

**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: «Халязион»

Выполнил: клинический ординатор

Вишневский В.В.

Проверила: д.м.н., доцент Козина Е.В.

Красноярск

2019г.

Введение

Термин «халязион» происходит от греческого слова, означающего «маленький узелок, градина». Халязион (халазион) — это медленно развивающееся опухолевидное образование, возникающее вследствие закупорки и отека сальной железы (мейбомиевой железы) в веке.

Мейбомиевы железы находятся внутри века, сразу за ресницами. Их количество составляет около 50-70 в каждом веке. Эти железы помогают сохранять увлажненность глаз, предотвращая испарение водянистого слоя (слезы) с их поверхности. Достигается это благодаря выработыванию ими наружного слоя слёзной плёнки — липидного (состоящего из жирных кислот — липидов).

В толще хряща века находятся мейбомиевы железы. Они продуцируют жировой секрет, который смазывает край века, облегчает скольжение век о роговицу при мигательных движениях, участвует в образовании липидного слоя слезной пленки. Если просвет железы закупоривается, содержимое не может выйти наружу и накапливается внутри самой железы, которая начинает постепенно увеличиваться в размерах. Постепенно вокруг нее образуется капсула.

Халязион (халазион, градина) в МКБ классификации:

H00-H06 – Болезни век, слезных путей и глазницы

H00 – Гардеолум и халазион

H00.1 – Халазион

Причины приводящие к развитию халязиона

Закупорка мейбомиевой железы

В своей основе халязион причины имеет вполне стандартные. Однако наиболее часто встречающихся среди всех их является закупорка мейбомиевой железы. Причём преобладает данный этиологический фактор, как в детской, так и во взрослой структуре заболеваемости халязионом. Патогенез данного заболевания в этом случае представляется весьма простым и понятным. Сначала происходит закупорка мейбомиевой железы. После этого в образовавшемся замкнутом пространстве накапливается её секрет. Он не находит себе выхода и в конце концов начинается воспалительный процесс с последующим формированием узелкового уплотнения на веке.

Недостаточное соблюдение личной гигиены

Закупорка мейбомиевой железы является основной, но далеко не единственной причиной развития халязиона. Ещё один весомый аспект — недостаточное соблюдение личной гигиены. В рамки данного этиологического фактора подпадают все случаи возникновения подобного заболевания после занесения в глаза грязи. В результате автоматически в группу риска по данной причине попадают все те, кто не умывается с утра и на ночь, частенько трёт глаза, а также неправильно обращается с контактными линзами. При этом стоит отметить, что халязион причины такого типа вызывают отнюдь не редко.

Переход ячменя в халязион

Отнюдь нередко халязион возникает на месте ячменя. Особенно высок риск подобного преобразования в тех случаях, когда по поводу ячменя никакого лечения не проводилось и после самостоятельной ремиссии возникает рецидив.

Повышенное функционирование сальных желез

Имеется ещё одна причина возможного возникновения халязиона. Причём она от самого человека практически не зависит никак. В рамки данного предрасполагающего фактора попадают все те состояния, которые сопровождаются

слишком интенсивным функционированием сальных желез. Речь идёт о различных заболеваниях, сопровождающихся гормональными нарушениями, а также врождённых особенностях кожи и её желез.

Патогенез

Закупорка выводного протока железы может произойти на фоне простудных заболеваний, вследствие воспаления краев век (блефарит), при заболеваниях желудочно-кишечного тракта (хронические гастриты, колиты, гастроэнтероколиты, дискинезии желчных путей, дисбактериозы и др.). Халязион может быть также результатом мейбомиита – острого воспаления железы века.

Халязион является хроническим патологическим процессом и основным его проявлением считается воспаление века в области хрящевой ткани века и мейбликовой железы. Причина появления новообразования связана с воспалительной реакцией, которая приводит к закупорке выводного протока железы. При этом в просвете железы постепенно скапливается жиробразное содержимое. Если халязион не вскрывать, то в полости накопится большое количество секрета, что спровоцирует появление кисты.

Кожа века над халязионом приподнимается и деформируется. При прощупывании определяется плотное безболезненное образование, спаянное с хрящом века. Кожа над ним легко смещается, конъюнктив в области халязиона приподнята, гиперемирована и утолщена. В дальнейшем может произойти истончение и прободение конъюнктивы в месте локализации халязиона с выходом содержимого наружу. Однако основная масса грануляционной ткани остается на месте, и халязион не исчезает, а лишь уменьшается в размерах. Иногда халязион вскрывается через кожу, при этом грануляционная ткань разрастается в подкожной клетчатке. Не вскрывшийся халязион превращается в толстостенную кисту со слизистым содержимым.

Основной симптом халязиона, - появление плотного шарика (на самом деле - раздутой собственным секретом мейбомиевой железы в толще века). Однако странность болезни в другом, а именно в том, что данные нарушения абсолютно безболезненны. Халязион порой возникает буквально в считанные часы. На ощупь халязион плотный, упругий. Иногда напоминает камешек под кожей. Кожа над его поверхностью может и не менять окраски, однако чаще становится красной (оттенок от слабо-розового до насыщенно-бордового). При попытке сместить кожу пальцами это легко удастся (кожа двигается, а плотный комочек остается на месте).

Плюс имеются такие симптомы, как:

- Чувствительность к свету
- Слезотечение и тяжесть век
- Нечеткость зрения

Клиника

Обычно формирование халязиона занимает какое-либо время (около двух недель). Проявлениями заболевания, которые становятся заметными на ранних стадиях, являются отек века, увеличение его в размере. Халязион состоит из грануляционной ткани с большим количеством эпителиоидных тканей и гигантских клеток, напоминая строение трабекул. Диаметр халязиона сначала составляет около 5-6 мм, однако постепенно он увеличивается в размере, в связи с чем происходит давление на глазное яблоко. Последнее может сопровождаться астигматизмом.

При развитии халязиона пациенты жалуются на новообразование на нижнем или верхнем веке, которое медленно увеличивается в размере. Зрение не изменяется, за исключением случаев, когда халязион настолько большой, что оказывает давление на роговицу, провоцируя астигматизм. В основном, пациентов беспокоит косметический дефект.

При осмотре в толще века обнаруживается плотное округлое образование размером от просяного зерна до небольшой горошины безболезненное при пальпации, покрыто неизменной кожей. Образование не спаяно с окружающими тканями, кожа над ним подвижна. При исследовании внутренней поверхности века наблюдается локальная гиперемия.

Присоединение микробной флоры может вызвать гнойное воспаление халязиона – абсцедирование. При этом кожа над халязионом краснеет, вокруг капсулы его наблюдается отек тканей века. Халязион может самопроизвольно вскрыться, иногда образуется свищ – канал между полостью халязиона и поверхностью кожи. Вокруг свищевого отверстия обнаруживаются грануляции – разрастание ткани. Кожа сухая, покрасневшая, покрыта корочками - засохшим отделяемым.

Диагностика

- Анамнез(наличие/отсутствие болевых ощущений)
- Длительность симптомов
- Наличие сопутствующих заболеваний(сахарный диабет, язвенная болезнь желудка)
- Физикальное обследование:
 - 1) Определение остроты зрения каждого глаза
 - 2) Наружный осмотр лица, век и самих глаз
- Биомикроскопия
- Осматривается кожа век
- Врач-офтальмолог может заглянуть внутрь верхнего века, если опухоль находится в верхнем веке
- При гистологическом исследовании видно липидное ядро и зональное гранулематозное воспаление вокруг него.

Дифференциальная диагностика Халязион может быть смешан с ограниченными воспалениями другого происхождения, исходящими из хряща века и с опухолями. Сюда относятся туберкулез и актиномикоз, а также исходящая из мейбомиевой железы аденокарцинома. В случае «рецидивирующего» халязиона следует подумать о последней. Диффузное воспаление хряща века легко дифференцируется от халязиона. Сравнительно наиболее частым из воспалений, локализующихся в хряще века, является сифилитический тарзит. Клинически подобная пролиферация ткани может возникать при трахоме.

Дифференциальную диагностику проводят с ячменем века – халязион более плотный, кожа над ним легко смещается, цвет кожи не изменен

С аденокарциномой мейбомиевой железы – при халязионе происходит более медленный рост образования, кожа века интактна.

Консервативное лечение

Ранние стадии развития этой болезни позволяют ограничить лечебное воздействие накладыванием аппликаций с ртутной желтой мазью и применением дезинфицирующих капель. Традиционно используют также солевые примочки. Принято считать, что снятию воспаления и рассасыванию халязиона способствуют некоторые физиотерапевтические процедуры: гелий-неоновый лазер, поляризованный свет.

Кортикостероидная терапия:

Запущенные случаи описываемого заболевания требуют более серьезного лечения. Непосредственно в полость халязиона тонкой иглой вводятся стероиды (например, «Кеналог»). Сильный противовоспалительный эффект препарата препятствует возникновению фиброзной капсулы на месте очага воспаления и содействует рассасыванию находящегося внутри века узелка. Прием стероидов продолжается приблизительно две недели.

Хирургическое вмешательство:

Если вышеописанные методы не дали желаемых результатов, врач назначает операцию. Она проводится с применением местной анестезии. На веко пациента накладывается особый окончатый зажим, слегка разрезают конъюнктивы века, после чего аккуратно, специальной ложечкой, достают содержимое халязиона и фиброзную капсулу, сохраняя стенки. Затем происходит смазывание дезинфицирующей жидкостью и введение антибиотиков.

Наложение швов не требуется, в течение 1-2 дней

накладывается асептическая повязка.

Следов оперативного воздействия не остается.

Сама процедура длится несколько минут и не

является сложной.

Однако любое хирургическое вмешательство не исключает осложнений (например, кровотечение, инфицирование), поэтому в операции прибегают лишь в тех случаях, когда другого выхода нет.

Реабилитационный период не продолжителен, желательно чтобы пациент в

течение 4-5 дней находился под наблюдением врача.

Лазерное удаление халязиона:

В современной медицинской практике с успехом применяется альтернатива классическому хирургическому воздействию: халязион удаляется с помощью лазера. Перед процедурой в глаз закапывают обезболивающие капли, а в толщу века вводится анестетик (например, ультракаин). Лазер разрезает капсулу халязиона, его содержимое удаляется, а на капсулу воздействует лазерное излучение. При этом капсулы маленького размера просто испаряются.

Если роговица и зона рубца соприкасаются, пациенту надевают специальную мягкую контактную линзу. Реабилитация как таковая не требуется. Врач, как правило, советует не снимать корочки и не мочить глаз. Контрольный осмотр – через 7-10 дней.

Лазер избавляет от халязиона навсегда в 95% случаев.

Лазерное удаление имеет несколько преимуществ:

- малая травматичность;
- увеличение эффективности;
- рецидивы сведены к минимуму;
- бескровная операция;
- наложение повязки не требуется;
- возможность вернуться к привычному образу жизни на следующий день.

Список литературы

1. Клиническая анатомия органа зрения человека - Сомов Е.Е. -
Практическое пособие, 2010 г
2. Рациональная фармакотерапия в офтальмологии - Егоров Е.А. -
Практическое руководство, 2004 г.
3. Клиническая офтальмология: систематизированный подход -
Кански Д., 2006 г