

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно- Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации Кафедра офтальмологии с курсом ПО им. проф. М.А.Дмитриева

Зав. кафедрой: д.м.н., доцент Козина Е.В.

Реферат

На тему:

Блефарит

Выполнила: клинический ординатор Никитенко Е.С.

Проверила: ассистент Балашова П.М.

Красноярск 2022г.

План:

1. Общие сведения -3 стр
2. Этиология заболевания - 4 стр
3. Симптомы и классификация заболевания -5 стр
4. Диагностика- 6-7 стр
5. Клинические формы 8-9 стр
6. Лечение 10-11 стр
7. Прогноз и профилактика 12стр
8. Литература

Общие сведения

Блефарит - это воспаление краев век - является одним из наиболее частых и исключительно упорных заболеваний глаз.

Распространенность блефарита в популяции довольно высока - около 30%. Блефарит может развиваться у детей, однако максимальный пик заболеваемости приходится на возраст от 40 до 70 лет. В офтальмологии блефариты составляют большую группу этиологически неоднородных воспалительных заболеваний век, сопровождающихся поражением их ресничных краев, имеющих рецидивирующее течение и трудно поддающихся лечебному воздействию. Тяжелое и упорное течение блефарита может привести к образованию халязиона, конъюнктивиту, кератиту, ослаблению зрения.

Основная часть стафилококковых блефаритов встречается у женщин (80%) в возрасте около 42 лет. Неинфекционный блефарит при розовых угрях чаще возникает у пациентов в возрасте около 30-50 лет, также преимущественно у женщин. У детей чаще всего встречается язвенная и аллергическая форма блефаритов.

Этиология блефаритов

Развитие блефарита может быть обусловлено массой причин. Инфекционные блефариты вызываются бактериями (эпидермальным и золотистым стафилококком), грибами, клещами; неинфекционные – аллергическими агентами, офтальмологическими заболеваниями.

Ведущей причиной инфекционных блефаритов служит стафилококковая инфекция, поражающая волосяные мешочки ресниц. К возникновению блефарита предрасполагает наличие хронических очагов инфекции в миндалинах (тонзиллит), придаточных пазухах (гайморит, фронтит), полости рта (кариес), на коже (импетиго) и пр. Нередко блефарит вызывается поражением краев век клещом *Demodex* (демодекс). У большинства людей клещи обитают на поверхности кожи, в волосяных фолликулах, сальных железах, а при снижении общей реактивности организма могут активизироваться и попадать на кожу век, вызывая блефарит.

Реже этиологическими агентами при блефарите выступают вирусы герпеса I, II и III типов, контагиозный моллюск, гемофильная палочка, бактерии кишечной группы, дрожжеподобные грибки и др. При сочетании блефарита с конъюнктивитом развивается блефароконъюнктивит.

Развитие неинфекционного блефарита часто связано с некорректируемой патологией зрения. Отказываясь от очков, пациенты часто прищуриваются, чтобы сфокусироваться на каком-либо изображении. Мышцы век сокращаются, способствуя избыточному выделению секрета мейбомиевых желез, сальных и добавочных слезных желез. Секрет скапливается у ресничного края век служит хорошей питательной средой для микроорганизмов, фоном для активации и размножения клеща Демодекс.

У людей, имеющих повышенную чувствительность к раздражителям (пыльце растений, косметике, средствам гигиены, лекарствам), может развиваться аллергическая форма блефарита. Поражение век нередко возникает при контактном дерматите. Эндогенная аллергия организма возможна при гельминтозах, гастрите, колите, холецистите, туберкулезе, сахарном диабете, при которых изменяется состав секрета мейбомиевых желез.

К возникновению и обострению блефарита любой этиологии предрасполагает снижение иммунного статуса, хронические интоксикации, гиповитаминозы, анемия, повышенная задымленность и запыленность и воздуха, пребывания в солярии, на солнце, на ветру.

Симптомы и классификация заболевания

Симптомы:

- зуд, жжение век
- склеивание краев век
- утомляемость глаз
- ощущение инородного тела
- гиперемия и отек краев век
- отделяемое из конъюнктивальной полости
- чешуйки на коже век
- выпадение или неправильный рост ресниц.

Классификация:

По этиологии: инфекционные, неинфекционные

По локализации: передний (поражает кожу век, основание ресниц и фолликул ресниц), задний (следствие дисфункции мейбомиевых желез)

По характеру течения: острый и хронический

По клиническому течению: чешуйчатый (себорейный), язвенный (стафилококковый), задний (краевой), демодекозный и аллергический.

Диагностика

Анамнез:

- наличие сахарного диабета и другой эндокринной патологии ;
- наличие атопического, себорейного дерматита, акнерозацеа, экземы, демодекоза;
- наличие сопутствующей патологии ЖКТ;
- хронические рецидивирующие воспалительные процессы глазного яблока
- некорригированная или неправильно корригированная аметропия

Физикальные обследования: кожа краев век отечна, гиперемирована, возможны наличие чешуек, гнойных корочек у основания ресниц, пенистый секрет и отек конъюнктивы.

Лабораторные обследования: бактериологическое исследование отделяемого конъюнктивальной полости на микрофлору с определением чувствительности к антибиотикам, микроскопия ресниц на демодекоз.

Микроскопический анализ: производится эпиляция 5 ресниц с каждого века при подозрении на демодекозный блефарит. Диагноз подтверждается при обнаружении личинок вокруг корня ресницы и 6 подвижных клещей или более. Выявление меньшего кол-ва свидетельствует о носительстве (80% населения).

Биопсия века рекомендуется в случае подозрения на карциному, при наличии асимметрии века, устойчивости к проводимому лечению, при наличии длительно существующего одностороннего блефарита.

Визометрия:

- снижение остроты зрения

Биомикроскопия:

- оценка слезной пленки
- утолщение и гиперемия маргинального края век
- наличие чешуек у корня ресниц при чешуйчатом блефарите и корочек – при язвенном блефарите
- выпадение, неправильный рост ресниц
- отек и гиперемия конъюнктивы
- дефект эпителия роговицы

Рефрактометрия – определение вида аметропии, для последующей коррекции.

Показания для консультации специалистов:

- эндокринолога – при наличии сахарного диабета и другой эндокринной патологии,
- гастроэнтеролога- при заболеваниях ЖКТ,
- дерматолога- при кожных заболеваниях.

Клинические формы

Чешуйчатый (себорейный): гиперемия и утолщение переднего реберного края век, наличие большого количества мягких салных чешуек на коже ресничного края век (между ресницами) и ресницах. Возможно сочетание с синдромом «сухого глаза» -1/3 пациентов, хроническим конъюнктивитом, краевым кератитом -15% случаев, себорейным дерматитом.

Себорея - заболевание кожи, обусловленное нарушением нейроэндокринной регуляции функции салных желез. Различают 3 вида себореи: жирная, сухая, смешанная. Себорейные блефариты обычно ассоциированы с себорейными дерматитами (себорея кожи головы, носогубных складок, заушных областей и грудины). Считается, что избыточное количество нейтральных липидов, образующихся при этом состоянии, разрушается *Corynebacterium asnes* до жирных кислот, которые обладают раздражающим действием и стимулируют развитие воспалительного процесса. Хронический воспалительный процесс салных желез век, как правило, сопровождается с дисфункцией мейбомиевых желез, что провоцирует развитие роговично-конъюнктивального ксероза, а также способствует повышению вирулентности патогенных микроорганизмов бактериального и паразитарного происхождения.

Язвенный (стафилококковый): выраженная гиперемия и телеангиоэктазии переднего края век, склеивание ресниц, изъязвления при удалении чешуек. Гиперчувствительность к стафилококковому экзотоксину может приводить к воспалению нижней тарзальной конъюнктивы и точечным эрозиям роговицы, как правило, затрагивающим ее нижнюю треть. Возможно сочетание с синдромом «сухого глаза», ячменем, конъюнктивитом, кератитом.

Демодекозный: гиперемия и утолщение краев век, наличие «белых муфт» или «воротничков» у основания ресниц. При прогрессировании: сглаженность переднего и заднего реберных краев века, нарушение адаптации нижнего века к главному яблоку. Демодекозный блефарит может сочетаться с синдромом «сухого глаза», хроническим конъюнктивитом, краевым кератитом, в 60% случаев – с демодекозом кожи.

Аллергический: аллергический блефарит - острое эритематозно-экссудативное заболевание кожи век. Возникает как реакция на местное воздействие различных медикаментов - аллергенов средств косметики у людей с повышенной чувствительностью к данным веществам. В зависимости от степени предварительной сенсибилизации поражение кожи

развивается более или менее быстро. Как правило, наблюдается двустороннее поражение, однако, в отдельных случаях развивается односторонняя реакция. Кроме того, аллергическая реакция может возникнуть вследствие хронического токсико – аллергического воздействия микробных, паразитарных и вирусных агентов.

Задний (краевой) блефарит (дисфункция мейбомиевых желез): гиперемия заднего реберного края века, телеангиоэктазии, гиперемия пальпебральной конъюнктивы; при мейбомиевой себорее – протоки мейбомиевых желез заполнены секретом, при сдавлении края века (между пальцем и стеклянной палочкой) выделение из мейбомиевых желез желтовато – серого пенистого секрета, его скопление в наружных углах глаза и у заднего ребра края века; при мейбомииите – обструкция выводных протоков мейбомиевых желез, отсутствие секрета при сдавлении, в тяжелых случаях – кистовидные расширения мейбомиевых протоков и рубцевание. Дестабилизация слезной пленки на фоне дисфункции мейбомиевых желез приводит к развитию синдрома «сухого глаза».

Возможно сочетание с халязионом, конъюнктивитом, кератитом, розацеа.

Лечение

Лечение блефарита консервативное, длительное, требующее комплексного местного и системного подхода, а также учета этиологических факторов. Нередко для устранения блефарита требуются консультации узких специалистов (отоларинголога, стоматолога, дерматолога, аллерголог, гастроэнтеролога), проведение санации хронических очагов инфекции и дегельминтизации, нормализация питания, улучшение санитарно-гигиенических условий дома и на работе, повышение иммунитета. При выявлении нарушений рефракции необходимо проведение их очковой или лазерной коррекции.

Топическая терапия блефаритов требует учета формы заболевания. При лечении блефарита любой этиологии необходима тщательная гигиена век, очищение от корочек и чешуек влажным тампоном после предварительного наложения пенициллиновой или сульфациловой мази, закапывание в полость конъюнктивы р-ра сульфациетамида, обработки краев век р-ром бриллиантового зеленого, проведение массажа век.

При язвенном блефарите применяют мази, содержащие кортикостероидный гормон и антибиотик (дексаметазон+гентамицин, дексаметазон+неомицин+полмиксин В). При конъюнктивите и краевом кератите лечение дополняют аналогичными глазными каплями. В случаях изъязвления роговицы применяют глазной гель с декспантеолом.

При себорейном блефарите показано смазывание век гидрокортизоновой глазной мазью, инстилляцией «искусственной слезы». В терапии демодекозного блефарита, кроме общегигиенических мероприятий, используются специальные противопаразитарные мази (метронидазоловая, цинко-ихтиоловая), щелочные капли; проводится системная терапия метронидазолом. Кортикостероиды при демодекозе не применяют, они снижают местный иммунитет и повышают численность клещей. При развитии кератита – кортикостероиды противопоказаны.

Аллергический блефарит требует устранения контакта с выявленным аллергеном, инстилляций противоаллергических капель (лодоксамид, натрия кромогликат), обработки век кортикостероидными глазными мазями, приема антигистаминных препаратов. При мейбомиевом и угревом блефарите целесообразно назначение внутрь тетрациклина или доксициклина курсом от 2 до 4 недель.

Системная терапия при блефаритах включает витаминотерпию, иммуностимулирующую терапию, аутогемотерапию. Эффективно сочетание местного и общего лекарственного лечения с физиотерапией (УВЧ, магнитотерапией, электрофорезом, дарсонвализацией, УФО).

При осложненных формах блефарита может потребоваться хирургическое лечение: удаление халязиона, пластика век при трихиазе, исправление заворота или выворота века.

Профилактика и прогноз

При своевременной и упорной терапии блефарита прогноз для сохранности зрения благоприятный. В ряде случаев заболевание приобретает затяжное, рецидивирующее течение, приводящее к возникновению ячменей, халязионов, деформации краев век, развитию трихиаза, хронического блефароконъюнктивита и кератита, ухудшению функции зрения.

Для профилактики блефарита необходимо лечение хронических инфекций, исключение контакта с аллергенами, проведение коррекции аномалий рефракции, своевременное лечение дисфункции слезных желез, соблюдение гигиены зрения, улучшение санитарно-гигиенических условий труда и быта.

Литература:

1. Алгоритм терапевтической гигиены век при патологии глазной поверхности. Учебное пособие 2019г. под ред. Трубилин В.Н., Полунина Е.Г., Маркова Е.Ю., Куренков В.В., Капкова С.Г..

2. Клинические рекомендации. Офтальмология. / Под ред. Л.К. Мошетовой, А.П. Нестерова, Е.А. Егорова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 237 с.

3. Офтальмология. Национальное руководство. / под ред. С.Э. Аветисова, Е.А. Егорова, Л.К. Мошетовой, В.В. Нероева, Х.П. Тахчиди. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 752 с.