ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РФ ГБОУ ВПО КРАСГМУ ИМ. ПРОФ. В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО МЗ и СР РФ

Кафедра офтальмологии имени профессора М.А.Дмитриева с курсом ПО

**РЕФЕРАТ**

**ПТОЗ, ЛАГОФТАЛЬМ**

 Выполнил: Васильев А.Г.

 ординатор 1 года обучения

 Проверила: ассистент кафедры

 Балашова П.М.

г. Красноярск 2023 год

Оглавление

[Введение 2](#_Toc149078400)

[Птоз: Классификация 2](#_Toc149078401)

[Птоз: Диагностика 3](#_Toc149078402)

[Методы лечения птоза 4](#_Toc149078403)

[Лагофтальм: причины возникновения и классификация 4](#_Toc149078404)

[Методы лечения лагофтальма 5](#_Toc149078405)

#

# Введение

Птоз – патология, которая проявляется опущением верхнего века, встречается у 15–22% пациентов (по данным разных авторов).

    К появлению опущения верхнего века приводят различные причины, как врожденные, так и приобретенные. Пациентов с данной патологией беспокоит не только косметический дефект, но и возможное развитие осложнений, обусловленное наличием птоза. Лечение птоза только хирургическое, консервативное лечение не дает ожидаемого эффекта.

Лагофтальм (lagophthalmus; греч. lagoos заячий + ophthalmus глаз; синоним «заячий глаз») – неполное смыкание век, которое сопровождается развитием хронических воспалительных и дистрофических процессов роговицы, вплоть до формирования перфорации и бельма, вследствие высыхания роговицы и конъюнктивы.

# Птоз: Классификация

По происхождению:
Врожденный:
·               простой птоз, вызванный нарушением дифференциации периферических; мышц, который сочетается с поражением верхней прямой мышцы глазного яблока;
·               птоз с блефарофимозом, вызванный нарушением дифференциации мышц;
·               птоз, вызванный внешней офтальмоплегией;
·               птоз, сочетающийся с эпикантусом;
·               птоз, сочетающийся с миастенией;
·               птоз, вызванный параличом симпатических нервов;
·               синкинетический птоз, в основе которого лежат межядерные связи леватора и жевательных мышц.
Приобретенный:
·               вследствие травматических поражений;
·               вследствие заболеваний ЦНС.
По клиническим проявлениям:
·               полный;
·               частичный.
По локализации:
·               односторонний;
·               двусторонний.
По степени проявления;
·               легкий птоз веко опущена на 2 мм, не прикрывает зрачок;
·               умеренный птоз - веко прикрывает 1\2 зрачка;
·               выраженный птоз - веко опущено на 4 мм, зрачок закрыт, есть обскурационнаяамблиопия.
Особые формы:
·               синдром Горнера: птоз верхнего века, миоз, энофтальм;
·               феномен Маркуса - Гунна: птоз верхнего века;  движение нижней челюсти (при открывании рта птоз исчезает, а при закрывании - проявляется);
·               феномен псевдо Грефе: - при взгляде прямо, а также при отведении глазного яблока в сторону поражения, сохраняется легкий птоз;
·                синдром Грефе: птоз верхнего века, атрофия наружных мышц глаза;
·               атрофия мышц языка, мягкого неба, гортани, жевательных мышц.

# Птоз: Диагностика

Блефароптоз проявляется одно- или двусторонним опущением верхнего века различной степени выраженности: от частичного прикрывания до полного закрытия глазной щели. Пациенты с опущением верхнего века вынуждены напрягать лобную мышцу, приподнимать брови или запрокидывать голову назад для того, чтобы лучше видеть пораженным глазом (поза «звездочета»). Опущение верхнего века затрудняет совершение мигательных движений, что, в свою очередь, сопровождается повышенной утомляемостью, раздражением и инфицированием глаз.

Врожденный блефароптоз часто сочетается с косоглазием, эпикантусом, парезом верхней прямой мышцы. Постоянное прикрытие глазного яблока веком со временем приводит к развитию амблиопии. При приобретенном опущении верхнего века нередко отмечается диплопия, экзофтальм или энофтальм, нарушение чувствительности роговицы.

Ввиду многообразия механизмов, приводящих к опущению верхнего века, дифференциальная диагностика и коррекция птоза требуют совместного ведения пациента офтальмологом, неврологом, пластическим хирургом.

Используются следующие диагностические методики:

·               визометрия (без коррекции и с коррекцией);
·               биомикроскопия;
·               измерение ширины глазной щели\*
·               измерение функции леватора (экскурсия леватора)\*.
Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:
·               ультразвуковое исследование глазного яблока;
·               офтальмоскопия.

**Диагностические критерии постановки диагноза**

Жалобы и анамнез:
·               опущение верхнего века, косметический дефект - из-за неравномерности ширины глазной щели обоих глаз
·               изменения положения век – (ретракция и птоз) При поражении глазодвигательного аппарата глаз.
·               снижение зрения за счет частичного или полного перекрытия зрительной оси веком.
Физикальное обследование:
·               наружный осмотр;
·               измерение ширины глазной щели;
·               измерение функции леватора (экскурсия леватора).
Лабораторные исследования:
·               общий анализ крови: норма;
·               общий анализ мочи: норма.
Инструментальные исследования:
·               визометрия: снижение остроты зрения;
·               биомикроскопия:исследование переднего отрезка глаза;
·               ультразвуковое исследование век и орбиты позволяет исключить опухолевые образования, наличие инородных тел.
Показания для консультации узких специалистов:
·               терапевт – для оценки общего состояния организма перед операцией;
·               педиатр – для оценки общего состояния организма перед операцией;
·               невропатолог – для исключения системных и неврологических заболеваний;
·               онколог – при подозрении на наличие злокачественных опухолей;
·               оториноларинголог – для исключения воспалений  в околоносовых пазухах.

# Методы лечения птоза

Главной целью лечения является восстановление положения века и его экскурсии.

Лечение птоза производится оперативно без зависимости от его происхождения

Виды хирургических вмешательств:

1. - резекция леватора (Fasanella – Servat Operation);

2.     - дубликатура леватора;

    3. - подвешивание верхнего века к брови (Frontalis sling).

Главные патогенетические критерии выбора метода оперативного лечения птоза – степень опущения верхнего века и функция леватора: при сохранной или сниженной функции леватора (более 3–4 мм) выполняется резекция леватора; при минимальном птозе, сохранной или частично сниженной функции леватора выполняется дубликатура леватора; при значительно сниженной функции леватора (3–4 мм и ниже), а также при ее отсутствии выполняется подвешивание верхнего века к брови.

# Лагофтальм: причины возникновения и классификация

Нарушение процесса смыкания век – следствие аномалии строения, расстройства иннервации или воздействия механических факторов. Основные этиологические факторы развития лагофтальма:

* **Парез и паралич лицевого нерва**. Приводят к нарушению иннервации круговой мышцы глаза, которая в норме отвечает за подвижность век. Являются следствием тяжелых заболеваний, травм либо хирургических вмешательств.
* **Поражение тройничного нерва**. V пара черепных нервов по строению относится к группе смешанных, поэтому при ее поражении страдает не только двигательная функция, но и болевая, температурная и тактильная чувствительность. Причины развития – те же, что при поражении лицевого нерва.
* **Аномалия развития**. Лагофтальм как вторичная патология может возникать у пациентов с симблефароном и колобомой. При симблефароне сращение пальпебральной и орбитальной конъюнктивы препятствует нормальному закрытию глаз. При колобоме в зоне расщепления не прикрывается конъюнктива.
* [**Экзофтальм**](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/ophthalmology/exophthalmos). Из-за смещения глазного яблока кпереди глазная щель не смыкается даже при нормальных анатомо-физиологических особенностях органа зрения.
* **Рубцовый выворот**. При эктропионе неполное закрытие глазной щели обусловлено провисанием нижнего века.
* **Ретракция верхнего века**. Заболевание сопровождается смещением кожной складки в направлении верхнего края глазницы, проявляется обнажением склеры.

Патогенез

В норме сокращение круговой мышцы обеспечивает закрытие глаз. При нарушении чувствительной (тройничный нерв) или двигательной (лицевой и глазодвигательный нервы) иннервации процесс нервно-мышечной передачи импульса не реализуется, отсутствие сокращения круговой мышцы проявляется лагофтальмом. Глазная щель открывается благодаря группе мышц антагонистов – леваторов, поэтому данная функция не страдает. При этом антагонистическая контрактура мышцы, поднимающей веко, усугубляет клинические проявления лагофтальма. Реже смыкание невозможно из-за патологии строения. Снижение амплитуды мигательных движений препятствует равномерному распределению слезной жидкости на поверхности конъюнктивы, поэтому больных беспокоит повышенная сухость. Развитие ксерофтальмии потенцирует выворот нижней слезной точки, обусловленный смещением нижнего века и снижением тургора.

Классификация

* **Слабая степень**. Характеризуется незначительным расширением глазной щели и опущением края нижнего века. В медиальной трети определяется сглаженность кожи. Пациент способен практически полностью закрыть глаза. Во сне глазная щель приоткрыта.
* **Средняя степень.** Клинические проявления выражены ярче, чем при слабой степени, сопровождаются уменьшением складчатости кожи. Для закрытия глаз больной прилагает усилия. Процесс смыкания глазной щели требует дополнительного вовлечения орбитальной части круговой мышцы. В период сна глаза открыты.
* **Сильная степень**. Глаз постоянно находится в открытом состоянии. Отмечается повышенная сухость конъюнктивы и роговой оболочки, что ведет к воспалительным и дистрофическим поражениям органа зрения.

# Методы лечения лагофтальма

На начальных этапах лечения применяют увлажняющие препараты, мази, лакримальные окклюдеры, лечебные контактные линзы, наружные утяжеляющие грузики и увлажняющие камеры. При не успехе данного лечения прибегают к хирургическому лечению. Выбор способа хирургической коррекции обусловлен степенью лагофтальма, длительностью течения патологического процесса и тяжестью состояния пациента. Хирургическое лечение включает операции направленные на устранение выворота нижнего века, сужение глазной щели, использование утяжеляющих имплантов, частичное восстановление функций пораженных нервов и мышц. Наиболее часто возникает необходимость в комбинированном и поэтапном хирургическом лечении паралитического лагофтальма, направленном на восстановление анатомо-функциональной состоятельности век и роговицы. Однако хирургическое лечение не всегда приводит к желаемому и стойкому результату, сопровождается осложнениями и нередко имеет сомнительный косметический эффект, кроме того, ситуация может осложняться тяжелым соматическим состоянием пациента и отказом от оперативного лечения. В последнее время в медицинской практике для коррекции различных патологических состояний используется ботулинический токсин типа А (Лантокс), который является экзотоксином бактерии Clostridium botulinum. Механизм его действия заключается в ингибировании высвобождения медиатора ацетилхолина в синаптическую щель путем блокады транспортных белков, обеспечивающих транспорт ацетилхолина через кальциевые каналы нервной терминали периферического холинергического синапса, за счет чего блокируется сокращение мышц.

В зарубежной литературе встречаются публикации о замене хирургической тарзорафии на медикаментозную с целью достижения ботулотоксин — А — индуцированного птоза в качестве ургентной меры защиты роговицы. Введение ботулотоксина типа А в леватор верхнего века является вспомогательным, а в ряде случаев и альтернативным методом лечения паралитического лагофтальма, осложненного эрозиями и язвами роговицы. Кроме того, он применяется в качестве профилактической меры и позволяет предотвратить поражение роговицы у пациентов при парезе и параличе лицевого нерва. Введение ботулотоксина типа А патогенетически обосновано тем, что путем хемоденервации устраняется мышечный дисбаланс между круговой мышцей глаза и леватором верхнего века. Хемоденервация леватора в зависимости от метода введения и дозы позволяет обеспечить временный полный или частичный медикаментозный птоз верхнего века. При этом сохраняется эффект после действия, заключающийся в постепенном ослаблении леватора, что предотвращает развитие ретракции верхнего века.

Варианты хирургического лечения:

* устранение рубцовых изменений;
* выравнивание глазной щели;
* установку имплантанта в верхнее веко;
* операцию на верхней тарзальной мышце, которая поднимает веко;
* проведение нити из силикона в нижнем и верхнем веке;
* подвешивание нижнего века.