

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

Реферат

На темы: «Заворот века»

Выполнил: клинический ординатор
кафедры офтальмологии с курсом ПО

Лукьянова И. В.

Красноярск

2019 г

Введение.

Энтропион – заболевание, характеризующееся неправильным положением века, при котором ресницы обращены к главному яблоку. В офтальмологии заворот нижнего века встречается гораздо чаще заворота верхнего века. Заболевание распространено среди лиц преклонного возраста. Расовой или половой предрасположенности не отмечается. Врожденная форма встречается только в совокупности с другими генетическими аномалиями при синдроме Ларсена или на фоне врожденной микрофтальмии. Патология редко приводит к тотальному снижению остроты зрения и инвалидизации пациентов, но вызывает ежедневный дискомфорт и становится причиной выраженного косметического дефекта. Одновременно с ростом числа больных с лекарственной гиперчувствительностью все большее распространение приобретает заворот века при синдроме Лайелла и синдроме Стивенса-Джонсона.

Этиология.

Наиболее распространенная причина энтропиона в преклонном возрасте – инволюционная дегенерация мышечной и соединительной ткани. После 60 лет интенсивно накапливается орбитальный жир, а кожа теряет эластические свойства, поэтому даже обычное смыкание глаз может провоцировать аномальное расположение века. Врожденный заворот является следствием спастического сокращения круговой мышцы глаза или деформации хряща. При спазме круговой мышцы реснитчатый край смещается в сторону глазного яблока. Горизонтальная деформация возникает при спазме пучка Риолана. В норме данная анатомическая структура в силу высокого тонуса обеспечивает плотное прилегание века, спастическое сокращение еще больше усиливает воздействие и провоцирует заворот. Аномальный гипертонус ресничной мышцы чаще встречается в раннем детском возрасте. Врожденный энтропион выявляется в совокупности с другими проявлениями (гипертелоризм, множественные вывихи, нарушения строения скелета) синдрома Ларсена, на генетическую природу заболевания указывают более 5 стигм дизэмбриогенеза. Также веко может заворачиваться внутрь при микрофтальме.

Приобретенный заворот развивается на фоне токсического эпидермального некролиза или злокачественной экссудативной эритемы, которые в большинстве случаев становятся проявлением лекарственной гиперчувствительности. Хронический конъюнктивит – одна из причин периодического раздражения мышечного пучка Риолана, провоцирующая его спастические сокращения. Выраженный спазм приводит к выворачиванию хряща в сторону глазного яблока. Кроме того, в роли этиологических факторов энтропиона могут выступать рубцы века, повреждения конъюнктивы в результате механической травмы глаза, химического или термического ожога.

Симптомы.

Различают рубцовый, инволюционный (спастический, атонический) и врожденный энтропион. Клиническая картина заворота века при всех формах имеет сходные проявления, особенности течения определяются типом патологии. Постоянное трение ресниц становится пусковым фактором развития всех симптомов болезни. При контакте реснитчатого края века с конъюнктивой нарастает ее раздражение с последующим отеком, выраженной гиперемией и микроскопическими повреждениями. У большинства

пациентов возникает ощущение инородного тела в глазу. Еще одним ранним симптомом является слезотечение, которое развивается как вследствие механического трения ресниц, так и из-за нарушения нормального пути оттока слезной жидкости. О повреждении роговицы свидетельствует появление светобоязни. Симптомы заболевания нарастают при моргании и зажмуривании глаз.

Пациенты с рубцовым заворотом века указывают на травматические повреждения или ожоги, реже – на конъюнктивит в анамнезе. Данные факторы становятся причиной образования рубцов между конъюнктивой и веком. Заболевание развивается постепенно. Обычно веко приобретает вид выпуклой кпереди дуги, а реснитчатый край заворачивается внутрь и постоянно травмирует глаз. Степень выраженности клинических проявлений зависит от месторасположения и размера рубца, даже небольшие дефекты приводят к выраженному дискомфорту.

Главное отличие инволюционного энтропиона от других форм – отсутствие рубцовых сращений. При спастическом завороте в дебюте заболевания пациенты могут самостоятельно вернуть нормальное положение реснитчатому краю. Симптомы усиливаются при интенсивном смыкании глаз. Длительное течение патологии приводит к формированию валикообразного уплотнения круговой мышцы глаза в области тарзальной пластинки. Особенностью атонического заворота является то, что нижний край века пролабирует вперед, в то время как верхний обращен к главному яблоку. Клинически заболевание напоминает трихиаз.

Заворот века при синдромах Стивенса-Джонсона и Лайелла сопровождается выраженным блефароспазмом и фотофобией. Симптоматика обусловлена дисплазией эпидермиса век с его последующим нарастанием на заднее ребро и поверхность век. Тяжелые формы заболевания приводят к рубцовому сращению бульбарной и пальпебральной конъюнктивы, возможно полное заращение слезных точек. Прогрессирование заворота века становится причиной развития вторичного хронического конъюнктивита. В последующем при повреждении роговицы развивается кератопатия, появляются точечные эрозивные дефекты. При отсутствии своевременного лечения минимальные дистрофические проявления сменяются язвенным кератитом и формированием бельма. Вростание новообразованных сосудов в роговицу приводит к снижению остроты зрения.

Диагностика заболевания.

Диагностика заворота века основывается на сведениях об анамнезе жизни и заболевания, данных объективного осмотра, визометрии и биомикроскопии. Анамнестические данные могут указывать на травмы, ожоги век или лекарственную гиперчувствительность. В отдельных случаях выявляется отягощенная наследственность по аномальному расположению век. При наружном осмотре определяются заворот века в сторону глазного яблока, гиперемия и отек конъюнктивы, выраженное слезотечение. Кожа вокруг глаз раздражена, гиперемирована.

При биомикроскопии глаза визуализируются эрозивные дефекты роговицы, повреждения бульбарной конъюнктивы, сращения между бульбарными и пальпебральными отделами. Для более четкой визуализации дефектов рекомендовано проведение биомикроскопии с флуоресцеином. Слезная пленка, как правило, нестабильна, что подтверждается при дополнительном проведении пробы Норна. Методом визиометрии определяется острота зрения. Снижение данного показателя происходит только при интенсивном вращении новообразованных сосудов и при завороте век, осложненном помутнением роговицы в виде бельма.

Лечение.

Специфическое лечение заворота века сводится к проведению блефаропластики. В предоперационном периоде показано использование специальных лейкопластырных повязок для профилактики интраоперационных осложнений. На ранних этапах заболевания рекомендовано наложение П-образных швов от участка кожных покровов под реснитчатым краем до нижних отделов тарзальной пластинки. Эти меры обеспечивают правильное анатомическое положение века, эффект сохраняется на протяжении 3-4 месяцев. Техника оперативного вмешательства при спастическом энтропионе предполагает проведение небольшого разреза круговой мышцы глаза в претарзальной области или полное иссечение мышечного пучка Риолана. При атонической форме необходимо удалить треугольный участок тарзальной пластинки совместно с прилежащими слоями мышц и кожных покровов. Эта методика обеспечивает закрепление века в горизонтальном положении.

При рубцовом энтропионе следует пересадить небольшую часть слизистой оболочки в область заднего ребра века или межреберную зону (метод Сапежко). Методика оперативного вмешательства по Уису малоэффективна, поскольку в большинстве случаев приводит к повторному формированию келоидного рубца. Для устранения заворота века после травмы или ожога нужно провести реконструкцию задней пластинки века с последующей пересадкой собственной слизистой оболочки с губ в поврежденные участки. Данная техника также рекомендована при синдромах Лайелла и Стивенса-Джонсона.

Консервативное лечение основывается на ежедневном использовании препаратов искусственной слезы, гелей, содержащих декспантенол, и глазных мазей на ночь (чередование тиаминовой мази с антибактериальными средствами). При спастическом энтропионе на ранних стадиях рекомендовано проводить инстилляцию топических анестетиков. Медикаментозная терапия неспособна устранить органическую патологию век и используется только на ранних этапах для снижения клинических проявлений патологии.

Профилактика.

Прогноз при завороте века в случае своевременного лечения для жизни и трудоспособности благоприятный. Только необратимые повреждения роговицы (образование бельма, врастание новообразованных сосудов) приводят к снижению остроты зрения. При энтропионе, сформировавшемся в результате токсического эпидермального некролиза или злокачественной экссудативной эритемы, прогноз сомнительный.

Специфических мер по профилактике заворота века не разработано. Для предупреждения дальнейшего прогрессирования патологии необходимо соблюдать гигиену век, проводить их своевременное увлажнение совместно с увлажнением конъюнктивы и роговицы. На ранних стадиях заболевания показан осмотр у офтальмолога с частотой 2 раза в год. Обязательным этапом обследования является проведение биомикроскопии глаз.

1. Клинические лекции по офтальмологии - Е.А. Егоров, С.Н. Басинский - Учебное пособие
2. Современная офтальмология - Даниличев В.Ф. - Руководство для врачей
3. Клиническая анатомия органа зрения человека - Сомов Е.Е. - Практическое пособие
4. "Глазные_болезни" для студентов медицинских училищ, колледжей (Егоров_Е.А, 2010 г.)