

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего профессионального образования "Красноярский государственный  
медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого"  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра офтальмологии им.проф.М.А. Дмитриева с курсом ПО  
Зав. кафедрой: д.м.н., доцент, Козина Е.В.

**Реферат**  
**Блефарит**

**Выполнила:** Кистанкина В.П.

Ординатор 1 года обучения

**Проверил:** ассистент кафедры

Торопов А.В.

Красноярск,2022

## **Содержание**

Введение.....	3
Этиология и патогенез.....	3
Классификация.....	4
Клиническая картина.....	4
Диагностика.....	5
Лечение.....	7
Прогноз и профилактика.....	9
Заключение.....	9
Литература.....	10

## **Введение**

Блефарит – двустороннее воспаление краев век, почти всегда имеющее хроническое течение и являющееся одним из наиболее часто встречающихся глазных заболеваний. 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.

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.

## **Этиология и патогенез**

В зависимости от этиологии выделяют инфекционные и неинфекционные блефариты. Инфекционный блефарит чаще бывает бактериальным (*Staphylococcus aureus*, *Str. epidermidis*, *Haemophilus influenzae* и др.), возможно поражение вирусами (вирус простого герпеса, опоясывающего лишая, вирус контагиозного моллюска), патогенными грибами (рода *Pityrosporum*), членистоногими (клещи, вши). Неинфекционный блефарит возникает при себорее, розовых угрях, экземе. Блефариты значительно чаще диагностируют у пожилых людей и при иммунодефиците различной этиологии (ВИЧ, иммуносупрессивная терапия).

Факторами, провоцирующими хроническое течение воспаления, служат аномалии рефракции (неадекватная коррекция при гиперметропии и астигматизме), синдром «сухого глаза», хронический конъюнктивит, заболевания эндокринной системы (сахарный диабет), а также воздействие аллергенов (включая лекарственные препараты), пыли, сухого воздуха, дыма.

Патогенез блефаритов: микрофлора конъюнктивальной полости внедряется в сальные, мейбомиевы железы и волосяные мешочки ресниц и на фоне аутоиммунной сенсбилизации приводит к их воспалению.

## **Классификация**

*По этиологии:* инфекционные и неинфекционные блефариты.

*По характеру течения:* острые и хронические.

*По локализации процесса:* патология передней пластины и задней пластины век.

*Клинические формы:* простой блефарит, чешуйчатый (себорейный) блефарит, язвенный (стафилококковый) блефарит, демодекозный блефарит, задний (краевой) блефарит (дисфункция мейбомиевых желез).

## **Клиническая картина**

1) Простой блефарит – умеренно выраженное покраснение краев век; жалобы на зуд, ощущение засоренности в глазах, учащенное мигание с появлением едкого пенистого отделяемого в углах глазной щели, утомляемость глаз при зрительной нагрузке (особенно в ночное время).

2) Чешуйчатый (себорейный) блефарит – появление большого количества мелких чешуек на коже края века и ресницах (наподобие перхоти); жалобы на зуд, жжение, тяжесть век, быструю утомляемость глаз; края век гиперемированы, утолщены; при прогрессировании процесса – сглаженность переднего и заднего ребер свободного края века и нарушение адаптации нижнего века к главному яблоку.

3) Язвенный (стафилококковый) блефарит – образование гнойных корок, склеивание ресниц, изъязвление кожи краев век; при вовлечении фолликулов – укорочение и ломкость ресниц, рубцевание края века, неправильный рост, потеря ресниц.

4) Демодекозный блефарит – покраснение и утолщение краев век, наличие чешуек, корочек, белых муфт на ресницах; жалоба на зуд в области век; клещ поселяется в просветах мейбомиевых желез и ресничных фолликулах; при подозрении на демодекозный блефарит с диагностической целью удаляют пять ресниц и укладывают на предметное стекло, диагноз подтверждается при обнаружении личинок вокруг корня ресниц и шести или более подвижных клещей (меньшее количество особей – носительство, у 80% здоровых людей).

5) Задний (краевой) блефарит (дисфункция мейбомиевых желез) – покраснение и утолщение краев век, образование телеангиэктазий у закупоренных отверстий мейбомиевых желез, их гипо- или гиперсекреция, скопление желтовато-серого пенистого секрета в наружных уголках глазной щели и у заднего ребра свободного края век, гиперемия пальпебральной конъюнктивы, нарушение прекорнеальной пленки.

## **Диагностика**

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 клеща 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.

*Жалобы:*

- зуд различной степени выраженности,
- покраснение краев век;
- жжение, отек век;
- чешуйки у корня ресниц;
- отделяемое из конъюнктивальной полости;
- ощущение инородного тела и слезотечение.

*Анамнез:*

- наличие сахарного диабета и другой эндокринной патологии ;
- наличие атопического, себорейного дерматита, акнерозацеа, экземы, демодекоза;
- наличие сопутствующей патологии ЖКТ;
- хронические рецидивирующие воспалительные процессы глазного яблока
- некоррегированная или неправильно коррегированная аметропия .

*Физикальные обследования:*

Кожа краев век отечна, гиперемирована, возможны наличие чешуек, гнойных корочек у основания ресниц, пенистый секрет и отек конъюнктивы.

*Лабораторные обследования:*

Бактериологическое исследование отделяемого конъюнктивальной полости на микрофлору с определением чувствительности к антибиотикам, микроскопия ресниц на демодекоз.

**Инструментальные исследования:**

*Визометрия:*

- снижение остроты зрения.

- *Биомикроскопия:*
- оценка слезной пленки
- утолщение и гиперемия маргинального края век
- наличие чешуек у корня ресниц при чешуйчатом блефарите и корочек – при язвенном блефарите
- выпадение, неправильный рост ресниц
- отек и гиперемия конъюнктивы
- дефект эпителия роговицы

*Рефрактометрия* – определение вида аметропии, для последующей коррекции.

*Показания для консультации специалистов:*

- эндокринолога – при наличии сахарного диабета и другой эндокринной патологии,
- гастроэнтеролога- при заболеваниях ЖКТ,
- дерматолога- при кожных заболеваниях.

## **Лечение**

Лечение блефарита консервативное, длительное, требующее комплексного местного и системного подхода, а также учета этиологических факторов. Нередко для устранения блефарита требуются консультации узких специалистов (эндокринолога, 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.

*Немедикаментозное лечение:*

- Гигиена глаз;
- Диета;

- Влажные компрессы;
- Коррекция аметропии.

*Другие виды лечения:*

- массаж век при дисфункции мейбомиевых желез;
- физиотерапия;
- электролиз волосяных луковиц при трихиазе (диатермокоагуляция).

### **Медикаментозная терапия:**

- закапывание в конъюнктивальную полость одного из растворов антибиотиков (0,3% раствор гентамицина по 1 капле 3 раза в день, ципрофлоксацина 0,3% раствор по 1 капле 3 раза в день, левофлоксацина 0,5% раствор по 1 капле 3 раза в день, офлоксацин по 1 капле 3 раза в день).

-обработка краев век мазями (блефарогель, колбиоцин, офлоксацин глазная мазь и др.)

*Примечание:*

Кортикостероиды при демодекозе не применяют, т.к. они снижают местный иммунитет и повышают численность клещей.

При развитии кератита – кортикостероиды противопоказаны.

*Дальнейшее ведение пациента:* обучают правильной и регулярной обработке века антисептическими растворами, нанесению мази, закапыванию капель, массажу век.



### *Индикаторы эффективности лечения:*

- исчезновение симптомов: покраснения и отека краев век, зуда, жжения, ощущения инородного тела, слезотечения, чешуек и гнойных корочек у корня ресниц, отделяемого из конъюнктивальной полости.
- купирование воспалительных изменений век.
- повышение зрительных функций

### **Прогноз и профилактика**

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.

*Профилактика:* профилактические меры включают гигиену краев век, предупреждение развития инфекции переднего отрезка глаза, повышение общего иммунитета, необходимо лечение хронических инфекций, исключение контакта с аллергенами, проведение коррекции аномалий рефракции, своевременное лечение дисфункции слезных желез, улучшение санитарно-гигиенических условий труда и быта.

### **Заключение**

Таким образом для того, чтобы предотвратить блефарит, рекомендуется своевременно лечить хронические инфекции, свести к минимуму контакт с аллергенами, проводить проверку остроты зрения. Также рекомендуется соблюдать гигиену век. Должны быть высокие санитарные условия в доме и на работе. Повышение общего иммунитета.

## 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. «Неотложная офтальмология» Под ред. Е.А.Егорова 2004г, «ГЭОТАР - Медиа» 182с.
3. В.И. Морозов, А.А.Яковлев, Фармакотерапия глазных болезней. 1989г «Медицина» 237с.
4. <https://www.nrmed.ru/illness>
5. <https://www.eurolab-portal.ru/diseases/257>