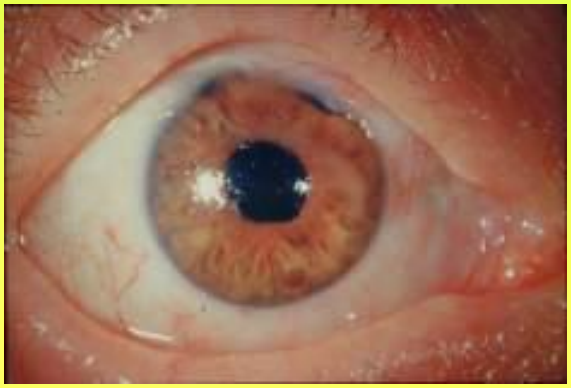
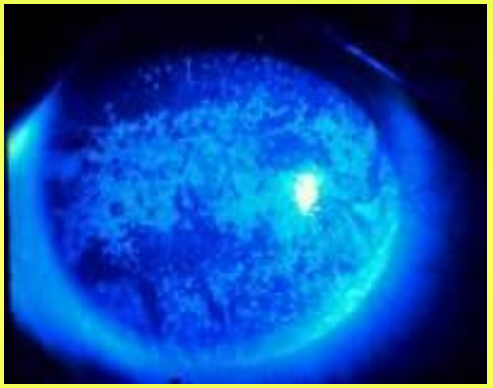
Лекция 5

СИНДРОМ «КРАСНОГО ГЛАЗА»

- КЕРАТИТЫ
- ИРИДОЦИКЛИТЫ

«Сухой» кератоконъюнктивит (синдром «сухого глаза»)





Синдром «сухого глаза» - болезнь цивилизации

1 — дисфункция желез Бехера климактерического генеза;
2 — нарушение эпителиальной мембраны роговицы после перенесенных кератитов или на почве дистрофии роговицы;
3 — «глазной офисный и мониторный» синдромы;
4 — транзиторный синдром “сухого глаза”, вызванный инстилляциями b–адреноблокаторов;
5 — синдром Шегрена;
6 — лагофтальм различной этиологии;
7 — ожоговая болезнь глаза;
8 — хронический мейбомиевый блефарит;
9 — транзиторный синдром “сухого глаза”, вызванный ношением мягких контактных линз;
10 — аутоиммунная и тиреотоксическая офтальмопатия;
11 — транзиторный синдром “сухого глаза”, вызванный длительными инстилляциями кортикостероидов;
12 — нарушение иннервации слезной железы или ее отсутствие;
13 — пемфигус конъюнктивы;
14 — синдром Стивенса—Джонсона

ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА, ПРОВОДИМЫЕ ПО ПОВОДУ АНОМАЛИЙ РЕФРАКЦИИ

Специфические признаки «сухого» кератоконъюнктивита

- плохая переносимость ветра, кондиционированного воздуха (особенно при использовании тепловентиляторов) и дыма. Зачастую даже кратковременное пребывание больного в “накуренном” помещении приводит к быстрому развитию у него зрительного дискомфорта, который и после смены обстановки может сохраняться в течение нескольких часов;
- ощущение сухости в глазу;
- появление конъюнктивального отделяемого в виде «слизистых нитей».

Неспецифические признаки «сухого» кератоконъюнктивита

- ощущение инородного тела в конъюнктивальной полости;
- ощущение рези и жжения в глазу;
- ухудшение зрительной работоспособности к вечеру;
- светобоязнь;
- слезотечение (при легкой форме ксероза); медленное разлипание конъюнктивы век и глазного яблока (при оттягивании нижнего века);
- «вялая» гиперемия конъюнктивы.

Отмечается также негативная реакция на закапывание в конъюнктивальную полость индифферентных капель (0,25 % раствор левомицетина, 0,1% раствор дексаметазона и др.) в виде боли, жжения или рези в глазу.

Препараты «искусственной слезы»

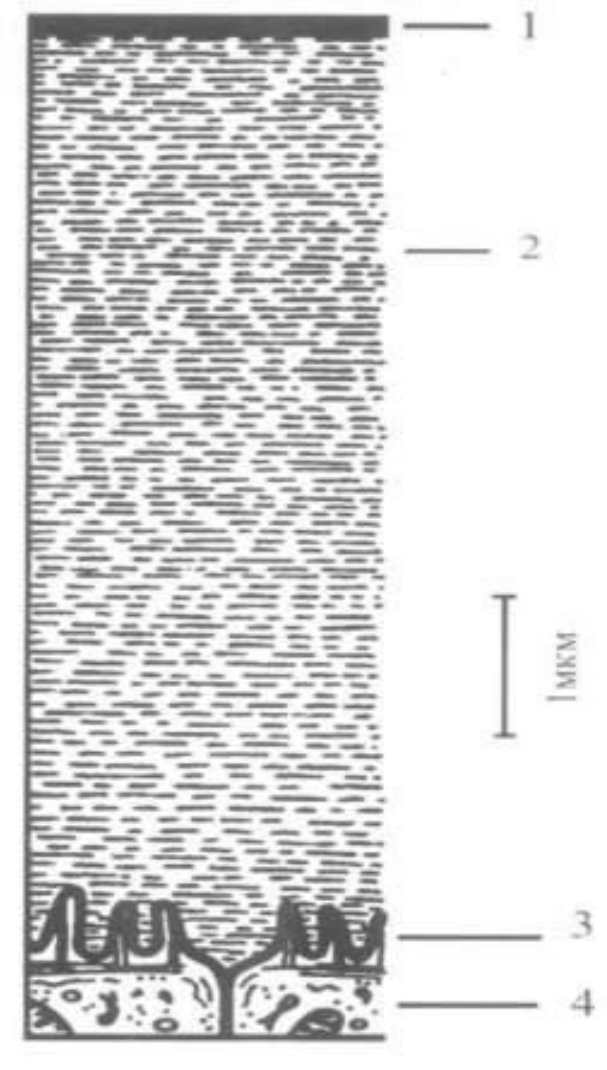
- Офтагель
- Видисик
- Систейн
- Слеза натуральная
- Лакрисифи
- Хило-комод

Воспалительные процессы роговицы составляют около 25% случаев амбулаторных заболеваний глаз.

Заболевания роговицы в 50% случаев являются причиной слабовидения и слепоты

В мире
более 40 млн больных
с бельмами роговицы
нуждаются в пересадке
роговицы

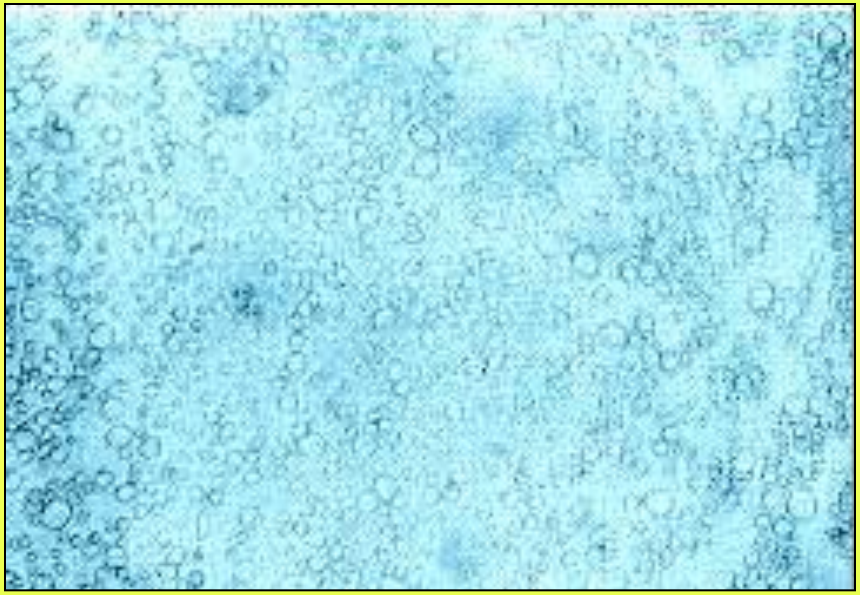
Прекорнеальная пленка



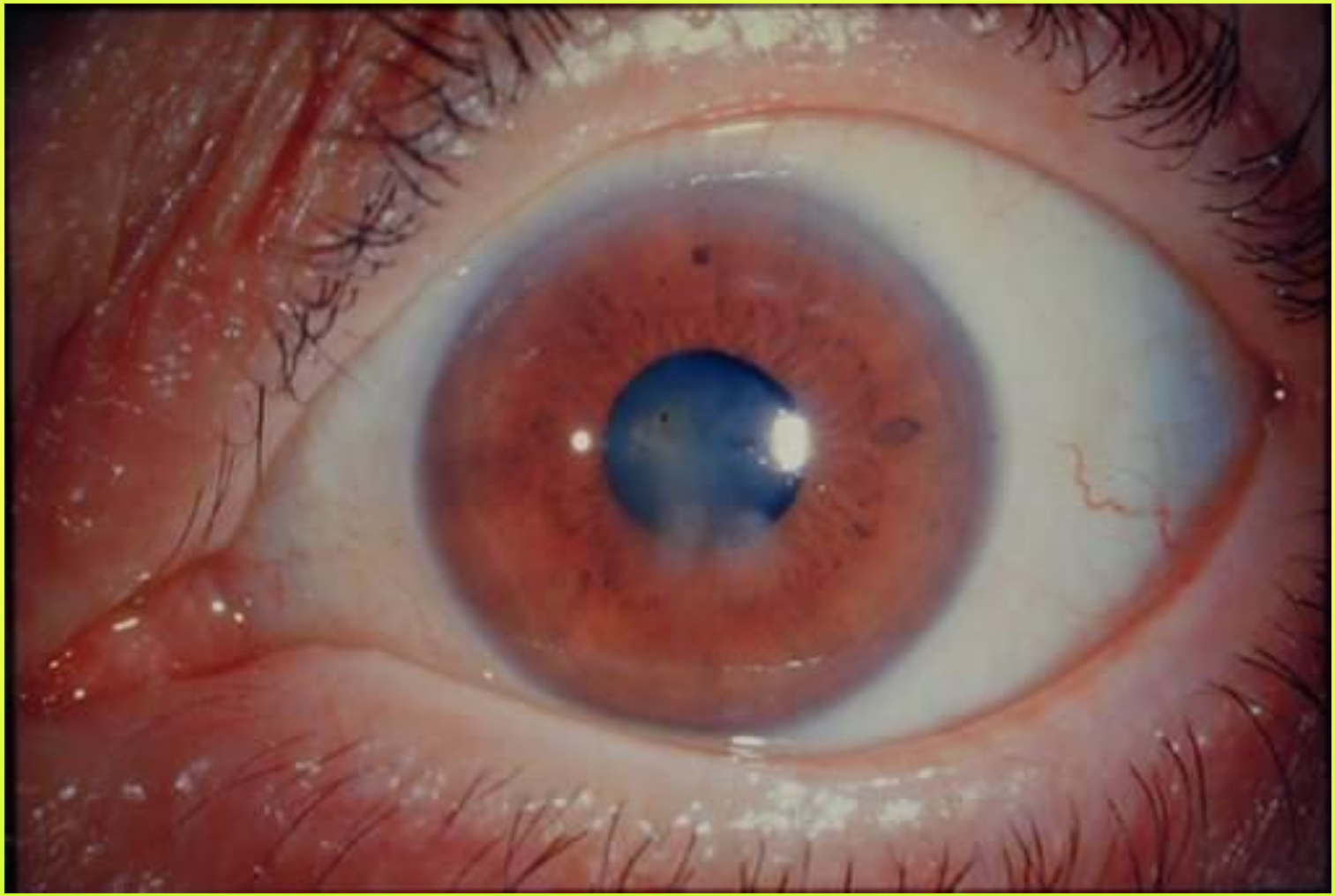
- В своем составе она имеет липидный, водянистый и муциновый слой.
- Замедляет испарение влаги с поверхности роговицы
- Является бактерицидной защитной зоной роговицы.

Нарушение анатомии и физиологии этой пленки может приводить к различным патологическим состояниям роговицы, в то числе к кератитам.

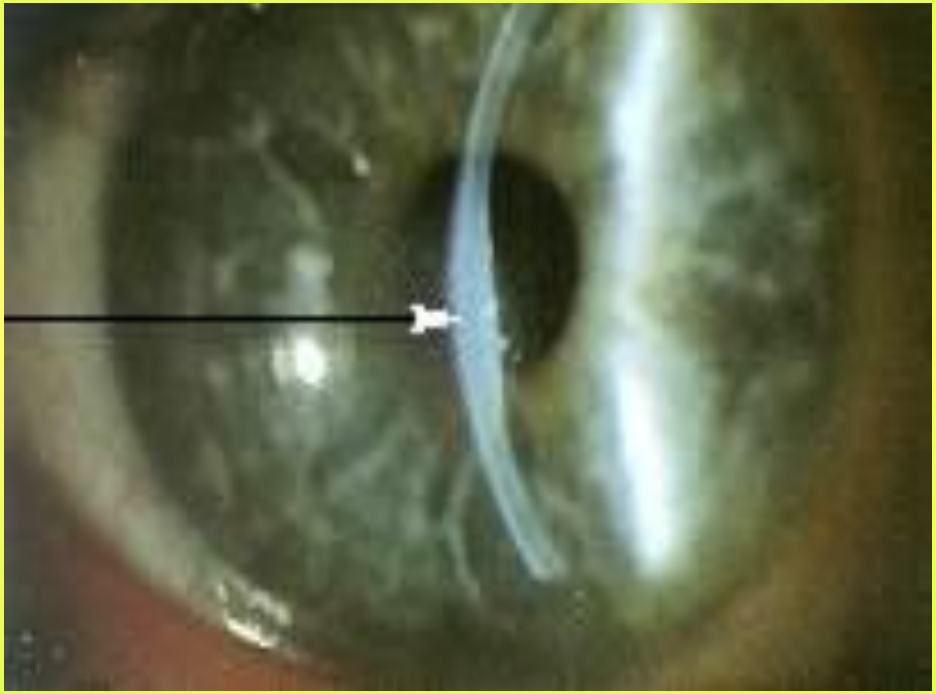
Отек эпителия



Помутнение в виде «облачка»

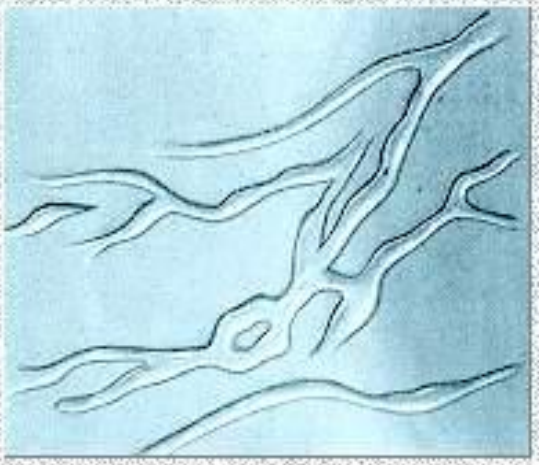


Отек и инфильтрация стромы роговицы



Десцеметит

Десцеметова оболочка - эластичная, гомогенная, прозрачная пластинка, регенерирует. Она обладает резистентностью к химическим агентам и к литическому действию инфекционных агентов. При поражении десцеметовой оболочки образуются складки в виде полос.



Складки десцеметовой оболочки

Десцеметова оболочка

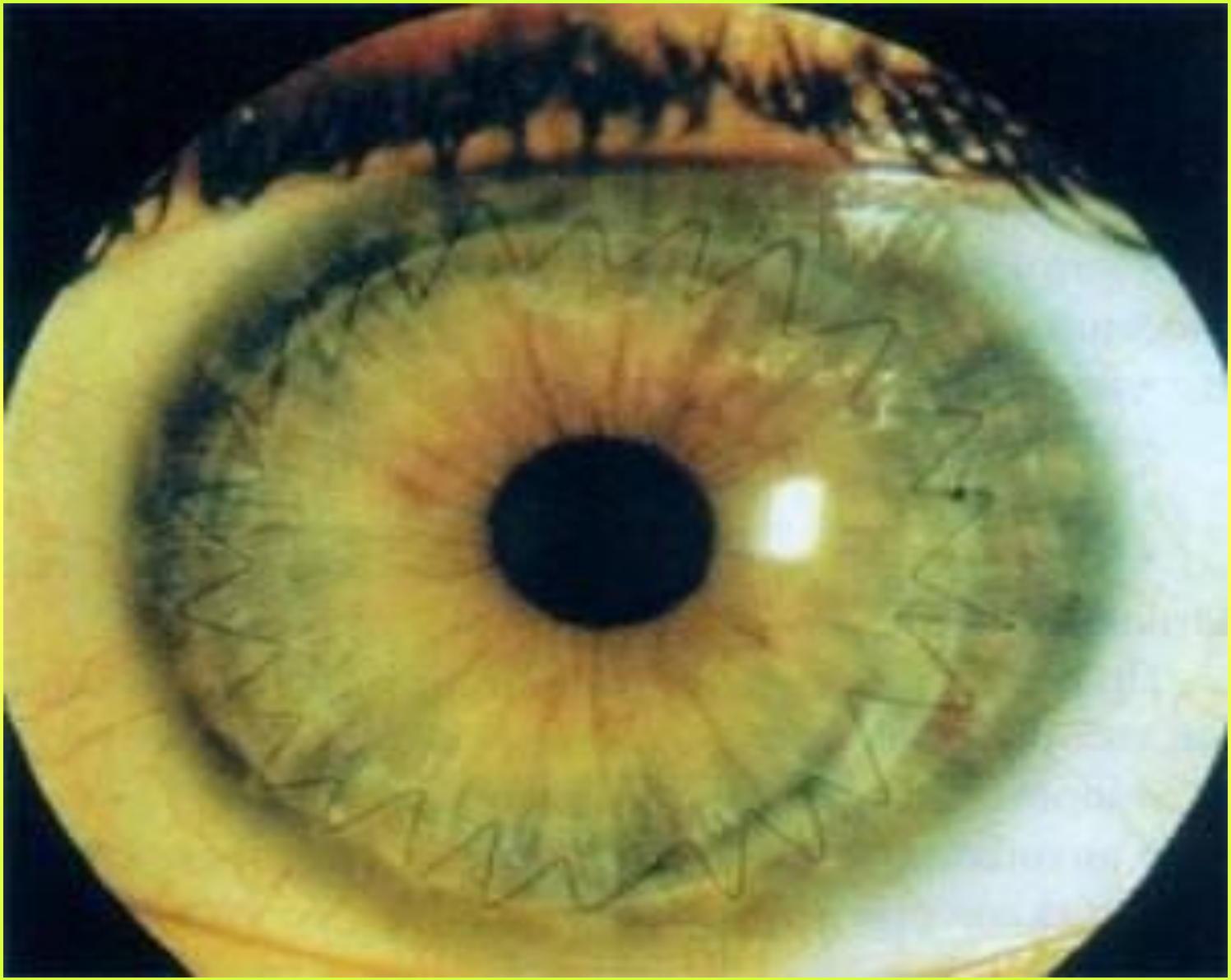
Задний эпителий

Задний эпителий представлен одним слоем шестиугольных клеток, которые плотно прилежат друг к другу. Плотность его уменьшается с возрастом, изменяется при воспалениях, травмах, дистрофиях, оперативных вмешательствах. При этом появляется отек роговицы, так как в нее переходит влага передней камеры. Эндотелий не регенерирует.

Эндотелий

Эндотелиальный микроскоп

Биомикроскопия эндотелия



КЕРАТИТЫ

ЭНДОГЕННЫЕ

ЭКЗОГЕННЫЕ

Кератиты по течению:

- острые
- рецидивирующие

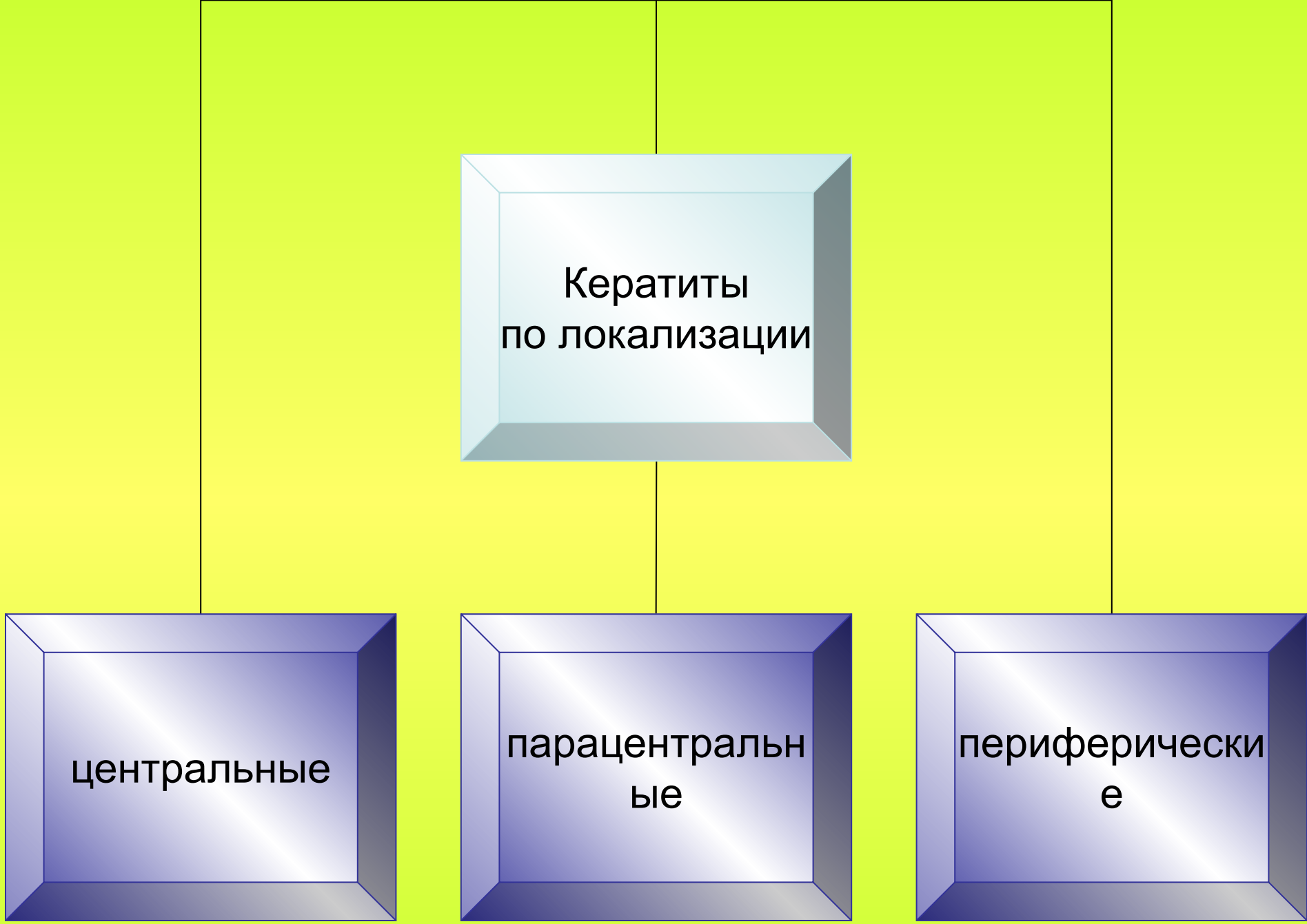
Кератиты по глубине поражения

- поверхностные
- глубокие

Кератиты по характеру воспаления

Гнойные

Не гнойные


Кератиты
по локализации
центральные
парацентральные
периферические

Кератиты по распространенности

ограниченные

диффузные

Кератиты по исходу

- с васкуляризацией
- без васкуляризации

Экзогенные кератиты:

- эрозия роговицы;
- травматические кератиты, обусловленные механической, физической или химической травмой (посттравматические кератиты);
- инфекционные кератиты бактериального происхождения;
- кератиты, вызванные заболеваниями конъюнктивы, век, мейбомиевых желез;
- грибковые кератиты, или кератомикозы.

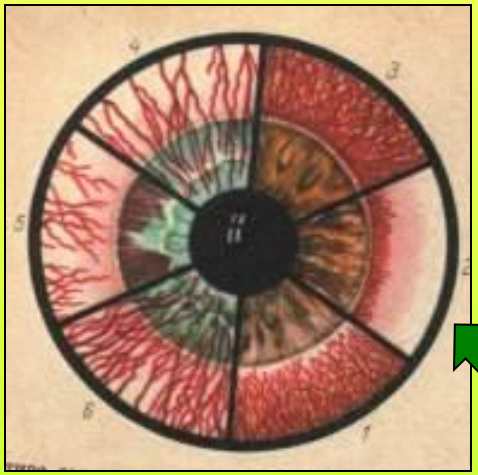
Эндогенные кератиты:

- инфекционные кератиты:
  - туберкулезные: гематогенные и аллергические;
  - сифилититеские
  - герпетические;
- нейропаралитические;
- авитаминозные.

Клинические признаки и симптомы кератитов

Роговичный синдром

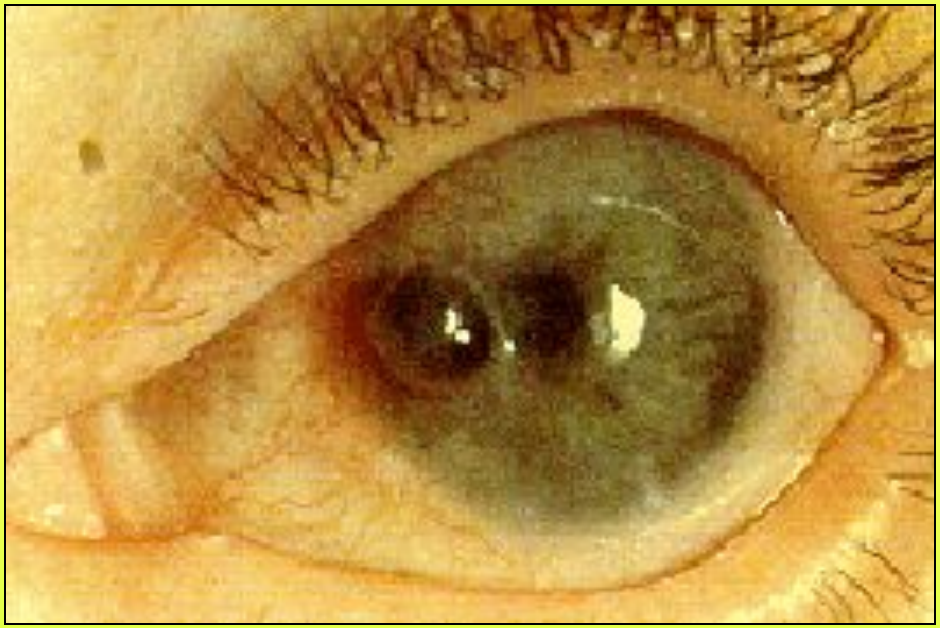
- **Светобоязнь**
- **Слезотечение**
- **Блефароспазм**
- **Перикорнеальная инъекция**



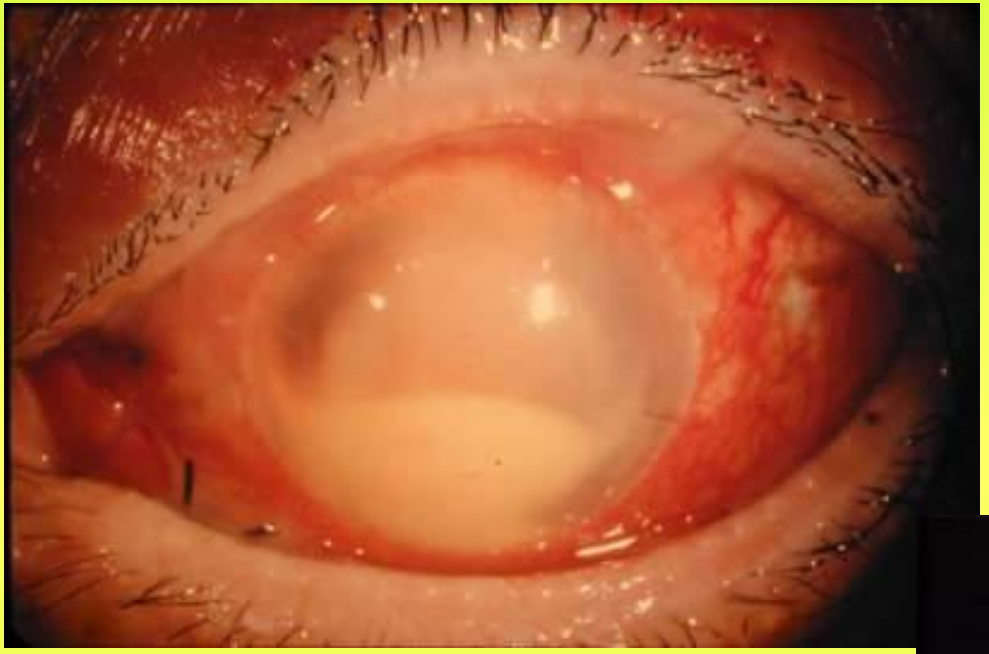
Инфильтраты роговицы

Васкуляризация роговицы

ДЕСЦЕМЕТОЦЕЛЕ



ЭНДОФТАЛЬМИТ



ДИАГНОСТИКА КЕРАТИТОВ

Анамнез:

- профессия;
- ношениеконтактных линз;
- перенесенные заболевания;
- травмы роговицы.

ДИАГНОСТИКА КЕРАТИТОВ

Методы обследования органа зрения:

- определение остроты зрения;
- осмотр методом бокового (бифокального) освещения;
- *флюоресцеиновый тест;*
- определение чувствительности роговицы;
- *мазок на выявление возбудителя и его чувствительность к антибиотикам;*
- *промывание слезных путей;*
- измерение внутриглазного давления (пальпаторно).

ДИАГНОСТИКА КЕРАТИТОВ

Общее состояние организма:

- флюрография (при необходимости рентгенография легких);
- рентгенография придаточных пазух носа;
- общий (лучше развернутый) анализ крови и мочи;
- *серологические реакции крови;*
- консультации стоматолога;
- консультация оториноларинголога;
- *по показаниям пробы на туберкулез;*
- *по показаниям иммуноферментньтй анализ (ИФА);*
- *метод флюресцирующих антител (МФА);*
- *полимеразная цепная реакция (ПЦР);*
- *реакция специфической бласттрансформации лимфоцитов.*

Дифференциальная диагностика

При «старых» процессах:

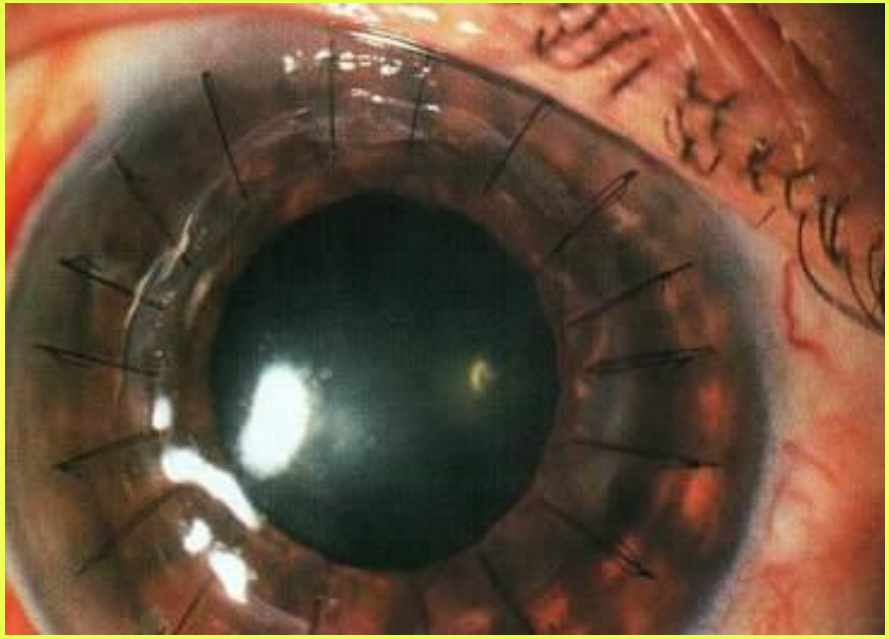
- нет роговичного синдрома;
- роговица блестящая, зеркальная;
- очаг белый;
- границы четкие;
- в клеточном составе преобладают фибробласты.

Для дифференциальной диагностики кератитов различной этиологии необходимо обращать внимание на:

- анамнез (связь с какими-либо внешними факторами, соматическими заболеваниями);
- быстроту развития симптомов (достаточно бурное начало при инфицировании гонококками, синегнойной палочкой);
- выраженность роговичного синдрома (снижена при нейрогенной этиологии);
- локализацию (зона, глубина, распространенность);
- цвет, характер, форму инфильтрата;
- чувствительность;
- васкуляризацию и ее тип;
- результаты лабораторных исследований (флюрография, анализ крови, состояние придаточных пазух носа и полости рта, данные микробиологических исследований).

Общие принципы лечения кератитов

- лечение кератитов должно проводиться в стационаре;
- проводят местную и системную этиологическую терапию (применяют антибактериальные, противовирусные, противогрибковые и другие препараты);
- в конъюнктивальную полость инстиллируют 3—4 раза в день 0,1% раствор диклофенака натрия (глазные капли наклоф, дикло-Ф). Одновременно проводят системную нестероидную противовоспалительную терапию; ГКС назначать не нужно, особенно если имеется деэпителизация поверхности роговицы;
- При наличии явлений иридоциклита дополнительно назначают мидриатики, которые закапывают 2-3 раза в день.



Академик

Владимир Петрович Филатов

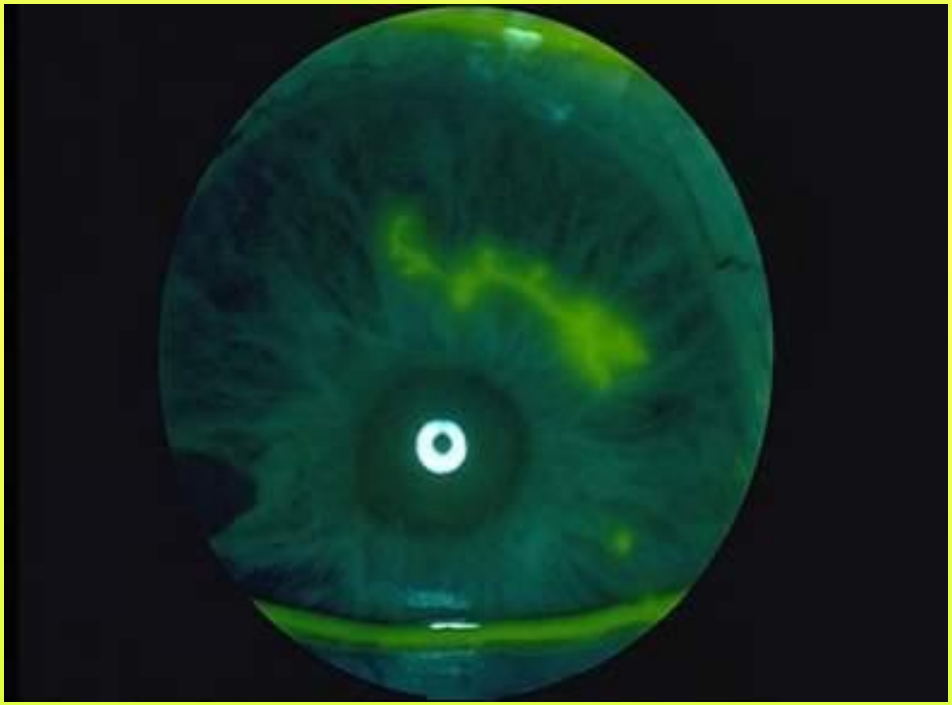
Ползучая язва роговицы

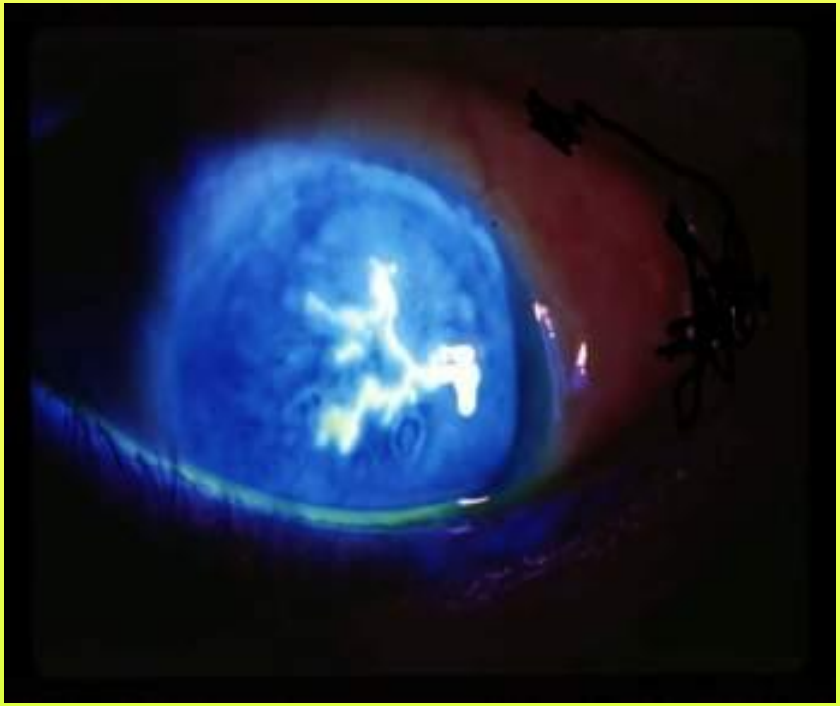
Герпетический кератит

Поверхностный древовидный

Глубокий дисковидный

Окраска флуоресцеином
Осмотр в синем свете





Исход диффузного туберкулезного кератита

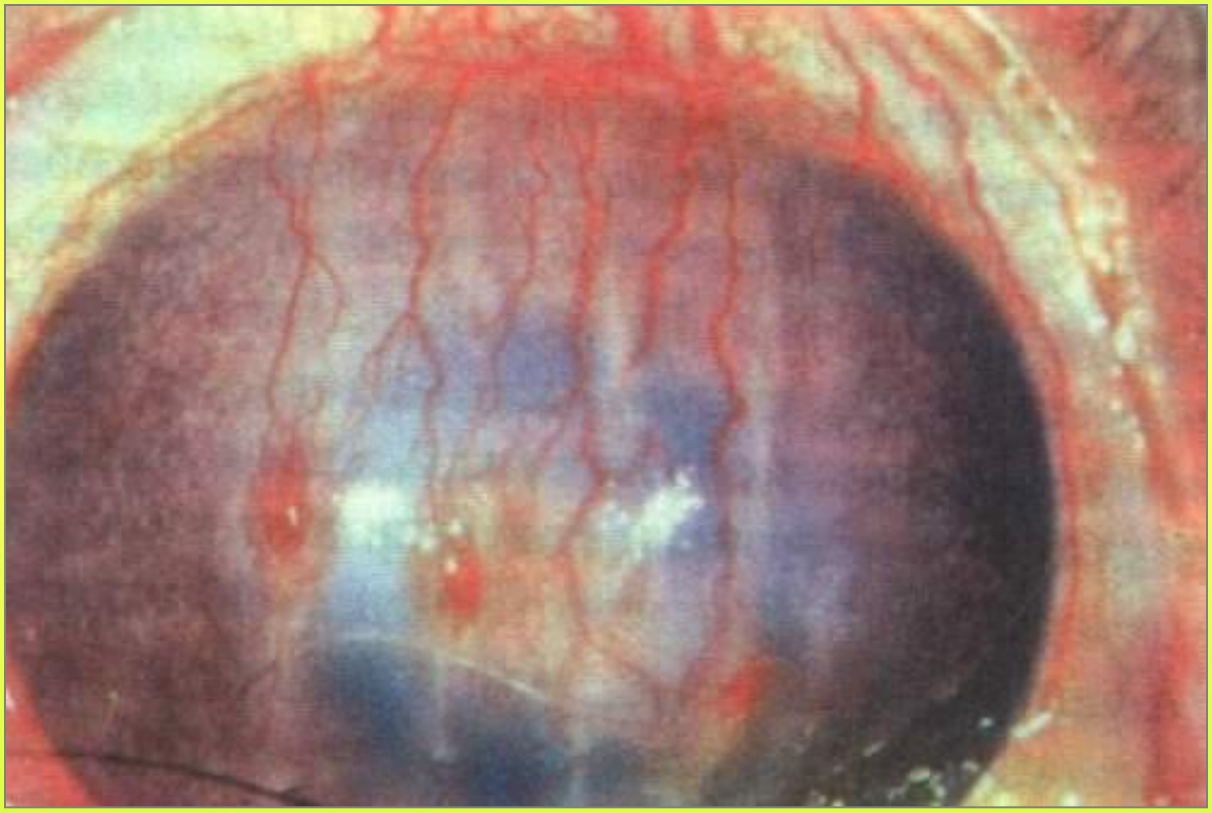
Фликтенулезный кератит

Фликтены роговицы имеют вид сероватых полупрозрачных помутнений, наблюдаются у лимба или вблизи от него в виде множественных мелких узелков (милиарные фликтены) или крупных единичных образований (солитарные фликтены).

Развитие фликтен сопровождается образованием поверхностных сосудов. Течение фликтен медленное и характеризуется новыми высыпаниями и рецидивами. Часто фликтены распадаются и превращаются во фликтенулезные язвы. После заживления остается интенсивное помутнение. У сильно истощенных детей может развиться некротическая форма фликтенулезного кератита (расплавление роговицы). Если присоединяется вторичная инфекция, процесс может закончиться гибелью глаза из-за

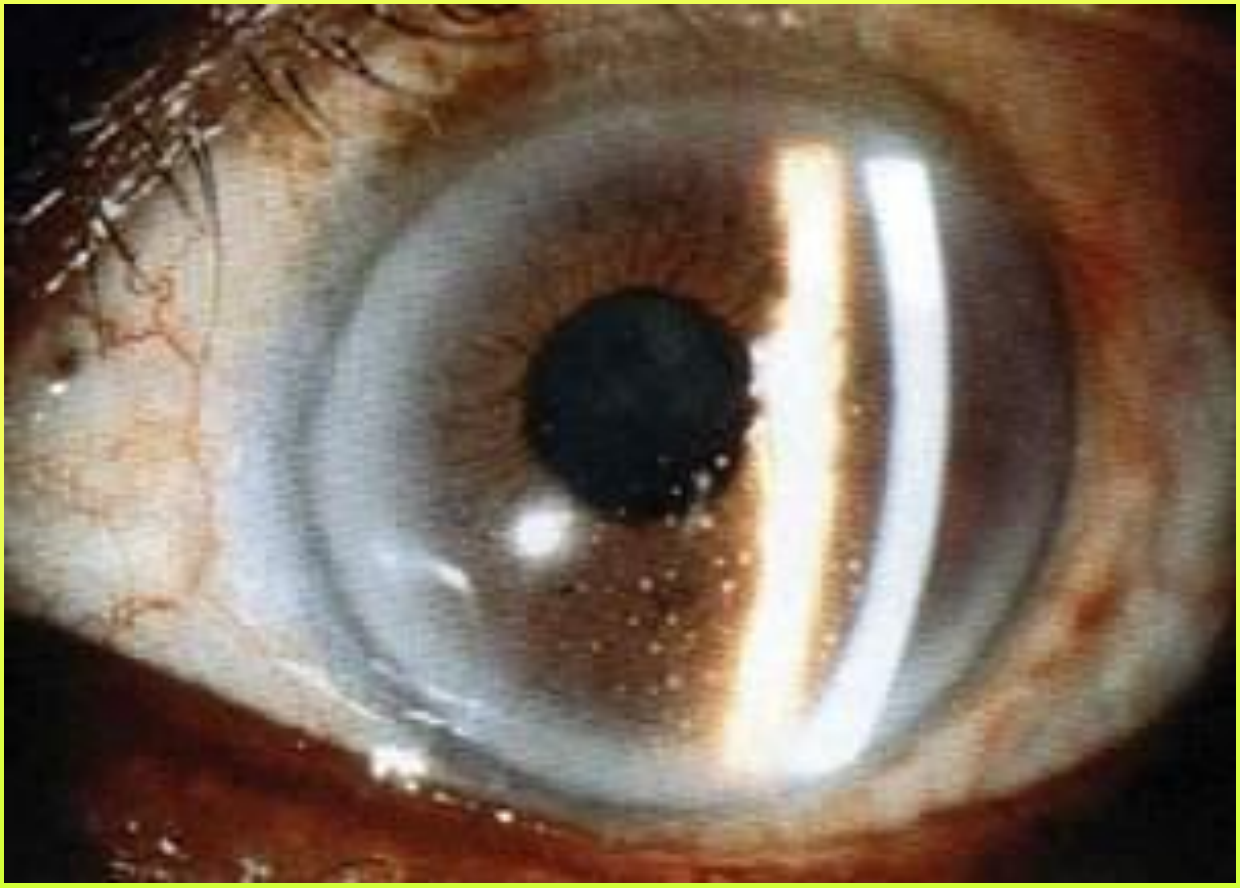
Фликтена роговой оболочки

Сифилитический паренхиматозный кератит

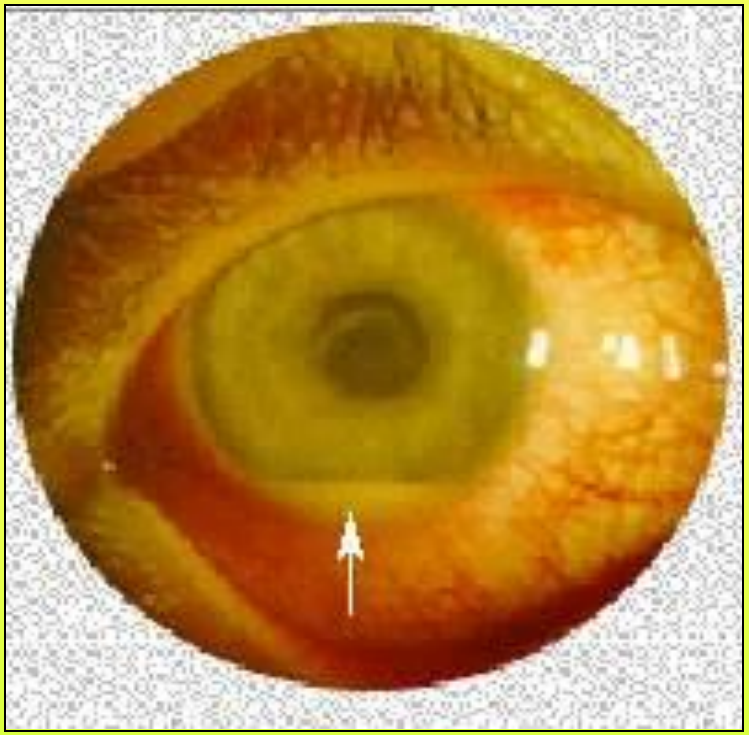


ИРИДОЦИКЛИТЫ

Преципитаты при ревматоидном иридоциклите



ГИПОПИОН



Задние синехии

Бомбаж радужки

К этиологическим факторам иридоциклитов относят:

- туберкулез,
- токсоплазмоз,
- ревматизм,
- коллагенозы,
- сифилис,
- различные аутоинтоксикации,
- фокальная инфекция.

Основной принцип лечения иридоциклитов

подавление этиологического момента (инфекционного, местных или системных аутоиммунных реакций).

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

Вопрос после лекции:

«Чем Вы можете объяснить вовлечение в патологический процесс сосудистого тракта при кератитах?»