

Офтальмология

Учебник

Под редакцией профессора Е.А. Егорова

2-е издание, переработанное и дополненное

Министерство образования и науки РФ

Рекомендовано ФГАУ «Федеральный институт развития образования»
в качестве учебника для использования в учебном процессе
образовательных учреждений, реализующих программы высшего
образования по специальностям 31.05.01 «Лечебное дело»,
31.05.02 «Педиатрия», 32.05.01 «Медико-профилактическое дело»,
31.05.03 «Стоматология»

Регистрационный номер рецензии 401 от 12 декабря 2016 года



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2017

Глава 6

Заболевания век

Содержание главы

- Аллергические заболевания.
- Заболевания краев и желез век.
 - Блефарит.
 - Ячмень.
 - Халазион.
- Аномалии роста ресниц.
 - Трихиаз.
 - Мидароз.
- Бактериальные заболевания кожи век.
 - Абсцесс и флегмона век.
- Нарушение положения век.
 - Заворот век.
 - Выворот века.
 - Птоз.
 - Лагофтальм.
- Новообразования.
- Врожденные аномалии.

Веки защищают переднюю поверхность глазного яблока от высыхания и неблагоприятного воздействия окружающей среды. На долю заболеваний век приходится около 10% всех патологий органа зрения. Выделяют воспалительные заболевания краев и желез век, бактериальные поражения кожи век, аллергические заболевания, нарушения формы и положения, аномалии развития и опухоли.

В норме кожа век бледно-розовая, тонкая, нежная. Отек век может быть воспалительного и невоспалительного характера, а также возникать при аллергических процессах и травмах.

- Воспалительный отек носит, как правило, односторонний характер и сопровождается остальными местными признаками воспаления: гиперемией, болью, повышением температуры кожи.
- Отеки при системных заболеваниях всегда двусторонние и часто сочетаются с отеками ног и водянками. Кожа век бледная, уплотнение тканей и болезненность отсутствуют, местная температура кожи не изменена.

- Аллергический отек развивается быстро и носит обычно односторонний характер, может сопровождаться выраженным зудом. Отечная кожа бледная, не уплотнена, безболезненна.
- Травматический отек. Вследствие обширных подкожных кровоизлияний кожа век имеет синюшный или синюшно-багровый оттенок.

АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Аллергические заболевания век могут протекать по типу реакций немедленного (крапивница и отек Квинке, аллергические дерматиты век) и замедленного типа (экзема и токсикодермия кожи век).

Аллергические заболевания век сопровождаются выраженным зудом, слезотечением и отеком век. Боли, как правило, отсутствуют. В слезной жидкости и соскобе с конъюнктивы могут обнаруживаться эозинофилы. Заболевание носит одно- или двусторонний характер.

Реакции немедленного типа возникают сразу после контакта с аллергеном или в течение первых 6 часов.

- Крапивница характеризуется зудом и появлением волдырей на отечной коже век, как правило, с одной стороны сразу после контакта с аллергеном. При отеке Квинке на первый план выходит отек, который может захватывать область щеки, угла рта и распространяться ниже (рис. 6.1).
- Контактный дерматит век проявляется быстро развивающейся гиперемией и отеком, появлением зудящих папул и везикул в течение 6 ч после контакта с аллергеном. Обычно наблюдается двустороннее поражение (рис. 6.2).

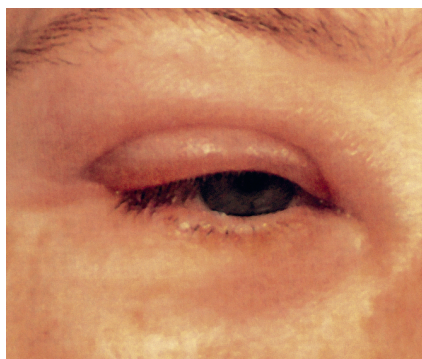


Рис. 6.1. Ангионевротический отек век



Рис. 6.2. Контактный дерматит век

Реакции замедленного типа возникают через 6–12 ч после контакта с аллергеном, спустя 24–48 ч симптомы достигают максимальной выраженности. Проявления сохраняются в течение нескольких дней, а иногда и недель.

- Экзема кожи век развивается после перенесенного дерматита век, при последующих контактах с аллергеном. Кожа покрыта папулами, везикулами и пустулами, после вскрытия которых появляется серозный экссудат и образуются корочки.
- Токсикодермия — реакция, возникающая при системном воздействии аллергенов. Характеризуется появлением уртикарных, эритематозно-сквамозных и петехиальных высыпаний на коже не только век, но и других участков тела.

Лечение основано на этиологическом (элиминация антигена, гипоаллергенная диета), патогенетическом (глюкокортикоиды местно в виде капель или мазей) и симптоматическом (уменьшение зуда с помощью антигистаминных препаратов) принципах.

ЗАБОЛЕВАНИЯ КРАЕВ И ЖЕЛЕЗ ВЕК

К воспалительным заболеваниям краев и желез век относят блефарит, ячмень и халазион.

Блефарит

Блефарит (blepharitis) — воспаление краев век.

Этиология. Выделяют причины (местные факторы) и условия развития (общие факторы) блефаритов.

Причины блефаритов:

- некорригированные аномалии рефракции (гиперметропия или астигматизм);
- демодекоз век (железничный клещ паразитирует в сальных и мейбомиевых железах, а также в волосяных фолликулах);
- дисфункция мейбомиевых желез (гиперпродукция и нарушение оттока секрета).

Условия развития блефаритов: патология желудочно-кишечного тракта, сахарный диабет и другие метаболические заболевания, воспаление придаточных пазух носа, а также неблагоприятные факторы внешней среды (запыленность, задымленность, наличие в атмосфере раздражающих химических веществ).

Клиническая картина

Больные предъявляют жалобы на:

- зуд, жжение, ощущение инородного тела в глазу и слезотечение;
- появление отделяемого, которое склеивает ресницы;
- быструю утомляемость при зрительной нагрузке, особенно в вечернее время и при искусственном освещении.

Различают простой, чешуйчатый и язвенный блефарит. Все формы склонны к хроническому течению и рецидивированию.

- *Простой блефарит* характеризуется гиперемией и отеком краев век (рис. 6.3).
- *Чешуйчатый блефарит*. Кроме гиперемии и отека, на крае века появляются мелкие серовато-белые отрубевидные или сухие чешуйки, напоминающие перхоть на волосистой части головы. Под чешуйками кожа истончена и резко гиперемирована.
- *Язвенный блефарит* чаще развивается у детей и лиц молодого возраста. Субъективные ощущения носят мучительный характер. У корней ресниц образуются желтые гнойные корочки (рис. 6.4). Корочки удаляются с трудом, после чего остаются кровоточащие язвочки.

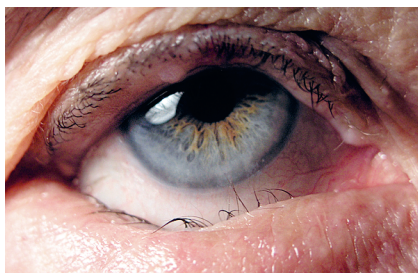


Рис. 6.3. Простой блефарит

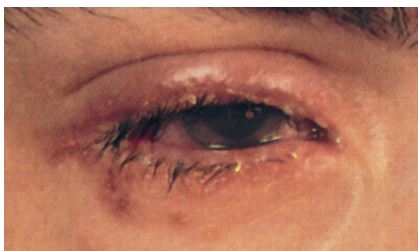


Рис. 6.4. Язвенный блефарит

Из дополнительных методов диагностики наибольшее значение имеет микроскопия ресниц с целью выявления железничного клеща.

Лечение проводят в амбулаторных условиях. Необходимо устранение этиологических факторов. Назначают системную витаминотерапию и гипоаллергенную диету, а также проводят местное лечение.

- При простом и чешуйчатом блефарите края век 2–3 раза в сутки обрабатывают антисептиками (например, 1% спиртовым раствором бриллиантового зеленого). Для размягчения чешуек и облегчения их удаления применяют аппликации 2% раствора гидрокарбоната натрия на 10 мин. В конъюнктивальный мешок 2–3 раза в

сутки закапывают растворы антисептиков: 0,05% раствор пиклоксидина, 20% раствор сульфацидама. Края век 1–2 раза в сутки смазывают 0,5% гидрокортизоновой мазью или комбинированными препаратами, содержащими глюкокортикоид и антибиотик. Ежедневно проводят массаж век с помощью стеклянной палочки.

- Лечение язвенного блефарита начинают с удаления всех корочек. Для их размягчения края век смазывают стерильным вазелиновым маслом. Края век 2–3 раза в сутки смазывают антибактериальными мазями (тетрациклиновой или эритромициновой) до того момента, когда гнойные корочки уже не образуются. В последующем лечение аналогично таковому при других формах.

Излечение возможно только при устранении причины заболевания. При язвенном блефарите может быть нарушение роста ресниц (трихиаз, мадароз), рубцовая деформация краев век с формированием заворота век.

Ячмень

Ячмень (hordeolum) — острое гнойное воспаление сальной железы ресниц. Наиболее часто ячмень вызывают стафилококки или стрептококки. Необходимым условием для развития воспалительного процесса служит нарушение функции мейбомиевых желез.

Больные предъявляют жалобы на боль, покраснение и отек участка века. При осмотре выявляют локальную гиперемию и отек края века в области волосяного фолликула ресницы. Пальпация века в этой зоне болезненна. Через 1–2 дня в центре очага формируется гнойничок, который через 2–3 дня прорывается наружу. Затем явления воспаления постепенно стихают, и наступает излечение.

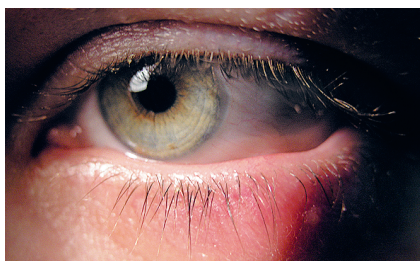
Выдавливать ячмень нельзя, иначе могут развиваться септические внутричерепные осложнения (в том числе тромбоз кавернозного синуса). До прорыва головки гнойничка применяют сухое тепло, ультрафиолетовое облучение этой зоны (2–3 биодозы). Край века 2–3 раза в сутки обрабатывают антисептиками (отваром ромашки аптечной и т.д.), в конъюнктивальный мешок закапывают растворы антисептиков (раствор пиклоксидина или сульфацидама).

Халазион

Халазион (chalasion) — хроническое пролиферативное воспаление хряща вокруг мейбомиевой железы. Халазион возникает в результате закупорки выводного протока мейбомиевой железы, что приводит

к ее растяжению с последующим прорывом секрета в окружающие ткани хряща и развитием гранулемы.

В толще века формируется плотно-эластичный безболезненный узелок размером до горошины (рис. 6.5). Кожа над узелком подвижна, не изменена. Конъюнктива в зоне узелка гиперемирована.



а



б

Рис. 6.5. Халазион: а) изменения со стороны кожи века; б) изменения конъюнктивы века

При небольших размерах халазиона в его толщу 2 раза с интервалом 7–10 дней вводят растворы пролонгированных глюкокортикоидов (кеналог-40[™] или дипроспан[™]). Кожу век 2–3 раза в сутки в течение двух недель смазывают глюкокортикоидными мазями (0,1% мазью дексаметазона или бетаметазона). При крупных размерах халазиона, а также при неэффективности медикаментозной терапии применяют хирургическое лечение. Халазион удаляют со стороны конъюнктивы, разрез производят перпендикулярно краю века.

АНОМАЛИИ РОСТА РЕСНИЦ

Трихиаз

Трихиаз (trichiaz) — патологический рост ресниц, при котором одна или несколько ресниц растут по направлению к роговице. Чаще всего развивается вторично после блефаритов, травм и ожогов век или других заболеваний век. При трихиазе неправильный рост может быть как у существующих ресниц, так и у вновь растущих. При мигании ресницы травмируют эпителий роговицы, вызывая эрозивные повреждения роговицы. Как осложнение, вследствие присоединения инфекции, возможно развитие гнойной язвы роговицы. Лечение: хирургическое, диатермо- или лазерная коагуляция волосяной луковицы.

Мадароз

Мадароз (madaroz) — уменьшение количества ресниц или их полное исчезновение. Возникновение мадароза связано с различными хроническими блефаритами, кожными и системными заболеваниями. Лечение, в первую очередь, направлено на терапию вызывающего его заболевания, что часто оказывается достаточным для возобновления роста ресниц.

БАКТЕРИАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ ВЕК

Выделяют острые (абсцесс и флегмона века, импетиго, рожистое воспаление и фурункул) и хронические (туберкулезная волчанка, сифилитическое поражение) бактериальные поражения век.

Абсцесс и флегмона век

Абсцесс и флегмона век — соответственно ограниченное и разлитое гнойное воспаление тканей века.

Этиология. Наиболее часто возбудителями являются грамположительные кокки (стафило- и стрептококки) и анаэробы (при переходе инфекции с придаточных пазух носа). Микробы в ткани века могут попадать при повреждении кожи и непосредственном заносе инфекции, переходе воспалительного процесса с окружающих структур (придаточных пазух носа, тканей глазницы и т.д.) или метастатическим путем (с током крови из других очагов).

Клиническая картина

Больные предъявляют жалобы на:

- чувство напряжения и боль в области века;
- слезотечение или наличие слизистого отделяемого из конъюнктивальной полости;
- сужение или закрытие глазной щели (из-за выраженного отека века);
- лихорадку и симптомы интоксикации (общее недомогание, головную боль и т.д.).



Рис. 6.6. Абсцесс века

При осмотре выявляют гиперемию, повышение местной температуры и выраженный отек кожи века, вследствие чего глазная щель открывается с трудом (рис. 6.6). При пальпации отечные ткани плотные, резко болезненны, при появлении очагов деструкции обнаруживают флюктуа-

цию. Наблюдается увеличение и болезненность регионарных лимфатических узлов. При флегмоне века местные симптомы более выражены, чем при абсцессе, и носят разлитой характер.

Лечение проводят в условиях стационара. При наличии флюктуации выполняют дренирование абсцесса (разрез производят параллельно краю века) и обрабатывают его полость растворами антисептиков (например, 0,02% раствором нитрофураля). Для профилактики перехода инфекционного процесса на ткани конъюнктивы и роговицы в конъюнктивальную полость 3 раза в сутки в течение 7–10 дней закапывают антибактериальные препараты (20% раствор сульфацидамида). Системно в течение 7–10 сут применяют антибиотики широкого спектра действия (пенициллины, цефалоспорины, аминогликозиды), проводят дезинтоксикационную и десенсибилизирующую терапию (внутривенно капельно вводят 5% раствор глюкозы с аскорбиновой кислотой, 10% раствор хлорида кальция).

При своевременном лечении прогноз благоприятен, в противном случае возникают рубцовые изменения век и нарушение оттока лимфы.

НАРУШЕНИЕ ПОЛОЖЕНИЯ ВЕК

Заворот век

Заворот века (entropion) — заболевание, при котором ресничный край века повернут к главному яблоку. Выделяют следующие формы заворота век: врожденный, старческий, спастический и рубцовый.

- *Врожденный заворот* часто встречается у представителей монголоидной расы.
- *Старческий заворот* возникает у пожилых людей вследствие растяжения связок век, атонии мышц, нестабильности тарзальной пластинки.
- *Спастический заворот* возникает в результате гипертрофии порции круговой мышцы век у ресничного края вследствие хронических блефаритов и блефароконъюнктивитов, блефароспазма.
- *Рубцовый заворот* обусловлен искривлением хряща или укорочением задней конъюнктивальной поверхности века после травм, ожогов, операций, воспалительных процессов (например, трахомы).

Заворот век приводит к постоянному раздражению переднего отдела глаза ресницами и повреждению роговицы. Больные предъявляют жалобы на:

- ощущение инородного тела, учащенное мигание;
- слезотечение;
- покраснение глаза.

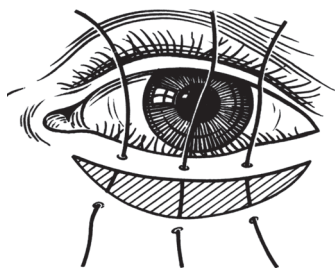


Рис. 6.7. Схема операции устранения заворота века

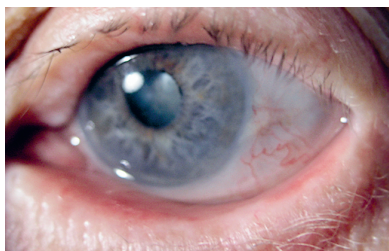


Рис. 6.8. Старческий выворот нижнего века

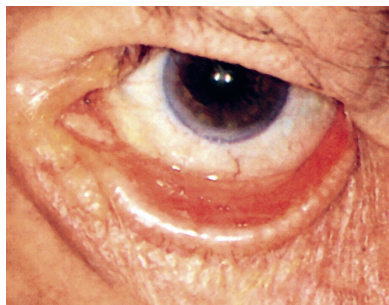


Рис. 6.9. Паралитический выворот нижнего века

При осмотре выявляют обращенный к главному яблоку ресничный край века. После зажмуривания степень заворота усиливается. Характерно появление поверхностной инъекции глазного яблока. В зоне контакта ресниц с роговицей появляются эрозии, а при инфицировании и развитии кератита — инфильтрат.

Лечение всех видов заворота хирургическое и заключается в резекции кожно-мышечного лоскута (рис. 6.7). При возрастном и спастическом завороте операцию часто дополняют укорочением наружной связки век. Для устранения рубцового заворота требуется пластика кожно-мышечной пластинки века или конъюнктивы.

Выворот века

Выворот века (ectropion) — заболевание, при котором веко (обычно нижнее) отходит от глазного яблока с обнажением пальпебральной и бульбарной конъюнктивы. Выделяют старческий, паралитический и рубцовый выворот век.

- *Старческий (возрастной) выворот* (рис. 6.8) возникает у пожилых людей вследствие чрезмерного растяжения связок век, что приводит к провисанию века.

- *Паралитический выворот* (рис. 6.9) наблюдается при повреждении лицевого нерва.

- *Рубцовый выворот* — следствие травм, ожогов или воспалительных процессов кожи век.

Больные предъявляют жалобы на слезотечение и слезостояние, а также покраснение глаза. При осмотре выявляют неприлежащее к главному яблоку нижнее веко, вследствие чего слезная точка не погружена в слезное озеро. Характерно появление поверхностной инъекции главного яблока, ороговение конъюнктивы нижнего века, слезостояние. Постепенно развивается хронический блефарит и конъюнктивит, может возникать кератит.

Лечение хирургическое (при паралитическом вывороте сначала в течение 6 мес проводят терапию основного заболевания). Данное лечение заключается в горизонтальном укорочении нижнего века (рис. 6.10). Для устранения рубцового выворота требуется проведение

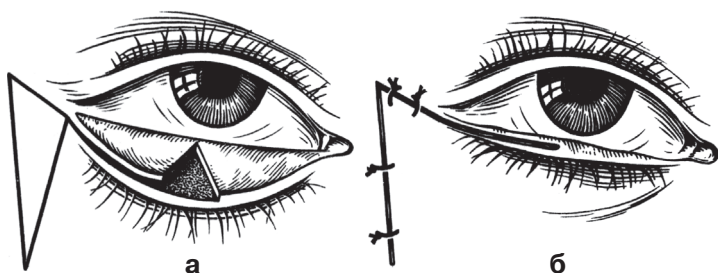


Рис. 6.10. Схема устранения выворота века: а) фигурный разрез; б) наложение швов

кожной пластики. В ранние сроки при невозможности проведения пластики прибегают к блефарорафии (временное соединение век с помощью швов).

Птоз

Птоз (ptosis) — аномально низкое положение верхнего века по отношению к главному яблоку. Различают несколько разновидностей птоза. По этиологии выделяют врожденный и приобретенный птоз.

- Врожденный птоз (имеет аутосомно-доминантный тип наследования):
 - миогенный (связан с дистрофией мышцы, поднимающей верхнее веко);
 - нейрогенный (обусловлен аплазией ядра глазодвигательного нерва или нарушением симпатической иннервации).

- Приобретенный птоз:
 - нейрогенный (вследствие повреждения глазодвигательного или шейного симпатического нерва);
 - миогенный (при миастении);
 - апоневротический (при частичном отрыве сухожилия мышцы, поднимающей верхнее веко);
 - приобретенный (следствие анофтальма).

По степени выраженности различают частичный (веко опущено по сравнению с нормой на 1–3 мм), неполный (верхнее веко доходит до середины зрачка) и полный птоз (верхнее веко полностью прикрывает глазное яблоко и нависает над нижним веком).

При осмотре пациентов с птозом выявляют, что край верхнего века прикрывает роговицу более чем на 2 мм (рис. 6.11). Больные поднимают верхнее веко, напрягая мышцы лба или запрокидывая голову (поза звезды-дочета). Верхняя пальпебральная борозда выражена слабо или отсутствует. У детей дошкольного возраста птоз приводит к стойкому снижению зрения вследствие развития амблиопии.

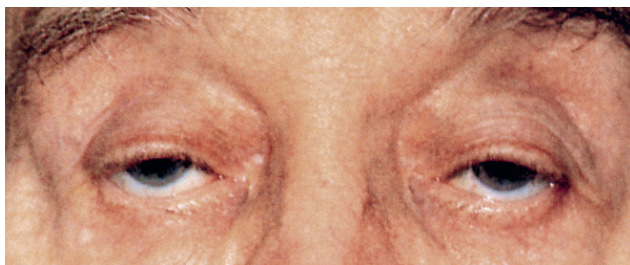


Рис. 6.11. Птоз

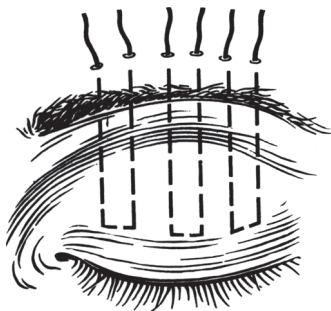


Рис. 6.12. Схема операции устранения птоза

При нейрогенном приобретенном птозе требуется раннее консервативное лечение. У детей для предотвращения развития амблиопии своевременно проводят хирургическое лечение. При плохой подвижности верхнего века его подвешивают к лобной мышце (рис. 6.12). При наличии подвижности верхнего века проводят резекцию сухожилия леватора верхнего века.

Лагофтальм

Лагофтальм (*lagophtalmus*) — неполное смыкание глазной щели. Причина лагофтальма — поражение лицевого нерва и парез круговой мышцы век, а также экзофтальм, симблефарон, ретракция и рубцовые изменения век. Вследствие отсутствия смыкания глазной щели развивается сухость глаза, возникают дистрофии и язвы роговицы.

Больные предъявляют жалобы на слезотечение, сухость и покраснение глаза. При осмотре обнаруживают, что глазная щель на стороне поражения шире, нижнее веко опущено и отстоит от глазного яблока. При зажмуривании и во время сна веки полностью не смыкаются. При повреждении лицевого нерва на стороне поражения носогубная складка сглажена, угол рта отвисает, наморщивание лба невозможно.

При повреждении лицевого нерва **лечение** проводят совместно с невропатологом. При рубцовых изменениях век и симблефарона прибегают к пластике конъюнктивы и век. До устранения причины лагофтальма восстановления положения век добиваются с помощью временной фиксации лейкопластырем, латерального и медиального сшивания век или блефарорафии. Симптоматическое лечение направлено на увлажнение роговицы (применяют препараты «искусственной слезы» и глазные смазки) и профилактику присоединения инфекции (в конъюнктивальную полость 2–3 раза в сутки закапывают 20% раствор сульфациетамида; на ночь закладывают 1% эритромициновую или тетрациклиновую мазь).

При устранении причины лагофтальма положение век полностью восстанавливается. В случае развития дистрофии или язвы роговицы возможно помутнение роговицы и потеря зрения.

НОВООБРАЗОВАНИЯ

Опухоли век составляют более 80% всех новообразований органа зрения. Среди них доминируют доброкачественные новообразования.

Доброкачественные опухоли век могут быть эпителиального [папиллома (рис. 6.13); старческая бородавка, аденомы слюнных, потовых и мейбомиевых желез, кожный рог], мезодермального [фиброма, липома, гемангиома (рис. 6.14)] и нейрогенного (нейрофиброма) происхождения. Они характеризуются медленным ростом, озлокачествление.

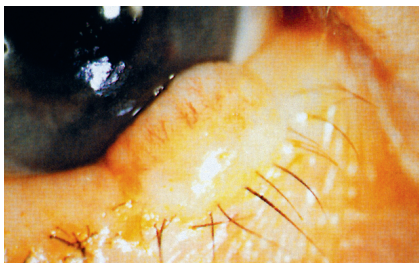


Рис. 6.13. Папиллома нижнего века



Рис. 6.14. Гемангиома

наблюдается редко. **Лечение** хирургическое, рекомендуется удаление с последующим морфологическим исследованием.

Злокачественные опухоли век: базально-клеточный рак (рис. 6.15), чешуйчато-клеточный рак, аденокарцинома мейбомиевых желез и меланома (рис. 6.16). В их развитии играет роль избыточное ультрафиолетовое облучение, наличие незаживающих язв кожи и вирус папилломы человека. **Лечение** осуществляют в онкологических диспансерах.

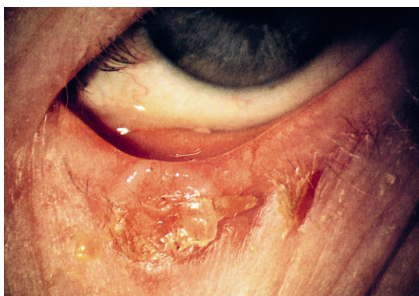


Рис. 6.15. Базально-клеточный рак нижнего века



Рис. 6.16. Меланома верхнего века

ВРОЖДЕННЫЕ АНОМАЛИИ

Врожденные аномалии развития век разнообразны: птоз, заворот, криптофтальм, блефарофимоз, эпикантус и колобома век.

- **Криптофтальм** — полная потеря дифференцировки век. Развивается вследствие тяжелых заболеваний матери во время второго месяца беременности.

- *Блефарофимоз* — частичное или полное сращение век, чаще у наружного угла глазной щели. Тип наследования — аутосомно-доминантный. Хирургическое разделение век проводят в ранние сроки.
- *Эпикант* — полулунная вертикальная складка кожи между веками. Она расположена у внутреннего угла глазной щели и изменяет ее конфигурацию, что создает впечатление ложного сходящегося косоглазия. Эпикант — всегда двусторонняя патология. В норме встречается у большинства детей до 6 месяцев, у лиц монголоидной расы и у детей с плоской переносицей (постепенно исчезает к 7 годам). Патологический эпикант — признак различных хромосомных нарушений. Хирургическое лечение проводят только с косметической целью.
- *Колобома век* — дефект края века в виде треугольной или полулунной выемки. Часто развивается в средней части верхнего века, что сопровождается нарушением увлажнения роговицы. Дефект устраняют с помощью хирургической коррекции.