

**Государственный медицинский университет
г. Семей**

**Синдром острых
воспалительных
заболеваний глаз.**

**Связь с патологией зубо-
челюстного аппарата.**

**Составитель: доцент дисциплины офтальмо-
логии, к.м.н., доцент Гиря Л.Г.**

- В силу различных жизненных ситуаций первый контакт больных с острыми заболеваниями глаз часто происходит не с окулистами, а с врачами других специальностей, в том числе и стоматологами. Поэтому знание медиком наиболее типичных симптомов различных видов экстренной патологии глаз и умение при неотложных состояниях оказать в полном объеме 1-ую помощь имеет для больного жизненно важное значение, поскольку предупреждает потерю его трудоспособности по зрению и возможную инвалидизацию пациента. Все виды этой глазной патологии нередко встречаются как у детей, так и у взрослых.

Понятие «синдрома красного глаза» подразумевает наличие инъекции (покраснения) на склере глазного яблока и гиперемии кожи или конъюнктивы вследствие различных причин, как воспалительной, так и невоспалительной этиологии.

К категории острых неотложных воспалительных состояний органа зрения относятся:

- 1) конъюнктивиты (воспаление конъюнктивы),
- 2) блефарит, ячмень, абсцесс века; 3) дакриoadенит, дакриоцистит; 4) флегмона орбиты; 5) кератиты;
- 6) иридоциклиты.

- **КОНЪЮНКТИВИТЫ** – воспаление слизистой оболочки век и глазного яблока (склеры).

По этиологии они классифицируются на :

экзогенные

и

эндогенные

1) инфекционные
(бактериальные,
вирусные, грибковые,
паразитарные)

1) при общих за-
болеваниях

2) аутоиммунные

2) при физ. и хим. вредностях

3) аллергические.

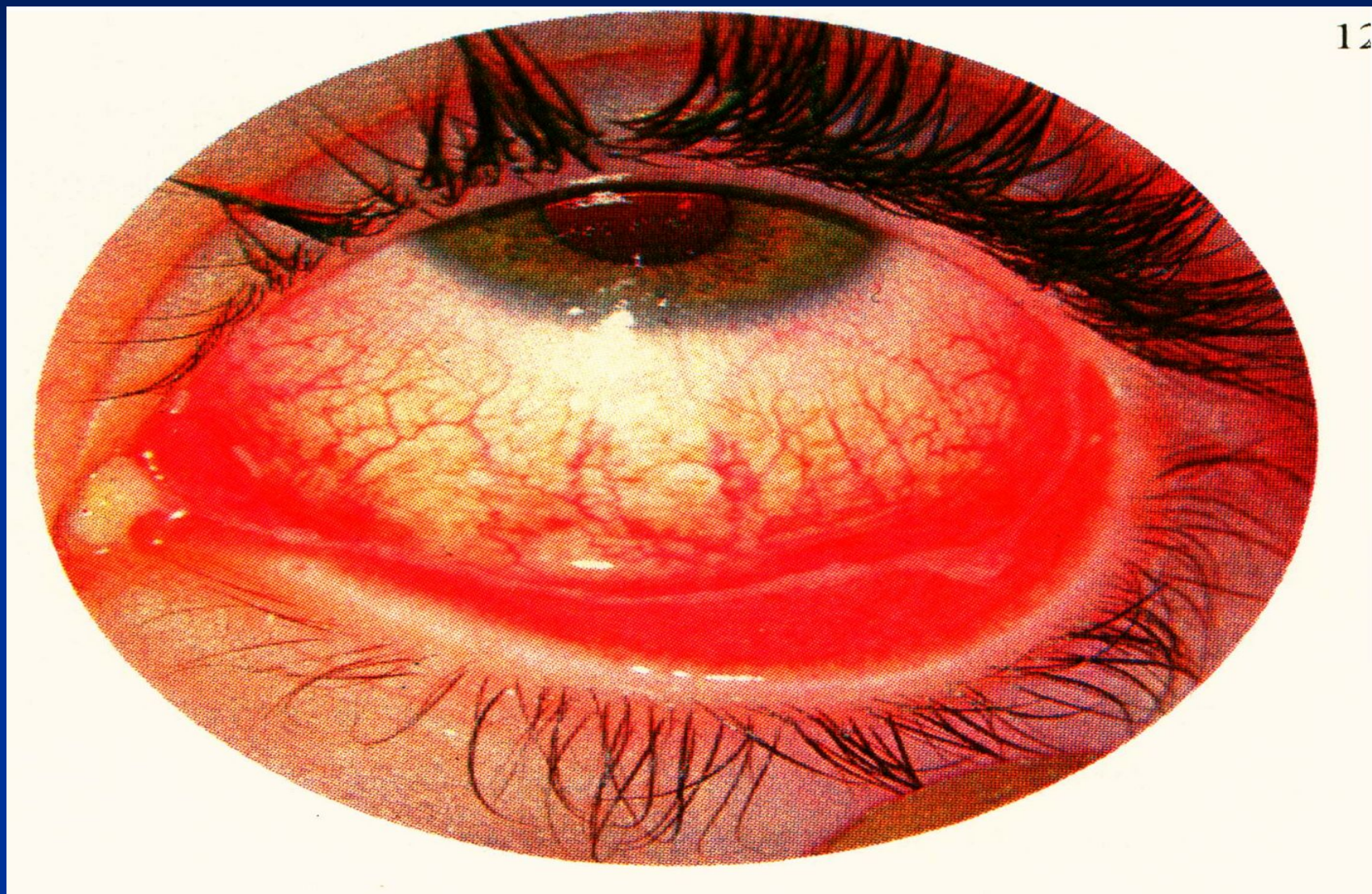
Все они, независимо от этиологии, имеют общие
клинические признаки.

К субъективным симптомам конъюнктивитов относятся жалобы на чувство засоренности, «песка» в глазах, жжение или зуд, слезотечение, покраснение глаз, отделяемое в виде корочек на ресницах, слипание век, скопление белого отделяемого в уголках глаз.

Объективно наблюдается гиперемия конъюнктивы век и сводов, а на склере – поверхностная или конъюнктивальная инъекция.

Отличительными признаками данной инъекции являются: ярко-красный цвет, чёткий сосудистый рисунок и бо́льшая выраженность гиперемии у сводов (переходных складок).

Объективный симптом конъюнктивита – гиперемия конъюнктивы век и конъюнктивальная или поверхностная инъекция склеры (ярко-красного цвета, с четким сосудистым рисунком и выражена больше у сводов, ближе к векам)



Для различных по этиологии видов конъюнктивитов характерны патогномоничные (свойственные только для данного вида) симптомы:

для бактериального – яркая инъекция и обильное отделяемое из конъюнктивальной полости;

пневмококкового – плёнчатое, легко снимающееся отделяемое, точечные геморрагии конъюнктивы;

гонобленнорейного – двусторонний, резко выраженный, плотный, багровый отёк век, отделяемое – водянистое, кровянистое - типа «мясных по-

МОЕВ», сливкообразное; часто поражается роговица;

для дифтерийного - односторонность, резкий, плотный, синюшно-багровый отёк век, отделяемое-трудно снимающиеся (с кровотоочивостью) плёнки;

острого эпидемического – двусторонность процесса, резко выраженный ишемический (бледный) отёк конъюнктивы (хемоз), контагиозность;

вирусных – возникновение на фоне гриппа, ОРЗ и т.д., лимфоаденопатия, слабая инъекция склеры, на конъюнктиве век - фолликулы (поверхность конъюнктивы похожа на слой красной икры), отделяемое – скудное или отсутствует; может пора -

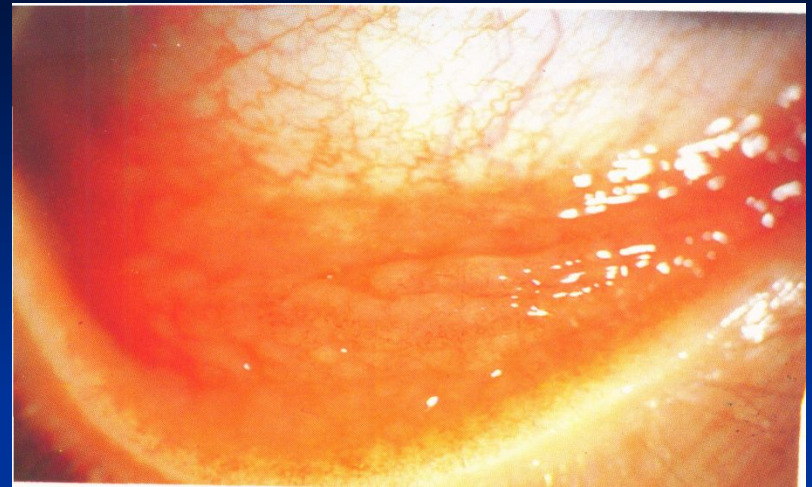
жаться роговица со снижением её чувствительности (отличительный клинический признак вирусного кератита);

для аллергического - связь с аллергеном (в анамнезе), увеличение сосочков на конъюнктиве (напоминающих мелкие папулы или «булыжную мостовую»).

Принципом неотложной терапии конъюнктивитов является:

назначение местного этиотропного лечения в виде капель и мазей (гораздо реже требуется общее лечение).

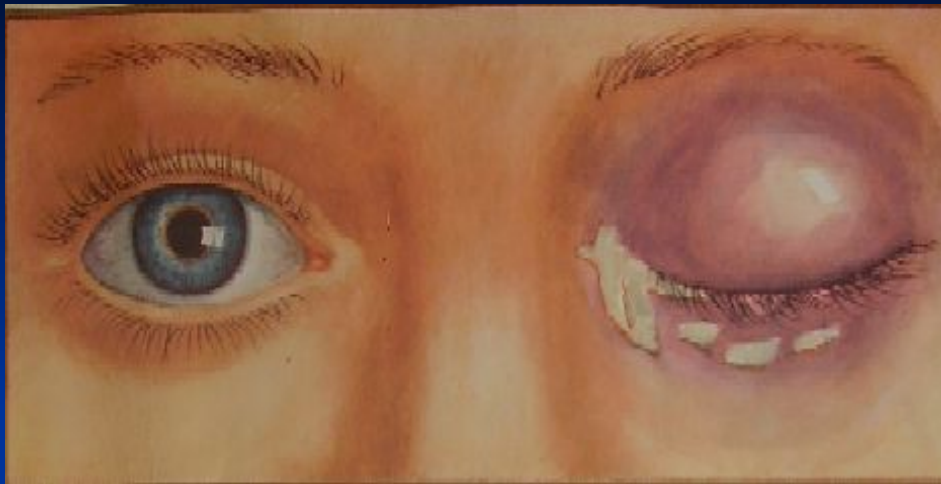
Аденовирусный конъюнктивит ОД



Острый эпидемический конъюнктивит Коха-Уикса



Дифтерийный конъюнктивит



Гонобленнорейный конъюнктивит



Вирусный кератоконъюнктивит



Бактериальный конъюнктивит





4.12 Слизисто-гнойное отделяемое при бактериальном конъюнктивите



Рис. 4.28 Слизисто-гнойное отделяемое при хламидийной инфекции у новорожденных

■ **БЛЕФАРИТ**- полиэтиологическое воспаление краёв век (волосяных фолликулов, сальных или мейбомиевых желёз).

■ Этиология - чаще общие заболевания и смеж-ных областей:

1) инфекции (в т.ч. одонтогенные) – бактерии, ви – русы, хламидии, демодекс (клещ) и т.д.; 2) аллер – гические состояния; 3) эндокринные, обменные нарушения; 4) анемии; 5) гипо- и авитаминозы; 6) глистные инвазии; 7) заболевания ЖКТ, почек, ко – жи, ЛОР-органов, головного мозга, сердечно-сосу – дистой системы; 8) профессиональные; 9) опухоли.

■ Классифицируется: на *простой, чешуйчатый, язвенный, мейбомиевый, демодекозный*.

Принципы диагностики: анализ характерных жалоб, анамнеза, характерных клинических проявлений; бактериологическое исследования мазка с конъюнктивы век; цитологические, вирусологические исследование соскоба с конъюнктивы; микроскопическое исследование эпиллированных ресниц на присутствие клеща, консультации смежных специалистов и их лечение. Лечение: этиологическое местное - смазывание краев века 1% спиртовым раствором бриллиантового зеленого или водки; мази, физиолечение (по показаниям – общая терапия).

Простой блефарит



Чешуйчатый блефарит





Рис. 1.28

Сальные ресницы и чешуйки при себорейном блефарите

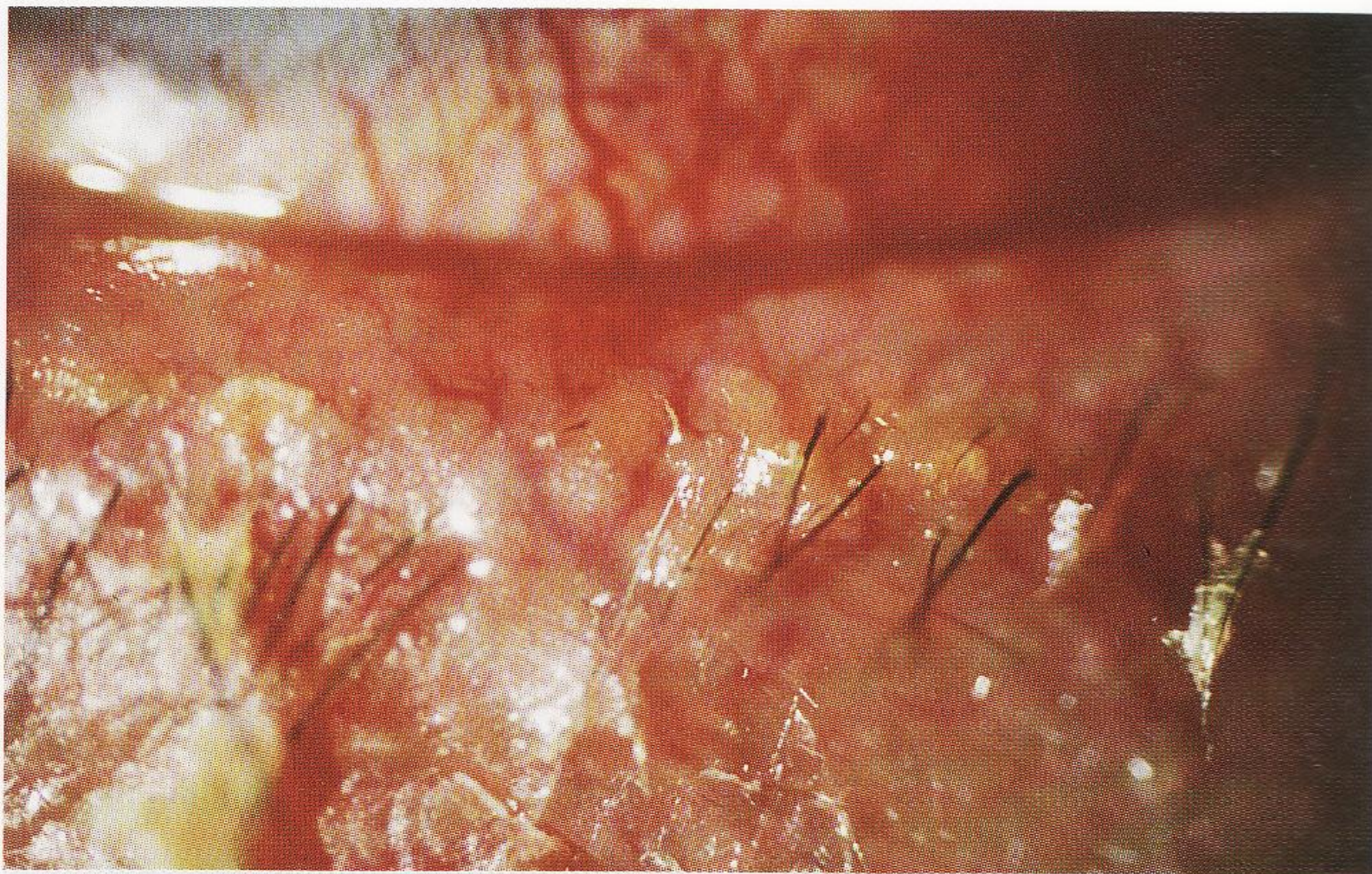


Рис. 1.29

Трещины, рубцы и мадароз при хроническом стафилококковом блефарите

- **ЯЧМЕНЬ** – острое гнойное воспаление волосяного мешочка у края век или сальной железы. Протекает по стадиям – инфильтрации и некроза (или флюктуации).

Лечение: в стадии инфильтрации – местно сухое тепло, УВЧ, антибиотики (АБ) - в кап. (до 6-8 раз в день), мази (до 3-ёх раз в день); показано и общее лечение (per os СА, АБ, по показаниям – в/м или в/в; осмотерапия); в стадии некроза - + вскрытие в месте флюктуации, дренирование раны резиновыми турундами, наложение на них гипертонических повязок.



Рис. 1.42 Большой внутренний невскрывшийся ячмень
(перед самопроизвольным вскрытием)



Халязион – наружный и внутрен - ний



Рис. 1.41

Хирургическое удаление халазииона



- **АБСЦЕСС ВЕКА** – это разлитое воспаление тканей века по всей длине с образованием в них полости, наполненной гноем. Основные симптомы – *общие* и *местные* воспалительные.
Лечение: в стадии инфильтрации – 1) АБ в/м, в/в, сульфаниламиды (СА) внутрь, 2) сухое тепло (диатермия, соллюкс, УВЧ - при нормальном артериальном давлении); при наличии флюктуации - показано вскрытие абсцесса разрезом кожи с последующим введением в рану турунды и наложением повязки с гипертоническим раствором хлорида натрия.

Абсцесс верхнего века OS в стадии инфильтрации



ДАКРИОЦИСТИТ – воспаление слезного мешка. Причина: у взрослых - стеноз слезноносового канала вследствие хронических воспалительных процессов (конъюнктивитов, чаще –ринитов, синуситов); у новорожденных – нередуцированная к моменту родов мембрана в нижнем конце слезноносового канала (аномалия развития), влекущих нарушение слезоотведения.

Жалобы: у *взрослых*- на упорное слезотечение (при хроническом течении). Кардинальным клини-

ческим симптомом дакриоцистита (объектив – ным) является наличие гнойного отделяемого из слёзной точки при надавливании в области слёзного мешка. При остром дакриоцистите (или **флегмоне** слёзного мешка) гнойное воспаление переходит на окружающую слезный мешок клетчатку. Воспалительные проявления отмечаются и вне области слёзного мешка. Имеются жалобы и общего характера. Стадии воспаления – те же. Лечение: зависит от стадии- в острый период – консервативное; после стихания воспаления - оперативное (дакриоцисториностомия).

Хронический дакриоцистит слева

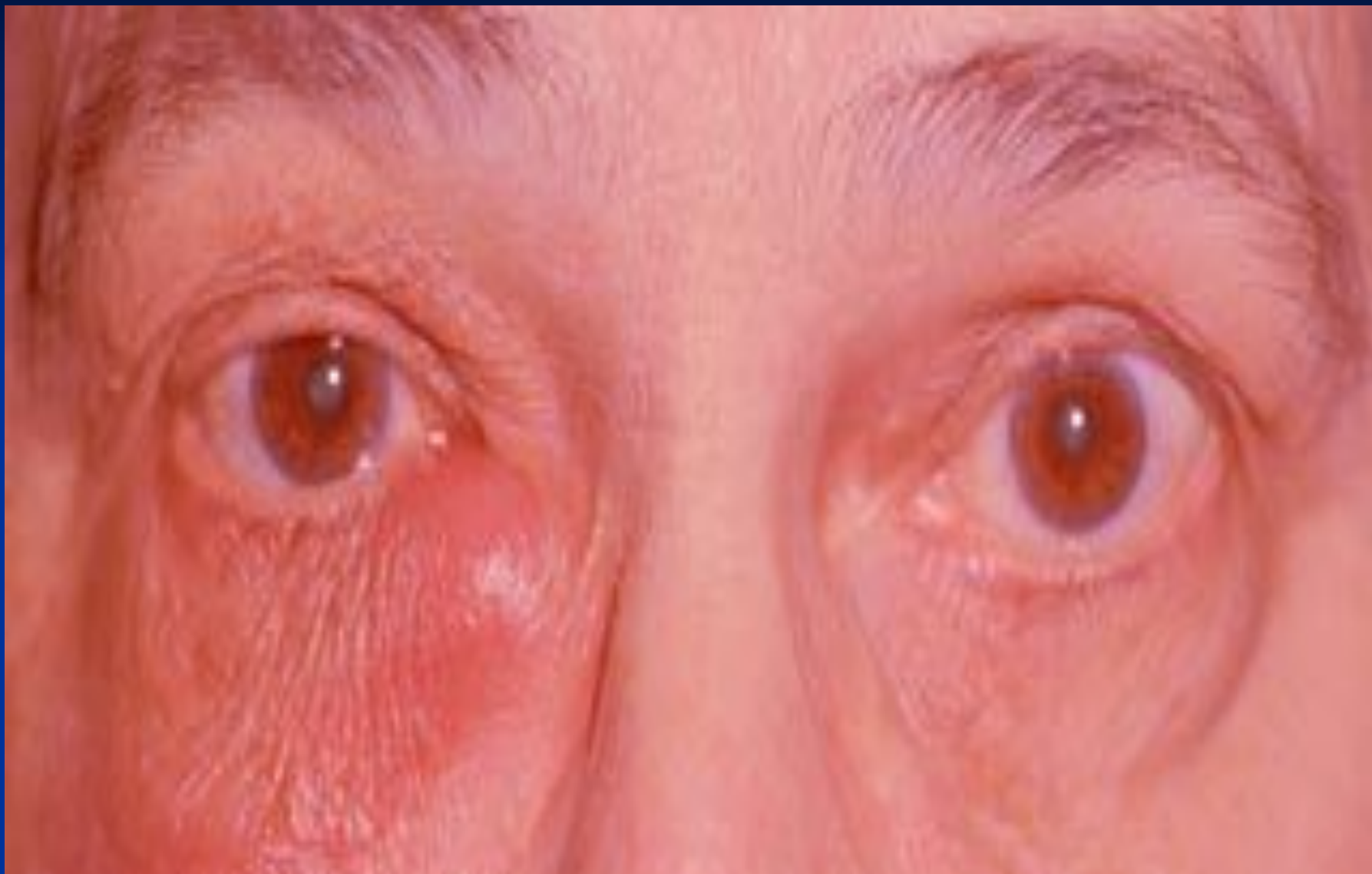


**Кардинальный
клинический
симптом
дакриоцистита**

**Острый дакриоцистит (флегмона слёзного мешка)
справа в стадии некроза**



Хронический дакриоцистит справа



■ ДАКРИОЦИСТИТ НОВОРОЖДЕННЫХ –

субъективная клиника схожа с конъюнктивитом. Кардинальный симптом дакриоцистита помогает уточнить диагноз. Лечение: массаж слёзного мешка (матерью) 5 дней и частые закапывания альбуцида или антибиотиков; при неэффективности – промывание слёзных путей антисептическими растворами; при безуспешности – зондирование слёзного мешка и слёзноносового канала.

Возможные осложнения дакриоциститов – флегмоны слёзного мешка, его фистулы, флегмона и тромбоз вен орбиты, кавернозного синуса, гнойный менингит; летальный исход.

Дакриоцистит новорожденных (острый)





**Флегмона слёзного
мешка справа в
стадии некроза с
образованием
фистулы в области
нижнего
орбитального края**

■ ОСТРЫЙ ДАКРИОАДЕНИТ – это воспаление слезной железы, чаще является осложнением общих инфекций. Объективно: общие и все местные симптомы воспаления в этой области + характерные для дакриoadенита симптомы – смещение глазного яблока книзу и кнутри, ограничение подвижности глаза кверху и кнаружи, двоение. Воспалительный процесс проходит те же стадии развития, что и воспаления любой другой глазной локализации. Принципы лечения – также схожи при всех воспалительных процессах.

■ Синдром Съёгрена - хроническое системное

- аутоиммунное заболевание, предположительно коллагеноз или нейроинфекция с поражением центра, руководящего функцией желёз внешней секреции (слёзной железы, потовых, слюнных, сальных) и проявляющееся их **гипофункцией**.

Клинически это проявляется сухостью слизистых оболочек (рта, конъюнктивы, половых органов) и осложняется кариесом со стороны ротовой полости, а со стороны глаз - конъюнктивитами, кератитами, ксерозом (высыханием) роговицы и её помутнением - т.н. синдромом «сухого глаза». Лечение: комплексное и симптоматическое (увлажняющие, регенерирующие средства, а при неэффективности – оперативное лечение).

■ ФЛЕГМОНА ОРБИТЫ – острое диффузное воспаление орбитальной клетчатки с последующими явлениями некроза. Основные симптомы – тяжелая воспалительная общая (высокая температура, общая слабость, головная боль и распирающая – в орбите) и местная реакция - гиперемия и плотность век, хемоз конъюнктивы глазного яблока, экзофтальм и неподвижность глазного яблока. Причины – у 80% больных это хронические и острые воспаления придаточных пазух носа и ротовой полости; а также глазные и общие инфек-

ции. Лечение: в соответствующем отделении многопрофильной больницы соответственно общим принципам и как можно раньше: в первые часы – АБ в/в, гипертонические растворы, десенсибилизирующие в/м, ангиопротекторы, мочегонные. При внезапном ухудшении зрения или признаках абсцедирования – срочное оперативное лечение (орбитотомия) с дренированием орбиты. Обязательна санация смежных областей и Р-графия орбиты (лучше - КТ). Больные всегда должны быть проконсультированы с невропатологом (или нейрохирургом), терапевтом (педиатром), ЛОР, стоматологом и офтальмологом.

■ КЕРАТИТЫ – воспаления роговой оболочки.

Классифицируются на: I – экзогенные, II – эндогенные и III – невыясненной этиологии.

I – травматические эрозии, инфекционные кератиты (бактериальные); при заболеваниях век, конъюнктивы, слёзных органов; грибковые;

II – инфекционные (туберкулёзные, сифилитические, герпетические), нейропаралитический (чаще после травм головы), авитаминозный.

Независимо от этиологии, все кератиты имеют общие клинические признаки и отличающие их друг от друга, что помогает диф. диагностике и

быстрой выработке адекватного (этиотропного) лечения в каждом конкретном случае.

Клинически они отличаются наличием жалобы на снижение зрения. Характерен т.н. рогович – ный синдром : светобоязнь, блефароспазм, слезотечение, чувство инородного тела (а не «песка», как при конъюнктивитах) в глазу, в одном месте, острые колющие боли под веком - это субъективные признаки заболевания. Кроме того, роговичный синдром включает и объективный симптом - глубокую или перикорнеальную инъекцию склеры, возможна и смешанная инъекция.



Признаки глубокой инъекции: гиперемия вокруг роговицы, с нечётким сосудистым рисунком и малиново-фиолетового цвета.

К объективным клиническим признакам кера — титов относятся наличие помутнения на рогови — це, причем тусклого (не блестящего) и шерохова- того (негладкого).

Осложняются кератиты — изъязвлением с возмо- жной перфорацией роговицы и развитием гной- ного иридоциклита с гипопионом (гноем в перед - ней камере), эндофтальмита, панофтальмита с суб- атрофией глазного яблока или вторичной болевой

глаукомы; флегмоной орбиты или тромбозом
кавернозного синуса, менингитами, энцефалитами,
из-за чего возможен и летальный исход.

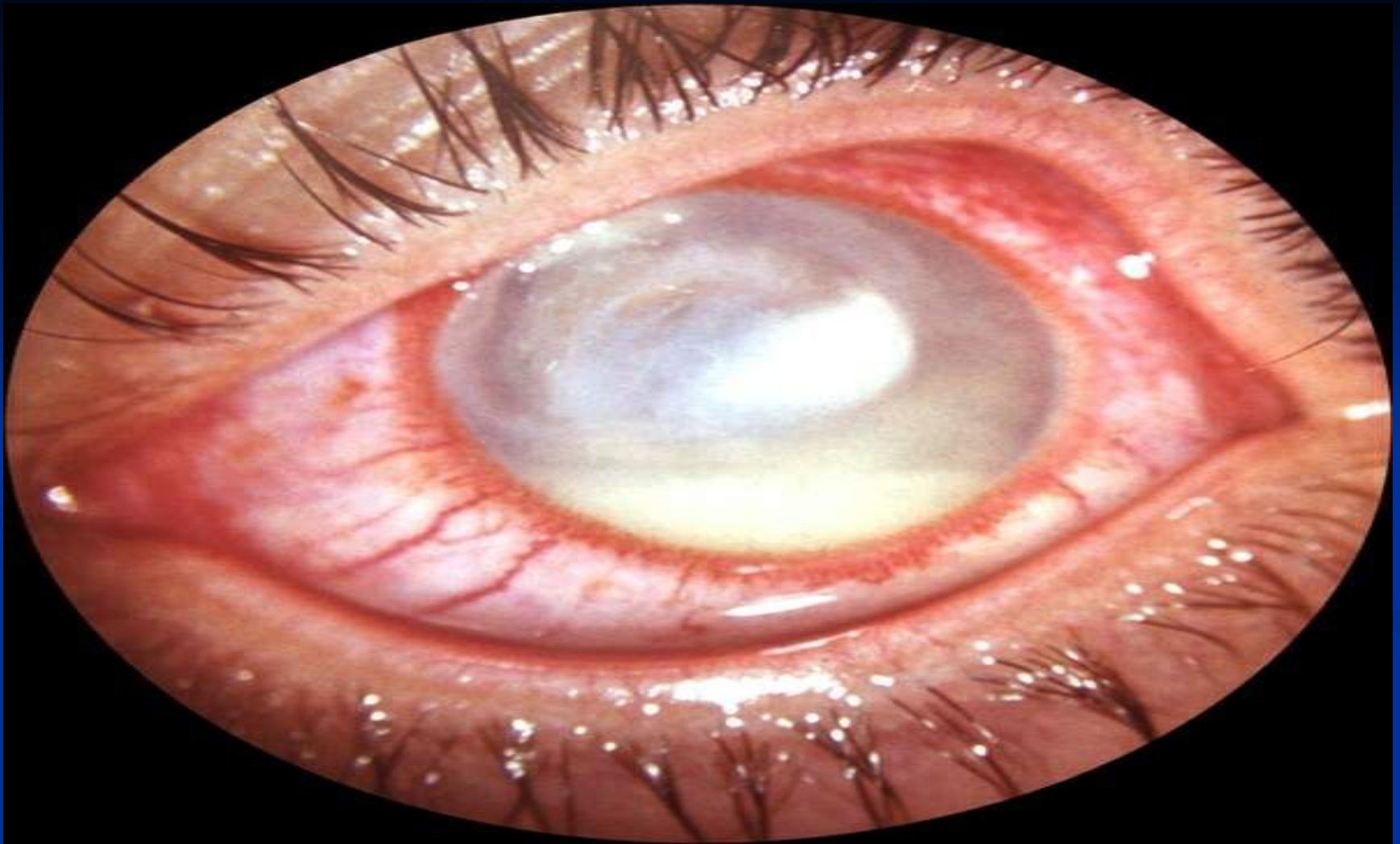
Любой медик должен знать клинический признак угрозы прободения роговицы при язве роговицы - десцеметоцеле (чёрного выстоящего пузырька на фоне помутнения роговицы).

Принципы неотложной терапии при кератитах включают: 1) этиологическое комплексное /т.е. общее и местное/ лечение. Местное лечение при кератитах обязательно предполагает как назначение капель, мазей (как при конъюнктивитах),

так и введение этиотропных веществ под конъюнктиву;

2) патогенетическое, симптоматическое лечение:

- а) физиотерапевтическое;
- б) неспецифическая противовоспалительная терапия – общая и местная;
- в) десенсибилизирующие средства,
- г) при изъязвлениях – регенерирующие средства;
- д) при осложнениях иридоциклитом (по показаниям) – мидриатики местно.



Бактериальный кератит, гнойная язва роговицы (желтоватого цвета), гипопион (гной в передней камере с горизонтальным уровнем).



Десцеметоцеле

Перфоративная язва роговицы

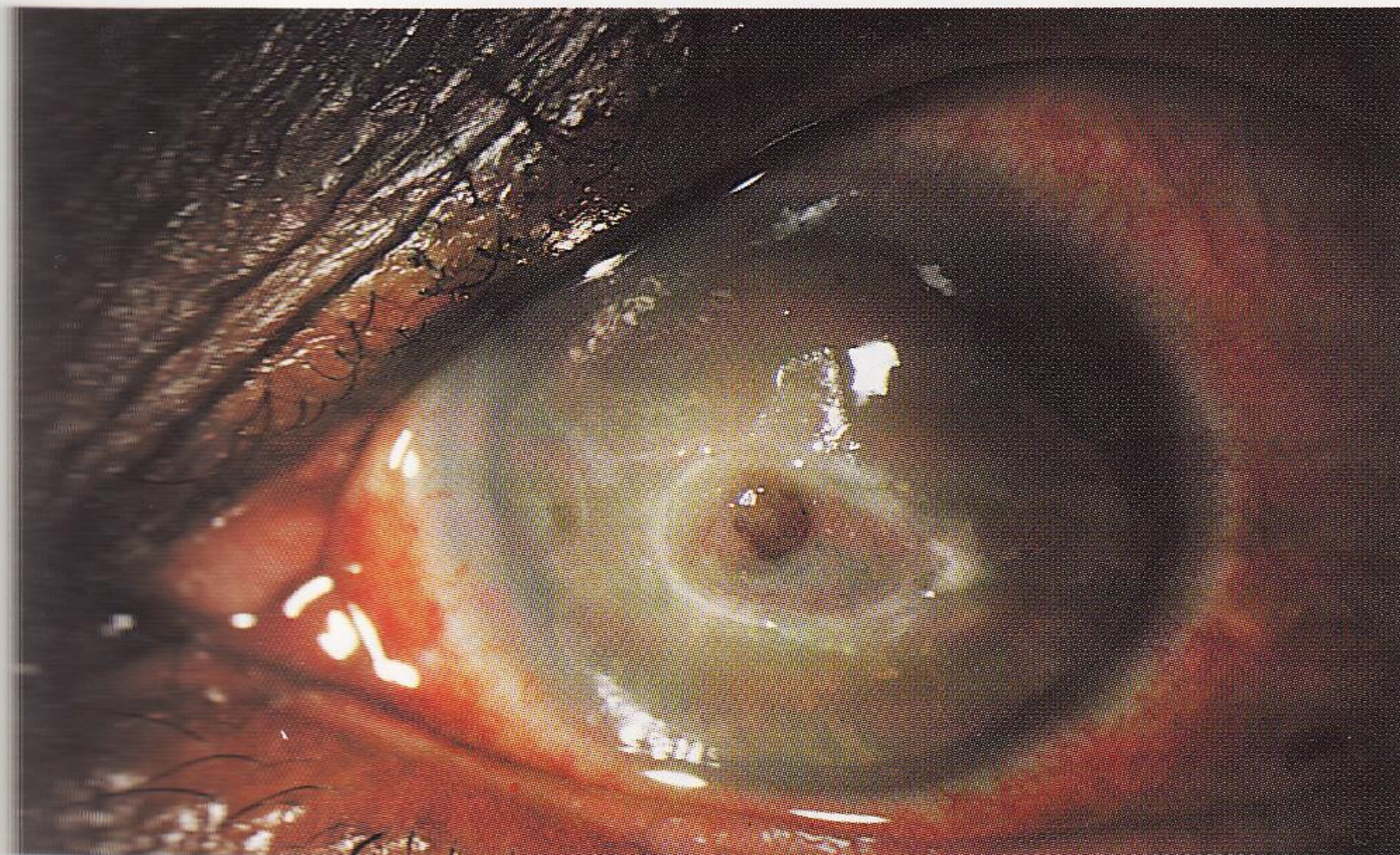
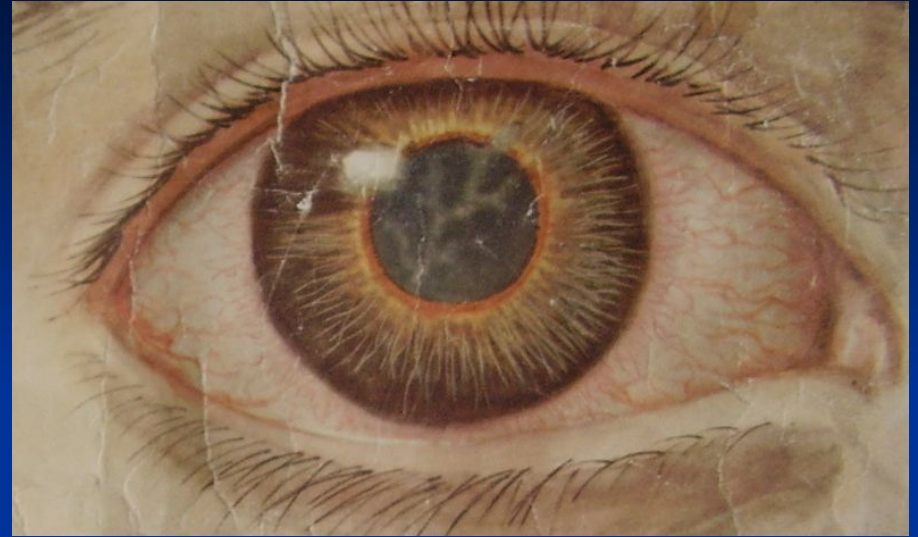
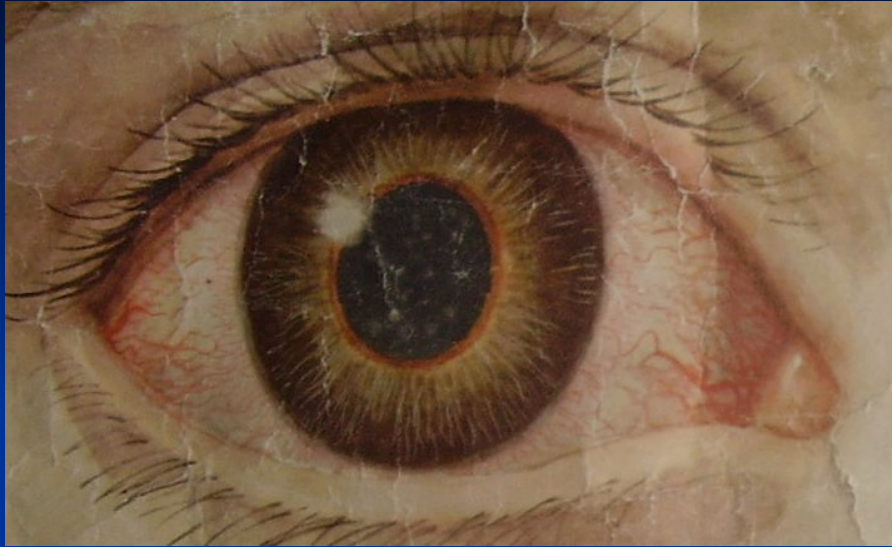
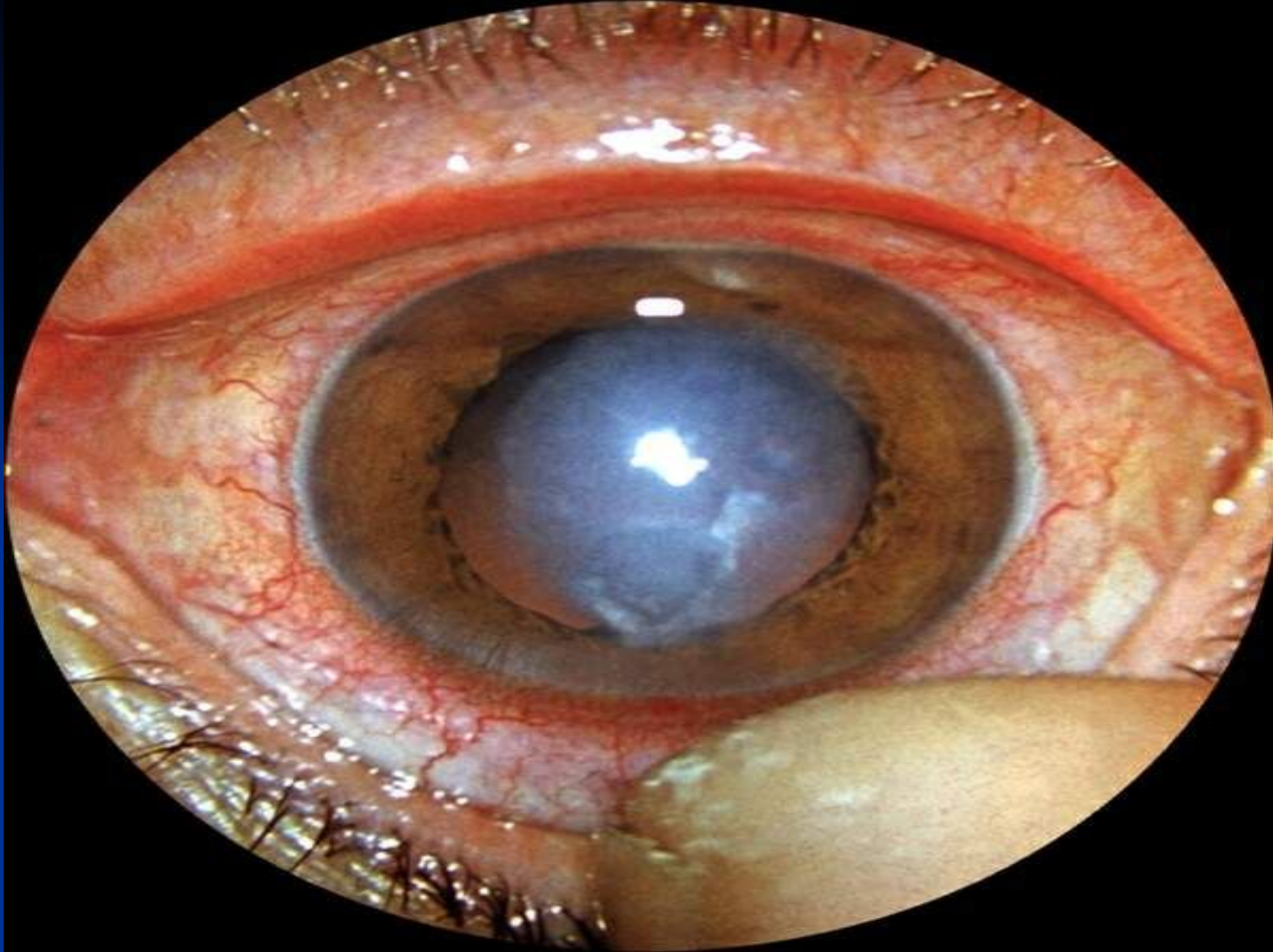


Рис. 5.45 Перфорация роговицы при герпетическом некротическом кератите

Вирусные кератиты





Глубокий (стромальный) вирусный (дисковидный) кератит : на роговице определяется инфильтрат (грубое помутнение) в виде диска



**Глубокий вирусный (метагерпетический)
кератит, язва роговицы (окрашена 1%
раствором флюоресцеина в зелёный цвет).**

Кератопластика



■ **УВЕИТЫ** – воспаление сосудистого тракта глаза, чаще эндогенной этиологии.

По локализации классифицируются на передние (иридоциклиты), задние (хориоидиты) и *пануевиты*;

по этиологии на: I- эндогенные, II – экзогенные, III – обменные и IV – факогенные.

I – на фоне ЛОР-инфекции, одонтогенной, гриппа, ревматизма, туберкулёза, сифилиса, бруцеллёза, токсоплазмоза

II – посттравматические, послеоперационные, вследствие прободения язвы роговицы и др.

III – на фоне диабета, подагры и т.д.

IV – обусловленные патологией хрусталика.

ИРИДОЦИКЛИТЫ – воспаление переднего отдела сосудистого тракта, состоящего из радужки и цилиарного тела, связанных общностью кровоснабжения и иннервации. Воспаление каждого из отделов могут протекать изолированно (ири - ты и циклиты) и совмещенно (иридоциклиты).

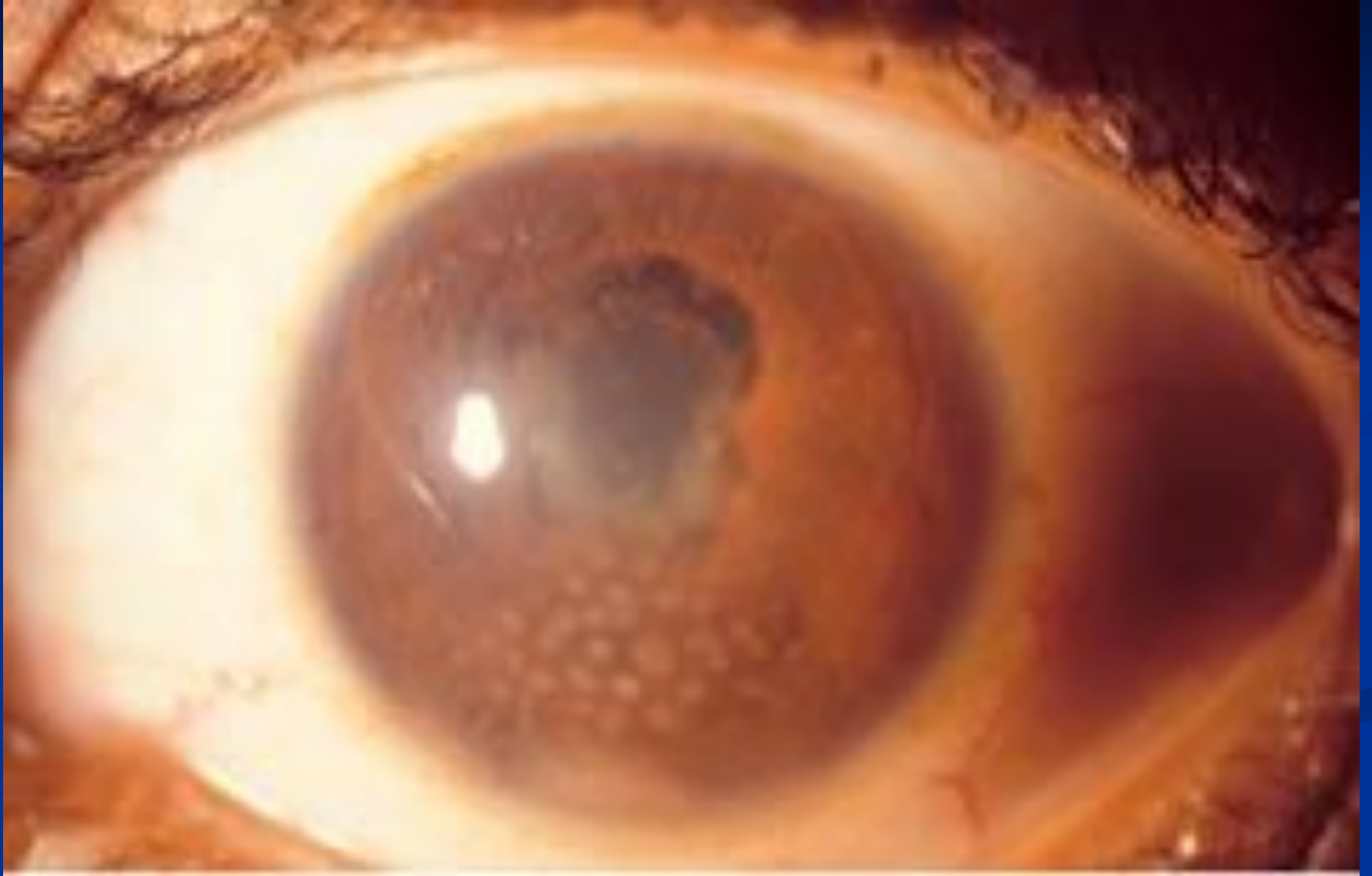
Общая клиническая симптоматика иридов и циклитов – **субъективная**: роговичный синдром (как при кератитах), боль в глазу – тупая, лома – щая, давящая, чаще ночью; снижение зрения.

Объективно: при **ИРИТАХ** (воспалениях радужки) – изменяется цвет радужки на больном глазу, рисунок её ступенчато вывается (из-за отёка); зрачок суживается, ослабевают или исчезают его реакции; а при закапывании мидриатиков обнаруживается звёздчатая (фестончатая) форма зрачка из-за задних синехий, которые являются причиной грозного осложнения иритов-вторичной (синехи – альной) глаукомы из-за нарушения оттока ВГЖ через зрачок из задней камеры в переднюю. Глаукома обуславливает атрофию зрительного нерва, необратимую слепоту.

Объективная симптоматика ЦИКЛИТОВ (воспаления цилиарного тела) характеризуется: болезненностью при пальпации глаза в области цилиарного тела, гипотонией глазного яблока; наличием преципитатов на эндотелии роговицы, помутнением влаги передней камеры, а при гнойном процессе - гипопионом (гноем в передней камере), помутнением стекловидного тела, гифемой (кровью в передней камере). Осложнения циклитов — сморщивание глазного яблока (из-за гипотонии) до полной его атрофии и слепоты; помутнения оптических сред глаза, хориоретинит, неврит.

- Принципами неотложной терапии иридоциклитов являются: 1) лечение этиологическое комплексное (как при кератитах), т.е. и местное (капли, мази, под конъюнктиву), и общее – в\м, в\в;
2) обязательны!!! (в отличие от кератитов) кортикостероиды – местно (капли, мази, под конъюнктиву), по показаниям – и общее лечение;
3) обязательны! – мидриатики местно (группы атропина и адреналина),
4) сухое тепло на глаз (компрессы, УВЧ и т.д.).
В случае неэффективности консервативного лечения при осложнениях показано хирургическое лечение.

ИРИДОЦИКЛИТ



Иридоциклит вне обострения (исход ирита – задние синехии)



Рис. 10.13
Задние синехии

Задние синехии разорваны мидриатиками (зрачок – круглый), но на передней капсуле хрусталика сохранились остатки пигмента заднего листка радужки (при ирите)

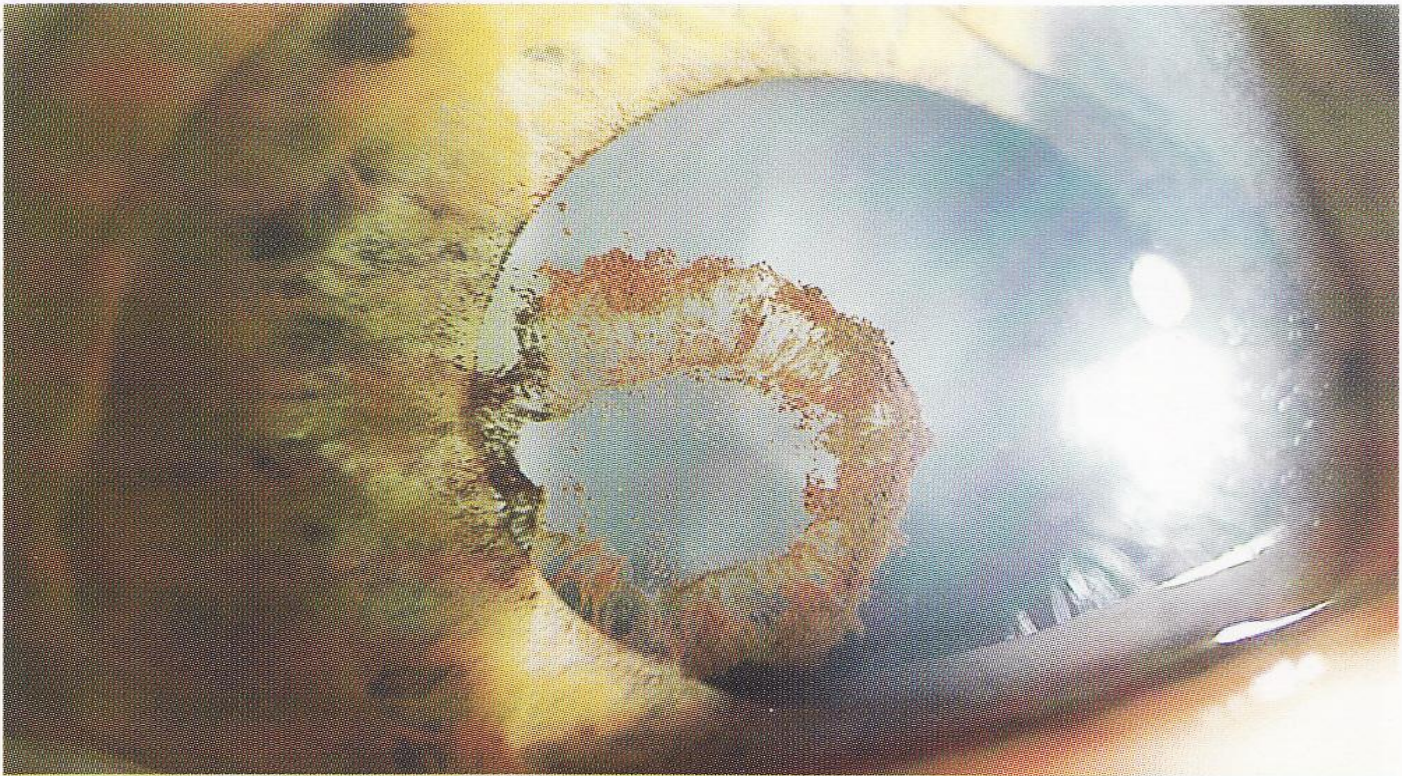


Рис. 10.15

Следы пигмента после разрыва задних синехий

БЛАГОДАРЮ

ЗА

ВНИМАНИЕ !

Контрольные вопросы :

1. Назовите кардинальный клинический симптом дакриоцистита.
2. Назовите принципы лечения кератитов.
3. Назовите принципы лечения иридоциклитов.