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: «Блефариты. Мейбомиит»

Выполнила: ординатор 1 года

Бауэр К.С.

Проверила: Балашова П.М.

Красноярск 2023 г.

**Определение и этиология блефаритов.**Блефарит – двустороннее воспаление краёв век, почти всегда имеющее хроническое течение и являющееся одним из наиболее часто встречающихся глазных заболеваний.   
Блефариты бывают воспалительной или инфекционной природы. Блефариты могут приводить к возникновению воспалительного процесса конъюнктивы, роговицы, сочетаться с функциональной недостаточностью слезы, а также усугублять симптомы воспаления наружных отделов глаза, синдрома «сухого глаза» и аллергические реакции. Наиболее распространённой причиной блефаритов является стафилококк (в основном S. aureus, в меньшей степени – S. epidermidis). Также в развитии блефарита могут участвовать Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, Moraxella lacunata, вирусы простого герпеса (типы I и II), вирус опоясывающего лишая (вирус герпеса типа III: Varicella – Herpes zoster), Molluscipoxvirus – вирус контагиозного моллюска, патогенные грибы (Pityrosporum orbiculare, P. ovale), членистоногие (клещи – Demodex folliculorum hominis, D. brevis; вши – Phthirus pubis). В основе развития инфекционного блефарита лежат иммунологические реакции на антигены возбудителя. Неинфекционный блефарит диагностируют при себорее, розовых угрях, экземе, у пожилых и при иммунодефиците различной этиологии. У пациентов с чешуйчатым (себорейным) блефаритом отмечается появление мелких сальных чешуек на коже края века. Чешуйчатый блефарит может сочетаться с себореей головы и бровей. Задний (краевой) блефарит (дисфункция мейбомиевых желёз) связан с нарушением продукции секрета мейбомиевых желёз.

**Эпидемиология.**   
Основная часть стафилококковых блефаритов встречается у женщин (80%) в возрасте около 42 лет. Неинфекционный блефарит при розовых угрях чаще возникает у пациентов в возрасте 30–50 лет, также преимущественно у женщин. Частота встречаемости краевого блефарита увеличивается с возрастом.

**Классификация.**В зависимости от локализации процесса выделяют:   
- передний краевой блефарит   
- задний краевой блефариты (патология передней и задней пластин век).

✧ Передний краевой блефарит является местным проявлением патологии кожи и сопровождается инфекцией.   
✧ Задний краевой блефарит возникает как следствие дисфункции мейбомиевых желёз.

Основные клинические формы блефаритов: чешуйчатый (себорейный), язвенный (стафилококковый), задний (краевой) и демодекозный.

**Клинические проявления.**

- Чешуйчатый(себорейный) блефарит   
Жалобы: жжение, зуд, утомляемость глаз, тяжесть век, чувство инородного тела (редко).   
Типичная симптоматика: появление большого количества мелких чешуек на коже края века и ресницах (наподобие перхоти).   
Прогрессирование процесса сопровождает: сглаженность переднего и заднего рёбер свободного края века; нарушение адаптации нижнего века к глазному яблоку.   
Заболевание может сопровождать: хронический конъюнктивит или краевой кератит (15% случаев), синдром «сухого глаза» (1/3 часть пациентов), себорейный дерматит, трихиаз.

- Язвенный(стафилококковый) блефарит   
Жалобы: ощущение инородного тела (ранние стадии), склеивание краёв век, жжение, зуд, утомляемость глаз, тяжесть век.   
Типичная симптоматика: образование гнойных корок, склеивание ресниц, изъязвление краёв век.   
Прогрессирование процесса сопровождает: при вовлечении волосяных фолликулов: укорочение и ломкость ресниц, рубцевание края века; неправильный рост, поседение, потеря ресниц.   
Заболевание может сопровождать: конъюнктивит, синдром«сухого глаза», трихиаз, ячмень, кератит (изъязвление, периферические, краевые инфильтраты, фликтена, неоваскуляризация), атопический дерматит (редко).

- Задний(краевой) блефарит (дисфункция мейбомиевых желёз)   
Жалобы: жжение, зуд, утомляемость глаз, тяжесть век, пенистое отделяемое из глаз, слезотечение, ощущение «сухости» глаза.   
Типичная симптоматика: покраснение и утолщение краёв век, образование телеангиэктазий у закупоренных отверстий мейбомиевых желёз, гипо- или гиперсекреция мейбомиевых желёз, скопление желтовато-серого пенистого секрета в наружных углах глазной щели и у заднего ребра свободного края век, гиперемия пальпебральной конъюнктивы, нарушение прекорнеальной слёзной плёнки, при сдавлении края века между пальцем и стеклянной палочкой из мейбомиевых желёз выделяется пенистый секрет.   
Заболевание может сопровождать: конъюнктивит, сосочковые разрастания на тарзальной конъюнктиве, синдром«сухого глаза», трихиаз, рецидивирующий халазион, кератит (изъязвление, периферические, краевые инфильтраты, неоваскуляризация), розацеа.

- Демодекозный блефарит   
Жалобы: зуд в области век (основная жалоба), усиливающийся при действии тепла; жжение, утомляемость глаз, тяжесть век, пенистое отделяемое.   
Типичная симптоматика: покраснение и утолщение краёв век, чешуйки, корочки, белые муфты на ресницах.   
Прогрессирование процесса сопровождает: сглаженность переднего и заднего рёбер свободного края века, нарушение адаптации нижнего века к глазному яблоку.   
Заболевание может сопровождать: трихиаз, хронический конъюнктивит, краевой кератит, синдром«сухого глаза», себорейный дерматит. Демодекозный блефарит может сочетаться в 15% случаев с поражением глаз, а в 60% – с демодекозом кожи (эритема, мелкие пустулы и папулы, телеангиэктазии, крупнопластинчатое шелушение). Демодекс также отягчает течение розацеа, хотя не является его причиной.   
Показания к консультации других специалистов:   
✧ дерматолог/ аллерголог – при наличии атопического, себорейного дерматита, акне розацеа, экземе, демодекозе;   
✧ гастроэнтеролог – при наличии сопутствующей патологии ЖКТ (гастрит, колит и др.);   
✧ эндокринолог – при наличии некомпенсированного СД**.**

**Диагностика.**

Анамнез.   
При сборе анамнеза необходимо учитывать:   
✧ жалобы пациента, указывающие на глазную патологию, наличие симптомов блефарита;   
✧ длительность симптомов;   
✧ односторонность или двусторонность поражения;   
✧ факторы, способствующие усилению симптомов (дым, аллергены, ветер, ношение контактных линз, пониженная влажность воздуха, алкоголь, ретиноиды);   
✧ симптомы, связанные с системными заболеваниями (аллергия, розовые угри);   
✧ сопутствующая системная и местная терапия;   
✧ вероятные контакты с инфекционными больными (педикулёз);   
✧ наличие в анамнезе глазных хирургических вмешательств, травм, радиационного и химического воздействия;   
✧ наличие сопутствующих дерматологических заболеваний (розацеа, акне, экзема).   
  
Физикальное обследование.  
Физикальное исследование включает:   
✧ определение остроты зрения;   
✧ наружный осмотр (кожа вокруг глаза, состояние век, конъюнктивы);   
✧ биомикроскопию (оценка слёзной плёнки, переднего края век, ресниц, заднего края век, тарзальной конъюнктивы, бульбарной конъюнктивы, роговицы, слёзной плёнки, высоты слёзного мениска);   
✧ биомикроскопия роговицы и конъюнктивы с использованием красителей (флюоресцеин, бенгальский розовый, лиссаминовый зелёный).

Лабораторные исследования   
- Культуральное исследование рекомендуется пациентам с рецидивирующим блефаритом, сопровождающимся выраженной воспалительной реакцией, или пациентам, не отвечающим на терапию.   
- Биопсия века рекомендуется в случае подозрения на карциному, при наличии асимметрии века, устойчивости к проводимому лечению, при наличии длительно существующего одностороннего блефарита.   
- При подозрении на демодекозный блефарит – удаление по 5 ресниц с каждого века и микроскопия. Диагноз подтверждается при обнаружении личинок вокруг корня ресницы и шести или более подвижных клещей. Выявление меньшего количества свидетельствует о носительстве (80% населения).

**Лечение.**

Немедикаментозное лечение   
- Гигиена век   
- Влажные компрессы   
- Массаж века при дисфункции мейбомиевых желёз   
- Электролиз волосяных луковиц при трихиазе   
- Физиотерапия [УВЧ-терапия, магнитотерапия, электрофорез с растворами антибиотиков и витаминов (витамины С и В), дарсонвализация и ультрафиолетовое облучение].

Медикаментозное лечение   
Общие принципы:   
- обработка век щелочными растворами   
- очистка век с помощью антисептиков (смесь эфира и спирта или 1% спиртовой р-р бриллиантового зелёного);   
- закапывание в конъюнктивальную полость офтальмологических растворов антибиотиков, кортикостероидов, антисептиков;   
- обработка краёв век мазями, содержащими кортикостероиды, антибиотики (после очистки век);   
- устранение симптоматики синдрома «сухого глаза» (слёзозаменители).   
  
Антисептики: 0,25% р-р сульфата цинка и 2% р-р борной кислоты по 1 капле 3 раза в день или 0,01% офтальмологический р-р мирамистин по 1 капле 3 раза в день.   
Антибиотики:   
Комбинированные: глазные капли, содержащие хлорамфеникол 4 мг/мл, колистиметат 180 000 МЕ/мл, ролитетрациклин 5 мг/мл (колбиоцин) по 1 капле 3 раза в день,   
или ■ Аминогликозиды: гентамицин (0,3% р-р гентамицина сульфата по 1 капле 3 раза в день), или тобрамицин (0,3% р-р тобрамицина по 1 капле 3 раза в день),   
или: ■ Фторхинолоны: норфлоксацин (0,3% р-р норфлоксацина по 1 капле 3 раза в день), или ципрофлоксацин (0,3% р-р ципрофлоксацина 6 Блефариты по 1 капле 3 раза в день), или офлоксацин (0,3% р-р офлоксацина по 1 капле 3 раза в день),   
или: ■ Фузидовая кислота (1% вязкий раствор).   
Глазные мази: 1% эритромициновая мазь 3 раза в день, или 1% тетрациклиновая мазь 3 раза в день, или 0,3% мазь с офлоксацином 3 раза в день, или глазная мазь, содержащая хлорамфеникол 10 мг, колистиметат 180 000 МЕ, ролитетрациклин 5 мг (колбиоцин) 3 раза в день или в сочетании с каплями 1 раз на ночь.   
Кортикостероиды: 0,1% р-р дексаметазона по 1 капле 3 раза в день, или р-р дезонида по 1 капле 3 раза в день, или гидрокортизоновая 0,5%; 1%; 2,5% глазная мазь 2–3 раза в день, или глазная мазь, содержащая дезонид.   
  
Системная терапия.  
 Для лечения пациентов с блефаритами, связанными с дисфункцией мейбомиевых желёз и розацеа, перорально применяют тетрациклин (по 1000 мг в день и по 250–500 мг в день после клинического улучшения 2–4 нед) или доксициклин (100 мг в день и по 50 мг в день после клинического улучшения 2–4 нед). Целью использования тетрациклина не является антибактериальный эффект. Применение тетрациклина способствует снижению продукции липазы Staphylococcus epidermidis и S. aureus, уменьшению побочных продуктов обмена свободных жирных кислот и, как следствие, регрессу клинических проявлений, увеличению времени разрыва слёзной плёнки у пациентов с дисфункцией мейбомиевых желёз и розацеа.   
  
Демодекозный блефарит.   
Для лечения демодекозного блефарита применяют местные ЛС, содержащие метронидазол (приготовление ex tempore), антибиотики. Длительность лечения 4–6 нед. Кортикостероиды не применяют, так как они снижают местный иммунитет и повышают численность клещей.   
■ Местно: ✧ 0,75–1–2% гель, содержащий метронидазол (антипаразитарное действие, влияние на клеточно-опосредованный иммунитет, неспецифическую резистентность организма);   
✧ обработка краёв века 4% пилокарпином (гель) или 1,5–3% р-ром карбахола парализует мускулатуру клещейС [15, 16].   
■ Системно: метронидазол по 0,25 г 2 раза в день 10 дней или 2 курса за 2 нед с интервалом в 3 дня.   
Хирургическое лечение применяется при наличии осложнений: халазиона (удаление), трихиаза (пластика века), заворота, выворота.

Список литературы:

1. Научно-практическое издание. Клинические рекомендации. Офтальмология под редакцией Л.К. Мошетовой, А.П. Нестерова, Е.А. Егорова
2. Клинические рекомендации. Общероссийская общественная организация «Ассоциация врачей офтальмологов». Общероссийская общественная организация «Общество офтальмологов России»
3. Офтальмология. Редакция: Е.Е. Сомов.
4. Т.А. Бирич, Л.Н. Марченко, А.Ю.Чекина «Офтальмология».