

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

Реферат

«Блефариты»

Работу выполнил  
ординатор кафедры офтальмологии  
с курсом ПО им. проф. М.А. Дмитриева  
Сафронова А.С.

Работу проверила  
заведующая кафедрой офтальмологии  
с курсом ПО им. проф. М.А. Дмитриева  
д.м.н., проф. Козина Е.В.

Красноярск 2018г.

Блефаритом называется воспаление края век.

Основным возбудителем заболевания является *Staphylococcus aureus* (золотистый стафилококк), в детском возрасте возбудителем также может выступать *Staphylococcus epidermidis*. Блефарит является сигналом о снижении защитных сил организма.

### Причины

- авитаминозы;
- анемии, заболевания ЖКТ, диатезы;
- глистные инвазии;
- ресничный клещ *Demodex folliculorum*;
- эндокринные и обменные нарушения;
- аллергические состояния;
- инфекционные заболевания бактериальной и вирусной природы (очаги хронического воспаления в придаточных пазухах носа (гаймориты, фронтиты), миндалинах (тонзиллиты), пораженных кариесом зубах и т. д.);
- некоторые виды патологии глаз, связанные с нарушением рефракции (близорукость, дальнозоркость, астигматизм), вовремя не скорректированные.

Факторами, способствующими развитию блефарита, являются также неблагоприятные условия внешней среды (запыленность и задымленность воздуха, длительное пребывание в атмосфере раздражающих химических соединений и т. п.).

### Виды блефаритов:

1) по клиническим проявлениям:

- простой;
- чешуйчатый;
- язвенный;
- мейбомиевый;
- розацеа-блефарит;
- демодекозный;

2) по анатомическим признакам:

- передний краевой блефарит, обусловленный поражением только

ресничного края века;

- задний краевой блефарит, проявляющийся поражением краев век и обычно протекающий с воспалением мейбомиевых (сальных) желез в толще век, что постепенно может привести к поражению роговицы и конъюнктивы глаза;
- ангулярный (угловой) блефарит (процесс с преимущественным воспалением в области углов глаз).

Блефариты часто сочетаются с хроническими конъюнктивитами (блефароконъюнктивиты).

### Основные признаки блефаритов

При легком течении у больного наблюдается покраснение и небольшая припухлость краев век, которые у корней ресниц покрываются мелкими легко отделяющимися серовато-белыми чешуйками. Ощущается тяжесть век, под ресницами отмечается зуд, иногда выпадают ресницы. Глаза слезятся и быстро устают, проявляют повышенную чувствительность к яркому свету, ветру, пыли и другим подобным факторам.

При тяжелом течении заболевания (или неправильном лечении начальной стадии блефарита) у больного по краю века наблюдается образование гнойных корочек. После отделения этих корочек обнажаются кровоточащие язвочки, рубцевание которых может привести к неправильному росту ресниц и деформации самого века. Ресницы легко выпадают, а новые отрастают плохо. Они становятся тонкими и редкими

Каждый вид блефарита имеет отличительные особенности.

*Простой блефарит* проявляется умеренно выраженным покраснением краев век, их зудом, учащенным миганием, образованием едкого пенистого отделяемого в углах глазной щели.

*Чешуйчатый блефарит*, или себорея век, характеризуется покраснением (гиперемией) и утолщением краев век и образованием сухих отрубевидных чешуек из эпителия сальных желез и эпидермиса, которые имеют плотное сращение с кожей у основания ресниц. При удалении чешуек под ними обнажается резко гиперемизированная, истонченная кожа. Зуд при этой форме

блефарита очень сильный, мучительный. Повышена чувствительность глаз к свету, пыли, ветру. К вечеру глаза сильно устают. При отсутствии лечения чешуйчатый блефарит может продолжаться очень долго.

*Язвенный блефарит* – это наиболее тяжелое и упорное воспалительное заболевание краев век. Чаще развивается у школьников и у людей молодого возраста. Жалобы пациентов похожи на жалобы больных с чешуйчатым блефаритом, но боли обычно более выражены. Вместо чешуек на краях век у ресниц находят корочки, под которыми имеются язвочки, иногда из них выделяется кровь. Часто вместе с корочками удаляются ресницы, и из их ложа выделяется гной. После удаления ресницы, дальнейший рост ресниц может стать неправильным, возникает трихиаз или участки отсутствия ресниц (облысение). Иногда развиваются рубцовые процессы или заворот век. В дальнейшем воспалительный процесс края век может распространиться на конъюнктиву, роговицу.

*Мейбомиевый блефарит* проявляется гиперсекрецией с воспалением сальных (мейбомиевых) желез хряща века с возможной недостаточностью выведения секрета. При удалении гнойных корочек вместе со слипшимися пучками ресниц из их ложа выступает гной. Веки утолщены, на них образуются серовато-желтые корочки. В уголках глаз скапливается пенисто-гнойное содержимое. Часто мейбомиев блефарит сопровождается конъюнктивитом.

*Розацеа* (от лат. *rosaceus* — «розовый») — блефарит, характеризующийся возникновением на коже век мелких красновато-серых узелков, увенчанных пустулами (гнойничками), часто этому виду блефарита сопутствуют простые угри.

*Демодекозный блефарит* — заболевание, вызванное ресничным клещем *Demodex folliculorum* («железница угревая»), который в норме обитает на коже и входит в состав кожной микрофлоры, питаясь отшелушенными клетками эпидермиса. При снижении иммунитета, количество колоний этого условно-патогенного организма увеличивается, вызывая характерное заболевание. Оно выражается в нестерпимом зуде глаз, покраснении и шелушении век, истончении и выпадении ресниц. Продукты жизнедеятельности этих клещей приводят к

общей аллергизации организма. Процесс обостряется при использовании косметических кремов, тоников, пребывания на солнце, в солярии.

В результате последующего рубцевания при язвенном и мейбомиевом блефаритах отмечаются неправильный рост ресниц (трихиаз), прекращение их роста, участки частичного или полного облысения (мадароз); развивается деформация ресничных краев век с их утолщением, гипертрофией, а нередко и заворотом. Грубые изменения краев век могут привести к патологическим процессам в роговице глаза.

### Диагностика

Диагноз данного заболевания ставится врачом при осмотре век с помощью специального офтальмологического микроскопа, так называемой, щелевой лампы. В некоторых случаях необходимо дополнительное лабораторное исследование клеточного и микробного состава соскоба конъюнктивы.

### Лечение

Принципы:

- 1.Общеоздоровительные меры после тщательного обследования больного.
- 2.Богатая витаминами пища.
- 3.Создание гигиенических условий труда и быта.
- 4.Правильная коррекция аметропии.

Как правило, лечение блефаритов довольно длительное и включает в себя комплекс общих и местных мероприятий. В первую очередь необходимо определить и ликвидировать причину, вызвавшую блефарит. Это предполагает лечение хронических очагов инфекций, правильное питание, устранение антигигиенических условий в быту и на работе, лечение аллергических заболеваний, своевременную и правильную коррекцию нарушений рефракции (близорукости, дальновзоркости, астигматизма), дегельминтизацию и прочие мероприятия по оздоровлению организма и повышению его сопротивляемости. Местное лечение зависит от формы заболевания.

В зависимости от формы и этиологии процесса используют мази и растворы с антибактериальными, сульфаниламидными препаратами, антисептиками,

глюкокортикостероидами, антигистаминными препаратами. Общее лечение включает в себя витаминотерапию, повышение иммунитета, правильное и полноценное питание, в упорных случаях рекомендуется аутогемотерапия. Лечение должен назначать специалист.

При простом и чешуйчатом блефаритах вначале проводится туалет ресничных краев век (удаление корочек и чешуек после смазывания кожи века рыбьим жиром, 1%-ной эмульсией синтомицина или другими препаратами аналогичного действия); затем края век обрабатывают антисептическими растворами (сульфацил-натрия и пр.) и накладывают мазь с антибиотиком или сульфаниламидом (10%-ную мазь сульфацил-натрия, 1%-ную тетрациклиновую мазь, 1%-ную дибиомициновую мазь и т. п.).

Также используют мази, имеющие в своем составе глюкокортикостероиды (0,5%-ную гидрокортизоновую мазь и др.) или сочетание антибиотика и глюкокортикостероида (например, мазь декса-гентамициновую — дексаметазон (0,1%-ный) + гентамицин (0,3%-ный). Одновременно в полость конъюнктивы закапывают на выбор: 10%-ный раствор сульфапиридазин-натрия, 20—30%-ный раствор сульфацил-натрия, 0,25%-ный раствор цинка сульфата, 0,3%-ный раствор ципромеда, 0,3%-ный раствор преднизолона, 1%-ную эмульсию гидрокортизона, 0,1%-ный раствор дексаметазона, десонид и пр.

Для снятия корочек при язвенном блефарите предварительно накладывают на глаза компресс с рыбьим жиром, маслом или мазью. Обнажившиеся язвочки в течение 3-5 дней ежедневно смазывают 1 % раствором бриллиантового зеленого, 5% раствором нитрата серебра, а в последующем - 30% мазью сульфацил-натрия и другими мазями с сульфаниламидами и антибиотиками. В упорных случаях язвенного блефарита проводят аутогемотерапию, физиотерапевтическое лечение.

При мейбомиевом блефарите выдавливают секрет мейбомиевых желез через кожу века, подложив под него после местной анестезии стеклянную палочку (процедуры через 1-2 дня, на курс 15-20 сеансов массажа). Непосредственно после массажа и обезжиривания эфиром или спиртом края век смазывают 30% раствором сульфацил-натрия или 1 % раствором бриллиантового зеленого.

В лечении демодекозного блефарита используется комплексный подход — противопаразитарная обработка, строгое соблюдение правил личной гигиены, мероприятия по повышению иммунитета, обработка краев век спиртовыми настойками календулы или эвкалипта и т. д. Кроме того, применяют специальные местные средства — противопаразитарную мазь с метронидазолом, цинкоихтиоловую мазь и др.

Если блефарит аллергический, показаны антигистаминные препараты (в том числе и внутрь), противоаллергические глазные капли (лодоксамид, кромоглициевая кислота и т. д.), а также смазывают края век глюкокортикостероидными мазями (гидрокортизоном-ПОС И др.).

При инфекционно-аллергическом блефарите пользуются дексагентамицином или глазной мазью комбинированного состава (антибиотик + глюкокортикостероид). Лечение блефаритов продолжается не менее месяца.

Применение глазных мазей осуществляется следующим образом: левой рукой оттягивают нижнее веко и обнажают его конъюнктиву, а правой с помощью стерильной стеклянной палочки закладывают мазь. Затем предлагают пациенту закрыть глаза и слегка помассировать верхнее веко.

## Список литературы.

1. Копаева В.Г Глазные болезни: Учебник.- М.: Медицина,2004
2. Патология придаточного аппарата глазного яблока. И.В Запускалов, О.И. Кривошеина, А.А. Фетисов.
3. Майчук Д.Ю. Клинические формы вторичного «сухого глаза»: патогенез, терапия и профилактика // Федоровские чтения-2004.-М., 2004
4. Черкунов Б.Ф. Болезни слезных органов.- Самара, 2001
5. Майчук Ю.Ф. Фармакотерапия глазных аллергозов: Пособие для врачей.- М.: Медицина, 2000.- 80 с.

## Рецензия

на реферат по офтальмологии

Ординатора Сафроновой Анны Сергеевны.

на тему: «Блефариты»

Работа посвящена актуальной проблеме воспаления края век, так как эта проблема захватывает большое количество больных с патологией глаз и придаточного аппарата. По данным различных авторов от 20-60%.

В своей работе Сафронова А.С. проанализировала и оценила важность применения нового научно-теоретического подхода, отразила своевременную значимость диагностики и лечения данного заболевания, что способствует снижению риска развития деструктивных изменений роговицы, сохранению высокой остроты зрения, комфортности зрения, устранению или предупреждению развития косметических дефектов век и конъюнктивы.

Выводы, сформулированные на основе анализа материала, обоснованы, обладают важным теоретическим значением. Реферат написан хорошим литературным языком, правильно оформлен.

Считаю, что реферат Сафроновой Анны Сергеевны «Блефариты» полностью отвечает требованиям, предъявляемым к данному виду работ, а его автор заслуживает оценки «отлично».

Заведующая кафедрой офтальмологии

с курсом ПОим. Проф. М.А. Дмитриева

д.м.н., проф. Козина Е.В.



Красноярск 2018.