

**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: «Нейротрофическая кератопатия»

Выполнила: клинический ординатор

Левицкая А.Д.

Проверила: д.м.н., доцент Козина Е.В.

Красноярск

2019г.

Содержание

1. Определение.....	3
2. Этиология.....	3
3. Клиника.....	3
4. Диагностика.....	3
5. Дифференциальная диагностика.....	6
6. Лечение.....	6
7. Список литературы.....	7

Нейротрофическая кератопатия - редкое дегенеративное заболевание роговицы, характеризующееся снижением или потерей чувствительности роговицы, которое может быть бессимптомным или проявляться покраснением глаз, а на ранних стадиях заболевания - незначительным снижением остроты зрения. В конечном итоге нейротрофический кератит приводит к потере зрения.

Эпидемиологических данных нет. Распространенность в Европе может оцениваться порядка в 1:2 380.

Этиология и патогенез

Нейротрофическая кератопатия является следствием нарушения тригеминальной иннервации, которая обеспечивает трофическую поддержку роговицы. Наиболее распространенными причинами являются вирусная инфекция (например, herpes simplex) или операция, которая повреждает тройничный нерв. Другие причины нарушения иннервации роговицы включают: длительное использование местных офтальмологических лекарств (например, тимолол, бетаксолол), ятрогенное повреждение (например, длительное использование контактных линз), системные заболевания (например, сахарный диабет, рассеянный склероз), химические ожоги и внутричерепные массы (например, шваннома, аневризмы). Генетические причины (например, HSAN4) чрезвычайно редки и чаще всего встречаются у детей.

Клинические проявления

Нейротрофическая кератопатия чаще всего встречается у взрослых и редко отмечается у детей. Заболевание часто бессимптомно, ранние признаки могут включать в себя **покраснение глаз, помутнение зрения и снижение остроты зрения**. По мере развития болезни могут развиваться **эпителиальные дефекты и язвы** роговицы, рубцевание роговицы и астигматизм могут приводить к дальнейшему уменьшению зрительной функции. В конце концов, прогрессирование заболевания, сопровождаемое расплавлением и перфорацией роговицы может привести к потере зрения.

Диагностика

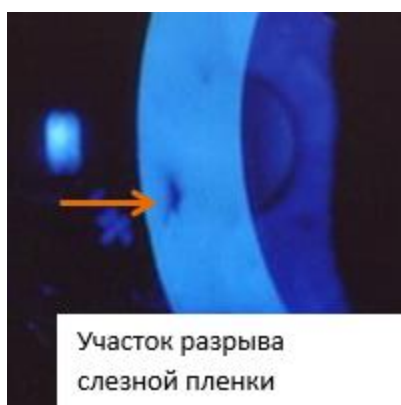
Диагноз основан на клинических данных о нарушениях чувствительности роговицы, связанных с изменениями эпителия роговицы и анамнезом болезни. Чувствительность роговицы обычно оценивается с использованием аппликатора с ватным наконечником, количественный метод - эстезиометрия с помощью анестезиометра Cochet - Bonet.



Должны быть проведены исследования с помощью щелевой лампы и осмотр глазного дна, проба Ширмера (Используется для выявления дефицита водянистого слоя. В норме смачивается не менее 10мм тестовой полоски)



Проба Норна



Процедура проста и не требует от пациента специальной подготовки. Всё, что необходимо: вовремя посетить кабинет офтальмолога. Его попросят принять положение сидя и закапают в глаз 0,1–0,2 % раствор флуоресцеина натрия или используют специальные полоски с окрашивающим эффектом.

Флуоресцеин натрия представляет собой краситель, который нашёл широкое применение в медицине при проведении диагностических исследований. Его

используют с осторожностью, исключив наличие противопоказаний у пациента.

После применения окрашивающего вещества, пациенту предлагают сморгнуть и исключить моргание в процессе проведения осмотра при помощи щелевой лампы. Офтальмолог проводит исследование роговицы и фиксирует отрезок времени, через которых нарушается целостность слёзной плёнки. Для этого применяют секундомер, который отключается после того, как разрыв увеличился.

Интерпретация результатов пробы Норна

В процессе интерпретации данных исследования, офтальмолог сравнивает полученные результаты и показатели пробы Норна, которые в офтальмологии принято считать за норму. Поскольку тест проводят не менее трёх раз, закапывая каждый глаз, врач оперирует средним показателем. При расшифровке обязательно учитывают возраст пациента. Нормой считается:

- Время разрыва 22,1 секунда в возрасте от 16-ти до 35-ти лет;
- Время разрыва 11,6 секунд в возрасте от 60-ти до 80-ти лет.
- Если время разрыва составляет менее 10-ти секунд, диагностируют нестабильность слёзной плёнки.

Тест Липкоф (Характеризует степень образования складки бульбарной конъюнктивы по отношению к реберному краю нижнего века. 1 степень — складка у внутреннего края века, 2 степень — от внутреннего края до середины реберной части века, 3 степень — от середины до наружной части века)

Оценка высоты стояния слезного мениска (В норме составляет 0,2мм. 1-я степень от 0,1 до 0,2мм, 2 — до 0,1мм, 3 — отсутствие слезного мениска)



← Снижение высоты слезного мениска на фоне блефароконъюнктивальной формы ССГ.

Окрашивание роговицы и конъюнктивы (флуоресцеин, бенгальский розовый или лиссаминовый зеленый) позволяет выделить эпителиальные дефекты.



Морфология роговичного нерва оценивается с помощью конфокальной микроскопии *in vivo*. Микробиологическое обследование исключает инфекции.

Для определения стадии нейротрофического кератита использует классификацию Маскье: 1 стадия - точечная кератопатия, эпителиальные нарушения, рубцевание стромы и поверхностная неоваскуляризация; 2 стадия - стойкий эпителиальный дефект роговицы, возможный отек на стромальной основе; 3 стадия - вовлечение стромы роговицы, с язвой роговицы, прогрессирующей к перфорации и/или лизису стромы.

Дифференциальный диагноз

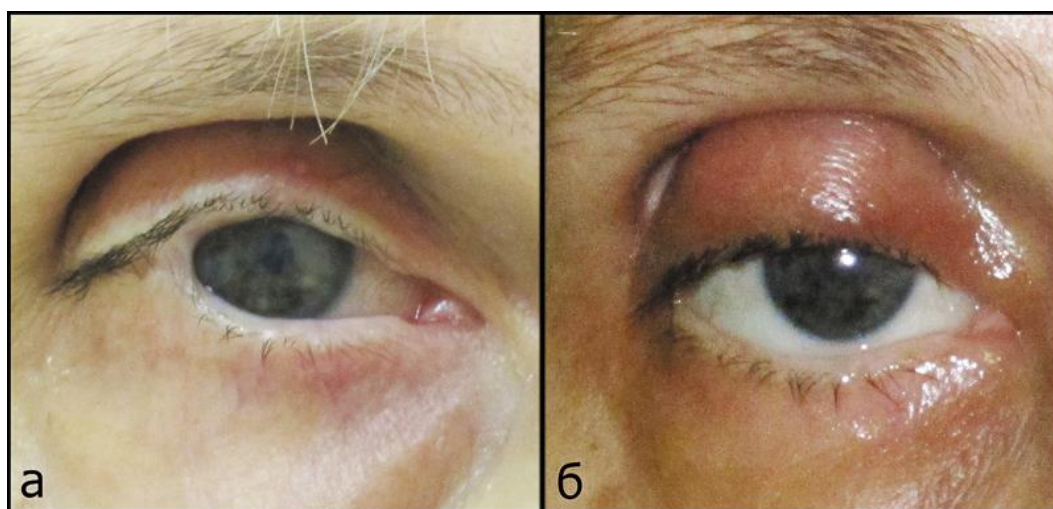
Дифференциальный диагноз нейротрофической кератопатии включает в себя все поверхностные заболевания глаз и поражения роговицы, связанные с патологией эпителия или вызывающие изъязвления стромы: сухой глаз, экспозиционный кератит, дефицит стволовых клеток роговицы, токсичность местных ЛС, побочный эффект контактных линз, инфекционный кератит, дистрофия роговицы и декомпенсация эндотелия.

Лечение

Лечение зависит от стадии заболевания.

На 1-й стадии нейротрофической кератопатии назначают **искусственную слезу** каждые 2-4 часа и **мази-лубриканты** в ночное время.

На 2-й стадии добавляются роговичные/склеральные **контактные линзы** и местные глазные **капли с антибиотиками**. Хирургические методы, как правило, используют для лечения случаев, резистентных к терапии, причем наиболее часто применяют **частичную или полную тарзорафию**.



Для рефрактерных нейротрофических язв роговицы и тяжелых случаев с надвигающейся перфорацией выполняется трансплантация амниотической мембраны и пересадка лоскута конъюнктивы. Небольшие перфорации восстанавливаются с помощью цианакрилатного клея и мягкими бандажными контактными линзами. *Необходим частый мониторинг, начиная от каждые 1-2 недель для первой стадии нейротрофической кератопатии до ежедневного для 3-й стадии.* В настоящее время изучаются новые методы лечения, например, нейропептиды и факторы роста нервов, направленные на восстановление иннервации и чувствительности роговицы.

Список литературы:

1. Руководство по офтальмологии Джастис П. Элерс
2. <http://wikimed.pro>
3. «Слезозаместительная терапия при аллергических состояниях глаз»
ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова»
Минздравсоцразвития России, Москва, Россия Д.Ю. Майчук,
Л.Б. Чилингарян, И.А. Пронкин, А.Р. Григорян
4. «Консервативное лечение нейротрофических кератитов» Е.В. Яни,
К.Е. Селиверстова