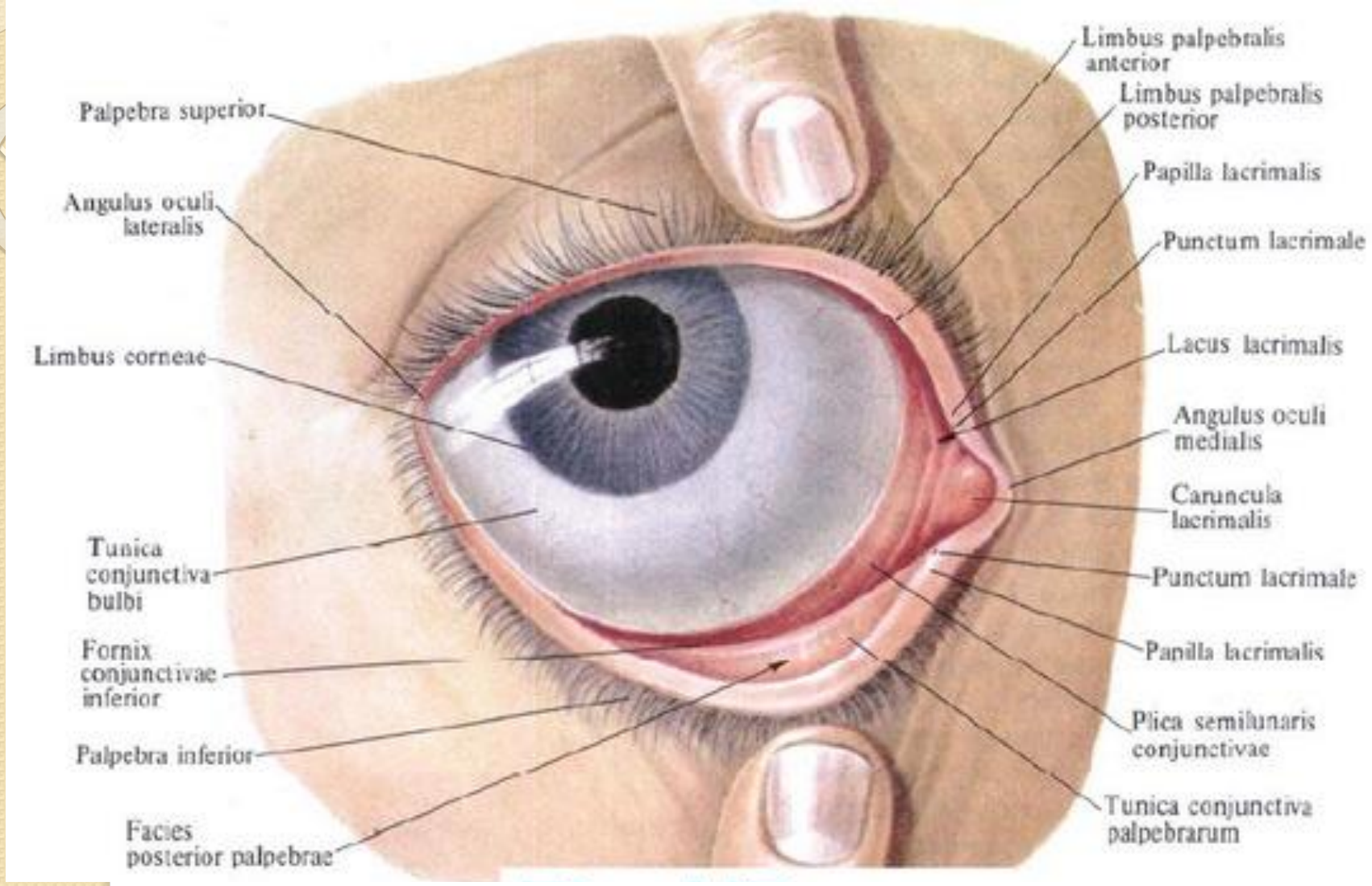
Заболевания КОНЪЮНКТИВЫ. Заболевания век, слезного аппарата

Строение конъюнктивы

- Конъюнктива – это слизистая оболочка глаза, которая выстилает веки с задней стороны и переходит на глазное яблоко вплоть до роговицы и, таким образом, соединяет веко с глазным яблоком. При закрытой глазной щели конъюнктива образует замкнутую полость, т.е. конъюнктивальный мешок, представляющий собой узкое щелевидное пространство между веками и глазным яблоком.
- В норме конъюнктива гладкая, блестящая.
- Отделы конъюнктивы: Конъюнктива век, Конъюнктива глазного яблока, Конъюнктива переходных складок.

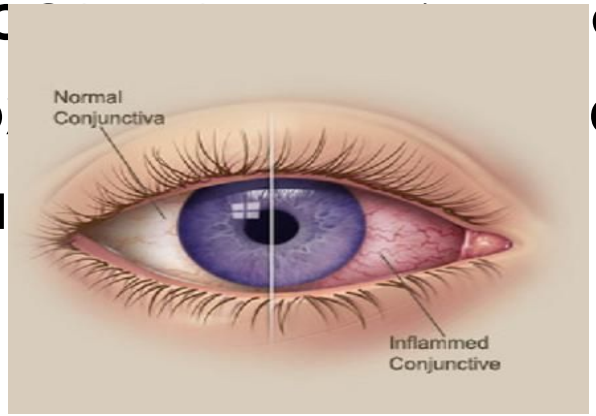

Palpebra superior
Angulus oculi lateralis
Limbus corneae
Tunica conjunctiva bulbi
Fornix conjunctivae inferior
Palpebra inferior
Facies posterior palpebrae
Limbus palpebralis anterior
Limbus palpebralis posterior
Papilla lacrimalis
Punctum lacrimale
Lacus lacrimalis
Angulus oculi medialis
Caruncula lacrimalis
Punctum lacrimale
Papilla lacrimalis
Plica semilunaris conjunctivae
Tunica conjunctiva palpebrarum

Основные функции конъюнктивы:

- 1. Защита глаза. При попадании инородного тела появляется раздражение конъюнктивы, усиливается секреция слезы, учащаются мигательные движения век, в результате чего инородные тела механически удаляются.
- 2. Секрет конъюнктивального мешка постоянно смачивает поверхность глазного яблока, способствует сохранению прозрачности увлажненной роговицы.
- 3. Секрет конъюнктивы богат защитными элементами: лизоцим, лактоферрин, иммуноглобулины.

Заболевания конъюнктивы

- Среди заболеваний конъюнктивы основное место занимают воспалительные болезни.
- Конъюнктивит – это воспалительная реакция конъюнктивы на различные воздействия, характеризующаяся гиперемией и отеком слизистой оболочки, отеком и зудом век, отделяемым с конъюнктивы, образованием на ней со фолликулов; иногда сопрово ением роговицы с нарушен



Группы заболеваний конъюнктивы

- 1. Инфекционные конъюнктивиты

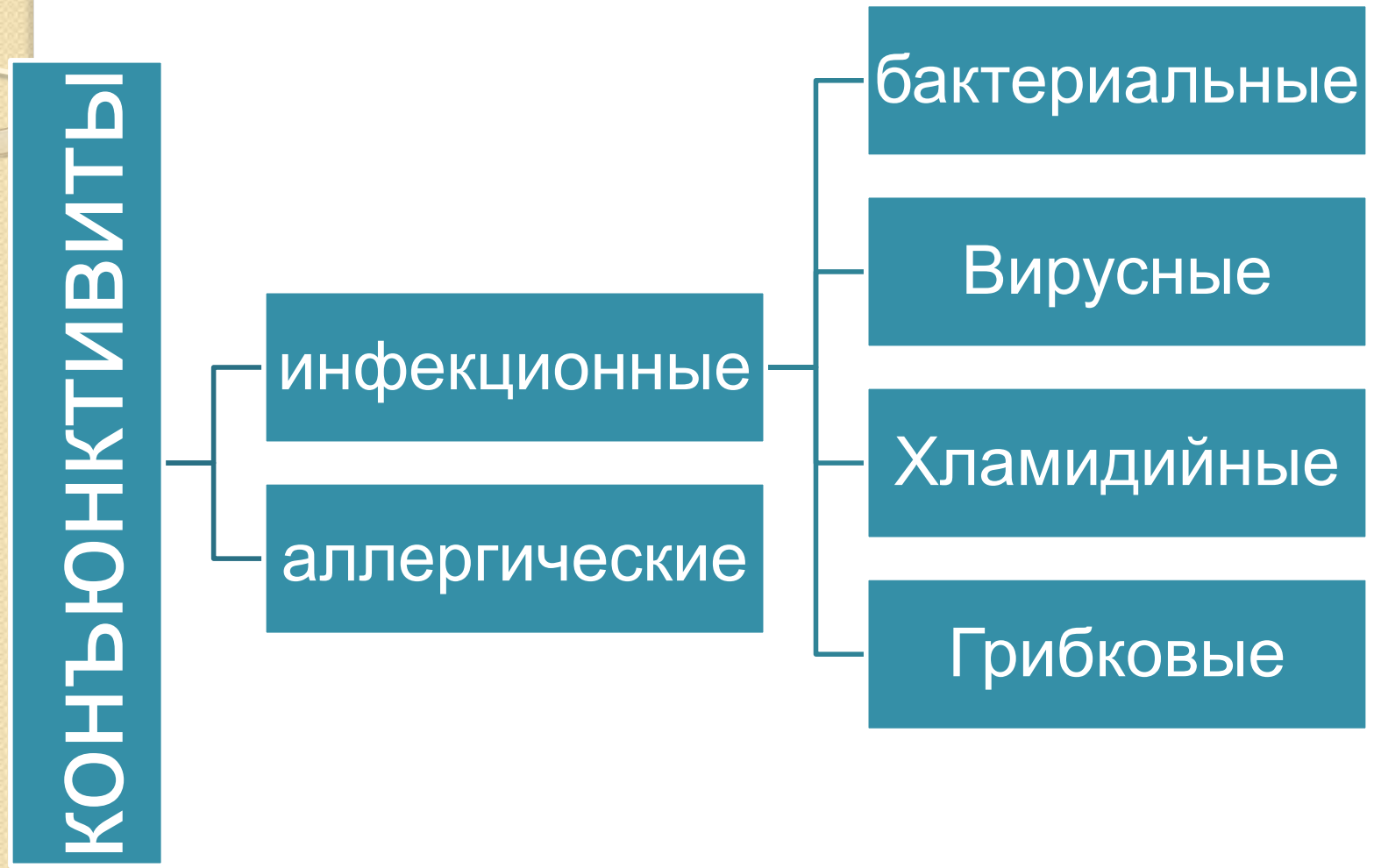
  1.1 бактериальные (острый и хронический неспецифический катаральный, дифтерийный, пневмококковый, гонококковый – гонобленнорея)

  1.2 вирусные (аденовирусный, эпидемический кератоконъюнктивит, эпидемический геморрагический, герпетический)

  1.3 хламидийные (трахома, паратрахома)

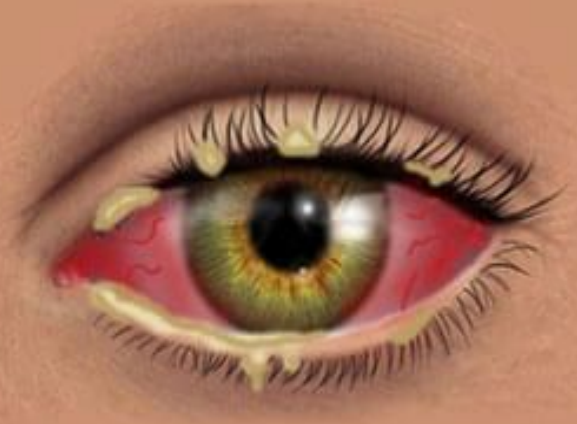
  1.4 грибковые

- 2. Аллергические конъюнктивиты (поллинозные, лекарственные, аллергические, весенний катар).
- 3. Дистрофические заболевания конъюнктивы (пингвекула, птеригиум, сухой кератоконъюнктивит или синдром сухого глаза).


КОНЪЮНКТИВИТЫ
инфекционные
аллергические
бактериальные
Вирусные
Хламидийные
Грибковые

ЗДОРОВЫЙ ГЛАЗ

БАКТЕРИАЛЬНЫЙ КОНЪЮНКТИВИТ



ВИРУСНЫЙ КОНЪЮНКТИВИТ

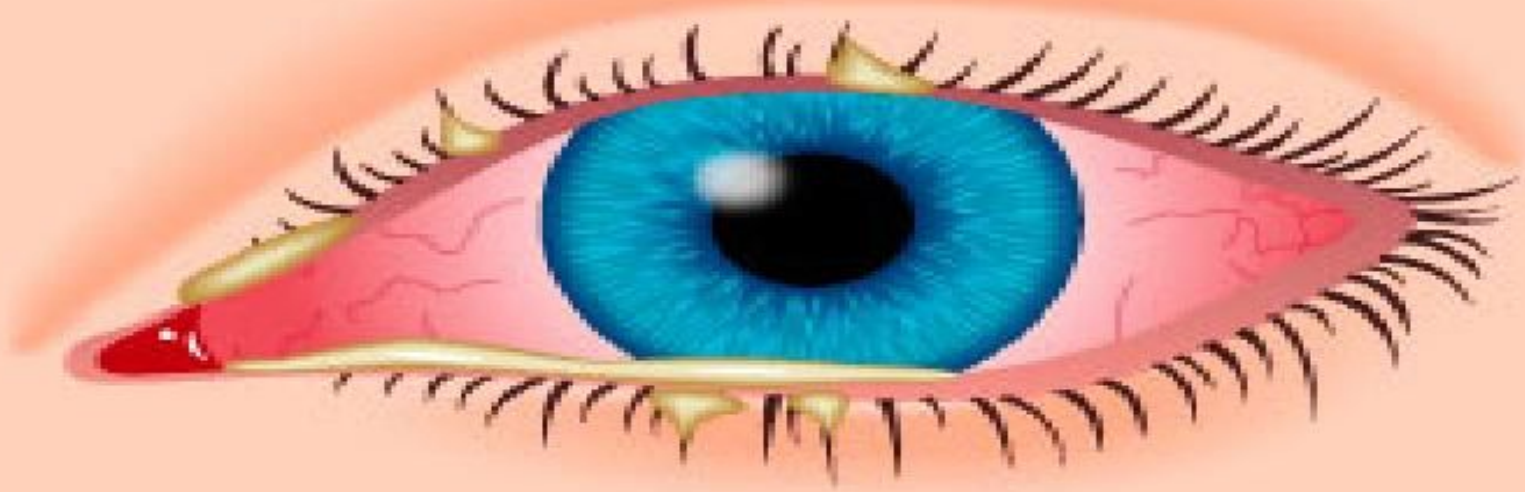
АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ КОНЪЮНКТИВИТ

1. Инфекционные конъюнктивиты

- 1.1 Бактериальные
- Любой из широко распространенных возбудителей гнойной инфекции может вызвать конъюнктивит. Кокки, прежде всего, стафилококки, стрептококки являются наиболее частой причиной развития неспецифического катарального конъюнктивита. Наиболее опасными возбудителями являются синегнойная палочка, гонококк (поражение роговицы).
- По течению: острый и хронический. Хронический развивается медленно, с периодами улучшения, жалобы на светобоязнь, легкое раздражение, быстрая утомляемость, конъюнктива умеренно гиперемирована, по краю век засохшие корочки. Конъюнктивит может быть связан с заболеванием носоглотки, отитом, синуситом.

Клиника острого неспецифического катарального конъюнктивита, вызываемого стафилококком

- 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
- 4. Слизистая оболочка набухает, теряет прозрачность.
- 5. Выявляется гиперемия конъюнктивы, склеры и век
- Гиперемия конъюнктивы наиболее выражена в сводах, а ближе к лимбу и роговице она уменьшается.



Бактериальный конъюнктивит

Красный глаз с липким желтым или желто-зеленым выделением. Веки могут слипаться. Может затрагивать оба глаза. Обычно распространяется контактным способом.

Принципы лечения острого конъюнктивита:

- 1. Накладывать повязку запрещено.
- 2. *Если возбудитель не установлен*
- – 0,01% р-р (мирамистин);
- – антибиотики из группы фторхинолонов: ципрофлоксацин (0,3% р-р или мазь) *или* макролидов (1% эритромициновая мазь); *или* тетрациклинов (1% тетрациклиновая мазь).
- 3. Если возбудитель стафилококк: аминогликозиды: гентамицин (0,3% р-р); или тобрамицин (0,3% р-р, мазь); или
- – фузидовая кислота (1% р-р).

Хронический неспецифический катаральный конъюнктивит

- Заболевание связано с активацией сапрофитов, находящихся в конъюнктивальной полости, вследствие местных и системных факторов: нарушение оттока слезной жидкости, некорригированные аномали

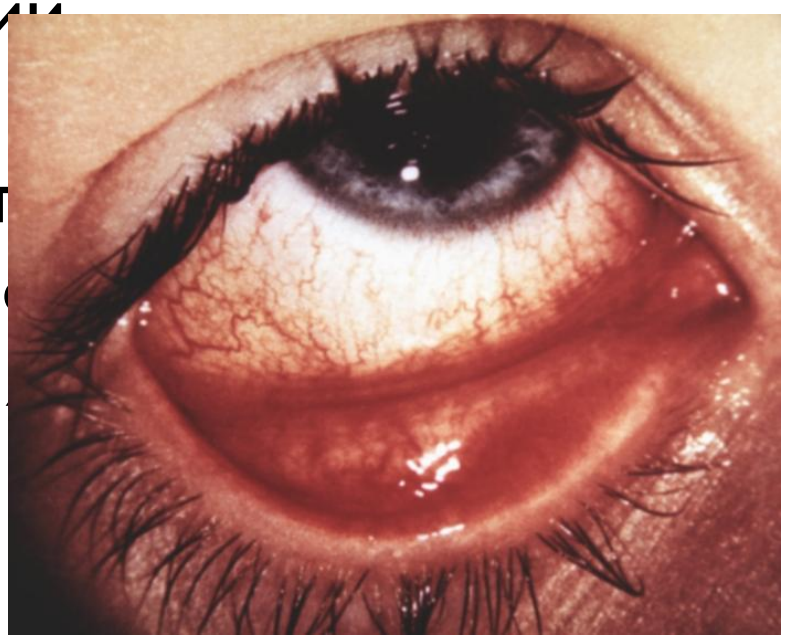
рефракции, заболевания век,

неправильное лечение остро

конъюнктивита, гиповитамин

заболевания ЖКТ, воспалени

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 небольшой отек конъюнктивы, особенно в области переходных складок.

Принципы лечения хронического катарального конъюнктивита

- 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 1-2 недели.

Целесообразно использовать следующие препараты:

- – 0,25% раствор цинка сульфата – 0,05% раствор пиклоксидина (глазные капли Витабакт)
- – 0,1% раствор мирамистина
- – 10-20% раствор сульфацил-натрия (альбуцид)
- – 1% раствор фузидиевой кислоты
- – сосудосуживающие капли (Визин) 1-2 раза в день

Дифтерийный конъюнктивит

- Появление на конъюнктиве век трудно снимаемых сероватых пленок, веки плотные, отечные, из глазной щели выделяется мутная жидкость с хлопьями, отделение пленок сопровождается кровотечением, а после некротизации пораженных участков могут образоваться рубцы.
- Больного изолируют в инфекционное отделен и проводят лечение по терапии дифтерии.

Дифтерийный конъюнктивит

Гонококковый коньюнктивит

Гонококковый конъюнктивит может развиться

у взрослых, страдающих гонореей мочеполовых путей,

в результате заноса инфекции в конъюнктивальную

полость, у лиц, находящихся в контакте с больными, при несоблюдении ими правил гигиены (прямой генитально-глазной контакт или передача гениталии – рука–глаз). Новорождённые инфицируются в основном в момент прохождения через родовые пути матери, болеющей гонореей.

- Острый гнойный конъюнктивит характеризуется быстрым

прогрессированием. Сначала поражается один глаз. Веки отёчные, отделяемое обильное, гнойное, конъюнктива резко гиперемирована, ярко-красная, раздражённая, собирается в выпячивающиеся складки. Нередко отмечается резкий отёк конъюнктивы склеры (хемоз). Кератит развивается в 15–40% случаев, сначала поверхностный, затем развивается язва роговицы, которая может привести к перфорации роговицы уже через 1–2 дня.

Гонобленнорея новорожденных

- Развивается на 2-5 день после рождения. Отечные синюшно-багровые веки почти невозможно открыть для осмотра глаза. При надавливании из глазной щели изливается кровянисто-гнойное отделяемое. Опасность заключается в поражении роговицы вплоть до гибели глаза.
- Лечение:
- Антибиотики:

пенициллины, цефалоспорины,

фторхинолоны, эритримициновая мазь

- 0,01% (мирамистин);

Острый эпидемический конъюнктивит

- Возбудитель –палочка Коха–Уикса. Заболевание передаётся контактным путём. Переносчиком являются мухи. Инкубационный период – от нескольких часов до 1–2 дней.
- При осмотре виден выраженный отёк и гиперемия конъюнктивы глазного яблока и нижней переходной складки, в ней отмечаются полиморфные кровоизлияния; вследствие выраженного отёка, в просвете глазной щели конъюнктива глазного яблока выглядит в виде двух треугольников, обращённых основанием к лимбу. В первые дни отмечается скудное слизистое отделяемое, склеивающее ресницы, – больной не может открыть веки. Затем отделяемое становится обильным и гнойным (как при гонорейном конъюнктивите), иногда на конъюнктиве век появляются нежные легко снимающиеся плёнки (напоминающие дифтерию).

Острый эпидемический конъюнктивит

- Лечение: сульфацетамид (10–20% р-р) или сульфаметоксипиридазин (10%
- р-р); тобрамицин (0,3% р-р или мазь).

1.2 Вирусные конъюнктивиты

Вирусные конъюнктивиты встречаются часто и протекают в виде эпидемических вспышек.

Аденовирусы вызывают две клинические формы поражения глаз:

- эпидемический кератоконъюнктивит (более тяжелое течение, поражение роговицы)
- аденовирусный конъюнктивит

Вирусный конъюнктивит

При нем всегда происходит поскаснение глаз. Внешние признаки: краснота, зуд, слезотечение. Может поражать один или оба глаза. Контагиозен.

Эпидемический кератоконъюнктивит

- это госпитальная инфекция, более 70% больных заражаются в медицинских учреждениях. Источник инфекции – больной кератоконъюнктивитом.
- Распространение контактным путем. Факторы передачи: инфицированные руки медперсонала, глазные капли многократного использования, инструменты, приборы, глазные протезы, контактные линзы.
- Инкубационный период 4-7 дней
- Начало заболевания острое, поражение сначала одного глаза, затем второго.

Клиника Эпидемического кератоконъюнктивита

- Жалобы: резь, ощущение инородного тела в глазу, слезотечение. Веки отечны, конъюнктива век умеренно гиперемирована, инфильтрация нижней переходной складки, точечные кровоизлияния.
- Через 5-9 дней появление характерных точечных инфильтратов под эпителием роговицы. При большом числе инфильтратов в центральной зоне роговицы зрение снижается.
- Региональная аденопатия – увеличение и болезненность околоушных лимфатических узлов на 1-2 день заболевания.

Аденовирусный конъюнктивит (фарингоконъюнктивальная лихорадка)

- Это заболевание характеризуется триадой проявлений - лихорадка, фарингит и негнойный фолликулярный конъюнктивит.
- Возбудитель болезни - аденовирусы 3, 5 и 7-го серотипов.
- Конъюнктивит обычно начинается сначала на одном глазу, а через 2-3 дня в процесс вовлекается и другой глаз. Появляются отек век, гиперемия и необильное слизистое или слизисто-гнойное отделяемое. Гиперемия захватывает все отделы конъюнктивы, распространяется на полулунную складку и слезное мясцо, но особенно сильно выражена в нижней переходной складке. Конъюнктивит может проявляться в виде катаральной, пленчатой и фолликулярной форм.

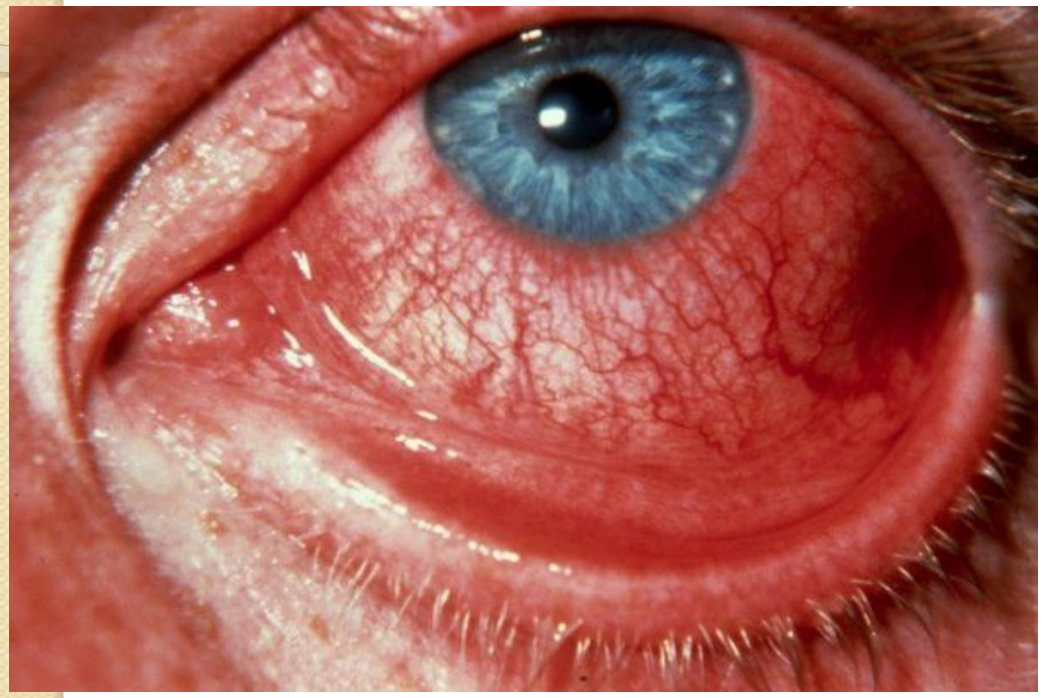
Аденовирусный конъюнктивит (фарингоконъюнктивальная лихорадка)

- Заболевание обычно возникает в детских коллективах, передается воздушно-капельным путем. Инкубационный период 3-10 дней. Длительность – 2 недели.
- Жалобы: головная боль, повышение температуры тела, причем они предшествуют глазным проявлениям. Конъюнктива гиперемирована и инфильтрирована умеренно, мелкие фолликулы, иногда точечные кровоизлияния. У половины больных-региональная аденопатия околоушных лимфатических узлов.

Эпидемический геморрагический конъюнктивит

- Возбудитель энтеровирус, РНК- содержащий.
- Клиническая картина. Заболевание начинается остро с сильной рези в глазах и светобоязни.
- При осмотре: отёк век, инфильтрация конъюнктивы, отдельные фолликулы на нижней переходной складке. Умеренное слизистое или слизисто-гнойное отделяемое. Типичны кровоизлияния в ткань конъюнктивы. Вторым патогномоничным признаком является появление на конъюнктиве мелких белых или желтоватых пятен (закупоривающие выводные протоки слизистых или добавочных слёзных желёз некротизированные клетки).

Эпидемический геморрагический конъюнктивит



Лечение вирусных конъюнктивитов

- 1. Закладывают за нижнее веко 2-3 раза в день 0,25% оксолиновую мазь 0,5% теброфеновую мазь 0,5% флореналевую мазь). Однако эти препараты обладают довольно низкой эффективностью.
- 2. Частые закапывания (каждые 2 часа) свежеприготовленного раствора интерферона (Локферон) или интерфероногенов – Полудан
- 3. При поражении роговицы применяют препараты, улучшающие ее регенерацию: Тауфон 4%, глазной гель солкосерила 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).

Грибковые конъюнктивиты

- Грибки внедряются в ткани глаза из окружающей среды или заносятся из микотических очагов на коже и слизистых оболочках, реже – гематогенно. Большое значение для внедрения грибковой инфекции в ткани глаза имеют поверхностные повреждения роговицы и конъюнктивы.
- По характеру воспаления: Гранулематозные, Экссудативные.
- Общий симптом для гранулематозных конъюнктивитов – увеличение лимфоузлов. Узлы могут нагнаиваться, в гное содержатся грибки.
- Экссудативный
- На гиперемированной конъюнктиве век появляется псевдомембранозный налёт.
- При внеглазной локализации воспалительного процесса может развиться аллергический конъюнктивит.

Лечение грибковых коньюнктивитов

- в конъюнктивальную полость 3–6 раз в день закапывают раствор, содержащий 3–8 мг/мл амфотерицина
- внутрь флуконазол по 200 мг/сут 1 раз в день; в первый день дозу увеличивают в 2 раза

Аллергические конъюнктивиты

- Это воспалительная реакция конъюнктивы на воздействие аллергенов. Жалобы: гиперемия конъюнктивы, отек слизистой век, зуд, образование фолликулов или сосочков
- Аллергическим конъюнктивитом страдает примерной 15% населения. Аллергический конъюнктивит часто сочетается с дерматитом век, блефаритом , 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.

Весенний катар

- Заболевание возникает при повышенной чувствительности к ультрафиолетовым лучам (аллергическая реакция замедленного типа), развивается у детей в возрасте 5–12 лет (чаще у мальчиков) и имеет преимущественно хроническое и упорное течение.

- Клиника: сосочковые разрастания на конъюнктиве хряща верхнего века (конъюнктивальная форма), обычно мелкие. Реже сосочковые разрастания располагаются вдоль лимба (лимбальная форма)

Лекарственный аллергический конъюнктивит

- Заболевание может возникнуть остро (в течение первого часа после применения любого ЛС) – острый аллергический конъюнктивит или отёк конъюнктивы и подостро (в течение первых суток после применения ЛС). Наиболее часто (в 90% случаев) лекарственный конъюнктивит возникает при длительном лечении (несколько дней или недель). Аллергическая реакция может развиться как на ЛС, так и консервант глазн

- Клиника: гиперемия, отек век, слезотечение, при хроническом воспалении сильный зуд век

Поллиноз (сенной конъюнктивит)

- Поллинозные конъюнктивиты – сезонные аллергические заболевания глаз, вызываемые пыльцой в период цветения трав, злаковых, деревьев. Поллиноз относится к группе экзоаллергических заболеваний, протекающих по немедленному типу. Воспаление слизистой глаз может сочетаться с поражением верхних дыхательных путей, кожи, ЖКТ, различных отделов нервной системы или других органов.
- Клиника: острое начало, нестерпимый зуд век, жжение под веками, светобоязнь, слезотечение, сильно выраженный отек и гиперемия конъюнктивы, появляется прозрачное, слизистое, густое нитчатое от-деляемое.

Рис. 3. Острый поллинозный сезонный конъюнктивит

Рис. 4. Весенний кератоконъюнктивит

Гиперпапиллярный конъюнктивит

- Заболевание возникает при существовании длительного контакта конъюнктивы верхнего века с инородным телом (контактные линзы, глазные протезы, швы после экстракции катаракты или кератопластики).
- Клиническая картина. Больные жалуются на зуд и слизистое отделяемое, в тяжёлых случаях появляется птоз. При осмотре выявляют гигантские (
) сосочки конъюнктивы ве

Дистрофические заболевания конъюнктивы

- В эту группу конъюнктивальных поражений включены три заболевания: синдром сухого глаза (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 железками. 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 синдромом сухого глаза

- 1. Сухость глаз, чувство инородного тела, жжение и зуд, резь, светобоязнь, плохая переносимость ветра, дыма
- 2. Все явления ухудшаются к вечеру

3. Расширенные сосуды конъюнктивы склеры

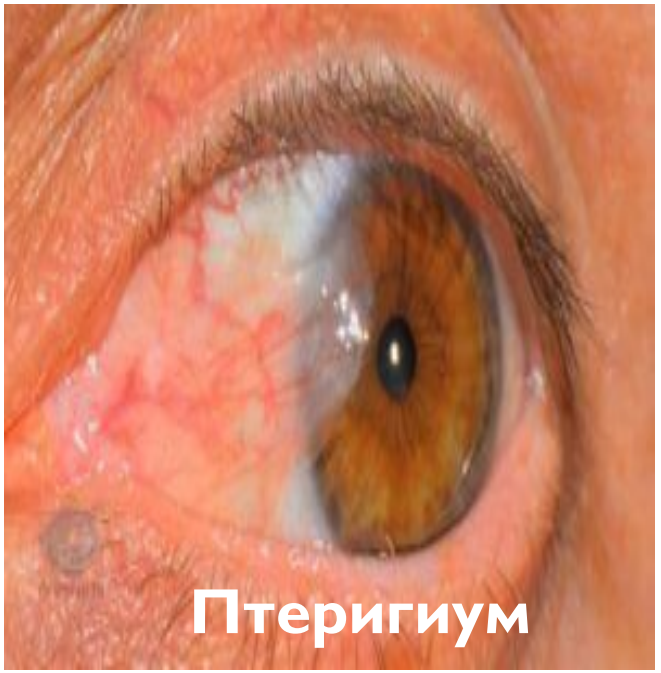
- 4. Уменьшение секреции слезы, появление дополнительных хлопьевидных включений, «загрязняющих» слезную пленку.
- 5. В тяжелых случаях появляется нитчатый кератит теряется блеск конъюнктивы и роговицы. Появляются рецидивирующие эрозии роговицы.
- Лечение: Слезозаместительная терапия- в виде капель без консервантов; в виде геля – Видисик, Офтагель.

ВИЖУ

Пингвекула и Птеригиум

- Пингвенкула - слегка возвышающиеся над конъюнктивой эластичное образование неправильной формы, располагающиеся в нескольких мм от лимба в пределах глазной щели. Обычно возникает у пожилых людей симметрично на обоих глазах. Болезненных ощущений не вызывает. Лечение не требуется.
- Птеригиум – плоская поверхностная васкуляризированная складка конъюнктивы треугольной формы, нарастающая на роговицу. Факторы раздражения, ветер, пыль, могут стимулировать рост птеригиума, что приводит к нарушению зрения. Птеригиум медленно продвигается к центру роговицы. Для задержки роста применяют противовоспалительные и антигистаминные средства. Хирургическое лечение: иссечение птеригиума с последующей краевой послойной кератопластикой.

PINGUECULA -->


Птеригиум

Контрольные вопросы:

- Дайте определение «ячмень».
- Основные симптомы конъюнктивита.
- Дакриоцистит – это …