

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: «Блефарит»

Выполнил: клинический ординатор
кафедры офтальмологии с курсом ПО
Лукьянова И. В.

Красноярск
2019 г

Блефарит – двустороннее рецидивирующее воспаление ресничной кромки век. Блефарит проявляется покраснением и отеком краев век, ощущением тяжести и зудом век, повышенной чувствительностью к яркому свету, быстрой утомляемостью глаз, неправильным ростом и выпадением ресниц. В диагностике блефарита ведущую роль играет наружный осмотр век, определение остроты зрения, биомикроскопия, бактериологический посев, исследование ресниц на демодекс. Лечение блефарита направлено на устранение причины заболевания и, как правило, включает консервативные мероприятия (туалет век, массаж век, закапывание глазных капель, закладывание мазей и др).

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.

Причины блефарита

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 нередко бывает сопряжено с некорригированной патологией зрения (дальнозоркостью, близорукостью, астигматизмом), синдромом сухого глаза. 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 аллергизация 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 воздуха, пребывания в солярии, на солнце, на ветру.

Классификация блефарита

В соответствии с этиологией блефариты делятся на две группы: неинфекционные и инфекционные. При вовлечении в воспалительный процесс только ресничной кромки века говорят о переднем краевом блефарите; при поражении мейбомиевых желез – о заднем краевом блефарите; в случае преобладания воспалительных явлений в уголках глаз – об угловом или ангулярном блефарите.

По клиническому течению выделяют несколько форм блефарита:

Простую.

Себорейную или чешуйчатую (обычно сопутствует себорейному дерматиту).

Язвенную или стафилококковую (остеофолликулит).

Демодекозную.

Аллергическую.

Угревую или розацеа-блефарит (часто сочетается с розовыми угрями).

Смешанную.

Симптомы блефарита

Течение любой формы блефарита сопровождается типичными проявлениями: отеком века и покраснением века, зудом, быстрой утомляемостью глаз и повышенной чувствительностью к раздражителям (свету, ветру). Постоянно образующаяся слезная пленка вызывает нечеткость зрения. Глазные выделения, особенно сопровождающие течение инфекционных блефаритов, приводят к появлению на веке налета, склеиванию ресниц. Пациенты, обычно пользующиеся контактными линзами, отмечают, что не могут носить их столь длительное время, как раньше.

Простой блефарит характеризуется гиперемией и утолщением краев века, скоплением в уголках глазных щелей беловато-серого секрета, умеренным покраснением конъюнктивы, расширением протоков мейбомиевых желез.

При чешуйчатом блефарите на утолщенном и гиперемизированном крае века скапливаются чешуйки слущенного эпидермиса и эпителия сальных желез, которые плотно прикрепляются к основанию ресниц. Чешуйки кожи также определяются на бровях и волосистой части головы. Течение себорейного блефарита может сопровождаться потерей и поседением ресниц.

Язвенная форма блефарита протекает с образованием желтоватых корочек, при снятии которых открываются язвочки. После заживления изъязвлений образуются рубцы, из-за которых нарушается нормальный рост ресниц (трихиаз). В тяжелых случаях ресницы могут обесцвечиваться (полиоз) и выпадать (мадароз), а передний ресничный край становится гипертрофированным и морщинистым.

Демодекозный блефарит протекает с постоянным нестерпимым зудом век, более выраженным после сна. Края век утолщаются в виде красноватого валика. В дневное время отмечается резь в глазах, выделение липкого секрета, ведущее к засыханию отделяемого и его скоплению между ресницами, что придает глазам неопрятный вид.

Симптомы аллергического блефарита, в большинстве случаев, появляются внезапно и четко связаны с каким-либо экзогенным фактором. Заболевание сопровождается отеком и упорным зудом век, слезотечением, слизистым отделяемым из глаз, светобоязнью, резью в глазах. Для аллергического блефарита типично потемнение кожи век (так называемый «аллергический синяк»).

При розацеа-блефарите на коже век видны мелкие серовато-красные узелки, увенчанные гнойничками.

Блефарит может протекать с явлениями конъюнктивита, синдрома «сухого глаза», кератита, острого мейбомита, развитием халязиона, образованием ячменя, фликтен и язв роговицы, угрожающей потерей зрения. Практически всегда блефариты принимают хроническое течение, имеют тенденцию к рецидивированию в течение многих лет.

Диагностика блефарита

Распознавание блефарита производится офтальмологом на основании жалоб, данных осмотра век, выявления сопутствующих заболеваний, лабораторных исследований. В ходе диагностики блефарита проводится определение остроты зрения и биомикроскопия глаза, позволяющая оценить состояние краев век, конъюнктивы, глазного яблока, слезной пленки, роговицы и пр. С целью выявления нераспознанных ранее гиперметропии, миопии, пресбиопии, астигматизма исследуется состояние рефракции и аккомодации.

Для подтверждения демодекозного блефарита производится микроскопическое исследование ресниц на клещ Demodex. При подозрении на инфекционный блефарит показано проведение бактериологического посева мазка с конъюнктивы. При аллергическом характере блефарита необходима консультация аллерголога-иммунолога с проведением аллергопроб. С целью исключения глистной инвазии целесообразно назначение анализа кала на яйца глист.

Длительно существующий блефарит, сопровождающийся гипертрофией краев век, требует исключения рака слезных желез, плоскоклеточного или базальноклеточного рака, для чего выполняется биопсия с гистологическим исследованием ткани.

Лечение блефарита

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, аллерголога, 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 сульфатамида, обработки краев век р-ром бриллиантового зеленого, проведение массажа век.

При язвенном блефарите применяют мази, содержащие кортикостероидный гормон и антибиотик (дексаметазон+гентамицин, дексаметазон+неомицин+полимиксин 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, инстилляций «искусственной слезы». В терапии демодекозного блефарита, кроме общегигиенических мероприятий, используются специальные противопаразитарные мази (метронидазоловая, цинко-ихтиоловая), щелочные капли; проводится системная терапия метронидазолом.

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 витаминотерапию, иммуностимулирующую терапию, аутогемотерапию. Эффективно сочетание местного и общего лекарственного лечения с физиотерапией (УВЧ, магнитотерапией, электрофорезом, дарсонвализацией, УФО), облучением лучами Букки.

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

Профилактика и прогноз при блефарите

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.

Список литературы:

1. Глазные болезни, под ред. Т. И. Ерошевского и А. А. Бочкаревой, М., 1977;
2. Многотомное руководство по глазным болезням, под ред. В. Н. Архангельского, т. 1, кн.