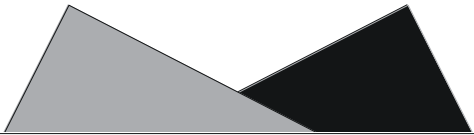


Государственное образовательное учреждение
дополнительного профессионального образования
Пензенский институт усовершенствования врачей



Кафедра офтальмологии



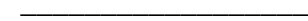
М.И. Алешаев, П.Ю. Татарченко

**ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕК,
КОНЪЮНКТИВЫ
И СЛЕЗНЫХ ОРГАНОВ**

Учебное пособие для врачей

Пенза, 2007 г.

Государственное образовательное учреждение
дополнительного профессионального образования
Пензенский институт усовершенствования врачей



Кафедра офтальмологии

М.И. Алешаев, П.Ю. Татарченко

**ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕК, КОНЪЮНКТИВЫ
И СЛЕЗНЫХ ОРГАНОВ**

Учебное пособие для врачей

Пенза, 2007 г.

УДК: 617.77 – 711 – 764.6

Рецензент: Галеев Рашид Сагитович, главный офтальмолог Пензенской области, канд. мед. наук, врач высшей категории.

Учебное пособие для врачей-слушателей системы подготовки по федеральной программе «Общая врачебная практика (семейная медицина) по профилактике, диагностике и лечению болезней глаз».

Учебное пособие утверждено Ученым Советом ГОУ ДПО Пензенского института усовершенствования врачей Росздрава, протокол № _____ от « ____ » _____ 200 ____ г.

Учебное пособие составлено в соответствии с соответствующим разделом федеральной программы подготовки врачей по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина) по профилактике, диагностике и лечению болезней глаз» (М., 19**). В пособии на современном уровне представлены вопросы анатомии, клиники, диагностики и лечения заболеваний переднего отрезка глаза.

Учебное пособие составили заведующий кафедрой офтальмологии ГОУ ДПО Пензенского института усовершенствования врачей Росздрава, доктор медицинских наук, профессор М.И. Алешаев и ассистент кафедры, кандидат медицинских наук П.Ю. Татарченко.

Компьютерная верстка и оформление – Е.Е. Бражсалович

ВВЕДЕНИЕ

В связи с выполнением приоритетного национального проекта «Здравоохранение» и Президентской программы по улучшению медицинского обслуживания на селе врачам общей практики приходится заниматься диагностикой и лечением больных с глазной патологией.

На кафедре офтальмологии ГОУ ДПО Пензенского института усовершенствования врачей Росздрава подготовлено учебное пособие по лечению воспалительных и некоторых других заболеваний переднего отрезка глаза. В учебном пособии изложены анатомия, клиника, диагностика и лечение заболеваний век, конъюнктивы и слезных органов, основные заболевания представлены в иллюстрациях. Отдельно выделены препараты, наиболее часто используемые при воспалительных заболеваниях век, конъюнктивы и слезных органов.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕК

Анатомо-физиологические особенности век

Веки – часть придаточного аппарата глаза, спереди покрыты кожей, а сзади – конъюнктивой. Благодаря мигательным движениям веки способствуют равномерному распределению слезной жидкости по роговице, предохраняя ее от высыхания.

При открытых веках края их ограничивают пространство миндалевидной формы, называемое глазной щелью. Длина ее по горизонтали равна в среднем 30 мм, а высота колеблется от 10 до 14 мм.

Кожа век нежная, легко собирается в складки и снабжена сальными и потовыми железами. Подкожная клетчатка лишена жира и очень рыхлая, что способствует быстрому появлению отека век и подкожных кровоизлияний.

В веках различают два слоя: передний – кожно-мышечный, состоящий из кожи и подкожной мышцы, и глубокий (задний) – конъюнктивально-хрящевой, состоящий из хряща и конъюнктивы, покрывающей хрящ сзади. В толще хрящей расположены мейбомиевы железы, около 25 в верхнем хряще и 20 в нижнем. Эти железы продуцируют липидный секрет, образующий наружный слой прероговичной слезной пленки.

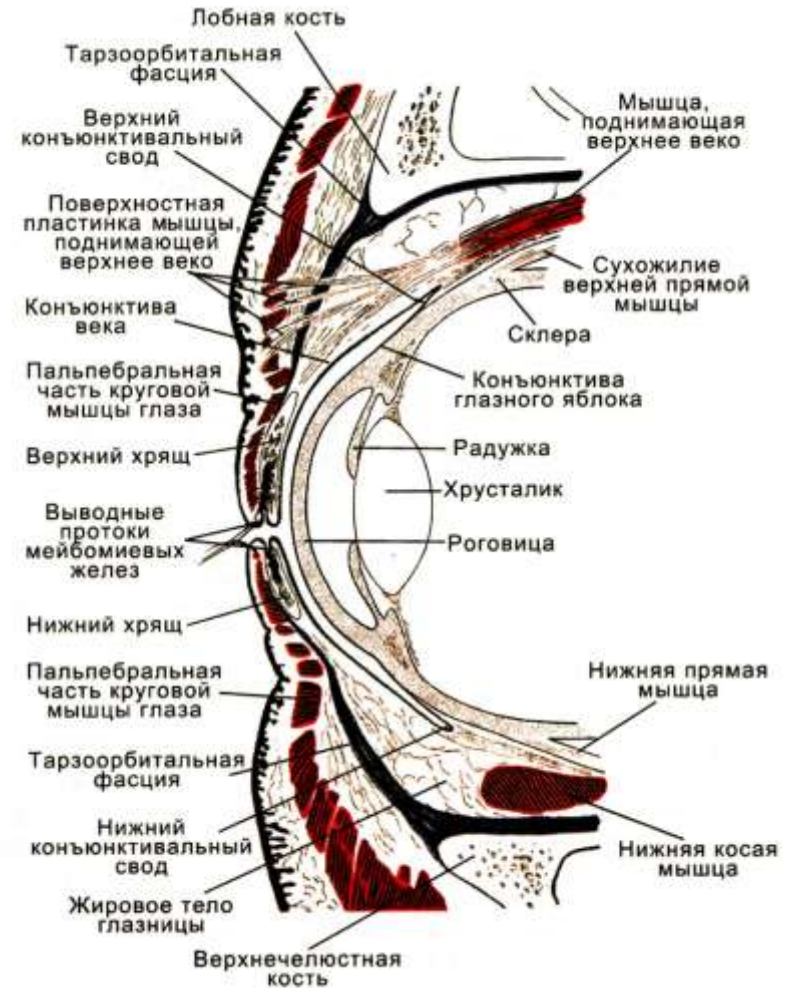


Рис. 1. Строение век и переднего сегмента глаза

Передний край верхнего и нижнего века содержит ресницы, у внутреннего края век располагаются слезные точки, являющиеся началом слезных канальцев.

Веки имеют хорошо развитую артериальную сеть, происходящую из системы глазничных и лицевых артерий. Отток венозной крови происходит в систему глазничных и лицевых вен.

Лимфатические сосуды верхнего века впадают в лимфатические железы, находящиеся впереди ушной раковины, нижнего века – в нижнечелюстные лимфатические железы, расположенные на уровне угла нижней челюсти. Чувствительную иннервацию осуществляет первая ветвь тройничного нерва.

Аллергические заболевания век

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

Аллергические реакции немедленного типа возникают сразу после контакта с аллергеном, через 15-30 минут, затем явления воспаления уменьшаются.

Признаки аллергической реакции замедленного типа возникают через 6-12 часов после контакта с аллергеном, спустя 24-48 часов явления воспаления достигают максимальной степени выраженности и держатся несколько дней.

Аллергические заболевания век сопровождаются выраженным зудом.

Ангионевротический отек Квинке

Относится к реакциям немедленного типа.

Клиника:

1. Заболевание чаще развивается у молодых людей, подростков.
2. Внезапно развивается отек век (рис. 2), может захватывать область щеки, угла рта. Отеку часто предшествует выраженный зуд.



Рис. 2. Ангионевротический отек век после укуса насекомого

3. Нередко отек век сопровождается хемозом конъюнктивы, поверхностными точечными инфильтратами роговицы. Процесс носит односторонний характер.

4. Отечная кожа бледная, безболезненная при пальпации.
5. В анализе крови – эозинофилия.

6. Дифференцировать с воспалительным отеком, для которого характерны: гиперемия кожи, болезненность при пальпации, недомогание.

Лечение:

1. Для уменьшения зуда применяют холодные примочки со спиртовым раствором 1% анестезина и 1% новокаина.
2. 0,1% дексаметазон (глазные капли Максидекс – Бельгия): первый день через час, потом 3 раза в день.
3. Закапывают антигистаминные капли – 0,05% Аллергодил (Германия), Гистимет и др. 3 раза в сутки.
4. Сосудосуживающие капли – 0,05% Визин (Канада) – или комбинированные капли, содержащие сосудосуживающие и антигистаминные компоненты – Сперсаллерг.
5. Системная десенсибилизирующая терапия – Кларитин по 10 мг 1 раз в сутки.

Экзема кожи век

Относится к аллергическим реакциям замедленного типа. Имеют значение эндогенные факторы (заболевания ЖКТ, глистные инвазии, сахарный диабет и др.). Характерно длительное течение (4-5 недель).

Клиника:

1. Процесс носит двусторонний характер.

2. Выраженная гиперемия и отек кожи век.
3. Гиперемизированная кожа покрыта папулами, пустулами.

4. После вскрытия пустул появляется серозный экссудат – мокнутие кожи, при подсыхании которого образуются корочки желтого цвета. При присоединении вторичной инфекции экссудат и корочки приобретают гнойный характер. По мере выздоровления наблюдается очищение кожи.

5. Больные жалуются на выраженный зуд, жжение, слезотечение и серозное отделяемое из конъюнктивальной полости.

Лечение:

1. Для уменьшения зуда применяют холодные примочки из свинцовой воды 0,25% или жидкость Бурова 2-5%.
2. Смазывают кожу гидрокортизоновой мазью 0,5-2,5% или цинковой пастой и закапывают 0,1% Максидекс. При присоединении вторичной инфекции применяют комбинированные мази Макситрол (Бельгия).
3. Системная десенсибилизация – Кларитин по 10 мг 1 раз в сутки.

Инфекционные заболевания кожи век бактериальной природы

Абсцесс или флегмона век

Ограниченное или разлитое гнойно-инфильтративное воспаление тканей века (рис. 3).



Рис. 3. Абсцесс верхнего века

Причина: непосредственный занос инфекции при повреждении века и переход воспалительного процесса с окружающих структур (синуситы, флегмона орбиты, ячмень) или метастатический занос инфекции из других очагов (пневмония, сепсис и др.). Наиболее частыми возбудителями являются Гр+ стафилококки, стрептококки или анаэробы из придаточных пазух носа.

Клиника:

1. Чувство напряжения и боль в области века.
2. Кожа век гиперемирована, напряжена, блестящая, болезненная при пальпации.
3. Глазная щель сужена и открывается с трудом. При появлении флюктуации пальпируется участок размягчения тканей века.
4. Из конъюнктивальной полости – слизистое отделяемое
5. Частое увеличение регионарных лимфатических желез.
6. Симптомы общей интоксикации (недомогание, повышение температуры тела, головная боль).

Принципы фармакотерапии:

1. Лечение в условиях стационара.
2. До появления флюктуации – сухое тепло, УВЧ-терапия. При наличии флюктуации – вскрытие абсцесса. После вскрытия абсцесса – дренаж с гипертоническим раствором. Для промывания раны используют 1% раствор диоксидина или 1:5000 раствор фурациллина с 3% перекисью водорода. По мере очищения раны – мазь Левомиколь или 5-10% метилурациловая мазь.
3. Закапывание в конъюнктивальный мешок 20% альбуцида 3-4 раза в сутки.
4. Системно 7 дней антибиотики широкого спектра действия:
 - пенициллин внутримышечно или ампициллин внутрь по 2 г в сутки;
 - аминогликозиды (гентамицин внутримышечно по 40 мг 2 раза в сутки)
 - цефалоспорины (цефотаксим внутримышечно или внутривенно по 3-6 г/сутки в 3 введения, цефтриаксон внутримышечно или внутривенно по 1-2 г/сутки 1 раз в день)
 - метронидазол при анаэробной инфекции внутривенно капельно по 500 мг через 8 часов.

5. При выраженных симптомах интоксикации – внутривенно капельно реополиглюкин 200-400 мл или 5% глюкоза 200 мл с аскорбиновой кислотой 2 мл (обычно проводят 3 инъекции). Внутривенно вводят хлористый кальций 10% - 10,0 и дают витамины группы В.

Фурункул века

Острое гнойное воспаление волосяного мешочка и окружающих тканей века. Фурункул чаще локализуется на верхнем веке и области брови.

Клиника:

1. На гиперемированной коже плотный болезненный гиперемированный узел с разлитым отеком вокруг него. Отек распространяется на веко и область лица.

2. Затем в центре образуется некротический стержень.

3. После самопроизвольного вскрытия некротический стержень отделяется, образовавшаяся язва постепенно замещается грануляциями и заживает с образованием рубца.

4. Часто общая слабость, головная боль, повышение температуры тела.

Лечение:

1. До вскрытия фурункула применяют сухое тепло, УВЧ-терапию, УФ-облучение (2-3 биодозы).

2. Пораженные участки кожи обрабатывают 2% салициловым или камфорным спиртом.

3. Кожу смазывают антибактериальными мазями (1% тетрациклиновая или эритромициновая глазная мазь), препаратами Колбиоцин или Фуциталмик.

4. После вскрытия фурункула эрозированную поверхность обрабатывают 2% раствором перекиси водорода или раствором фурациллина 1:5000, после чего накладывают повязку с мазью Левомиколь или 5-10% метилурациловой мазью.

5. В конъюнктивальный мешок закапывают антисептики (препарат Витабакт 0,05% или Мирамистин 0,01%) или 20% сульфацил-натрий (альбуцид).

6. При необходимости – системные антибиотики (см. Абсцесс века).

Заболевания края век и желез век

Блефарит

Воспаление краев век. Выделяют чешуйчатый и язвенный блефариты. Заболевание приобретает хроническое течение.



Рис. 4. Чешуйчатый блефарит

Простой чешуйчатый блефарит. У корней ресниц много чешуек, напоминающих перхоть (рис. 4). Больных беспокоит зуд, жжение, ощущение инородного тела. Возникает гиперемия и утолщение краев век. Блефарит часто сочетается с конъюнктивитом.

Язвенный блефарит проявляется образованием гнойных корочек у корней ресниц, ресницы склеиваются в пучки (рис. 5). При удалении корочек – изъязвленная поверхность кожи век.



Рис. 5. Язвенный блефарит

Причины воспаления краев век:

1. Некорригированные или неправильно скорректированные аномалии рефракции.
2. Паразитарные заболевания век (демодекоз).
3. Мейбомиты, заболевания ЖКТ, сахарный диабет, глистные инвазии, авитаминозы, аллергические заболевания.

Лечение:

1. Выявить причину и устранить ее.

2. Обрабатывают края век 1% раствором бриллиантовой зелени, отваром ромашки, календулы.

3. Смазывают края век 1% тетрациклиновой или 1% эритромициновой глазной мазью. Проводят электрофорез с растворами антибиотиков и витаминов. Дарсонвализация. Системная витаминотерапия.

Демодекозный блефарит (рис. 6). Демодекс (железничный клещ) паразитирует в сальных и мейбомиевых железах, а также в волосяных фолликулах человека и млекопитающих. Заражение происходит контактно-бытовым путем. К 60 годам около 50% людей являются носителями клеща. Клинические проявления возникают у лиц со сниженной реактивностью организма. Лабораторная диагностика основана на микроскопии препарата, приготовленного из 4-6 удаленных ресниц (при демодекозе находят несколько клещей).

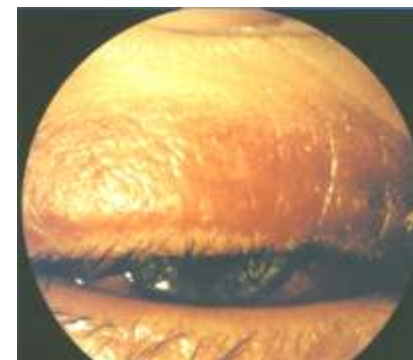


Рис. 6. Демодекозный блефарит

Принципы фармакотерапии:

1. Обработка кожи дегтярным мылом.
2. Смазывают края век 1% раствором бриллиантовой зелени или смесью 70° этилового спирта с эфиром в равных частях; затем края век смазывают цинк-ихтиоловой мазью. Вместо цинк-ихтиоловой мази можно в течение нескольких месяцев применять мазь, содержащую метронидазол; ее можно приготовить по прописи:

Rp: *Metronidasoli 12,5*
 Vaselini 15,0
MDS. *Глазная мазь.*

Можно использовать препарат Демалон (Россия) – 10% мазь, содержащая метронидазол и гликозаминогликаны. Есть рекомендации принимать внутрь трихопол по 1 таблетке 2 раза в день в течение 7 дней.

Ячмень

Острое болезненное воспаление волосяного мешочка сальной железы. Как правило, «виноват» стафилококк. Ячмень часто развивается на фоне сахарного диабета, хронических заболеваний ЖКТ, авитаминоза и иммунодефицита.

Клиника:

1. Возникает локальная болезненная гиперемия и отек ресничного края века в области волосяного фолликула ресницы (рис. 7). Пальпация века в этой зоне болезненна.

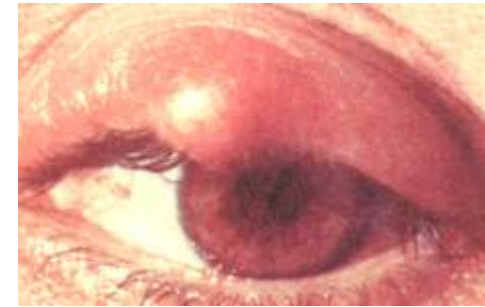


Рис. 7. Ячмень верхнего века

2. Через 1-2 дня в центре отека появляется гнойная головка и на 4-й день вскрывается с выделением некротического стержня и гноя, после чего все симптомы исчезают.

Лечение:

1. До прорыва гноя применяют сухое тепло, УВЧ-терапию, УФО.
2. Закапывают в глаз альбуцид, 0,25% раствор гентамицина, 0,01% Витабакт или 0,01% Мирамистин.

Халазион

Хроническое, почти безболезненное округлое образование, как горошина, в толще века (в тарзальной пластинке хряща), не спаянное с кожей (рис. 8). Конъюнктив в зоне хряща гиперемирована. Кожа над халазионом легко смещается.

Лечение:

1. Вводят в толщу хряща 0,3-0,5 мл триамцинолона ацетата (Кеналог-40 или Дипроспан).



Рис. 8. Халазион верхнего века

2. Смазывают кожу века 0,1% дексаметазоновой мазью (Максидекс).

3. При неэффективности показано хирургическое удаление.

Лагофтальм

Неполное смыкание глазной щели. Причины – парез лицевого нерва, экзофтальм или возникает после удаления невриномы слухового нерва. Из-за несмыкания век глазная щель открыта постоянно, в т.ч. во время сна. Это приводит к высыханию роговицы и затем к плохо заживающей язве роговицы.

Лечение: увлажнение роговицы путем закапывания препаратов искусственной слезы (Tears Naturale, Корнерегель) 3-4 раза в день, на ночь закладывается тетрациклиновая мазь и лейкопластырем склеиваются веки, чтобы роговица была прикрыта верхним веком. Иногда приходится сшивать веки. В конъюнкти-

вальную полость закапывают левомецетин 0,3% или альбуцид и облепиховое масло.

Из паразитов, которые любят поражать веки, нам пришлось сталкиваться с дирофиляриями, нередко имитирующими халазион.

Вопросы для самоконтроля.

- 1. Каковы функции век?*
- 2. Что такое блефарит? Клиника, лечение.*
- 3. Что такое ячмень? Клиника, лечение.*
- 4. Что такое халазион? В чем его сходство и различие с ячменем?*
- 5. К каким тяжелым осложнениям может привести лагофтальм?*

КОНЪЮНКТИВИТЫ

Конъюнктивита – это слизистая оболочка глаза, которая выстилает веки с задней стороны и переходит на глазное яблоко вплоть до роговицы. При закрытой глазной щели конъюнктивита образует замкнутую полость, т.е. конъюнктивальный мешок, представляющий собой узкое щелевидное пространство между веками и глазным яблоком. В норме конъюнктивита гладкая, блестящая, прозрачная.

Основные функции конъюнктивиты:

1. Защита глаза. При попадании инородного тела появляется раздражение конъюнктивиты и роговицы, усиливается секреция слезы, учащаются мигательные движения век, в результате чего инородные тела механически удаляются.

2. Секрет добавочных слезных желез конъюнктивиты постоянно смачивает поверхность роговицы, сохраняя ее прозрачность.

3. Секрет конъюнктивиты богат защитными элементами: лизоцим, лактоферрин, иммуноглобулины.

Среди заболеваний конъюнктивиты основное место занимают воспалительные заболевания – конъюнктивиты.

Конъюнктивит – это воспалительная реакция конъюнктивиты на различные воздействия, характеризующаяся гиперемией и отеком слизистой оболочки, появлением серозного или гнойного отделяемого, образованием сосочков или фолликулов.

Покраснение глаза – всегда тревожный сигнал, общий для многих глазных заболеваний (конъюнктивит, заболевания роговицы, радужки и цилиарного тела, острый приступ глаукомы, травма глаза и т.д. Поэтому начинающему окулисту при постановке диагноза конъюнктивиты необходимо исключить другие заболевания, сопровождающиеся покраснением глаза!

Конъюнктивиты подразделяются на три группы:

1. Инфекционные (бактериальные, вирусные, хламидийные).
2. Аллергические (поллинозные, лекарственные, аллергические).
3. Дистрофические (пингвекула, птеригиум, сухой кератоконъюнктивит или болезнь Сьегрена).

Инфекционные конъюнктивиты

Любой из широко распространенных возбудителей гнойной инфекции может вызвать конъюнктивит. Наиболее часто это: стафилококки, стрептококки, пневмококки, гонококки, хламидии и др.

Острые конъюнктивиты

Острые конъюнктивиты чаще возникают у детей и подростков и редко у стариков, а хронические – чаще у пожилых людей (грибковые, мейбомиевые, ангулярные).



Рис. 9. Острый бактериальный конъюнктивит.
Обильное гнойное отделяемое в конъюнктивальной полости

Клиника острого конъюнктивита:

1. Заболевание возникает остро и сопровождается выраженными субъективными ощущениями.
2. Поражаются оба глаза (вначале один, а затем процесс распространяется на другой глаз).
3. Утром больной с трудом открывает глаза, т.к. веки склеиваются обильным слизистым или гнойным отделяемым (рис. 9).
4. Слизистая оболочка набухает, теряет прозрачность.
5. Выявляется гиперемия конъюнктивы, склеры и век (рис. 10). Гиперемия конъюнктивы наиболее выражена в сводах, а ближе к лимбу и роговице она уменьшается. При пальпации век гиперемированная конъюнктивка смещается.

Принципы лечения острого конъюнктивита:

1. Накладывать повязку запрещено.



Рис. 10. Острый бактериальный конъюнктивит.
Гиперемия конъюнктивы, склеры и век

2. Частые промывания ваткой, смоченной растворами антисептиков (1:5000 раствор фурациллина или калия перманганата), т.е. туалет век.

3. В конъюнктивальный мешок закапывают растворы антимикробных препаратов, причем в течение первых суток через 1-2 часа, по мере стихания процесса частоту закапываний уменьшают до 3-6 раз в сутки. Мази закладываются на ночь. Курс лечения в среднем 7-10 дней. Если возбудитель неизвестен, то следует использовать следующие препараты:

- Сульфацил-натрий (альбуцид) 10-20%, 0,01% раствор Мирамистина (Россия);
- Гентамицин 0,3%, Тобрекс 0,3%;
- Антибиотики из группы фторхинолонов: Ципромед (Индия), Флоксал капли и мазь (Германия), Окацин (Франция).

В случае подтверждения стафилококковой флоры, кроме перечисленных выше препаратов, можно использовать 0,05%

раствор пиклоксидина (Витабакт, Франция), 1% раствор фузидиевой кислоты (Фуциталмик, Дания).

В случае подтверждения стрептококковой флоры, кроме перечисленных препаратов широкого спектра действия, можно использовать 0,25% раствор хлорамфеникола (глазные капли Левомецетин, Россия). После стихания острого воспаления закапывают растворы глюкокортикостероидов 2-3 раза в день (0,1% Дексаметазон). Можно использовать комбинированные препараты, содержащие ГКС и антибиотики – Макситрол или Эубетал. Вместо ГКС применяют НПВС – 0,1% Диклофенак (Накло-Ф, Франция). Стрептококковые конъюнктивиты часты у ослабленных детей после перенесенной ангины. Эти дети часто наблюдаются у кардиолога.

Хронический неспецифический катаральный конъюнктивит

Заболевание связано с активацией сапрофитов, находящихся в конъюнктивальной полости, вследствие местных и системных факторов: нарушение оттока слезной жидкости, некорригированные аномалии рефракции, заболевания век, неправильное лечение острого конъюнктивита, гиповитаминоз, заболевания ЖКТ, воспаления придаточных пазух.

Клиническая картина:

1. Беспокоит зуд, жжение и ощущение инородного тела.
2. Повышенное зрительное утомление. Симптомы усиливаются к вечеру.

3. По утрам появляется небольшое количество слизистого отделяемого.

4. Характерны умеренная конъюнктивальная инъекция и небольшой отек конъюнктивы, особенно в области переходных складок. Часто «мокрый глаз».

Принципы лечения:

1. Устранить общие и местные факторы воспалительного процесса.

2. В конъюнктивальный мешок 3-4 раза в день закапывают растворы антисептиков, сульфаниламидов или антибиотиков. Препараты следует менять каждые 5-7 дней. Целесообразно использовать следующие препараты:

- 0,25% раствор цинка сульфата (готовится *ex tempore*) или комбинированные глазные капли «Раствор цинка сульфата и борной кислоты» (Россия);
- 0,05% раствор пиклоксидина (глазные капли Витабакт, Франция);
- 0,1% раствор мирамистина (Мирамистин, Россия);
- 10-20% раствор сульфацил-натрия (альбуцид);
- 1% раствор фузидиевой кислоты (Фуциталмик, Дания);
- 0,25% раствор хлорамфеникола (Левомецетин, Россия);
- сосудосуживающие капли (Визин) 1-2 раза в день.

Хронический ангулярный конъюнктивит

Вызывается палочкой Моракса-Аксенфельда. Страдают пожилые люди. **Жалобы:** зуд, жжение, пенное отделяемое у наружных углов глаза. Конъюнктива гиперемизованная, у наружных углов глаза мацерация кожи и пенное отделяемое (рис. 11). **Лечение:** цинковые капли 0,25% 3-4 раза в день, Дикло-Ф 0,5% 3 раза в день.

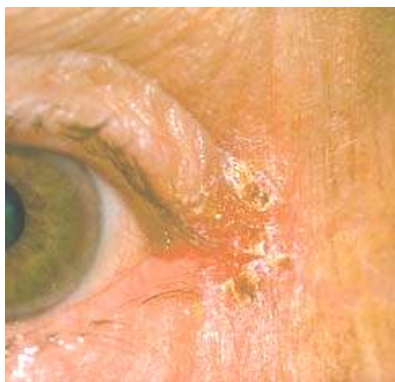


Рис. 11. Хронический ангулярный конъюнктивит

Вирусные конъюнктивиты

Выделяют аденовирусный конъюнктивит и эпидемический кератоконъюнктивит. **Аденовирусный конъюнктивит** встречается часто и протекает в виде эпидемических вспышек. Возбудитель – аденовирусы 3, 5 и 7 серотипов.

Заболевание передается воздушно-капельным путем и обычно возникает в детских коллективах. Инкубационный период 3-10 дней. Начало заболевания острое. Жалобы: головная боль, фарингит и повышение температуры тела, причем они

предшествуют глазным проявлениям. Как правило, сопутствует аденопатия.

1. Конъюнктивит двусторонний.
2. Умеренный отек век (рис. 12), слезотечение, умеренное слизистое отделяемое.



Рис. 12. Аденовирусный конъюнктивит. Отек и гиперемия век

3. Конъюнктива век и переходных складок гиперемизована и отечна с мелкими фолликулами (60%) и точечными кровоизлияниями (33%) (рис. 13).



Рис. 13. Аденовирусный конъюнктивит. Гиперемия и кровоизлияния в слизистую оболочку

4. В тяжелых случаях наблюдаются серые, легко снимаемые пленки.

5. В 30% случаев наблюдаются мелкие точечные эпителиальные инфильтраты роговицы, которые хорошо видны только в свете щелевой лампы. Инфильтраты окрашиваются флюоресцином, но при выздоровлении полностью исчезают.

Лечение:

1. За нижнее веко закладывают 2-3 раза в день 0,25% оксолиновую мазь (Россия) или 0,5% теброфеновую мазь (Россия), 0,5% флореналевую мазь (Россия). Однако эти препараты обладают довольно низкой эффективностью.

2. Одновременно применяют неспецифическую иммунотерапию: частые закапывания (6-8 раз в сутки) интерферона или интерферогенов – полудан (порошок для приготовления глазных капель, Россия) или глазные капли «Актипол» (Россия). Интерферон можно заменить реофероном, он в 1000 раз активнее интерферона (50 тыс. ЕД реоферона на 1 мл растворителя, закапывают 6-10 раз в сутки).

3. При поражении роговицы применяют 20% гель солкосерила или 5% мазь Корнергель. После стихания воспалительного процесса можно назначить 0,1% Накло-Ф или Дикло-Ф.

Эпидемический кератоконъюнктивит. Возбудитель – аденовирус 8 серотипа. Инкубационный период 6-14 дней. Путь передачи инфекции – контактный: через руки, пипетки, инстру-

менты, капли, контактные линзы, поэтому часта внутрибольничная передача инфекции. Начало заболевания острое, в 78% поражаются оба глаза.

Клиника:

1. У 25% вовлекается респираторный тракт.

2. У большинства больных (88%) на 2-3 сутки от начала заболевания определяются увеличенные и болезненные предушные лимфатические железы.

3. Отмечается светобоязнь, слезотечение, выраженный отек век, слизисто-гнойное отделяемое.

4. Конъюнктивит и переходных складок гиперемирована, много мелких поверхностных фолликулов, изредка точечные кровоизлияния. Краснеет конъюнктивит глазного яблока (рис. 14). Чувствительность роговицы снижена.

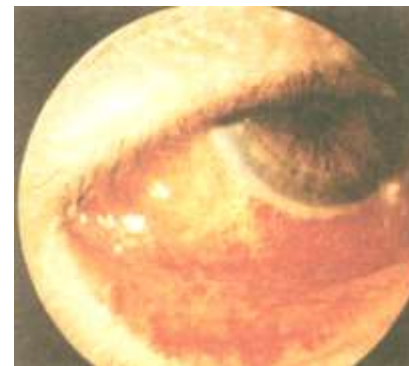


Рис. 14. Эпидемический конъюнктивит

5. Через неделю появляются множественные точечные или монетовидные субэпителиальные инфильтраты (под боуме-

новой оболочкой), которые не окрашиваются флюоресцеином. Инфильтраты хорошо видны при фокальном освещении.

6. Острота зрения, как правило, снижается. Рассасывание инфильтратов происходит очень медленно, несколько месяцев.

Лечение:

1. Закладывают за нижнее веко 2-3 раза в день 0,25% оксолиновую мазь (Россия), 0,5% теброфеновую мазь (Россия), 0,5% флореналевую мазь (Россия). Однако эти препараты обладают довольно низкой эффективностью.

2. Частые закапывания (каждые 2 часа) свежеприготовленного раствора интерферона (Локферон) или интерферонов – Полудан (Россия).

3. При поражении роговицы применяют препараты, улучшающие ее регенерацию: Тауфон 4%, глазной гель солкосерил или актовегина 20%, 5% мазь Корнерегель (Германия), 0,1% капли диклофенака (Накло-Ф или Дикло-Ф) 1-2 раза в день.

4. Стабилизаторы мембран тучных клеток – 2% раствор натрия кромогликата (Лекролин).

5. После стихания воспалительного процесса в течение 5-7 дней закапывают растворы глюкокортикоидов 1-2 раза в день (0,1% раствор дексаметазона). Можно использовать комбинированные препараты, содержащие ГКС и антибиотик, например, глазные капли и мазь «Макситрол» (Бельгия) или Эубетал (Италия).

Хламидийные конъюнктивиты (трахома и паратрахома)

Как трахома, так и паратрахома вызываются разными видами одного и того же возбудителя – *Chlamidia Trachomatis*. Глазные штаммы его (серотипы А, В, Ва, С) приводят к развитию классической трахомы (рис. 15), а генитальные (серотипы D, Е, F, H, I, K), т.е. передающиеся половым путем, – паратрахомы.

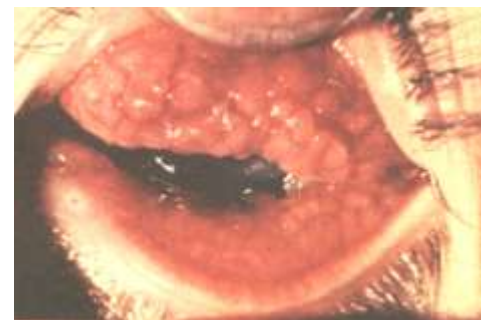


Рис. 15. Острая стадия трахомы

Хламидийный конъюнктивит, или **паратрахома**, или конъюнктивит со включениями, он же бассейновый или банный конъюнктивит – острое инфекционное заболевание конъюнктивы и мочеполовой сферы. Чаще развивается у молодых пациентов в период сексуальной активности. Женщины болеют в 2-3 раза чаще, чем мужчины. Излюбленное место локализации *Chlamidia Trachomatis* – урогениталии, поэтому заболевание передается половым путем. Легко заражаются дети при прохождении родовых путей матери.

Клиника:

1. Инкубационный период 7-10 дней. Течение тяжелое и длительное.

2. Заболевание характеризуется острым, подострым и хроническим течением с периодами обострения и ремиссии.

3. Как правило, заражается один глаз (асимметрично).

4. Отмечается выраженная гиперемия конъюнктивы, преимущественно нижнего века, и отек конъюнктивы переходных складок (рис. 16).

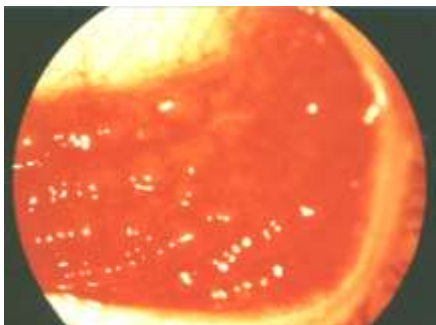


Рис. 16. Хламидийный конъюнктивит. Отек и гиперемия конъюнктивы век и переходных складок

5. Отмечается умеренное слизисто-гнойное отделяемое.

6. В течение первой недели заболевания увеличиваются лимфоузлы на стороне поражения, болезненные при пальпации.

7. Через 2-3 недели появляется гипертрофия сосочков, крупные фолликулы, которые располагаются преимущественно в области нижней переходной складки (рис. 17). Фолликулы вначале располагаются раздельно, потом сливаются в валики.



Рис. 17. Хламидийный конъюнктивит. Фолликулез конъюнктивы век

8. Нередко появляется псевдоптоз вследствие отека и фолликулеза конъюнктивы век.

9. При вывертывании нижнего века получается «двойной выворот» конъюнктивы нижнего века.

10. В области верхнего лимба может наблюдаться микропаннус, но в исходе заболевания рубцовых изменений не наблюдается.

Диагностика:

1. Анамнез (связь с новым партнером).

2. Соскоб с конъюнктивы и окраска по Романовскому-Гимзе с целью выявления включений Провачека-Гильбердштерна. Более надежные результаты дает бактериоскопия хламидий с использованием метода флюоресцирующих антител (МФА). Возможно выявление хламидийного антигена и посредством иммуноферментного анализа (ИФА).

3. Рекомендуется консультация венеролога и (для женщин) гинеколога. Только после подтверждения диагноза начинается лечение. Лечатся оба партнера.

Лечение больных с офтальмохламидиозом представляет сложную задачу, в особенности при сочетании его с урогенитальной патологией. По современным представлениям, оно должно быть комплексным и включать в себя общую, местную и иммунокорректирующую терапию.

1. Местно капли группы фторхинолонов: Окацин 0,3%, Ципромед 0,3% 5-6 раз в день 3-4 недели.

2. Тетрациклиновая мазь 1% 3-5 раз в день или 0,5% эритромициновая мазь до 1 месяца.

3. По показаниям венеролог назначает препараты внутрь (Рулид 150 мг 2 раза в сутки за 30 минут до еды 10 дней, Таривид по 300 мг 2 раза в сутки 10 дней и др.).

4. После лечения необходим повторный лабораторный анализ.

Грибковые конъюнктивиты

Грибковые конъюнктивиты протекают на фоне микозов век и роговицы. Наиболее часто грибковые поражения конъюнктивы развиваются у пациентов, страдающих сахарным диабетом, нарушением иммунитета или у длительно применявших антибактериальные или глюкокортикоидные препараты.

Жалобы:

1. Чувство инородного тела, жжение, постоянно «мокрый глаз».

2. На гиперемизированной конъюнктиве сосочковые разрастания, включения в виде крупинок или инфарктов мейбомиевых желез. Часто – фликтеноподобные образования.

3. На фоне гранулоподобных конъюнктивитов возникает увеличение лимфатических узлов. Нередко сопутствует каналикулит и хронический дакриоцистит. При надавливании на область слезных канальцев выдавливается творожистое отделяемое.

Принципы лечения:

1. Закапывают 4-6 раз в день 2,5% раствор амфотерицина, 5% раствор натамицина или раствор, содержащий в 1 мл 50 тыс. ЕД нистатина (ex tempore). В конъюнктивальный мешок закладывают мазь нистатина 100 тыс. ЕД/г.

2. Системная терапия: внутрь Дифлюкан по 200 мг 1 раз в сутки в течение 1 месяца или Орунгал 200 мг 1 раз в сутки 1 месяц.

Аллергические конъюнктивиты

Это воспалительная реакция конъюнктивы на воздействие аллергенов. **Жалобы:** гиперемия конъюнктивы, отек слизистой век, зуд, образование фолликулов или сосочков (рис. 18).

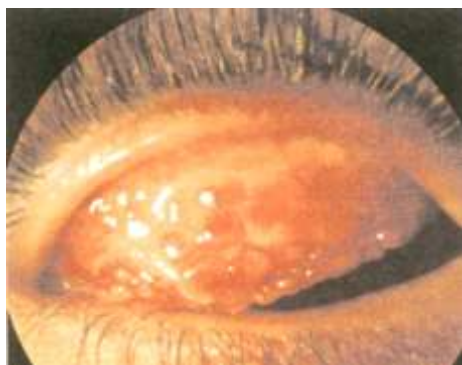


Рис. 18. Аллергический конъюнктивит

Аллергическим конъюнктивитом страдает примерно 15% населения. Аллергический конъюнктивит часто сочетается с дерматитом век, блефаритом (рис. 19), ринитом, бронхиальной астмой.

Диагностика: помогают анамнез и кожные пробы.

Лечение: используют 2 группы лекарств: тормозящие дегрануляцию тучных клеток (Лекролин 2%, Кузикром 4%, Аломид 0,1% 4 раза в сутки) и антигистаминные (Сперсаллерг или Аллергофтал, Аллергодил, Гистимет) в сочетании с сосудосуживающими (Визин) 2 раза в сутки.



Рис. 19. Аллергический (лекарственный) блефароконъюнктивит

Дистрофические заболевания конъюнктивы

В эту группу конъюнктивальных поражений включены три заболевания: синдром сухого глаза (болезнь Сьегрена, сухой кератоконъюнктивит), пингвекула и птеригиум.

Синдром сухого глаза

Это поражение конъюнктивы и роговицы в связи с выраженным уменьшением продукции слезной жидкости и нарушением стабильности слезной пленки.

Слезная пленка состоит из трех слоев. Поверхностный слой – липидный, продуцируемый мейбомиевыми железами. Он препятствует испарению слезы. Средний слой – водный – составляет 90% толщины слезной пленки и формируется за счет основных и добавочных слезных желез. Третий, непосредственно покрывающий эпителий роговицы – муциновый слой, продуцируемый бокаловидными клетками.

Синдром сухого глаза относится к числу широко распространенных заболеваний, особенно в возрасте 70 лет и старше.

Жалобы больных с ССГ:

1. Сухость глаз, чувство инородного тела, жжение и зуд (рис. 20).
2. Наблюдается колебание остроты зрения и зрительной работоспособности в течение дня.



Рис. 20. Синдром сухого глаза, ксероз конъюнктивы

3. Появляются муциновые «нити» (рис. 21), покраснение и локальный отек конъюнктивы глазного яблока с наплыванием на свободный край века.

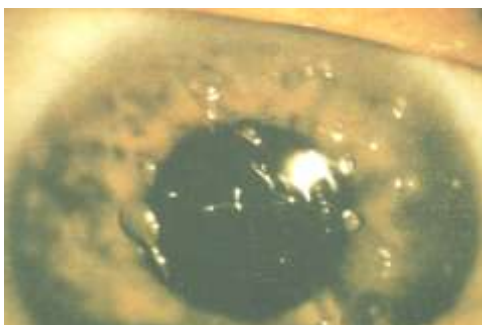


Рис. 21. Синдром сухого глаза. Муциновые нити на роговице

4. Уменьшение секреции слезы, появление дополнительных включений, «загрязняющих» слезную пленку.

5. В тяжелых случаях появляется нитчатый кератит (рис. 22), теряется блеск конъюнктивы и роговицы. Появляются рецидивирующие эрозии роговицы.



Рис. 22. Синдром сухого глаза. Нитчатый кератит

Лечение симптоматическое: препараты искусственной слезы, 20% глазной гель актовегина, солкосерила, Видисик, Офтагель.

Пингвекула

Пингвекула (жировик) – это слегка возвышающееся над конъюнктивой эластичное образование в пределах глазной щели с носовой и височной стороны (рис. 23). Пингвекула – безболезненное образование, но привлекает внимание пациентов. Лечение не требуется, за исключением редких случаев, когда пингвекула периодически воспаляется.

Птериgium

Крыловидная плева, плоская васкуляризированная складка конъюнктивы треугольной формы, нарастающая на роговицу. При приближении головки птеригиума к зрачковому краю птериgium удаляется.



Рис. 23. Пингвекула конъюнктивы

Вопросы для самоконтроля.

- 1. Функции конъюнктивы.*
- 2. Общие клинические проявления острого конъюнктивита.*
- 3. Принципы лечения острого конъюнктивита.*
- 4. Чем отличается эпидемический конъюнктивит от аденовирусного?*
- 5. Клиника и лечение хламидийного конъюнктивита.*
- 6. Что такое пингвекула и птеригиум?*

ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛЕЗНЫХ ОРГАНОВ

Слезные органы состоят из слезообразующих и слезопроводящих структур (рис. 24). К слезосекреторному аппарату относится слезная железа и ряд добавочных мелких железок, расположенных в сводах конъюнктивального мешка. Слезопроводящие пути включают: слезный ручей, слезное озеро, слезные точки, слезные канальцы, слезный мешок и слезно-носовой канал.

Слезная железа располагается под верхне-наружным краем орбиты в специальном углублении и активно вырабатывает слезу при рефлекторном раздражении роговицы и конъюнктивы, т.е. при попадании инородного тела в глаз, или ярком свете и т.д. Тогда слезы «текут ручьем». В покое, когда нет раздражения I ветви тройничного нерва, слезная железа отдыхает, а работают добавочные железки конъюнктивы глазного яблока. Вместе с бокаловидными клетками и мейбомиевыми железами они выделяют в сутки примерно 1 мл слезы, и этого достаточно для увлажнения роговицы и конъюнктивы. Лишняя жидкость собирается в слезное озеро у внутреннего угла глаза, где начинается слезоотведение через слезные точки, слезные канальцы, потом слезный мешок, и через слезно-носовой канал слеза попадает в нос под нижнюю носовую раковину.

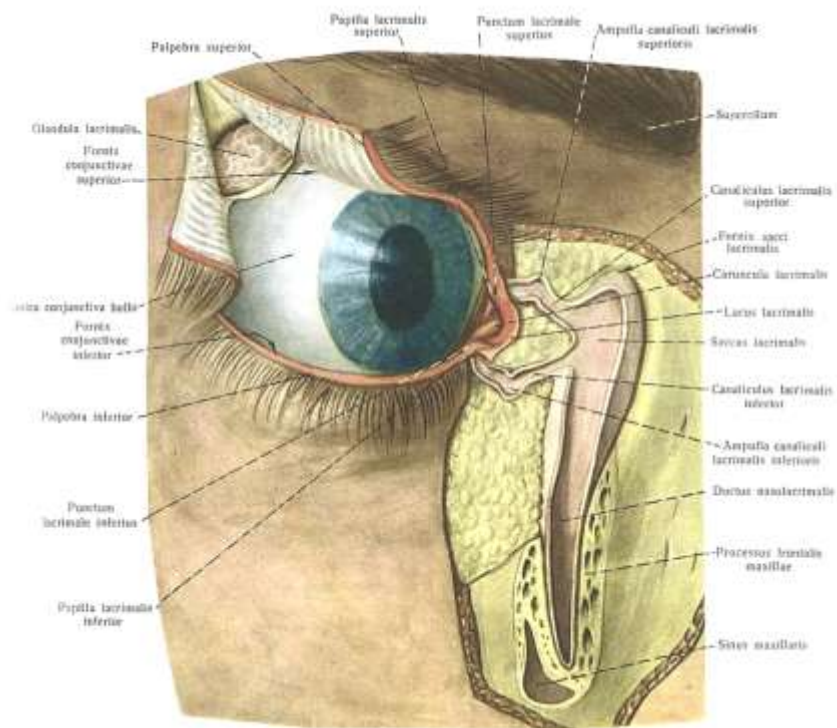


Рис. 24. Строение слезных органов

На врачебных приемах две категории больных – с жалобами на слезотечение (если слеза не может попасть в нос) или на сухость глаза (ССГ), когда мало вырабатывается слезы, а это бывает при выключении добавочных железок: при ожогах конъюнктивы, рубцовых изменениях, при атрофических процессах конъюнктивы, при хронических конъюнктивитах и длительном лечении ГКС.

Исследования слезоотводящих путей

Канальцевая проба проводится с целью исследования присасывающей функции слезных точек, канальцев и слезного мешка. В норме одна капля 3% колларгола, введенная в конъюнктивальную полость, быстро всасывается и через 5 минут оказывается в носу, о чем свидетельствует окрашивание ватной турунды, введенной в нос. Проба считается замедленной, если турунда окрасится через 6-20 минут. Это активная проба.

Пассивная проба – это промывание слезно-носового канала с помощью шприца с затупленным концом иглы раствором фурациллина под небольшим напором. Если слезные пути проходимы, раствор фурациллина окажется в носу.

Заболевания слезных органов

Дакриоцистит

Это воспаление слезного мешка. Может быть острым и хроническим. Острый дакриоцистит чаще развивается на почве хронического и представляет собой гнойное расплавление стенок слезного мешка. При переходе воспалительного процесса на окружающую клетчатку развивается флегмона слезного мешка.

При остром дакриоцистите наблюдается болезненная припухлость и резкое покраснение кожи в области слезного мешка (рис. 25). Веки отечные, глазная щель сужена или закрыта. Припухлость в области слезного мешка плотная, через не-

сколько дней становится мягче, кожа над ней желтеет и формируется абсцесс, который вскрывается. После этого воспалительные явления стихают.



Рис. 25. Острый дакриоцистит

Лечение: местно – УВЧ-терапия, капли Ципромед 0,3% или Витабакт 0,05%. Внутримышечно – инъекции бензилпенициллина 300 тыс. ЕД 4 раза в сутки или гентамицина 40 мг 2 раза в сутки до вскрытия абсцесса. В последующем хирургическое лечение – дакриоцисториностомия.

Возможные осложнения дакриоцистита – кератит и флегмона слезного мешка.

Дакриоцистит новорожденных

При рождении ребенка и его первом крике слезно-носовой канал освобождается от желатинозной пробки (или пленки). Иногда желатинозная пленка остается и получается как бы слепой мешок. Начинается дакриоцистит с гнойным отделяемым в конъюнктивальную полость.

Лечение:

1. Толчкообразный массаж пальцем, смазанным стерильным вазелином, сверху вниз в области слезного мешка 2-3 дня
2. При отсутствии эффекта – промывание слезно-носового канала.
3. При отсутствии эффекта и от этого – зондирование слезно-носового канала тонким боуменовским зондом № 1-2 с последующим промыванием слезно-носового канала. Эти процедуры эффективны до 3-4 месяцев. В последующем приходится делать дакриоцисториностомию.

Вопросы для самоконтроля.

1. *Что представляет собой слезопroduцирующий и слезоотводящий аппарат?*
2. *Каковы причины слезостояния, слезотечения?*
3. *Как проводится канальцевая проба?*
4. *Какие осложнения возможны при хроническом дакриоцистите?*
5. *С чего начинают лечение дакриоцистита новорожденных?*

Литература

1. Азнабаев М.Т., Мельханов В.Б., Латыпова Э.А., Шевчук Н.Е. Хламидийный конъюнктивит. 2003. – 132 с.
2. Алексеев В.Н., Садков В.И., Куглеев М.А. и др. Вопросы офтальмологии в практике семейного врача. М., 2001. – 96 с.
3. Глазные болезни / Под ред. В.Г. Копаевой. М., 2002. – С. 153-181.
4. Должич Г.И. Глазные болезни в вопросах и ответах. – Ростов-на-Дону, 2000.
5. Егоров Е.А., Астахов Ю.С., Ставицкая Т.В. Офтальмофармакология. М., 2004. – С. 293-370.
6. Забегайло А.О., Полуниин Г.С., Полунина Е.Г., Каспарова Е.А. Современные представления о блефароконъюнктивальной форме синдрома сухого глаза // Вестн. Офтальмол. – 2007. - № 2. – С. 49-53.
7. Майчук Ю.Ф. Аллергические заболевания глаз. М.: «Медицина», 1983. – С. 223.
8. Майчук Ю.Ф. Вирусные заболевания глаза. М.: «Медицина», 1980. – С. 163-187.
9. Морозов В.И., Яковлева А.А. Фармакотерапия глазных болезней: Справочник. М.: «Медицина», 2004.
10. Офтальмология. Учебник для ВУЗов / Под ред. Сидоренко Е.И. М., 2002. – С. 128-170.
11. Полуниин Г.С., Сафонова Т.Н., Полунина Е.Г. Особенности клинического течения различных форм синдрома сухого глаза – основа для разработки методов лечения // Вестн. Офтальмол. – 2006. - № 5. – С. 17-20.
12. Рациональная фармакотерапия в офтальмологии. Руководство для практикующих врачей / Под ред. Е.А. Егорова. М., 2004. – 954 с.
13. Сомов Е.Е., Бржеский В.В. Краткое руководство по обследованию и лечению больных с синдромом «сухого глаза». СПб., 2003. – 32 с.
14. Терапевтическая офтальмология / Под ред. Краснова М.Л., Шутьпиной Н.Б. М., 1985. – С. 96-131.
15. Черкунов Б.Ф. Болезни слезных органов. Н. Новгород, 2001. – 296 с.

Дифференциальная диагностика некоторых острых заболеваний глаза

Клинический признак	Острый конъюнктивит	Острый иридоциклит	Острый приступ глаукомы
Боль в глазу	Не характерна	Умеренная	Резко выражена
Острота зрения	Не изменена	Не изменена или умеренно снижена	Резко снижена
Цилиарная болезненность	Нет	Выраженная	Нет
Начало	Острое	Подострое	Внезапное
Отделяемое	Обильное	Нет	Нет
Инъекция глазного яблока	Поверхностная	Глубокая	Застойная, выраженная
Среды	Прозрачные	Преципитаты, экссудат	Отек роговицы
Глубина ПК	Средняя	Средняя	Мелкая
Радужка	Не изменена	Отек, гиперемия, изменение цвета	Часто секторальная атрофия
Зрачок	Не изменен	Миоз, изменение формы, задние синехии	Мидриаз, нет реакции на свет
ВГД	Норма	Норма или гипотония	Высокое
Изменение общего состояния	Нет	Нет	Головная боль, рвота, повышение АД

Сравнительная характеристика конъюнктивитов различной этиологии

Глазные проявления конъюнктивитов	Этиология конъюнктивитов		
	Вирусные	Аллергические	Бактериальные
Поражение одного или обоих глаз	Оба глаза	Чаще оба глаза	Чаще оба глаза
Региональная аденопатия	Да, болезненные	Нет	Нет
Отек век	Умеренный	Разной степени	Разной степени
Отделяемое	Серозное	Серозное	Гнойное
Образование пленок	Есть	Нет	Нет
Фолликулы	Мелкие	Разной величины	Нет