

*ГОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова Росздрава»
Кафедра глазных и ЛОР-болезней*

*Диагностическое значение
различных видов гиперемий глаза
Конъюнктивиты*



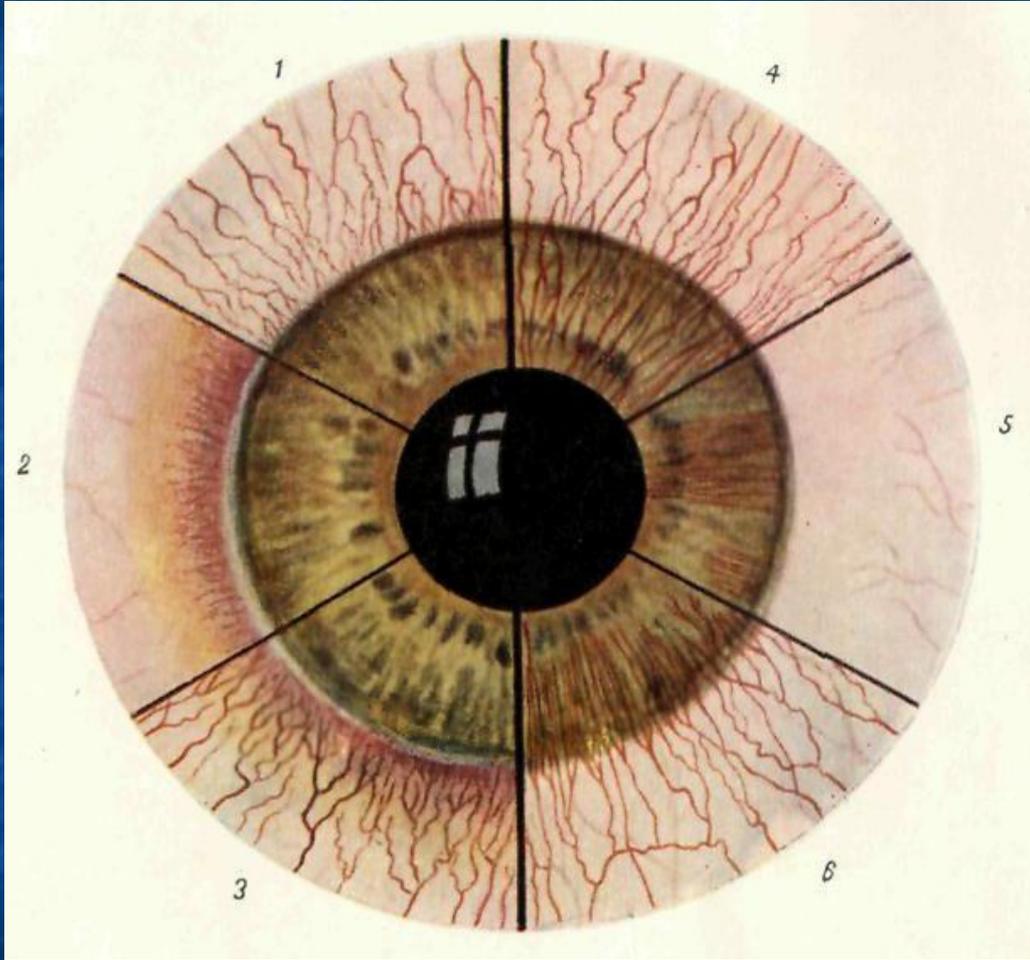
Отчего может возникать покраснение глаза?

- ❖ **Сосудистая реакция глаза при воспалении**
- ❖ **Застой крови в сосудах глаза, связанный с затруднением оттока**
- ❖ **Кровоизлияние под слизистой оболочкой глаза**

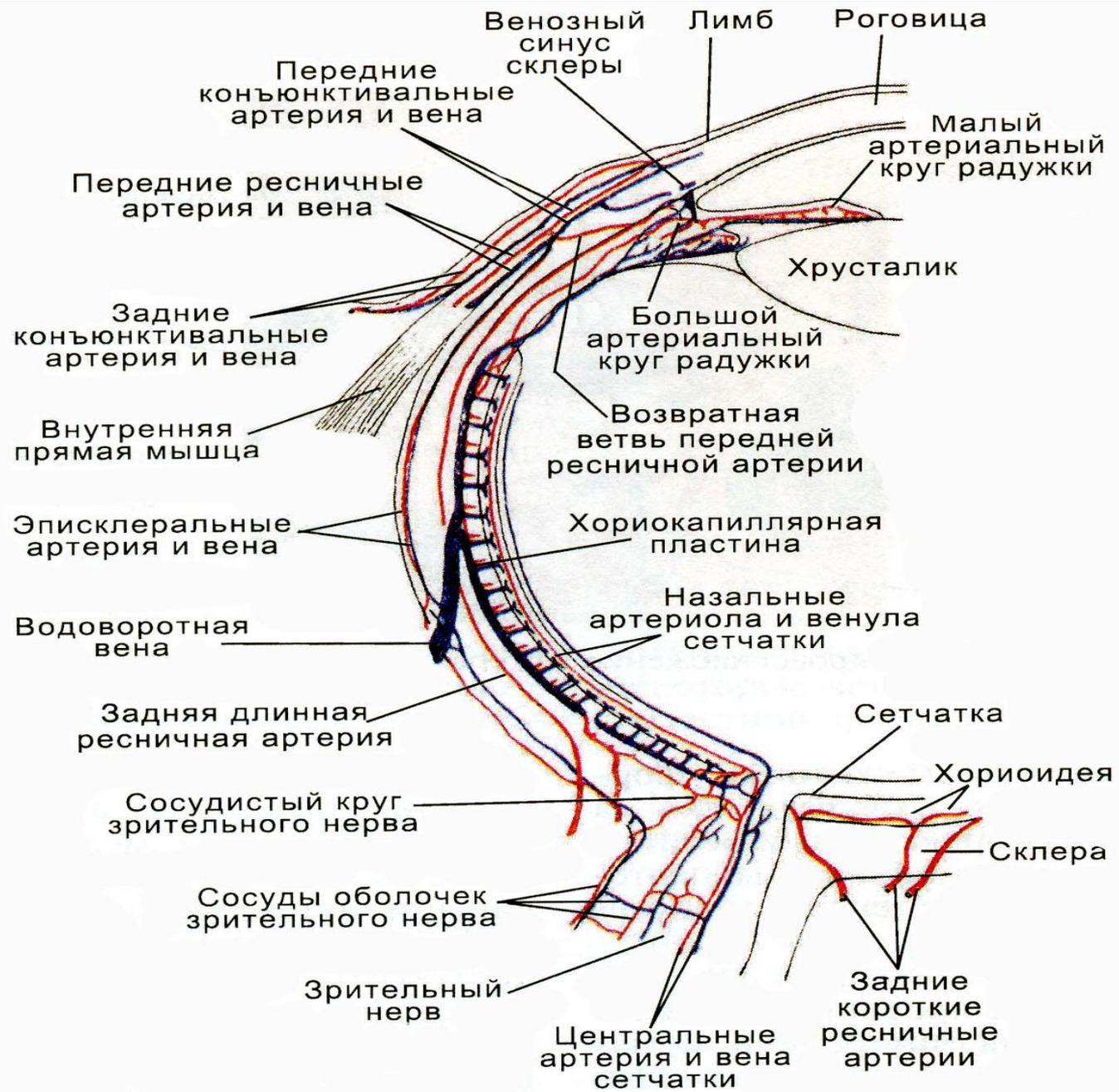
Виды воспалительной гиперемии глаза

- 1) Конъюнктивальная или
поверхностная инъекция**
- 2) Перикорнеальная или глубокая
инъекция**
- 3) Смешанная инъекция**

Различные виды инъекций глаза



- 1) конъюнктивальная инъекция
- 2) перикорнеальная инъекция
- 3) смешанная инъекция
- 4) поверхностная васкуляризация роговицы
- 5) глубокая васкуляризация роговицы
- 6) смешанная васкуляризация роговицы



Конъюнктивальная инъекция

- яркая, кирпично-морковного цвета
- сосуды в виде отдельных расширенных веточек, расположены поверхностно
- убывает от сводов к краю роговой оболочки
- при сдвигании конъюнктивы стеклянной палочкой или пальцем вместе с ней смещаются сосуды
- при закапывании в глаз раствора адреналина (1:1000) инъекция резко бледнеет
- наблюдается при воспалении (конъюнктивиты) и раздражении (пыль, химические вещества) конъюнктивы



Перикорнеальная инъекция

- в виде фиолетово-вишневого с сиреневатым оттенком венчика (сплошного кольца) вокруг лимба
- отдельные сосудистые веточки не различаются
- интенсивность инъекции убывает по мере удаления от лимба
- при сдвигании конъюнктивы глазного яблока стеклянной палочкой или пальцем инъекция остается на месте
- при закапывании в глаз раствора адреналина (1:1000) небольшое побледнение за счет сужения собственных сосудов конъюнктивы глазного яблока

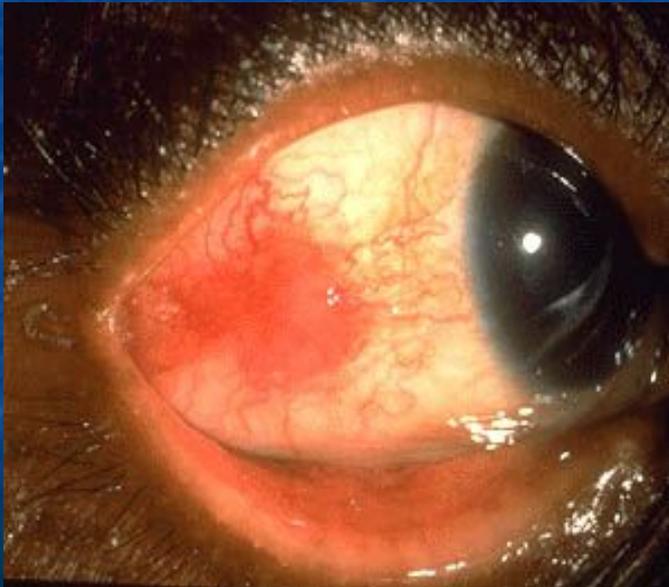


- наблюдается при воспалении роговицы, радужки, цилиарного тела

Смешанная инъекция – сочетание перикорнеальной и конъюнктивальной инъекций, встречается при иридоциклитах



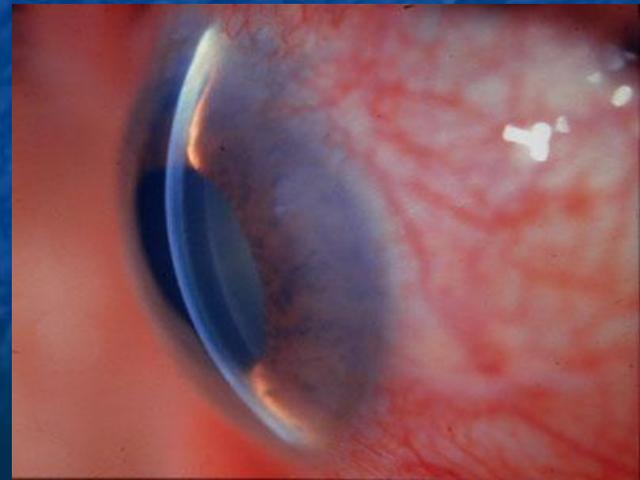
Эписклеральная или склеральная инъекция



- локализованный очаг покраснения (какой-либо сегмент склеры за лимбом)
- резко выраженная гиперемия с синюшным оттенком
- встречается редко, при воспалении склеры или эписклеры

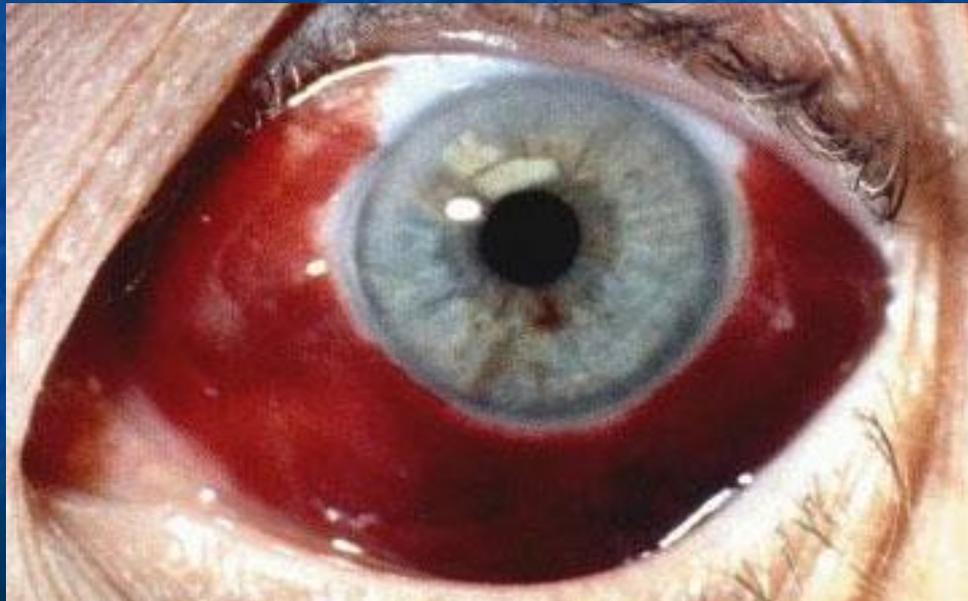
Застойная инъекция

- **глаз – «фиолетовый», видны насыщенные кровью сосуды**
- **резко выраженная извилистость расширенных венозных сосудов, штопорообразные напряженные вены**
- **наблюдается при высоком ВГД (острый приступ глаукомы)**



Субконъюнктивальное кровоизлияние

- четко очерченное пятно ярко-красного цвета
- наблюдается при травмах, гипертонической болезни, болезнях крови, субконъюнктивальных инъекциях и т.д.



Классификация конъюнктивитов

По течению:

- острые
- хронические

По этиологии:

1) Бактериальные

- острый эпидемический конъюнктивит Коха-Уикса
- дифтерийный
- пневмококковый
- гонококковый

2) Вирусные

- аденовирусные
 - фарингоконъюнктивальная лихорадка
 - эпидемический кератоконъюнктивит
- острый эпидемический геморрагический конъюнктивит
- герпетический

3) Хламидийные

- трахома
- конъюнктивит с включениями – паратрахома

4) Аллергические

5) Клещевые (демодекозные)

Острый инфекционный бактериальный конъюнктивит

Анамнез:

- начинается остро, сначала на одном, затем на другом глазу
- предрасполагающие факторы – работа в запыленном помещении, охлаждение, перегревание, купание в грязной воде, общее ослабление организма и др.

Жалобы:

- чувство засоренности в глазах, ощущение жжения и зуда
- покраснение глаз
- слезотечение
- слизистое или слизисто-гнойное отделяемое из глаз, особенно утром

Офтальмологический статус:

- умеренный отек век
- конъюнктивальная инъекция
- слизистое, слизисто-гнойное или гнойное отделяемое из конъюнктивальной полости
- конъюнктивы век гиперемирована, инфильтрирована, разрыхлена, слегка утолщена
- в отдельных случаях – полипозные разрастания, фолликулы



Принципы лечения бактериальных конъюнктивитов

- до лечения – взятие мазка и посев содержимого конъюнктивальной полости !
- промывание настоек крепкого чая
- частые промывания растворами антисептиков:
борная кислота 2-4%, KMnO_4 1:500, фурацилин 1:500
- инстилляции антибактериальных и сульфаниламидных препаратов:
Сульфаниламиды: сульфацил натрия 30%
Антибактериальные препараты:
 - группа хлорамфеникола – левомецетин 0,25%
 - группа макролидов – эритромицин 1%,
 - группа аминогликозидов – гентамицин 0,5%, неомицин 0,5%
- закладывание антибактериальных мазей – тетрациклиновая 1%, эритромициновая 1%, эмульсия синтомицина 1%
- отсутствие повязок !

Новые антибактериальные препараты

Антибактериальные препараты:

- группа фторхинолонов – ципролет 0,3%, ципромед 0,3% (ципрофлоксацин); нормакс 0,3% (норфлоксацин); флоксал 0,3% (офлоксацин); окацин 0,3% (ломефлоксацин)
- группа аминогликозидов – тобрамицин 0,3%, пролонгированный тобрамицин – тобрекс 0,3%

Острый эпидемический конъюнктивит Коха-Уикса

Этиология и патогенез: Возбудитель – Гр (–) палочка Коха-Уикса, **высококонтагиозный** – передача через загрязненные руки, одежду, белье и другие зараженные предметы (частые переносчики – мухи)

Клиническая картина:

- возникает остро: поражение сначала одного глаза, затем – другого
- наличие общих явлений – недомогание, температура, насморк, головные боли
- покраснение глаз, слезотечение, сначала слизистое, затем гнойное отделяемое из конъюнктивальной полости
- конъюнктива век гиперемирована, инфильтрирована, разрыхлена, утолщена
- нередко наличие петехиальных субконъюнктивальных кровоизлияний
- у детей – возможность вовлечения в воспалительный процесс роговицы

Острый эпидемический конъюнктивит Коха-Уикса

Лечение и профилактика:

- специфического – нет, принципы лечения стандартные
- при вспышке – карантин, соблюдение правил личной гигиены, профилактические инстилляции антибактериальных и сульфаниламидных препаратов, борьба с мухами

Прогноз: при своевременном лечении – **благоприятный**, длительность заболевания не больше недели

Пленчатые конъюнктивиты – дифтерийный

Этиология и патогенез: возбудитель – палочка дифтерии Клебса-Левина, заболевание возникает на фоне поражения верхних дыхательных путей, но возможно и первичное поражение глаз

Клиническая картина:

- веки отечны, синюшно-багровые, инфильтрированы, напряжены
- вывернуть веки невозможно, из глазной щели выделяется мутная с хлопьями жидкость
- конъюнктивита покрыта грязно-серыми, плотно спаянными с подлежащей тканью пленками, при попытке их удаления – кровоточит
- через 7 – 10 дней пленки отпадают, под ними наблюдается некроз конъюнктивы, из конъюнктивальной полости – гнойное отделяемое
- через 2 – 3 недели образуются рубцовые изменения конъюнктивы, симблефарон, заворот век, трихиаз
- возможность осложнений – поражения роговицы и внутренних оболочек глаза (гнойная язва, эндо- и паноптальмит)



Пленчатые конъюнктивиты – дифтерийный

Лечение:

- совместно с инфекционистом
- специфическое – противодифтерийная сыворотка
- общее лечение – АБ широкого спектра, дезинтоксикационная терапия, витамины А, группы В
- местное лечение – антибактериальные препараты широкого спектра действия, при поражении роговицы – кератопротекторы, рассасывающие средства

Пленчатые конъюнктивиты – пневмококковый

Этиология и патогенез: возбудитель заболевания – пневмококк (*Streptococcus pneumoniae*). Заражение происходит контактно-бытовым путем, инкубационный период – 2-3 суток

Клиническая картина:

- часто болеют новорожденные, дети, страдающие катаром верхних дыхательных путей и пневмонией
- возникает остро: поражение сначала одного глаза, затем – другого
- веки отечны, конъюнктивальная инъекция, гнойное отделяемое из конъюнктивальной полости
- на конъюнктиве – рыхлые фибринные пленки, легко снимающиеся ватными шариками, поверхность не кровоточит
- редко – поражения роговицы (краевые язвы)

Лечение:

- специфического – нет, стандартное местное лечение (высокоэффективен пенициллин)
- общее лечение – АБ широкого спектра, дезинтоксикационная терапия, витамины



Гонококковый конъюнктивит

Этиология: возбудитель – *Neisseria gonorrhoeae*

Протекает в 3 формах:

- 1) Гонококковый конъюнктивит (гонобленнорея) новорожденных
- 2) Гонококковый конъюнктивит детей
- 3) Гонококковый конъюнктивит взрослых

Гонобленнорея новорожденных

Патогенез: заражение происходит во время прохождения плода через родовые пути матери, больной гонореей, развивается на 2-3 сутки после рождения

Клиническая картина:

- синюшно-багровый плотный отек век («поспевающая слива»), из глазной щели – кровянистое отделяемое цвета «мясных помоев»
- конъюнктивальная век гиперемия, инфильтрирована, разрыхлена, легко кровоточит
- через 3-4 дня отек век уменьшается, из конъюнктивальной полости – обильное гнойное отделяемое сливкообразной консистенции
- возможность осложнений из-за нарушения питания роговицы (гнойная язва, эндо- и паноптальмит)



Прогноз: при лечении – относительно благоприятный

Гонобленнорея у взрослых

Патогенез: контактно-бытовой путь заражения (заносится отделяемое из половых органов грязными руками в конъюнктивальную полость)

Клиническая картина:

- протекает тяжелее, чем у новорожденных
- наличие общих симптомов: лихорадка, поражение суставов, мышц, нарушение деятельности ССС
- поражается, как правило, один глаз
- осложнения развиваются чаще



Гонобленнорея у детей

Патогенез: контактно-бытовой путь заражения от взрослых, больных гонореей

Клиническая картина: протекает легче, чем гонококковый конъюнктивит у взрослых, но тяжелее, чем гонобленнорея новорожденных

Лечение и профилактика гонококкового конъюнктивита

Лечение:

- общее лечение – в/м, в/в АБ и сульфаниламидные препараты в дозах, соответственно возрасту
- местное лечение – частое промывание антисептическими растворами (KMnO₄), инстилляциии антибактериальных (раствор эритромицина 1%, пеницилина 30000 ЕД в 1 мл раствора) и сульфаниламидных препаратов (сульфацил натрия 20%), закладывание антибактериальных мазей за веки на ночь

Профилактика гонобленнореи новорожденных:

- трехкратные инстилляциии сульфаниламидных (сульфацил натрия 20%) или антибактериальных препаратов в течение первого часа после рождения

Аденовирусные конъюнктивиты – аденофарингоконъюнктивальная лихорадка

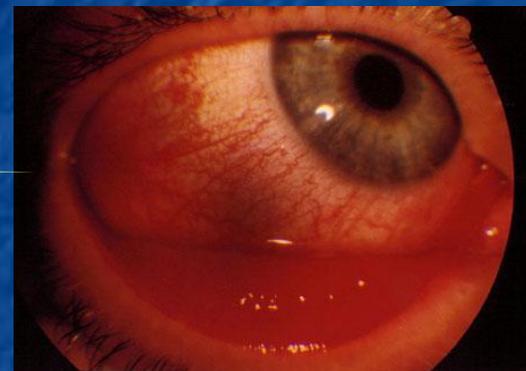
Этиология и патогенез: возбудитель – аденовирусы серотипов 3, 5, 7.

Заболевание передается воздушно-капельным и контактным путем, чаще болеют дети, инкубационный период – 7-9 дней

Клиника:

- лихорадка
- назофарингит
- негнойный фолликулярный конъюнктивит
- острое начало, двугорбый вид температурной кривой

триада
симптомов



Выделяют три формы:

- 1) **Катаральная** – выраженная конъюнктивальная инъекция, особенно нижней переходной складки («горящий глаз»), негнойное отделяемое из конъюнктивальной полости
 - 2) **Пленчатая** – наличие нежных, желтоватых или беловато-сероватых пленок, легко снимающихся ватными шариками
 - 3) **Фолликулярная** (наиболее частая) – наличие некрупных, поверхностных, полупрозрачных фолликулов, расположенных рядами, чаще локализируются в нижней переходной складке
- редкое вовлечение в воспалительный процесс роговицы (точечные подэпителиальные инфильтраты, быстро рассасывающиеся, снижение чувствительности)

Прогноз: благоприятный, через 10-14 дней – выздоровление

Аденовирусные конъюнктивиты – эпидемический кератоконъюнктивит (ЭКК)

Этиология и патогенез: возбудитель – аденовирусы серотипов 8, 11.

Заболевание высококонтагиозное, передается контактным путем, инкубационный период – 4-7 дней

Клиника:

- острое начало, двухстороннее поражение, увеличение предушных и подчелюстных лимфатических узлов
- через 2-3 дня – **конъюнктивит**: выраженный отек век, гиперемия и отек конъюнктивы век и глазного яблока (ярко-алая конъюнктура, «огненный глаз»), наличие некрупных фолликулов с прозрачным содержимым (особенно в области нижней переходной складки), серозное отделяемое из конъюнктивальной полости
- через 5-7 дней – роговичный синдром (чувство инородного тела, слезотечение, светобоязнь), снижение зрения, **на роговой оболочке**: множественные, мелкоточечные, монетовидные, серовато-беловатые, долго рассасывающиеся инфильтраты, расположенные субэпителиально, снижение чувствительности роговицы



Прогноз: благоприятный, продолжительность не более 2 недель, однако длительное рассасывание инфильтрации роговицы. Возможны повторные заболевания.

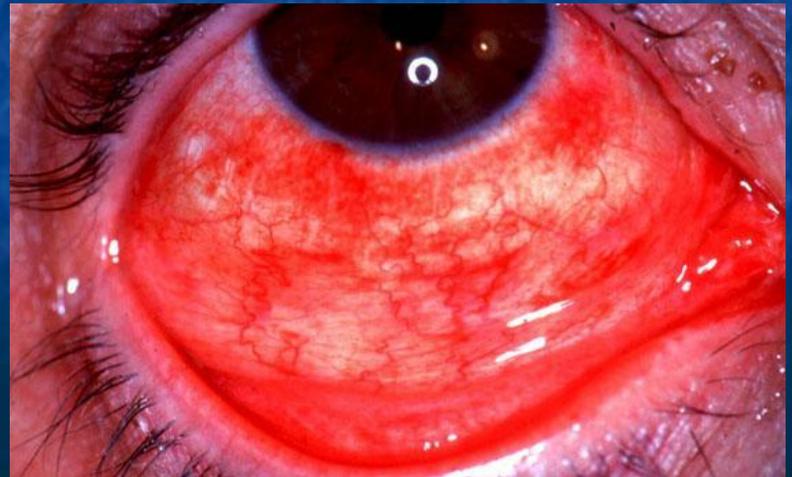
Эпидемический геморрагический конъюнктивит

Этиология и патогенез: возбудитель – энтеровирус-70 (из группы пикорнавирусов). Заболевание высококонтагиозное, передается контактным путем (руки, пипетки, глазные мази, предметы общего пользования), инкубационный период – 12-24 часа

Клиника:

- острое начало, наличие светобоязни, боли в глазу
- слизистое или слизисто-гнойное отделяемое конъюнктивальной полости
- умеренный отек век
- конъюнктива век инфильтрирована с обширными кровоизлияниями
- возможность поражения роговицы – снижение чувствительности, точечные инфильтраты

Прогноз: благоприятный



Профилактика эпидемических конъюнктивитов

- при возникновении вспышки в лечебных учреждениях – карантин (изоляция больных и контактных)
- соблюдение правил личной гигиены
- использование одноразового инструментария (пипетки, стеклянные палочки и т.д.)
- обработка инструментов, не подлежащих кипячению (4% раствором H_2O_2 , 5% раствором фенола)
- прекращение измерения ВГД
- кварцевание, дезинфекция, проветривание помещений
- обработка рук раствором хлоргексидина

Герпетический конъюнктивит

Этиология и патогенез: возбудитель – Herpes simplex

Клиника:

- острое начало, односторонность процесса
- длительное вялое течение
- высыпание пузырьков на коже век



Выделяют три формы:

- 1) **Катаральная** – нерезко выраженный острый или подострый конъюнктивит со слизистым отделяемым
- 2) **Фолликулярная** – реакция аденоидной ткани с высыпанием фолликулов
- 3) **Везикулезноязвенная** – образование эрозий и язв конъюнктивы и края век, покрытых нежными пленками, нередко сопровождается образованием на конъюнктиве склеры и лимбе узелков, напоминающих фликтены (сопровождается роговичным синдромом)

Принципы лечения вирусных конъюнктивитов

- Химиотерапевтические препараты: р-р флореналя 0,1%, флореналевая мазь 0,5%, бонафтоновая мазь 0,5%, теброфеновая мазь 0,5%, риодоксоловая мазь 0,25%, мазь ацикловира 3% (виroleкс, зовиракс), р-р оксолина 0,1-0,2%, оксолиновая мазь 0,25%
- Антиметаболиты: р-р ДНК-азы 0,05%, керевид 0,1%, Офтан Иду (0,1%-йод-2-дезоксисуридин)
- Интерфероны и его индукторы: β -интерферон, локферон, интерлок, виферон, ларифан, реаферон, циклоферон, офтальмоферон
- Интерфероногены: полиакриламид 1%, продегиозан, р-р полудана 0,5%, пирогенал
- Средства неспецифической иммунотерапии: гамма-глобулин противокоревой с готовыми противовирусными АТ в/м и с/к по 0,5 1 раз в 3 дня, в каплях 6 раз в день

Принципы лечения вирусных конъюнктивитов

- Для подавления суперинфекции – антибактериальные и сульфаниламидные препараты
- Для повышения сопротивляемости – антигистаминные препараты, витамины
- При геморрагических конъюнктивитах – аскорутин, дицинон
- При поражении роговицы – гель солкосерила 20%, желе актовегина 20%, баларпан, раствор глюкозы 5-40%, масляные растворы витаминов А и Е
- Для рассасывания помутнений – кортикостероиды, КІ 3%, химопсин, дионин, электрофорез с лидазой

Хламидийные конъюнктивиты – паратрахома (конъюнктивит с включениями)

Этиология и патогенез: возбудитель – *Chlamydia trachomatis* серотипы D – K. Заболевание передается контактным путем – возбудитель может быть занесен грязными руками и инфицированной водой (бассейнный или банный конъюнктивит), источник – мочеполовые пути, инкубационный период – 5-7 дней.

Клиника:

- острое начало, увеличение околоушной железы, чаще – односторонность
- сначала скудное, затем обильное гнойное отделяемое из конъюнктивальной полости
- конъюнктивит нижней переходной складки резко гиперемирована, отечна, инфильтрирована, с крупными фолликулами
- слизистая хряща верхнего века – шероховатая с мелкими фолликулами

Прогноз: через 2-3 месяца – выздоровление, может принимать хроническое течение



Хламидийные конъюнктивиты – трахома

Этиология и патогенез: возбудитель – *Chlamydia trachomatis* серотипы А, В, В_а, С. Высококонтагиозный, заражение происходит контактно-бытовым путем от больного человека, инкубационный период – 7-14 дней

Клиника:

Выделяют 4 стадии:

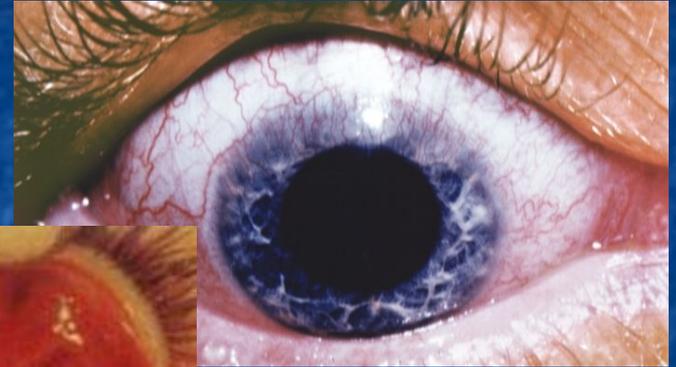
- 1) **Стадия прогрессирующего воспаления** – поражается конъюнктива верхней переходной складки: наблюдается ее гиперемия, инфильтрация, гипертрофия сосочков, появление фолликулов с мутным содержимым, которые превращаются в студенистые образования. Верхнее веко отечно («сонный вид»). Инфильтрация, утолщение, поверхностное врастание конъюнктивальных сосудов в верхнем сегменте роговицы – трахоматозный паннус. Наличие фолликулов по верхнему лимбу (глазки Бонне)
- 2) **Стадия развитого процесса** – появление большего числа фолликулов, их некроз (самая заразная стадия) и первые признаки начала рубцевания
- 3) **Стадия преобладающего рубцевания** – остаточные признаки воспаления, появление рубцовых осложнений
- 4) **Стадия рубцевания** – выздоровление, наличие рубцовых изменений

Клиническое течение трахомы

I стадия



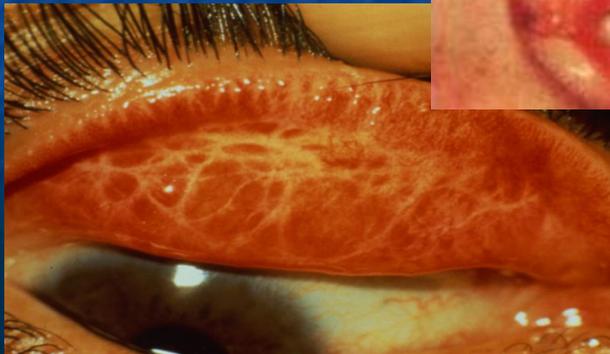
II стадия



III стадия

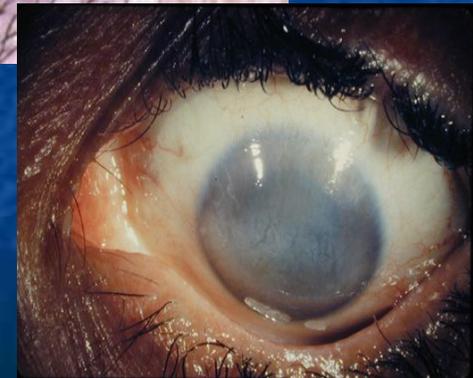
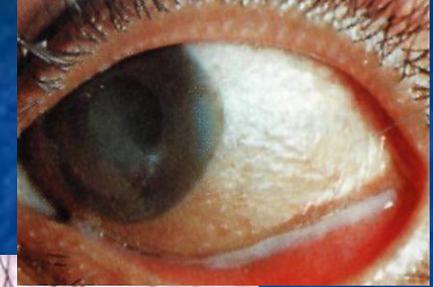
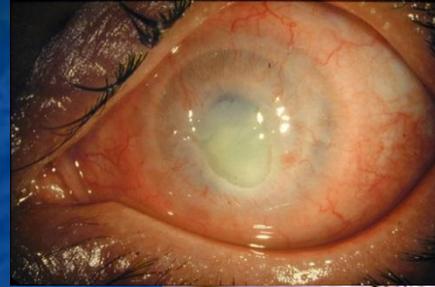


IV стадия



Осложнения трахомы

- мадароз, трихиаз
- рубцовые поражения конъюнктивы век, заворот век (энтропион)
- симблефарон
- стриктуры слезоотводящих путей
- гнойная язва роговицы, эндо- и панофтальмит
- бельма роговицы
- паренхиматозный ксероз



Дифференциальный диагноз и лечение трахомы

Дифференциальный диагноз:

- паратрахома
- фолликулез
- аденовирусные конъюнктивиты (фолликулярная форма)
- весенний конъюнктивит (аллергический)

Лечение:

- местное и общее лечение – сульфаниламиды и антибактериальные препараты (тетрациклинового ряда, макролиды (эритромицин, олететрин), рифампицин)
- десенсибилизирующие средства, витамины
- хирургическое лечение осложнений



*СПАСИБО
ЗА
ВНИМАНИЕ!*