, реже на крае века.

Возбудитель заболевания — стафилококк.

Клиническая картина

На пораженном участке вначале появляется плотный болезненный гиперемированный узел с разлитым отеком вокруг него. Отек распространяется на веко и область лица; затем в центре образуется некротический стержень. После самопроизвольного вскрытия некротический стержень отделяется, образовавшаяся язва постепенно замещается грануляциями и заживает с образованием рубца. На фоне нарастания симптомов воспаления возможно появление слабости, головной боли, повышения температуры тела.

Принципы лечения

До вскрытия фурункула применяют сухое тепло, УВЧ-терапию, УФ-облучение кожи (2–3 биодозы); пораженные участки кожи обрабатывают 2% салициловым или камфорным спиртом; 2–3 раза в день кожу смазывают антибактериальными и антисептическими мазями (1% тетрациклиновая или эритромициновая глазная мазь, «Колбиоцин», «Флоксал», «Пиолизин», «Офтоципро»). После вскрытия фурункула эрозированную поверхность обрабатывают 2% раствором перекиси водорода или раствором фурацилина в соотношении 1:5000. После обработки антисептическими растворами накладывают асептические повязки с 5–10% метилурациловой мазью или мазью «Левомеколь»; в конъюнктивальный мешок закапывают антисептики («Витабакт» или «Окомистин»). Назначают системные антибактериальные препараты (см. лечение абсцесса).

При абсцедировании фурункула показано его вскрытие. Лечение раны проводят, как при абсцессе века.

При хроническом рецидивирующем фурункуле проводят специфическую (подкожно или внутрикожно вводят стафилококковую вакцину от 0,2 до 1 мл, увеличивая дозу на 0,1–0,2 мл через каждые 2–3 дня (на курс 10–12 инъекций) или неспецифическую (применяют интерфероны — препарат «Реаферон-ЕС» в/м по 1 000 000 ЕД через день на курс 7–10 инъекций или ректальные свечи «Виферон» по 500 000 МЕ 2 раза в сутки ежедневно в течение 10 дней, далее по 2 свечи 3 раза в неделю в течение 3–12 мес) и интерфероногены — препарат «Циклоферон» в/м 12,5% раствор по

2 мл в течение 10 дней. Проводят 2–3 курса с интервалом в 1 нед. Применяют витаминотерапию (см. лечение импетиго), гипоаллергенную диету.

РОЖИСТОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ВЕК

Заболевание протекает в эритематозной или гангренозной форме. Чаще всего воспалительный процесс переходит с соседних отделов кожи лица.

Возбудитель — гемолитический стрептококк, реже стафилококк.

Клиническая картина

При эритематозной форме кожа век отечная, резко гиперемирована (ярко-красного цвета), лоснящаяся. Воспаленная область резко ограничена от здоровой ткани неправильной линией, напоминающей язык пламени. Кожа горячая на ощупь, резко болезненна.

При гангренозной форме на фоне вышеперечисленных симптомов в зоне воспаления обширные изъязвления поверхности ткани, покрытые гнойным отделяемым (**рис. 52**). Гангренозная форма рожи приводит к выраженной рубцовой деформации век.

Больных беспокоят выраженный зуд, слабость, головная боль, общее недомогание; увеличиваются регионарные лимфатические узлы; повышается температура тела.

Принципы лечения

В остром периоде лечение проводят в условиях стационара; назначают УВЧ-терапию и УФ-облучение кожи в эритемных дозах (3–4 биодозы). Местно применяют антибактериальные мази (1% эритромициновую или 1% тетрациклиновую мази или 0,3% офлоксациновую/ципрофлоксациновую); в конъюнктивальный мешок закапывают антисептики («Витабакт» или «Окомистин»). Назначают системные антибактериальные препараты внутрь: феноксиметилпенициллин по 250–500 мг 4 раза в сутки за 1–1,5 ч до еды; цефалексин по 1–4 г/сут в 4 приема за 1 ч до еды; цефадроксил по 1–2 г/сут в 1–2 приема; эритромицин по 1–2 г/сут в 4 приема за 1 ч до еды. Внутрь или парентерально вводят десенсибилизирующие средства (в/в 10% раствор хлорида каль-



Рис. 52. Гангренозная форма рожистого воспаления кожи нижнего века

ция; внутрь лоратадин [МНН] по 10 мг 1 раз в день и др.). При тяжелом течении проводят дезинтоксикационную терапию (см. лечение абсцесса). Применяют неспецифическую иммунотерапию: интерфероны — «Реаферон-ЕС» в/м по 1 000 000 ЕД через день на курс 7–10 инъекций, ректальные свечи «Виферон» по 500 000 МЕ 2 раза в сутки ежедневно в течение 10 дней, далее по 2 свечи 3 раза в неделю в течение 3–12 мес и интерфероногены — «Циклоферон» в/м 12,5% раствор по 2 мл в течение 10 дней. Проводят 2–3 курса с интервалом в 1 нед. Назначают системную витаминотерапию.

Хронические воспалительные заболевания век — туберкулезные, сифилитические, актиномикозные и другие грибковые поражения встречаются редко.

ТУБЕРКУЛЕЗНАЯ ВОЛЧАНКА

Туберкулезная волчанка — тяжелая форма туберкулезного поражения кожи. Как правило, процесс переходит с окружающих структур (кожи лица, конъюнктивы).

Клиническая картина

В толще кожи век образуются мелкие полупрозрачные желтовато-розовые бугорки размером с просыное зерно; процесс постепенно захватывает все новые и новые участки кожи; кожа в зоне патологи-

ческого процесса инфильтрирована, уплотнена. В исходе процесса образуются грубые рубцовые изменения век.

Редко возникают торпидные туберкулезные абсцессы век.

Принципы лечения

Применяют системную противотуберкулезную терапию в течение 5–6 мес; проводят десенсибилизирующую терапию (в/в 10% раствор хлорида кальция; внутрь цетиризин по 10 мг 1 раз в день и др.). Рекомендуют системное применение витаминов.

СИФИЛИТИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ ВЕК

Сифилитические поражения кожи век могут возникать во все периоды болезни.

Клиническая картина

При первичном сифилисе на коже век появляются первичные сифиломы (твердый шанкр) в виде поверхностной эрозии или блюдцеобразной язвы круглой или овальной формы с ровными краями. Размер язвы — от горошины до мелкой монеты. В основании язвы плотный, хрящеподобной консистенции инфильтрат. Через 5–7 дней после появления сифиломы увеличиваются регионарные лимфатические узлы.

При вторичном сифилисе на коже возникают высыпания в виде розеолезных, папулезных, герпетиформных и импетигоподобных сифилид. Как правило, высыпания имеют диссеминированный характер и встречаются не только на коже век.

При третичном сифилисе возникают гуммозные сифилиды, имеющие вид безболезненных узлов, спаянных с окружающими тканями. Эти изменения кожи век встречаются редко.

Принципы лечения

В/м вводят антибиотики пенициллинового ряда: бензатина бензилпенициллин по 2 400 000 ЕД 1 раз в 7 дней. При лечении первичного сифилиса используют 2 инъекции, вторичного и раннего скрытого — 3 инъекции; бензилпенициллина новокаиновая соль* по 600 000 ЕД 2 раза в день при лечении первичного сифилиса применяют 10 дней, вторичного — 20 дней.

Альтернативные препараты — цефтриаксон (в/м по 250 мг/сут 1 раз в день при первичном и 500 мг/сут 1 раз в день при вторичном сифилисе в течение 10 дней), доксициклин и эритромицин.

АКТИНОМИКОЗ (СИНОНИМ СИРЕПТОТРИКС)

Возбудитель — актиномицеты (ранее *Actinomyces* классифицировали как грибы, позже, исходя из морфологии и биологических свойств, они были реклассифицированы как бактерии и включены в семейство *Actinomycetaceae*).

Клиническая картина

В наружном или внутреннем углу века появляются плотные безболезненные узлы, которые в дальнейшем размягчаются с образованием подкожных или внутрикожных инфильтратов (рис. 53).

При прорыве инфильтрата образуются длительно незаживающие свищи, из которых выделяется гной с примесью желтоватых крупинок.



Рис. 53. Актиномикоз век

Принципы лечения

В/м вводят бензилпенициллина натриевую соль^а по 2 000 000 ЕД/сут в 4–6 приемов. Курсовая доза составляет 10 000 000–20 000 000 ЕД. Актинолизат вводят в/м (по 2–3 мл 2 раза в неделю) или внутрикожно (первая инъекция — 0,5 мл, вторая — 0,7 мл, третья — 0,9 мл, далее объем каждой инъекции увеличивают на 0,1 мл до 2,0 мл. Инъекции проводят каждые 2–3 дня). Курс лечения — 20–25 инъекций; проводят 3–5 курсов с перерывом в 1–2 мес. Внутрь назначают 0,5–2% раствор йодита калия по столовой ложке 3 раза в день после еды в течение 1 мес. Местно проводят электрофорез с 3% раствором йодита калия (раствор вводят с положительно-го электрода); используют системную витаминотерапию. Проводят вскрытие и выскабливание абсцесса.

6.1.3. ГРИБКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕК

Возбудители микозов век — разнообразные патогенные грибы (бластомицеты, грибы рода *Candida* и др.).

Как правило, поражение век происходит при распространении процесса с кожи соседних областей лица.

БЛАСТОМИКОЗ

Возбудитель — бластомицеты (дрожжеподобный паразитический гриб).

Клиническая картина

На коже век появляются папулы и язвы, напоминающие карциноматозные. Язвенный процесс приводит к деформации век; увеличиваются регионарные лимфатические узлы.

Принципы лечения

Кожу век обрабатывают 1–2% спиртовым раствором бриллиантового зеленого, 1% водным или спиртовым раствором метиленового