**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 «Кафедра офтальмологии имени профессора М.А.Дмитриева с курсом ПО»**

**Реферат**

Птеригиум

**Выполнила:** Кистанкина В.П.

Ординатор 2 года обучения

**Проверил**а: ассистент кафедры Балашова П.М.

Красноярск 2022

**Содержание**

Введение…………………………………………………………………….3

Этиология и патогенез……………………………………………………..3

Клиническая картина………………………………………………………4

Классификация……………………………………………………………..5

Диагностика………………………………………………………………...6

Лечение……………………………………………………………………..6

Профилактика………………………………………………………………9

Литература…………………………………………………………………10

**Введение**

Птери́гиум- глазная патология, представляющая собой поверхностное зарастание роговицы тканью конъюнктивы, с образованием треугольной складки, чаще двустороннее. Обычно нарост начинается со стороны носа.

В птеригиуме выделяют головку, шейку и тело. Головка – это верхушка треугольного образования, его прогрессирующая часть. Далее идёт шейка – небольшое сужение. Самая широкая часть называется телом птеригиума.

Наиболее часто птеригиум выявляется у жителей живущих в близи экватора, в странах с жарким, сухим и пыльным климатом. Заболевание чаще встречается у мужчин, чем у женщин. Возраст возникновения птеригиума - от 40 лет и старше.

**Этиология и патогенез**

Существует множество теорий, пытающихся объяснить патогенез птеригиума. Однако его этиология пока не установлена. Считается, что заболевание многофакторное. Предположительно, наиболее важным провоцирующим фактором является УФ-излучение. Большинство исследований показали географические различия в заболеваемости. При этом в странах, расположенных ближе к экватору, заболевание встречается гораздо чаще (40° к северу и югу от экватора), достигая 22%. В государствах за пределами этой области (в северных или южных широтах) распространенность поражения в популяции обычно не превышают 2%.

Первые патогенетические концепции предполагали взаимосвязь между развитием птеригиума и спецификой образа жизни. У людей, работающих на улице, под воздействием прямых солнечных лучей или пыли, на фоне хронического раздражения поверхности глаза факторами внешнего воздействия из окружающей среды птеригиум развивался наиболее часто. Обычно такого рода работой заняты мужчины. Возможно, этим объясняется высокая частота заболеваемости по сравнению с женщинами. Также предполагалось, что птеригиум может развиваться из других патологических состояний, связанных с повышенной инсоляцией, таких как пингвекула, гиалинизированные узелки, появляющиеся у лимба. Часто наблюдающийся застой крови в сосудах конъюнктивы тела птеригиума позволял предположить, что деятельность медиальной прямой мышцы, которая лежит в зоне роста птеригиума с носовой стороны, способствует прогрессированию птеригиума в связи с нарушением кровотока в этой области. Проведенные исследования выявили связь между птеригиумом и проявлениями сухости глаза, такими как снижение времени разрыва слезной пленки. Подобные результаты свидетельствуют о том, что птеригиум может быть проявлением генерализованной дисфункции глазной поверхности, в том числе хронической воспалительной реакции.

**Клиническая картина**

*Жалобы:*

-Раздражение;

-Краснота;

-Снижение остроты зрения;

-Может быть бессимптомное лечение.

*Объективные симптомы:*

Основные. Птеригиум практически всегда локализуется на 3и 9 часах у лимба.

-Птеригиум. Крыловидная складка фиброваскулярной ткани, идущая от конъюктивы глазного яблока в проекции открытой глазной щели и распространяющаяся на роговицу. Обычно располагается с носовой стороны.

Другие. Поражение может иметь выраженную васкуляризацию и инъекцию сосудов или может сочетаться с поверхностной точечной кератопатией или истончением роговицы вследствие высыхания. Линия отложений железа (линия Стокера) может быть видна на роговице непосредственно перед прогрессирующим краем птеригиума.

**Классификация**

*По степени прогресирования:*

-Прогрессирующий

-Стационарный

*Стадии развития заболевания:*

I стадия считается начальной, локализуется на краю глазного яблока и не доставляет человеку никаких неудобств.

II стадия наступает, когда птеригиум достиг середины расстояния между краем глазницы и зрачком с небольшим процентом снижения зрения.

III стадия диагностируется тогда, когда птеригиум достигает зрачка, при этом острота зрения может ухудшиться до 0,5.

IV стадия отмечается в случае разрастания плевы птеригиума до центра зрачка с резким снижением зрения до показателей 0,2- 0,3.

V стадия считается максимальной по площади разрастания птеригиума, его проникновению в ткани глазного яблока.

*По степени развития заболевания:*

1 степень- развития птеригиума характеризуется прозрачной тонкой плевой, в которой хорошо видны сосуды, такая степень, как правило, не является прогрессирующей.

2 степень- нарост становиться толще и возвышается над глазным яблоко, структура его полупрозрачна.

3 степень- характерна непрозрачная структура птеригиума, сосуды при этом совершенно не просматриваются.

**Диагностика**

- Биомикроскопия- осмотр с помощью щелевой лампы, чтобы идентифицировать поражение и оценить целостность и толщину прилежащих отделов роговицы.

-Визометрия

-Рефрактометрия

**Лечение**

1. Защита глаз от солнца, пыли и ветра(например, солнцезащитные очки).
2. Смачивание глаз препаратами искусственной слезы для уменьшения явлений раздражения глаз.
3. При воспалительном птеригиуме:

- Легкая степень: препараты искуственной слезы 4 раза в день.

- Умеренно выраженная или тяжелая степень: слабый местный стероид (например, 0,1% раствор фторметолона 4 раза в день или 0,2- 0,5% раствор лотепреднола 4 раза в день). Нестероидные противовоспалительные капли (например, Акулар) могут быть назначены 2-4 раза в день для уменьшения симптомов.

4. Если имеется краевое истончение роговицы, применяется препарат искусственной слезы в виде мази (например, Refresh PM) каждые 2 часа.

5. Хирургическое удаление показано, когда:

- Птеригиум прогрессирует в направлении зрительной оси.

- Пациент испытывает сильное раздражение глаза, которое не уменьшается при применении консервативного лечения.

-Поражение не позволяет пользоваться контактными линзами.

**Хирургические операции:**

*Метод Арльта.*

1. Отсепаровка птеригиума;
2. Иссечение птеригиума;
3. Наложение швов.

*Метод Мак- Рейнольдса.*

1.Отсепаровка птеригиума и поворот вниз. Формирование конъюктивального кармана;

2. Заворот тела птеригиума в конъюктивальный карман;

3. Наложение швов;

4. Фиксация шва.

*Трансплантация аутоконъюктивального лоскута.*

1. Отсепаровка птеригиума;
2. Иссечение птеригиума;
3. Формирование конъюктивального лоскута и пересадка в зону птеригиума;
4. Наложение швов.

*Операция с пластикой конъюктивального дефекта.*

1. Рассечение тела птеригиума на две части;
2. Погружение тела птеригиума в своды;
3. Послойная барьерная кератопластика;
4. Пластика конъюктивы.

**Послеоперационное ведение пациентов.**

- Субконъюктивальная инъекция Дексаметазона однократно;

-Антибиотик на 7 дней;

-НПВС на 14 дней.

Снятие швов через 10-14 дней.

-Кератопротекторы на 1 месяц.

Птеригиум может рецидивировать после хирургического иссечения. Частоту рецидивирования можно уменьшить путем иссечения ткани до склеры с покрытием аутолоскутом конъюктивы или пересадкой амниотической мембрыны. Осложнения уменьшаются, если склера не остается обнаженной.

**Наблюдение.**

1. Пациентов без симптоматики можно осматривать каждые 1-2 года.
2. Птеригиум следует периодически измерять (сначала каждые 3-12 месяцев), чтобы определить скорость, с которой он растет в направлении зрительной оси.
3. При местном лечении стероидами необходимо осматривать пациента каждые несколько недель, чтобы оценить воспаление и ВГД. Постепенно снижаем дозу и прекращаем применение стероидов в каплях в течение нескольких недель после того, как воспаление уменьшиться. Нестероидные капли можно использовать периодически, короткими курсами, если отмечаются рецидивы воспаления.

**Профилактика.**

- Защита глаз от прямых солнечных лучей, ветра и попадания пыли;

-Своевременное лечение воспалительных процессов глаз;

-Посещение регулярных профилактических осмотров у офтальмолога;

-Циклоспорин А: подавляет активацию Т-клеток и инфильтрацию ими роговицы, подавляет выработку противовоспалительных цитокинов (интерлейкинов).

**Литература**

1. Глазные болезни. Учебник/ Под ред. Проф. В.Г. Копаевой .- М.: Издательство « Офтальмология», 2018.- 482 с.: ил. (Учеб. Лит. Для студентов мед. Вузов).
2. Офтальмология: руководство/ под ред. Джастина П.Элерса, Чирэга П. Шаха; пер. с англ. О-91 под общ. ред. проф. Ю.С. Астахова.- 2-е изд. – М. :МЕДпресс- информ, 2021.- 544с.:ил.
3. <https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/ophthalmology/pterygium#h2_5>
4. https://www.mediasphera.ru/issues/vestnik-oftalmologii/2017/5/10042465X2017051076