

Заболевания края век

Блефарит – двусторонне воспаление краев век.

По этиологии выделяют:

1. инфекционный:

-бактериальный (*Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*)

-вирусный(вирус простого герпеса, опоясывающего герпеса, контагиозный моллюск)

-патогенными грибами

-членистоногими (клещи, вши)

2. неинфекционный:

-себорея

-розовые угри

-экзема



По характеру течения:

1. Острый

2. Хронический

По локализации:

- передний (передний краевой блефарит)

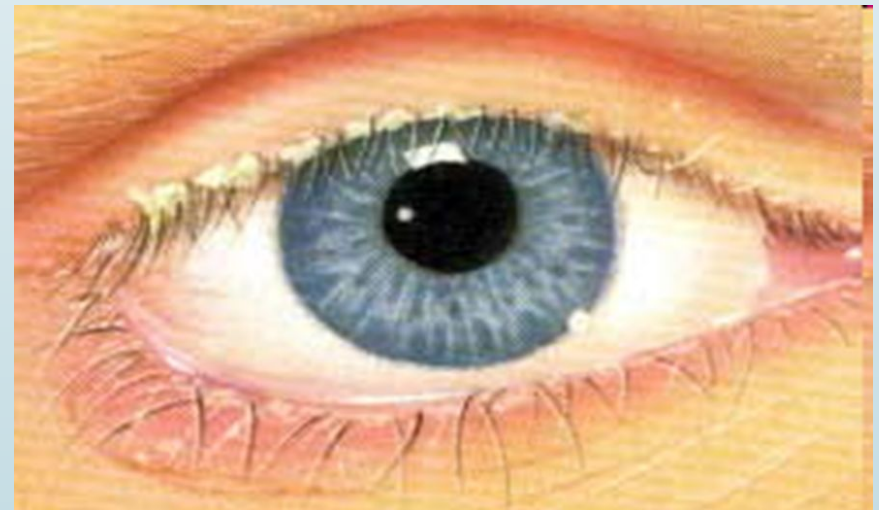
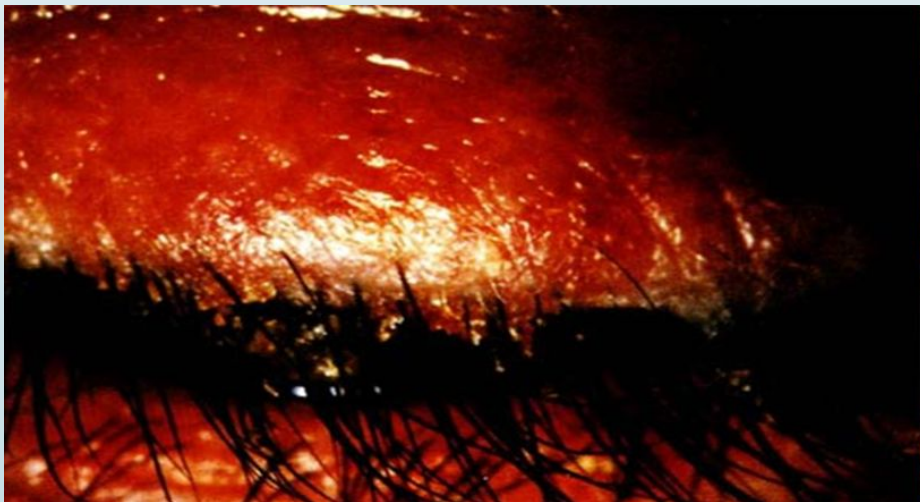
- задний (задний краевой блефарит)


Передний краевой блефарит.

Клиника: жжение, «чувство песка», умеренная светобоязнь, корочки и покраснение краев век.

Особенности:

- 1) *стафилококковый блефарит (язвенный)*: гиперемия и телеангиоэктазия переднего края века с твердыми чешуйками, локализующимися у основания ресниц
- 2) *себорейный блефарит (чешуйчатый)*: гиперемия и сальный налет переднего края век, слипшиеся ресницы. Мягкие чешуйки рассредоточены по краю век у ресниц





Лечение блефарита:

- Гигиена век
- Мазь с антибиотиком при остром процессе (при хроническом-неэффективно)
- НПВС
- Заменители слезы при вторичной нестабильности слезной пленки

Задний (краевой) блефарит или дисфункция мейбомиевых желез

Мейбомиевая себорея

-характеризуется повышенной секрецией мейбомиевых желез. Протоки мейбомиевых желез заполнены жировым содержимым. При надавливании на хрящ-из отверстий обилие секрета. На внутреннем ребре века или в углу глаза скапливается пена

Мейбомит(мейбомиит)

-характеризуется воспалением и нарушением оттока из протока мейбомиевых желез. Заднее ребро века гиперемировано, утолщения и рубцы по краю века. Секрет мейбомиевых желез мутный, густой.



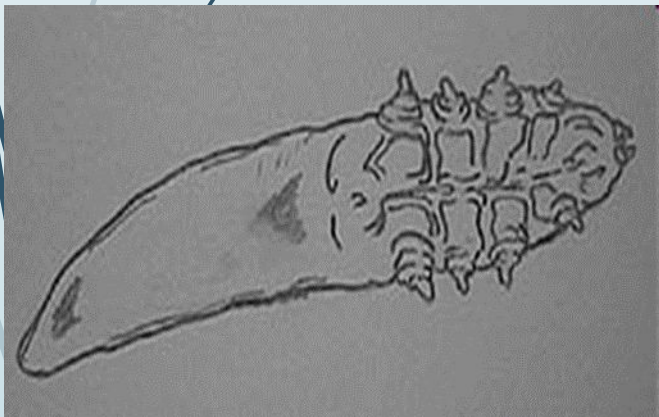
Лечение заднего (краевого) блефарита.

- ✓ а/б системно:
- ✓ -тетрациклин 250 мг 4р/д 1 неделю, затем 2р/д 6 недель
- ✓ -доксциклин 100 мг 2р/д 1 неделю, затем 1р/д 6 недель
- ✓ -эритромицин или азитромицин (если тетрациклин противопоказан)
- ✓ гигиена век
- ✓ НПВС
- ✓ Слезозамещающая терапия
- ✓ Теплые компрессы на веки (для размягчения секрета)
- ✓ Массаж век



Демодекозный блефарит -болезнь, вызываемая паразитированием условно патогенного клеща. Клещ размером 0,2-0,5 мм обитает в глубине сальных и мейбомиевых желез, в волосяных фолликулах человека и млекопитающих.

Локализация клеща: веки, кожа лица, область надбровных дуг, лоб, носогубные складки, подбородок, наружный слуховой проход.



Клиника.

Усталость, зуд, отек, гиперемия краев век, появление чешуек у корней ресниц в течение длительного времени.

При осмотре: ресницы слипшиеся, покрыты муфтой.

Лабораторная диагностика: берут 4 ресницы с верхнего века, 4-с нижнего. Помещают на предметное стекло с щелочным раствором или смеси глицерина с физраствором (1:9). Затем-под микроскоп.



Лечение.

- ❖ Соблюдение личной гигиены
- ❖ Очищение от корочек настойкой эвкалипта или календулы (дважды с интервалом в 15 мин)
- ❖ На края век 2р/д или на ночь мазь «Демалан»(или «Демалон»), не забывая про брови и наружный слуховой проход.
- ❖ Для снятия местных токсико-аллергических реакций-мазь «Пренацид» (2р/д на веки 5-7 дней)
- ❖ При гнойном блефароконъюнктивите: мазь или капли «Колбиоцин» или «Эубетал»
- ❖ Массаж век, магнитотерапия, озонотерапия
- ❖ Коррекция иммунного статуса

Заболевания желез век

Ячмень – острое болезненное гнойное воспаление мейбомиевых желез или других желез края века.

Вызывается *Staphylococcus aureus*. Выделяют внутренний и наружный.

Внутренний ячмень - абсцесс мейбомиевой железы, вызванный стафилококками.

Это плотное болезненное образование, расположенное в пределах тарзального хряща. Может увеличиваться, вскрываться через кожу или хрящ.



Рис. 14. Внутренний ячмень

Наружный ячмень - острое гнойное воспаление волосяного фолликула и связанных с ним желез, вызванное стафилококковой инфекцией. Это болезненное плотное, увеличивающееся в размерах, локализующееся под кожей у края век.

Лечение:

- сухое тепло
- Капли
- мази
- антибиотики
- при необходимости вскрытие

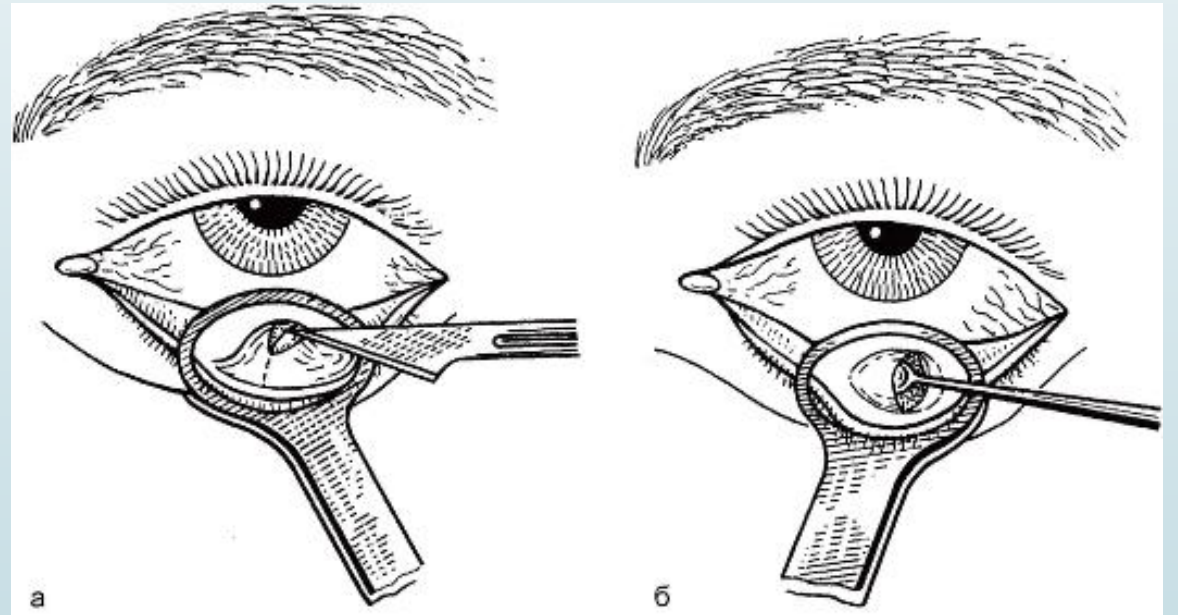


Халязион(киста мейбомиевой железы) - хроническое воспаление, вызванное закупоркой выходных отверстий железы и застоем жирового секрета. Безболезненное, постепенно растущее образование, плотное, округлой формы. Может быть множественным, двухсторонним. Если прободает конъюнктиву, то со стороны конъюнктивы видна полипозная гранулема



Лечение халязиона.

- Хирургическое лечение.
- В сомнительных случаях- обязательна биопсия (необходимо дифференцировать от карциномы сальной железы)
- Введение стероидов в халязион: 0,1-0,2 мл дипроспана или кеналога





ЗАБОЛЕВАНИЯ КОНЪЮНКТИВЫ

- ■ Воспалительные заболевания
- ■ Бактериальные конъюнктивиты
- ■ Хламидийные конъюнктивиты
- ■ Вирусные конъюнктивиты
- ■ Аллергические и аутоиммунные конъюнктивиты

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- Конъюнктивит - воспаление конъюнктивы. На долю конъюнктивитов приходится примерно 1/3 всех случаев заболеваний глаз.

Классификация:

По течению конъюнктивиты подразделяют на острые и хронические. По этиологии выделяют следующие виды конъюнктивитов:

1. бактериальные (неспецифический, дифтерийный, гонококковый и др.);
2. хламидийные (трахому и паратрахому);
3. вирусные (герпетический, аденовирусный и т.д.);
4. грибковые;
5. аллергические и аутоиммунные (весенний катар, поллиноз, лекарственный конъюнктивит, пузырьчатка конъюнктивы и пр.).

ХЛАМИДИЙНЫЕ КОНЪЮНКТИВИТЫ

□ Трахома

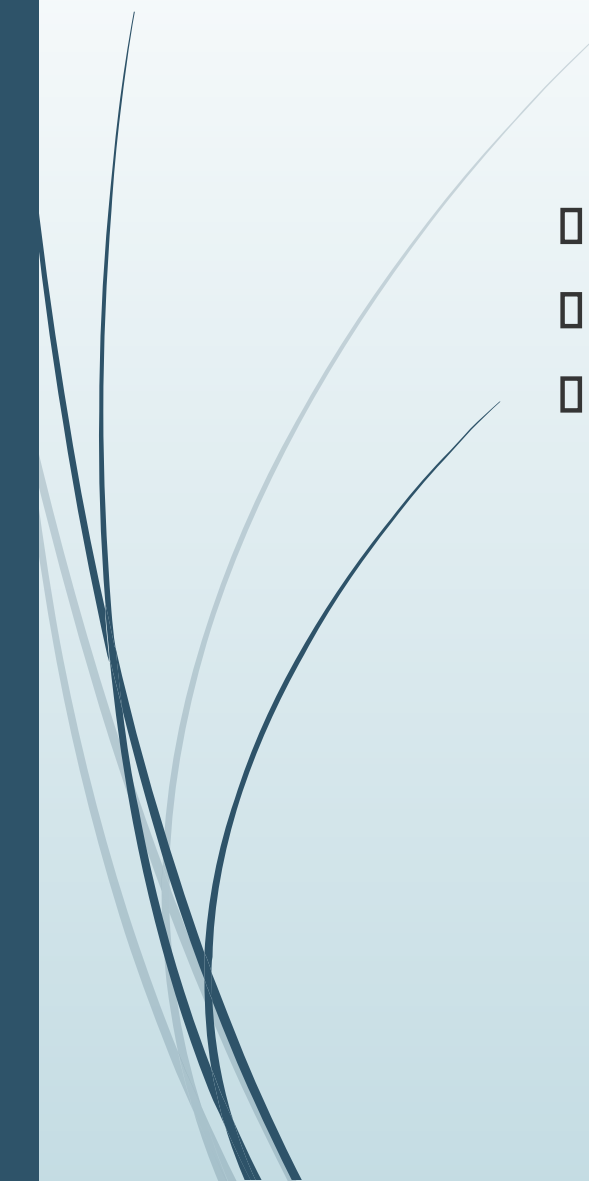
□ Возбудитель - *Chlamydia trachomatis* серотипов А, В и С. Заражение происходит контактно-бытовым путем от человека с трахомой первых трех стадий. Восприимчивость к инфекции приближается к 100%. Инкубационный период - 7-14 дней. Заболевание характеризуется хроническим течением с периодами обострения и ремиссии.

Выделяют четыре стадии трахомы:

1. **Стадия прогрессирующего воспаления (начальная)**
2. **Стадия развитого процесса (активная трахома)**
3. **Рубцующаяся трахома**
4. **Клинически излеченная трахома (рубцовая трахома)**



ВИРУСНЫЕ КОНЪЮНКТИВИТЫ

- 1. Герпетический конъюнктивит
 - 2. Аденовирусный конъюнктивит
 - 3. Эпидемический кератоконъюнктивит
- 

1. Герпетический конъюнктивит

- Возбудитель - вирус простого герпеса. Заболевание возникает чаще всего у детей, характеризуется длительным вялым течением и односторонней локализацией. При всех формах герпетического конъюнктивита возможно появление характерных высыпаний на коже век и крыльев носа.



1. Герпетический конъюнктивит

- • Катаральная форма проявляется гиперемией и отеком конъюнктивы, небольшим количеством слизистого или слизисто-гнойного отделяемого из конъюнктивальной полости.
- • Фолликулярная форма сопровождается появлением фолликулов на фоне вышеперечисленных симптомов.
- • Везикулярно-язвенная форма заболевания протекает с образованием рецидивирующих язв или эрозий на конъюнктиве и крае века, прикрытых нежными пленками.
- **Лечение** местное: в конъюнктивальную полость закапывают 6-8 раз в сутки 0,1% раствор идоксуридина. Закапывания сочетают с закладыванием за веки 2-3 раза в день 3% мази ацикловира. Одновременно каждые 2 ч применяют капли офтальмоферона или интерферогенов.

2. Аденовирусный конъюнктивит

- Возбудитель - аденовирусы серотипов 3, 5 и 7, заражение происходит воздушно-капельным или контактным путем. Инкубационный период составляет 7-8 дней. Заболевание начинается с выраженного назофарингита и повышения температуры тела. На второй волне повышения температуры присоединяются симптомы конъюнктивита сначала на одном глазу, а затем через 2-3 дня - на другом (заболевание ранее называли фарингоконъюнктивальной лихорадкой), происходит увеличение регионарных лимфатических узлов. В среднем заболевание продолжается в течение 5-7 дней. Различают следующие формы заболевания:

2. Аденовирусный конъюнктивит

- • Катаральная форма характеризуется гиперемией и отеком конъюнктивы век и переходных складок, небольшим количеством слизистого отделяемого из конъюнктивальной полости.
- • Фолликулярная форма сопровождается появлением фолликулов, преимущественно в области переходных складок.
- • Пленчатая форма протекает с образованием нежных сероватобелых пленок на конъюнктиве, которые легко снимаются влажным ватным тампоном.
- **Лечение** местное: в конъюнктивальную полость закапывают препараты офтальмоферона или интерфероногенов. Профилактику присоединения вторичной инфекции проводят растворами антисептиков (например, 0,05% раствором пиклоксидина).

3. Эпидемический кератоконъюнктивит

- Возбудитель - аденовирусы серотипа 8, путь заражения контактный. Инкубационный период составляет 4-8 дней. Заболевание начинается остро, симптомы конъюнктивита появляются сначала на одном глазу, а затем и на другом. Отмечают увеличение и болезненность регионарных лимфатических узлов. При осмотре выявляют гиперемию и отек конъюнктивы век и переходных складок, небольшое количество слизистого отделяемого из конъюнктивальной полости, а также мелкие прозрачные фолликулы на конъюнктиве нижних переходных складок. Чувствительность роговицы снижена, а через неделю на ней появляются множественные точечные субэпителиальные инфильтраты. Кератоконъюнктивит продолжается от 2 нед до 2 мес.
- **Лечение** сходно с терапией аденовирусного конъюнктивита.

Дифференциальная диагностика КОНЪЮНКТИВИТОВ

Признак	Бактериальный	Вирусный	Аллергический	Хламидийный
Гиперемия	Выраженная	Средняя	Умеренная	Средняя
Хемоз	Средний	Редкий	Мин/ленточный	Выраженный
Экссудат	Обильный гнойный	Умеренный серозный	Умеренный серозный	Обильный гнойный
Зуд	Не выражен	Не выражен	Выраженный	Умеренный
Сосочки	Редкие	Не характерны	Характерны	Редкие
Фолликулы	Не	Характерны	Не	Характерны