

# Заболевания век, слезных органов и орбиты. Конъюнктивит, трахома.

Подготовили студенты МЛ – 404  
группы:

Оджаева Айдана

Ганеева Гузель

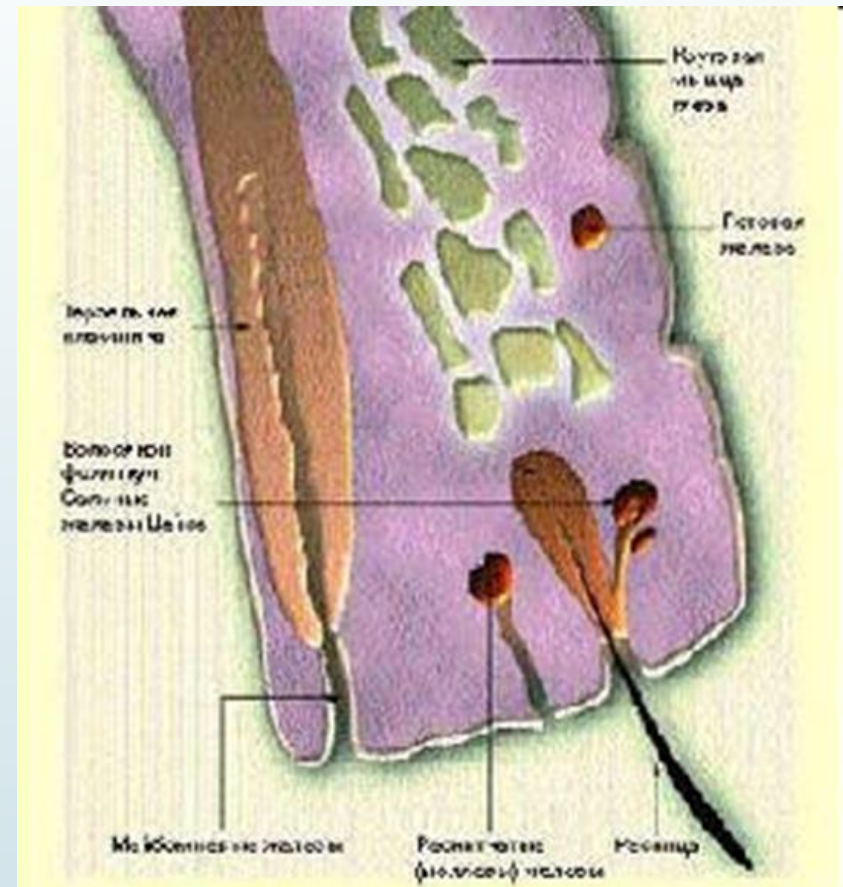
Летц-Орлецов Константин

# ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕК

- Врожденные аномалии век
- Деформации век и аномалии
- Заболевания края век
- Отек век
- Гнойные воспаления век
- Заболевания желез век

Веки состоят из следующих структур:

- Кожа
- Островки подкожной ареолярной ткани
- Круговая мышца
- Хрящ
- Орбитальная фасция
- Железы, располагающиеся в хрящевой пластинке
- Конъюнктива
- Придатки кожи: волосы, сальные и потовые железы

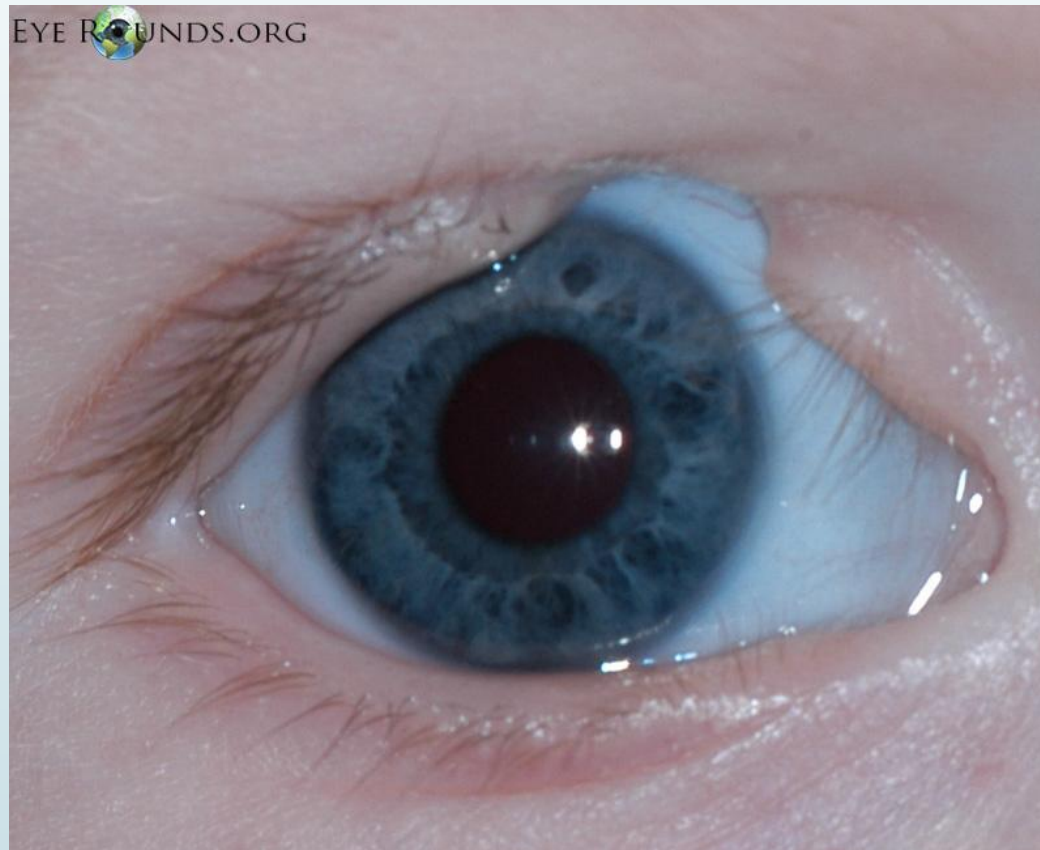



# ВРОЖДЕННЫЕ АНОМАЛИИ ВЕК

**Криптофтальм** – полная потеря дифференцировки век. При это кожа ото лба до щеки непрерывна, спаяна с роговицей, глазное яблоко недоразвито. Сочетается с такими врожденными аномалиями, как расщелина губ и неба, атрезия гортани, мозговые грыжи.

**Колобома века** – полнослойный сегментарный дефект века с основанием у его края, чаще образующийся в медиальной части верхнего века. Дефект века устраняют путем прямой фиксации краев или с помощью кожного лоскута. При локализации обширной колобомы нижнего века в области внутреннего угла глазной щели особенно велик риск развития кератопатии, в связи с чем требуется ранняя и значительно более сложная реконструкция. Прогноз хирургического лечения благоприятный.

# Колобома века





**Ангилоблефарон** – частичное или полное сращение краев верхнего и нижнего века, чаще в наружном углу глазной щели, приводящее к ее горизонтальному укорочению. Хирургическое разделение век необходимо произвести в самые ранние сроки.

**Эпикантус** – полулунные вертикальные складки кожи между верхним и нижним веками, частично закрывающие внутренний угол глазной щели и изменяющие ее конфигурацию. Определяется у большинства детей до 6 мес., у взрослых является характерным признаком представителей монголоидной расы. Двухсторонний эпикантус – синдром Дауна. Хирургическое лечение эффективное, его проводят с косметической целью.

# Ангилоблефарон; Эпикантус;



# Деформации век и аномалии положения

**Птоз верхнего века (син. блефароптоз)** – аномально низкое положение века по отношению к главному яблоку. Может быть врожденной и приобретенной.





## **Синдром Marcus Gunn (пальпобромандибулярный синдром)**

Выявляют в 5% случаев врожденного птоза. Ретракция опущенного века происходит при жевании, открытии рта, отведении челюсти в противоположную птозу сторону. С возрастом не исчезает. Лечение хирургическое, результаты не всегда удовлетворительные.



**Блефарофимоз** – укорочение и сужение глазной щели,  
двусторонним ПТОЗОМ.



## **Приобретенный птоз.**

*Нейрогенный птоз* – при параличе глазодвигательного нерва обычно односторонний, часто вызывается при опухолями, травмами, воспалением.

*Миогенный птоз* - возникает при миастении, часто двусторонний.

*Апоневротический птоз* – сухожилие мышцы, поднимающей верхнее веко, частично отрывается от тарзальной (хрящеподобной) пластинки. Может быть посттравматическим.

*Механический птоз* – горизонтальное укорочение века опухолевидного или рубцового происхождения, а также при отсутствии глазного яблока.

## Энтропион (заворот)

Выделяют:

1.врожденный:

- вследствие утолщение кожи и гипертрофии волокон круговой мышцы глаза у ресничного края

2.рубцовый:

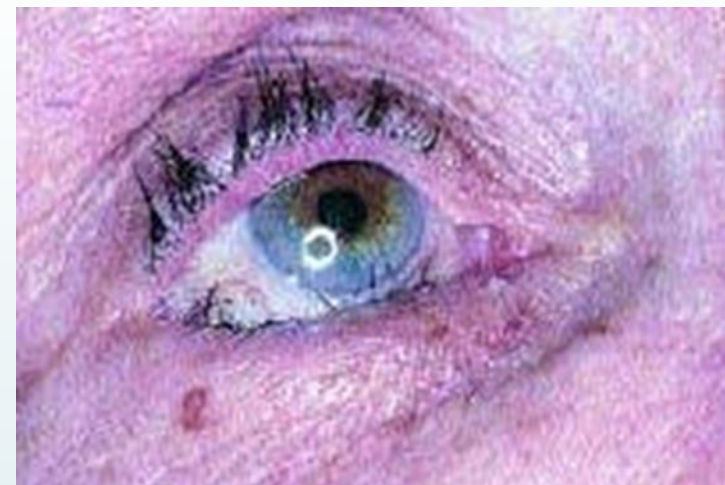
- вследствие рубцевания конъюнктивы нижнего века после травм, ожогов, трахомы

3.спастический:

- характеризуется возрастным растяжением структуры нижнего века

Осложнения:

раздражение конъюнктивы, эрозии и язвы роговицы, паннус



## Эктропион (выворот)

Выделяют:

1. врожденный:

- укорочение наружной –  
кожномышечной – пластинки века

2. возрастной:

- чрезмерное растяжение связок века, что  
приводит у провисанию века

3. рубцовый:

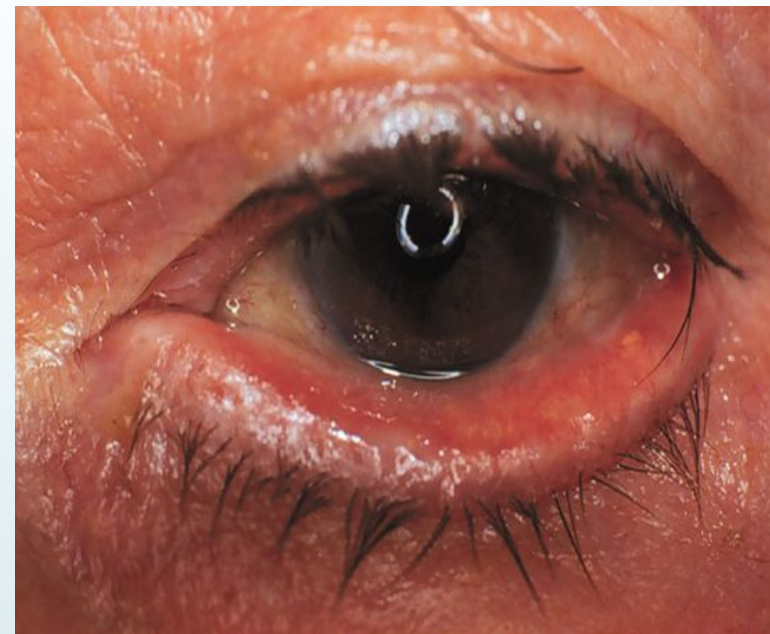
- вызван рубцеванием вследствие  
травмы, ожогов, дерматитов

4. паралитический:

- вызван параличом ипсилатерального  
лицевого нерва

5. механический:

- вследствие роста опухоли по краю века



# Заболевания края век

**Блефарит** – двусторонне воспаление краев век.

*По этиологии выделяют:*

1. инфекционный:

-бактериальный (*Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*)

-вирусный( вирус простого герпеса, опоясывающего герпеса, контагиозный моллюск)

-патогенными грибами

-членистоногими (клещи, вши)

2. неинфекционный:

-себорея

-розовые угри

-экзема



*По характеру течения:*

1. Острый

2. Хронический

*По локализации:*

- передний (передний краевой блефарит)

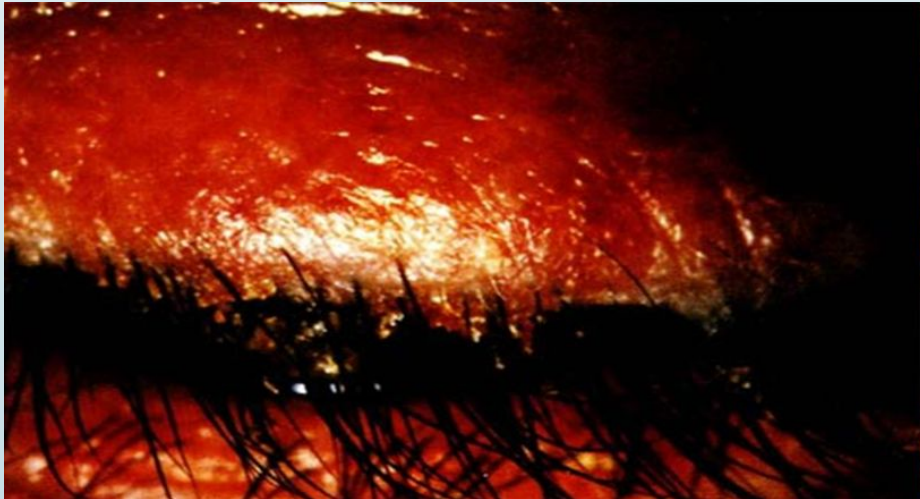
- задний (задний краевой блефарит)

## Передний краевой блефарит.

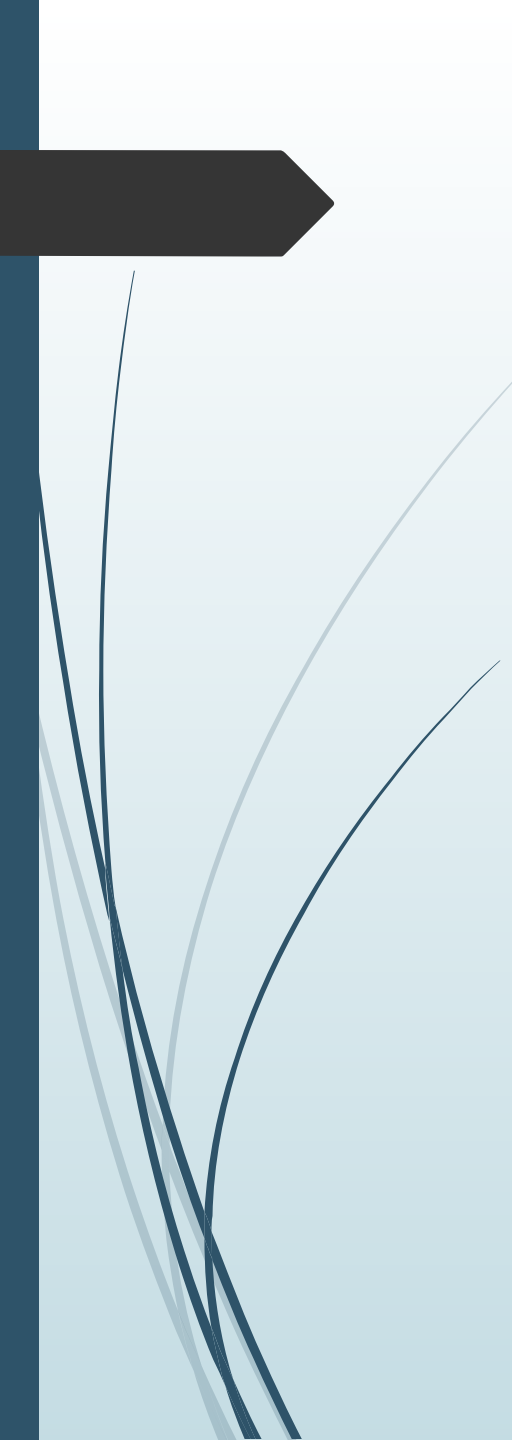
Клиника: жжение, «чувство песка», умеренная светобоязнь, корочки и покраснение краев век.

Особенности:

- 1) *стафилококковый блефарит (язвенный)*: гиперемия и телеангиоэктазия переднего края века с твердыми чешуйками, локализующимися у основания ресниц
- 2) *себорейный блефарит (чешуйчатый)*: гиперемия и сальный налет переднего края век, слипшиеся ресницы. Мягкие чешуйки рассредоточены по краю век у ресниц





A dark grey arrow points to the right from the left edge of the slide. Several thin, curved lines in shades of blue and grey originate from the left side and sweep across the slide towards the right.

### Лечение блефарита:

- Гигиена век
- Мазь с антибиотиком при остром процессе (при хроническом-неэффективно)
- НПВС
- Заменители слезы при вторичной нестабильности слезной пленки

## **Задний (краевой) блефарит или дисфункция мейбомиевых желез**

*Мейбомиевая себорея*

-характеризуется повышенной секрецией мейбомиевых желез. Протоки мейбомиевых желез заполнены жировым содержимым. При надавливании на хрящ-из отверстий обилие секрета. На внутреннем ребре века или в углу глаза скапливается пена

*Мейбомит(мейбомиит)*

-характеризуется воспалением и нарушением оттока из протока мейбомиевых желез. Заднее ребро века гиперемировано, утолщения и рубцы по краю века. Секрет мейбомиевых желез мутный, густой.



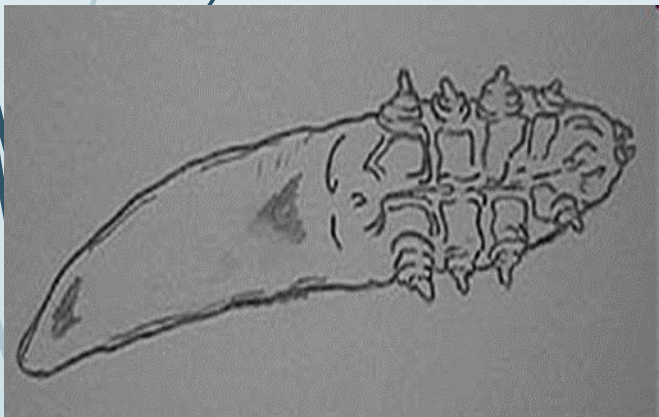
## Лечение заднего (краевого) блефарита.

- ✓ а/б системно:
- ✓ -тетрациклин 250 мг 4р/д 1 неделю, затем 2р/д 6 недель
- ✓ -доксциклин 100 мг 2р/д 1 неделю, затем 1р/д 6 недель
- ✓ -эритромицин или азитромицин (если тетрациклин противопоказан)
- ✓ гигиена век
- ✓ НПВС
- ✓ Слезозамещающая терапия
- ✓ Теплые компрессы на веки (для размягчения секрета)
- ✓ Массаж век



**Демодекозный блефарит** -болезнь, вызываемая паразитированием условно патогенного клеща. Клещ размером 0,2-0,5 мм обитает в глубине сальных и мейбомиевых желез, в волосяных фолликулах человека и млекопитающих.

Локализация клеща: веки, кожа лица, область надбровных дуг, лоб, носогубные складки, подбородок, наружный слуховой проход.



### Клиника.

Усталость, зуд, отек, гиперемия краев век, появление чешуек у корней ресниц в течение длительного времени.

При осмотре: ресницы слипшиеся, покрыты муфтой.

Лабораторная диагностика: берут 4 ресницы с верхнего века, 4-с нижнего. Помещают на предметное стекло с щелочным раствором или смеси глицерина с физраствором (1:9). Затем-под микроскоп.



## Лечение.

- ❖ Соблюдение личной гигиены
- ❖ Очищение от корочек настойкой эвкалипта или календулы (дважды с интервалом в 15 мин)
- ❖ На края век 2р/д или на ночь мазь «Демалан»(или «Демалон»), не забывая про брови и наружный слуховой проход.
- ❖ Для снятия местных токсико-аллергических реакций-мазь «Пренацид» ( 2р/д на веки 5-7 дней)
- ❖ При гнойном блефароконъюнктивите: мазь или капли «Колбиоцин» или «Эубетал»
- ❖ Массаж век, магнитотерапия, озонотерапия
- ❖ Коррекция иммунного статуса



# Отёк век.

**Отек век** – это состояние аномально увеличенного содержания жидкости в подкожной клетчатке век. Развитию отека способствуют высокая растяжимость кожи, чрезвычайно рыхлая структура подкожной жировой клетчатки, ее способность накапливать жидкость, богатое кровоснабжение век. Может быть воспалительным и невоспалительным (пассивным)

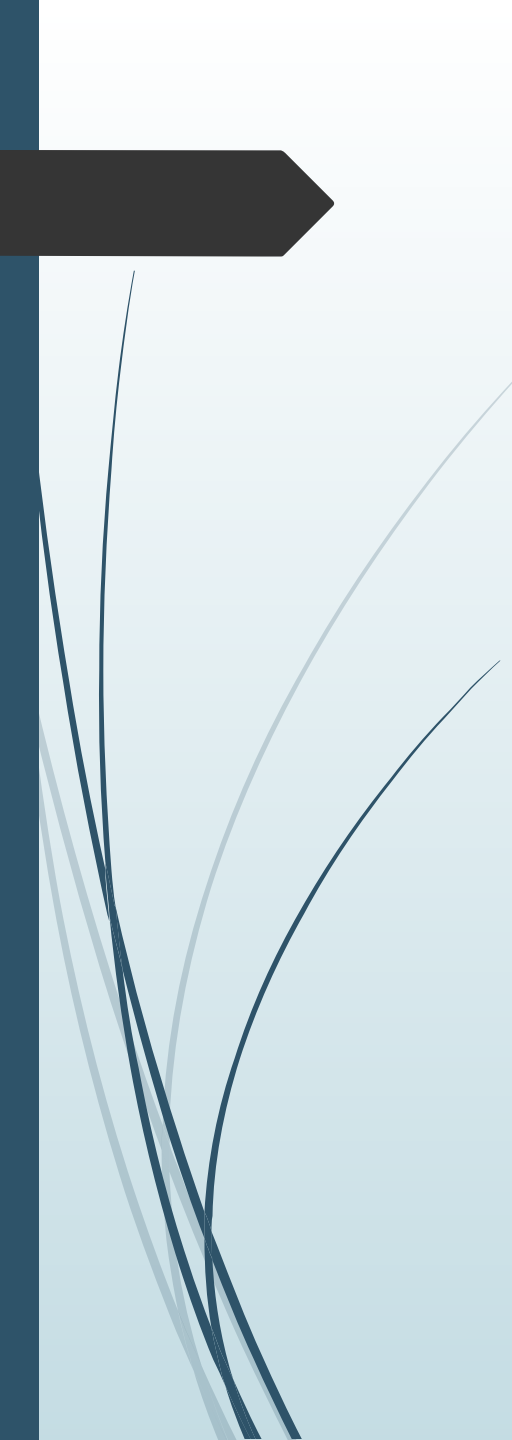
Воспалительный отек развивается при следующих заболеваниях:

- воспалении самих век (ячмень, блефарит, абсцесс, контактный дерматит, укусы насекомых),
- конъюнктивы (острый гнойный, мембранозный и псевдомембранозный конъюнктивит)
- слезного мешка (острый дакрилицитит, флегмона слезного мешка)
- слезной железы, орбиты ( абсцесс, псевдотумор)

Клинически он проявляется выраженным покраснением кожи, повышением местной температуры, болезненность при пальпации, обычно бывает односторонним.







Невоспалительный (пассивный) отек век развивается вследствие воздействия локальных (травм головы) и общих (сердечная или почечная недостаточность, выраженная анемия) факторов.

# Гнойные воспаления век

**Пресептальный целлюлит** – разлитое воспаление тканей века (флегмона века). Заболевание чаще развивается у детей до 3-х лет, перенесших воспаление верхних дыхательных путей или средний отит; возбудителем заболевания обычно является *Neisseria meningitidis*. У взрослых целлюлит развивается как осложнения ячменя.

Определяется покраснение кожи и полный отек всего века, при пальпации отмечается болезненность. Зрение и зрачковые реакции не нарушаются. Наблюдается повышение температуры, головная боль, болезненность регионарных лимфатических узлов. Появление экзофтальма, смещения и ограничения подвижности глазного яблока.

*Лечение консервативное:*

Антибиотика в/м клафоран.

При появлении флюктуации абсцесс века вскрывают





**Абсцесс века** – болезненный очаг инфильтративно гнойного воспаления. Часто развивается после незначительных повреждений кожи, укусов насекомых, после выдавливания ячменя.

Клинически абсцесс характеризуется разлитой гиперемией кожи и плотным отеком, птозом века хемозом, припухлостью и болезненностью регионарных лимфатических узлов. В дальнейшем кожа век истончается появляется флюктуация. Возможно самопроизвольное вскрытие абсцесса.

#### *Лечение*

Такое же как при целлюлите. Местно – сухое тепло, физиотерапия, дезинфицирующие капли в конъюнктивальный мешок.

Антибиотики принимают внутрь и в/в.

# Заболевания желез век

**Ячмень** – острое болезненное гнойное воспаление мейбомиевых желез или других желез края века.

Вызывается *Staphylococcus aureus*. Выделяют внутренний и наружный.

Внутренний ячмень - абсцесс мейбомиевой железы, вызванный стафилококками.

Это плотное болезненное образование, расположенное в пределах тарзального хряща. Может увеличиваться, вскрываться через кожу или хрящ.



**Рис. 14. Внутренний ячмень**

Наружный ячмень - острое гнойное воспаление волосяного фолликула и связанных с ним желез, вызванное стафилококковой инфекцией. Это болезненное плотное, увеличивающееся в размерах, локализующееся под кожей у края век.

Лечение:

- сухое тепло
- Капли
- мази
- антибиотики
- при необходимости вскрытие

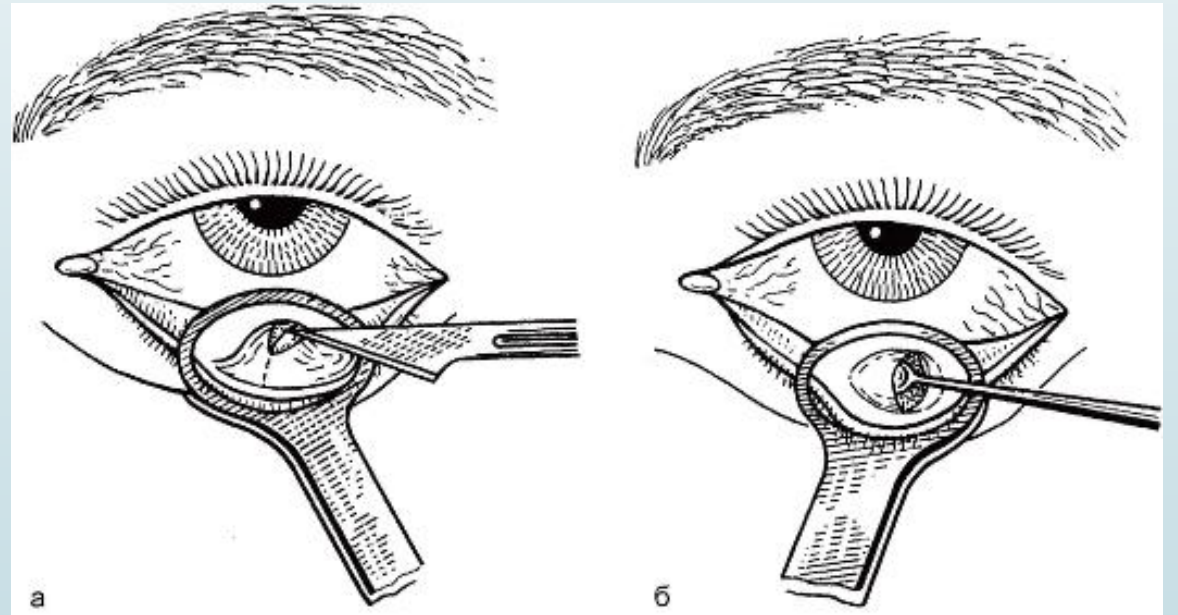


**Халязион(киста мейбомиевой железы)** - хроническое воспаление, вызванное закупоркой выходных отверстий железы и застоем жирового секрета. Безболезненное, постепенно растущее образование, плотное, округлой формы. Может быть множественным, двухсторонним. Если прободает конъюнктиву, то со стороны конъюнктивы видна полипозная гранулема



## Лечение халязиона.

- ❑ Хирургическое лечение.
- ❑ В сомнительных случаях- обязательна биопсия (необходимо дифференцировать от карциномы сальной железы)
- ❑ Введение стероидов в халязион: 0,1-0,2 мл дипроспана или кеналога





# Заболевания слезного аппарата

Нарушение слезоотведения встречается  
у **6-25%** всех офтальмологических больных

**Постоянным симптомом заболеваний слезных органов является упорное слезотечение – эпифора**

Застоявшаяся слеза и слизистый секрет являются питательной средой для возникновения микрофлоры и благоприятствуют воспалению слезоотводящих путей



## Патология слезных желез

### Врожденная гипофункция:

- алакримия,
- синдром Рилей-Дея;

### Воспаления:

- острый дакриoadенит,
- хронический дакриoadенит,
- саркоидоз слезной железы,
- неспецифический псевдотуморозный дакриoadенит;

### Врожденная гипофункция слезных желез

**Алакримия** – полное отсутствие слезной жидкости – относится к казуистически редкой патологии.

**Гипофункция слезных желез** – одно из основных проявлений синдрома Рилей-Дея.

Синдром характеризуется значительным снижением или отсутствием секреции слез, эмоциональной неустойчивостью, нечувствительностью к боли, появлением пятнистой, резко очерченной эритемы при волнениях, иногда пароксизмальной артериальной гипертензией и другими симптомами, свойственными дисфункциям вегетативной нервной системы.

Этиология – аутосомно-рецессивное наследование.



# Воспаления

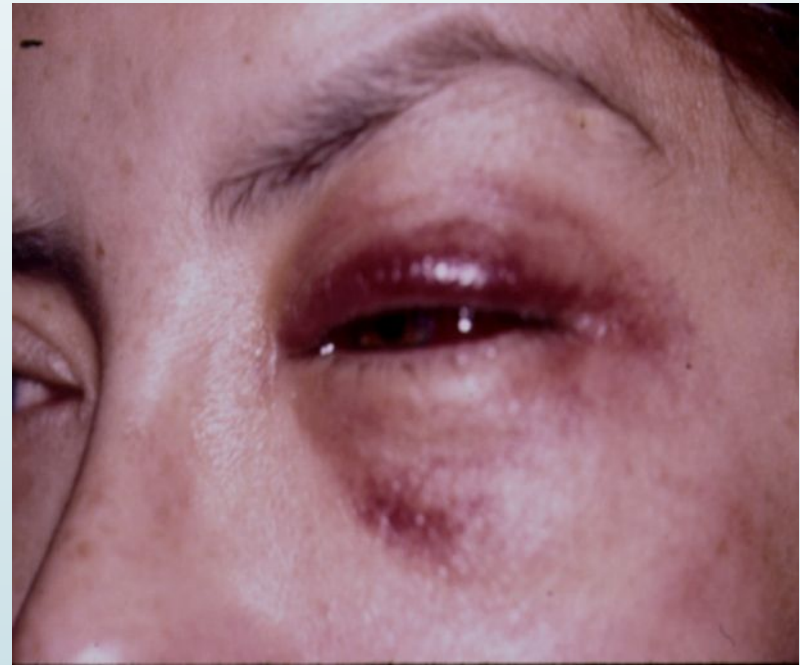
## **Острый дакриоаденит**

чаще является осложнением общих инфекционных заболеваний (гриппа, кори, скарлатины, эпидемического паротита, брюшного тифа, ангины и др.). Обычно бывает односторонним, но иногда развивается с обеих сторон.

Заболевание наблюдается преимущественно у лиц молодого возраста.

### Клиническая картина:

- болезненная краснота и припухлость в верхненаружной части верхнего века;
- тяжесть в веке, оно несколько опущено и поднятие его болезненно;
- глазная щель сужена и деформирована: опущенный наружный край верхнего века изогнут наподобие лежащей латинской буквы S;
- при воспалении пальпебральной порции железы припухлость больше выступает наружу;
- при воспалении орбитальной части инфильтрат уходит глубоко за верхненаружный край орбиты;
- отек может распространяться на область виска и щеки;
- конъюнктивита отечная;
- регионарные околоушные лимфатические железы уплотнены, увеличены и болезненны;
- глазное яблоко может смещаться книзу и кнутри;
- заболевание, как правило, проходит с общими симптомами: недомоганием, головной болью, повышением температуры.



## Лечение

антибиотики внутрь и внутримышечно.

внутрь сульфаниламидные препараты, противо-воспалительные и симптоматические средства – анальгетики, десенсибилизирующие.

Местное лечение: антибактериальные капли и мази, кортикостероиды.

в стадиях инфильтрации показано сухое тепло, УВЧ и диатермия.

при развитии абсцесса его вскрывают. Абсцесс пальпебральной доли вскрывают со стороны конъюнктивы. При нагноении орбитальной части железы разрез делают через кожу верхнего века.



## □ Хронический дакриoadенит

- может развиваться из острого, но чаще возникает самостоятельно. Процесс протекает медленно, часто без местных выраженных воспалительных признаков.
- в области слезной железы появляется припухлость, которая постепенно увеличивается.
- при пальпации определяется плотноэластической консистенции округло-овальной формы образование, нередко совершенно безболезненное, уходящее в глубину орбиты.
- процесс бывает двусторонним и, как правило, сопровождается увеличением околоушных и подчелюстных слюнных и лимфатических желез.
- хронический дакриoadенит встречается при некоторых инфекционных заболеваниях и при болезнях кроветворных органов.

### **Туберкулезный дакриoadенит**

возникает вследствие гематогенного заноса инфекции. Клинически наравне с болезненной припухлостью слезной железы обнаруживают увеличение лимфатических шейных и бронхиальных желез, рентгенологические изменения в легких, положительные реакции Пирке и Манту. В биоптате – типичные туберкулезные узлы.

#### **Лечение:**

- необходима интенсивная терапия основного заболевания при участии фтизиатра.
- стрептомицин по 500 тыс. ЕД в течение 10-20 дней,
- внутрь ПАСК по 0,5 г 3-5 раза в день в течение 2 месяцев,
- фтивазид по 0,3-0,5 г 2-3 раза в день в течение 2-5 месяцев.



## **Сифилитический дакриoadенит**

В очень редких случаях сифилис дает хроническое воспаление слезных желез, одно- или двухстороннее. большей частью имеет место незначительное безболезненное увеличение железы. Диагноз основывается на тщательном анамнезе, обнаружении характерных проявлений сифилиса со стороны других органов, серологических реакциях.

Прогноз благоприятный.

Лечение специфическое, проводится венерологами.

## Саркоидоз слезной железы

«Болезнь Бенье – Бека – Шаумана». Системное заболевание из группы гранулематозов. Он проявляется образованием множественных узелков в коже, лимфатической системе, внутренних органах, в которых никогда не обнаруживают казеозного распада. Гранулемы однотипны, округлы («штампованы»), четко отграничены от окружающей ткани.

Заболевание начинается незаметно, протекает длительно и безболезненно. При этом наблюдается увеличение слезной железы, чаще равномерное, без четкой дифференциации саркоидозного узла. При пальпации прощупывается совершенно безболезненная уплотненная ткань железы. Саркоидозный дакриoadенит иногда осложняется сухим кератоконъюнктивитом. Диагноз всегда вызывает затруднения.

Лечение саркоидоза слезной железы хирургическое, однако из-за риска возможного системного поражения предлагают патогенетическую терапию глюкокортикоидами



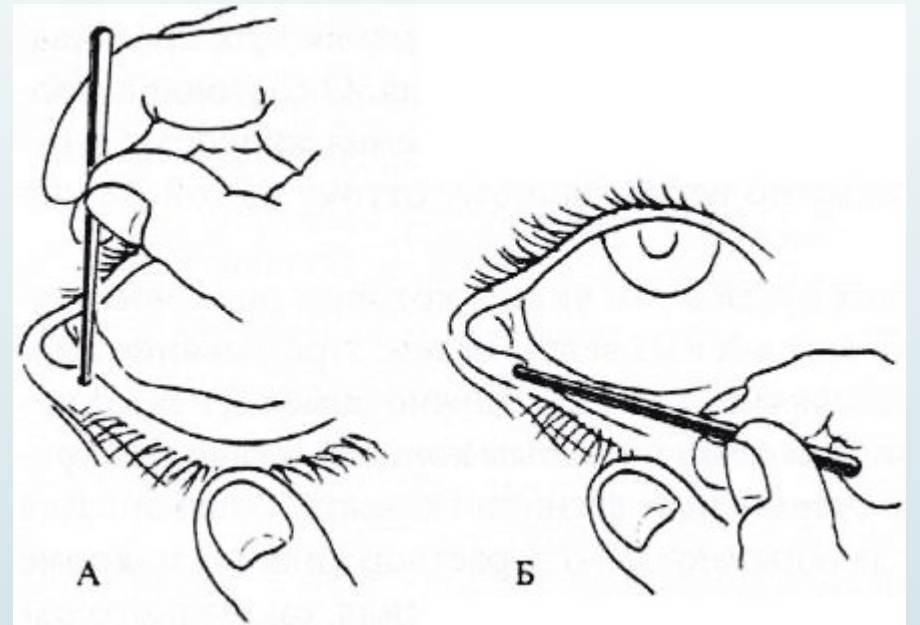
A dark grey arrow points to the right from the left edge of the slide. Several thin, curved lines in shades of blue and grey originate from the left side and sweep across the page towards the text.

# Приобретенная патология слезных точек и канальцев

- ✓ Сужение, заращение слезной точки
- ✓ Выворот нижней слезной точки
- ✓ Старческая гипертрофия слезных сосочков
- ✓ Травматические повреждения слезных канальцев

## Сужение слезной точки

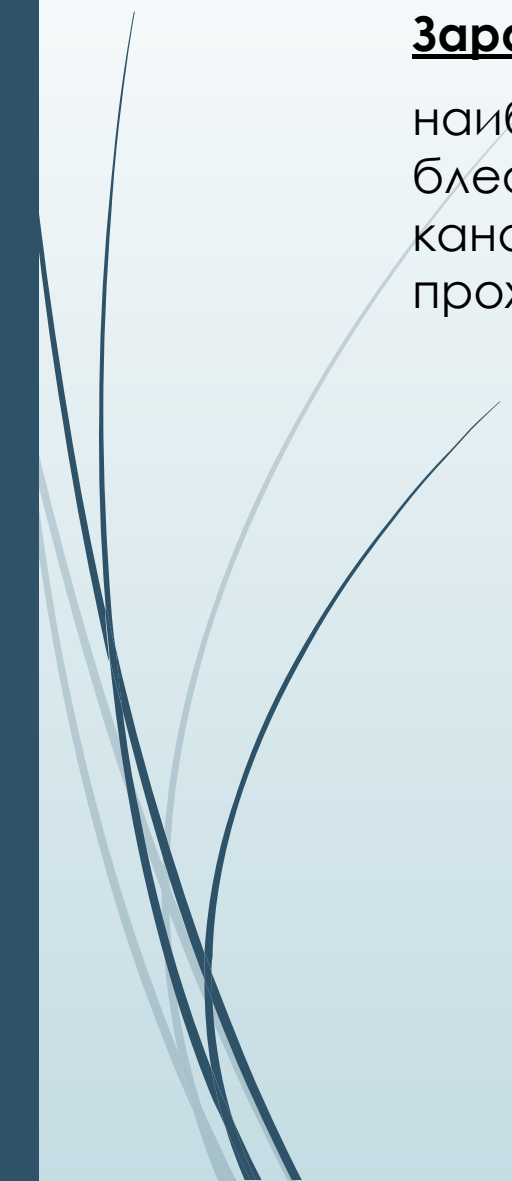
чаще всего развивается у лиц, длительное время подвергавшихся воздействию холода и ветра, или работавших в атмосфере вредных производственных факторов.





## **Заращение слезной точки**

наиболее часто наблюдается у лиц, страдающих хроническими блефароконъюнктивитами. При этом нижележащие отделы, слезные канальцы, слезный мешок и носослезный проток сохраняют нормальную проходимость.



## Выворот нижней слезной точки

отсутствие контакта нижней слезной точки со слезой, возникшее в результате наступившего отставания нижнего века от глазного яблока.

### причины:

- атония орбикулярной мышцы (мышцы Горнера);
- рубцовое натяжение кожи вследствие ожогов, местной рентгенотерапии, а также различных кожных заболеваний, в исходе которых формируются рубцы.
- упорные блефароконъюнктивиты.

## **Старческая гипертрофия слезных сосочков**

У пожилых людей слезные сосочки сильно вытягиваются из слезных бугорков, и слезные точки, оказавшись в физиологически неправильном положении по отношению к слезному ручью, лишены с ним плотного контакта и не участвуют в слезоотведении.

Слезотведение канальцами может быть ослаблено из-за склерозирования мышечных и эластичных волокон, окружающих слезную точку.

### **Травматические повреждения канальцев**

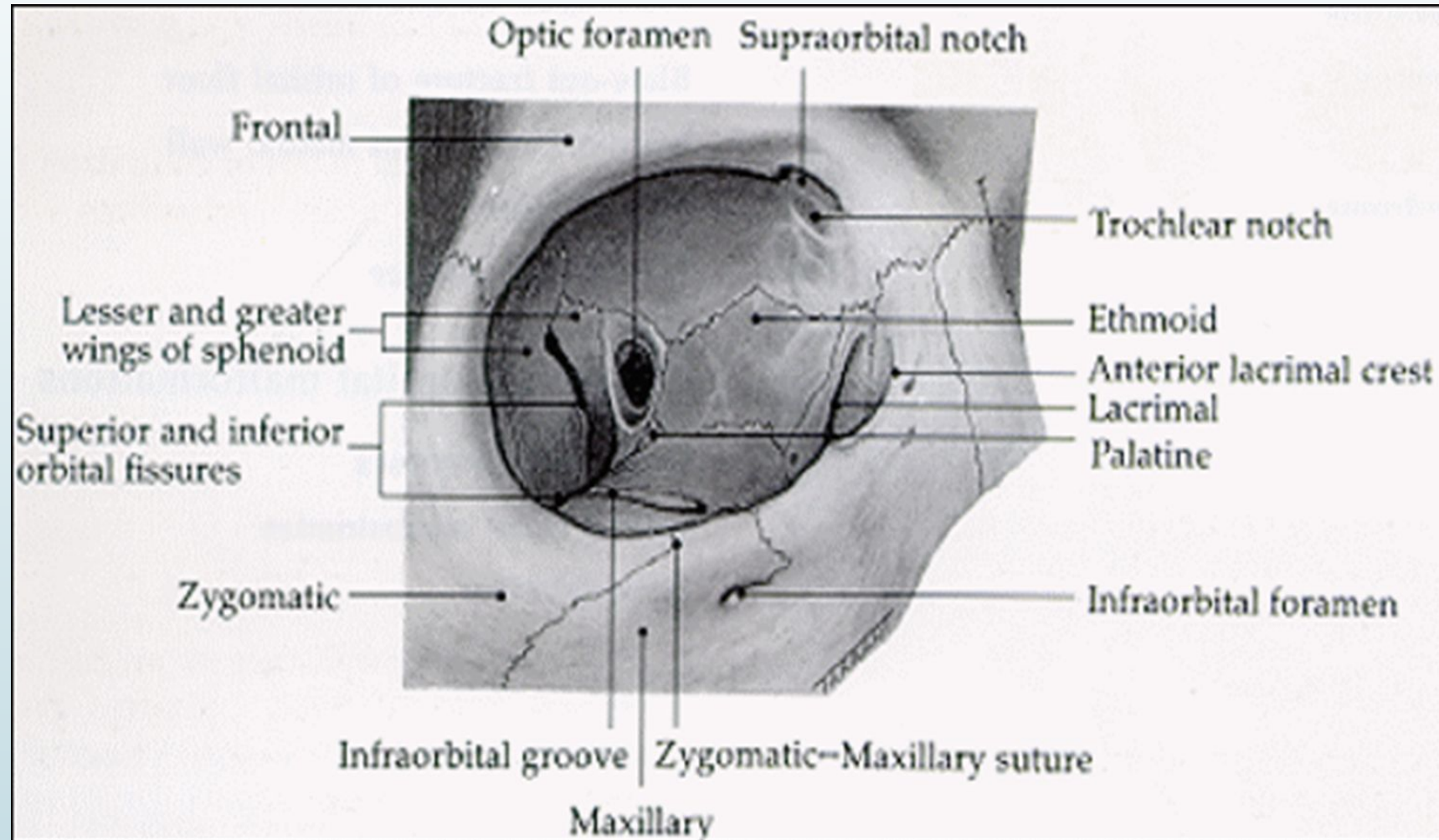
представляют собой одну из самых трудных проблем лакримальной патологии.

*В ней особо стоят два вопроса: оказание первой офтальмологической помощи (первичной хирургической обработки) и лечение посттравматических последствий - стриктур и облитераций канальцев, развивающихся на месте повреждений.*

Лечение хирургическое. С целью восстановления проходимости поврежденного канальца в просвет необходимо вставить адекватную его просвет трубочку из синтетических материалов, а при отсутствии шовный материал сроком от 2 недель до 2-3 месяцев. В настоящее время с успехом применяются силиконовые трубочки или стенты.



# Заболевания орбиты





# Анатомия орбиты

Орбита представляет собой пирамиду глубиной 4-5 см, размер по горизонтали 40 мм, по вертикали 35 мм;

Отверстия орбиты: Foramen opticum, fissura orbitalis inferior, fissura orbitalis superior, foramen rotundum, foramina ethmoidalia anteriora et posteriora.

# Отверстия

Через **foramen opticum** зрительный нерв выходит в среднюю черепную ямку, а также проходит a. ophthalmica.

Через **fissura orbitalis superior** проходят:

- 1) глазничный нерв (n. ophthalmicus);
- 2) все глазодвигательные нервы;
- 3) основной венозный коллектор.

Через **fissura orbitalis inferior** проходят:

- 1) венозные анастомозы (v. facialis profunda, plexus venosus spheno-palatinus);
- 2) n. et a. infraorbitalis;
- 3) n. zygomaticus.

Через **foramen rotundum** проходит n. maxillaris.

Через **foramina ethmoidalia anteriora et posteriora** проходят одноименные нервы, артерии и вены.

## Симптомы патологии орбиты:

- экзофтальм (протрузия);
- энтофтальм (западение) редко;
- ограничение подвижности глазного яблока;
- смещение в сторону;
- диплопия;
- отек век и отек конъюнктивы, т.к. нарушается лимфоотток;
- боль при движении глазного яблока за счет воспаления теноновой капсулы;
- расстройство зрительных функций: острота зрения, поле зрения за счет сдавления зрительного нерва, кровоизлияния в сетчатку;
- увеличение орбитального тонуса ведет к уменьшению репозиции глазного яблока по сравнению со здоровым;
- парестезии: нарушение чувствительности в районе иннервации II - III ветвями тройничного нерва;



# Острые заболевания орбиты:

Острые заболевания орбиты развиваются внезапно, характеризуются быстрым нарастанием симптомов: экзофтальма, боли, снижения зрения, диплопии. Процесс чаще всего носит односторонний характер. К заболеваниям орбиты, требующим неотложной терапии, относятся воспалительные процессы, кровоизлияния в ткани орбиты и сосудистая патология.

# Воспалительные заболевания орбиты:

**Периостит** – воспаление надкостницы орбиты.

**Периостит** бывает серозный или гнойный. В 2/3 случаев причиной является заболевание придаточных пазух, воспаление слезного мешка, грипп, скарлатина. Пальпация болезненна. Плотный болезненный отек век, гиперемия век. Течение от нескольких дней до нескольких недель.

Лечение: санация пазух, антибиотики, удаление секвестров.

При туберкулезе и сифилисе процесс локализуется в наружно-переднем отделе.



**Передний периостит**

**Флегмона орбиты** - острое воспаление ретробульбарной клетчатки. Причины: общие инфекционные заболевания, туберкулез, сифилис, детские заболевания, очаговые инфекции, кариес, воспаление придаточных пазух, дакриоцистит. При туберкулезе процесс локализуется в передних отделах, при сифилисе - в задних отделах.


**Клиника** - отек век, конъюнктивы, экзофтальм, ограничение подвижности, на глазном дне явления застоя. Течение острое, большая опасность распространения инфекции в кавернозный синус.

**Лечение:**

Противовоспалительная, антибактериальная терапия.

Хирургическое лечение: орбиотомия и дренирование.





**Тромбофлебит глазницы** – острый воспалительный процесс вен глазницы.

Развивается остро. Экзофтальм, ограничение подвижности глазного яблока; резкий отек и гиперемия век, гиперемия и хемоз конъюнктивы, застойная гиперемия кожи. Офтальмоскопически – явления застойного диска зрительного нерва и кровоизлияния в сетчатку.

Лечение:

- ❑ Антибиотики широкого спектра парентерально (пенициллины, цефалоспорины, аминогликозиды и др.).
- ❑ Местная антибактериальная терапия (инстилляции, субконъюнктивальные или парабульбарные инъекции).
- ❑ При наличии флюктуации – вскрытие гнойника широкими разрезами, дренирование.



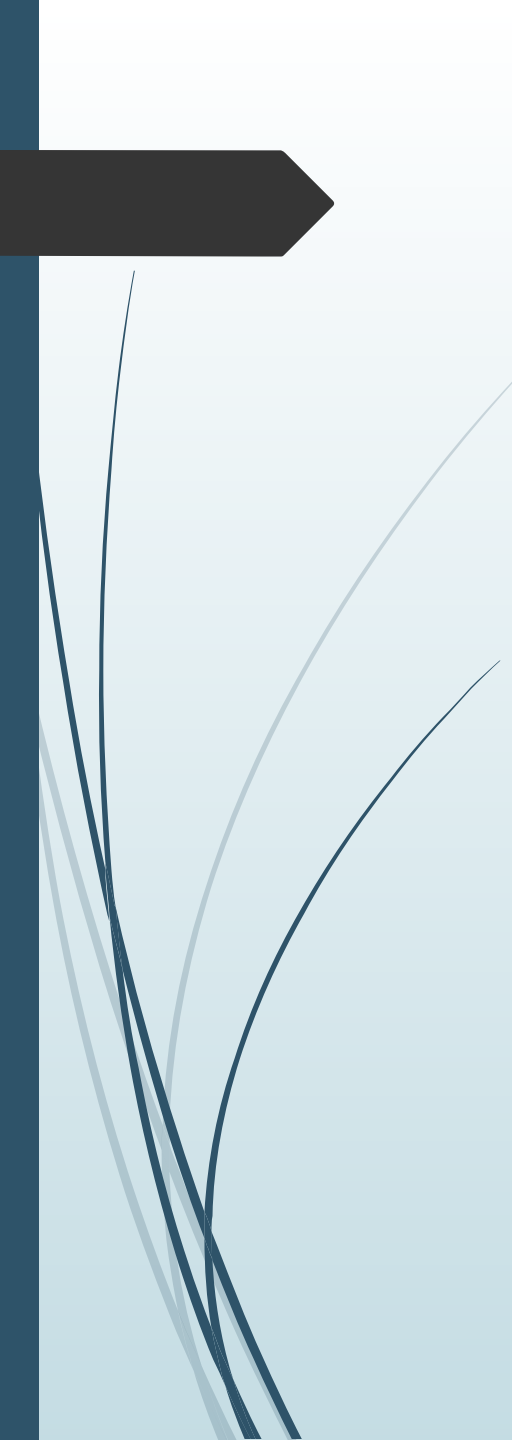


**Тенонит** – воспаление теноновой капсулы глаза.

По характеру воспаления – серозный или гнойный. Характерны нерезко выраженный экзофтальм, ограничение подвижности глаза и сильные боли при его движениях, отек века и хемоз конъюнктивы бледно-желтого цвета преимущественно в нижних отделах.

Лечение:

- Антибиотики широкого спектра внутрь или внутримышечно;
- Сульфаниламиды и салицилаты внутрь.
- При серозном процессе – кортикостероиды в виде инстилляций, инъекций (под тенонову капсулу или парабульбарно).
- УВЧ на область глазницы.
- При нарастании экзофтальма, выраженном гнойном процессе – вскрытие теноновой капсулы между прямыми мышцами, дренирование.



**Экзофтальм пульсирующий (спонтанный)** (разрыв внутренней сонной артерии в области пещеристой пазухи).

Развитие одностороннего экзофтальма. Пульсация глазного яблока может быть видимой или определяется на ощупь. При надавливании глазное яблоко вправляется в глазницу. При аускультации выслушивается дующий систолический шум, исчезающий при сдавлении сонной артерии на шее. Возможно возникновение отечности век и конъюнктивы, извитости и расширения вен век. Общая симптоматика – головная боль, шум в голове, головокружение, тошнота.

Лечение:

- Повязка на глаз; снижение артериального давления до нормальных цифр, срочная госпитализация в профильный стационар (нейрохирургический).



# Кровоизлияния в ткани орбиты:

**Этиология:** повреждение глазницы, проведении ретробульбарных инъекций, патологических состояниях сосудистой стенки и свертывающей системы крови (инфекционные, токсические и септические процессы, гемофилия, анемия, лейкоз, варикозное расширение вен орбиты и др.).

**Клиника:** быстро нарастающий экзофтальм, ограничение подвижности глазного яблока, диплопия. Наблюдаются кровоизлияния в кожу век и конъюнктиву.

**Лечение:** Местно холод на область глазницы. Для уменьшения явлений напряжения в орбите и предупреждения сдавления нервов проводят осмотерапию (маннит, глицерол). Мочегонные.

Рассасывающие препараты: эмоксипин, этамзилат.

# Новообразования орбиты:

Новообразования орбиты среди всех офтальмологических больных составляют 23-25%. (У детей - второе место после внутриглазных и составляют 27-35%).

## Основные симптомы орбитальной опухоли

**Экзофтальм.**

**Уменьшение репозиции глазного яблока** (смещение вглубь орбиты)

**Ограничение подвижности глазного яблока.**

**Офтальмоплегия** в поздних стадиях роста опухоли.

**Частичный птоз** при опухолях, локализующихся над леватором.

**Изменения глазного дна** - застойный диск зрительного нерва, атрофия, снижение остроты зрения, сужение поля зрения, центральные скотомы.

Нередко отмечается **синдром верхней глазничной щели**: птоз, неподвижность, широкий зрачок, расстройство чувствительности (глазного яблока, кожи, верхнего века и лба), нарушение слезопродукции, нейропаралитический кератит, на глазном дне расширение вен, небольшой экзофтальм.

# Диагностика опухолей орбиты

*Экзофтальмометрия* (в норме выстояние глазного яблока - 12-14 мм).

*Офтальмотонометрия.*

*Рентгенография.*

*Компьютерная томография.*

*Орбитография.*

*Ангиография.*

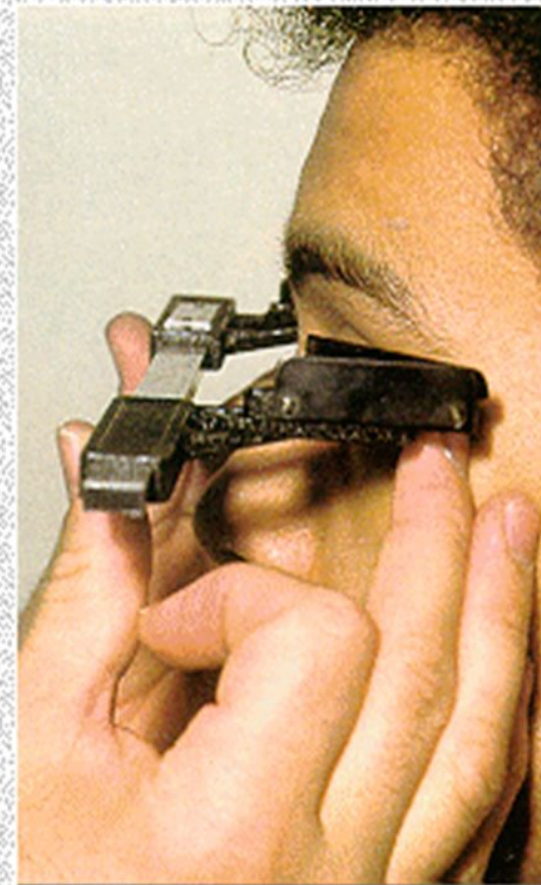
*Эхография.*

*Радиоизотопное сканирование орбиты.*

*Термография жидкокристаллическая.*

*Магнито-резонансная томография.*

*В-сканирование.*



Экзофтальмометрия

**Доброкачественные опухоли:** гемангиома, лимфангиома, лимфангиома, лимфангиома, нейрофиброма, невринома.

Опухоли, исходящие из оболочек зрительного нерва (менингиома), сопровождаются головной болью, болью в пораженной орбите. Экзофтальм нарастает медленно, рентгенографически видно увеличение канала зрительного нерва.



Кавернозная гемангиома  
орбиты

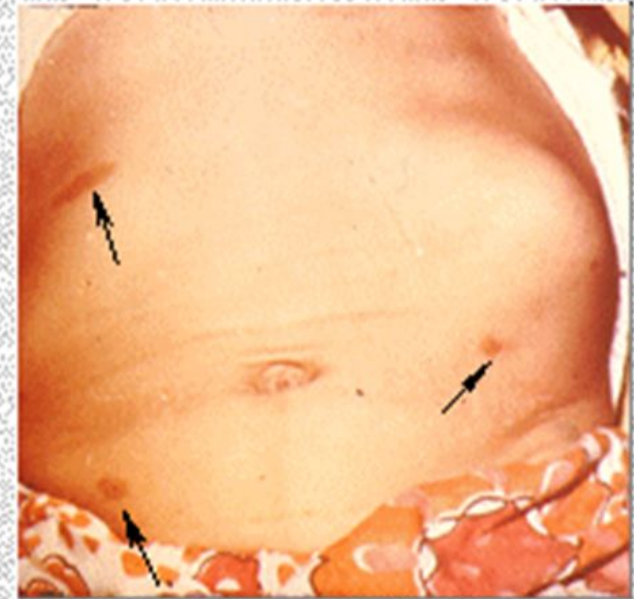


Менингиома

**Нейрофиброма** в орбите, как правило, растет в виде солитарного узла, реже является одним из компонентов системного заболевания. К ранним признакам относятся изменения со стороны верхнего века (отек его, слоновость, птоз, изменение кожной окраски); появляется экзофтальм со смещением глазного яблока в сторону. Репозиция, как правило, затруднена. При системном заболевании преобладают кожные изменения (пятна кофе с молоком, слоновость век), асимметрия лица, буфтальм, внутриглазной нейрофиброматоз, гипофизарная симптоматика. Часто разрушается верхняя стенка орбиты, что приводит к появлению пульсирующего экзофтальма.



Нейрофиброматоз орбиты,  
слоновость век



Пятна кофе с молоком

**Рабдомиосаркома** - наиболее злокачественная опухоль орбиты. Признаки - птоз, смещение глаза книзу кнаружи, ограничение его движений кверху, кнутри, боли. У детей экзофтальм увеличивается в течение нескольких недель. У взрослых опухоль растет медленнее, в течение нескольких месяцев. Метастазирует гематогенным путем в легкие, головной мозг, позвоночник. Характерно для этой опухоли раннее образование рецидивов после экзентерации орбиты.



Рабдомиосаркома



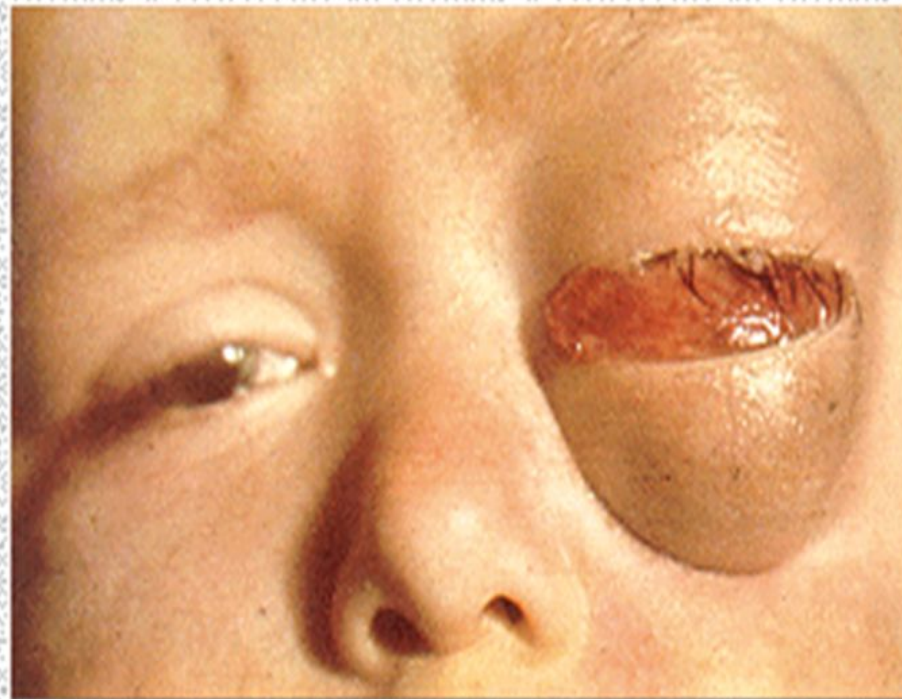
## Саркома орбиты.

Развивается очень быстро.

Расположение разнообразное.

Экзофтальм прямой или со смещением. Опухоль и глаз один конгломерат.

Лечение должно быть радикальным - поднадкостничная экзентерация орбиты + рентгенотерапия, телегамма- и химиотерапия.



Саркома орбиты



# ЗАБОЛЕВАНИЯ КОНЪЮНКТИВЫ

- ■ Воспалительные заболевания
- ■ Бактериальные конъюнктивиты
- ■ Хламидийные конъюнктивиты
- ■ Вирусные конъюнктивиты
- ■ Аллергические и аутоиммунные конъюнктивиты

# ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- Конъюнктивит - воспаление конъюнктивы. На долю конъюнктивитов приходится примерно 1/3 всех случаев заболеваний глаз.

## **Классификация:**

По течению конъюнктивиты подразделяют на острые и хронические. По этиологии выделяют следующие виды конъюнктивитов:

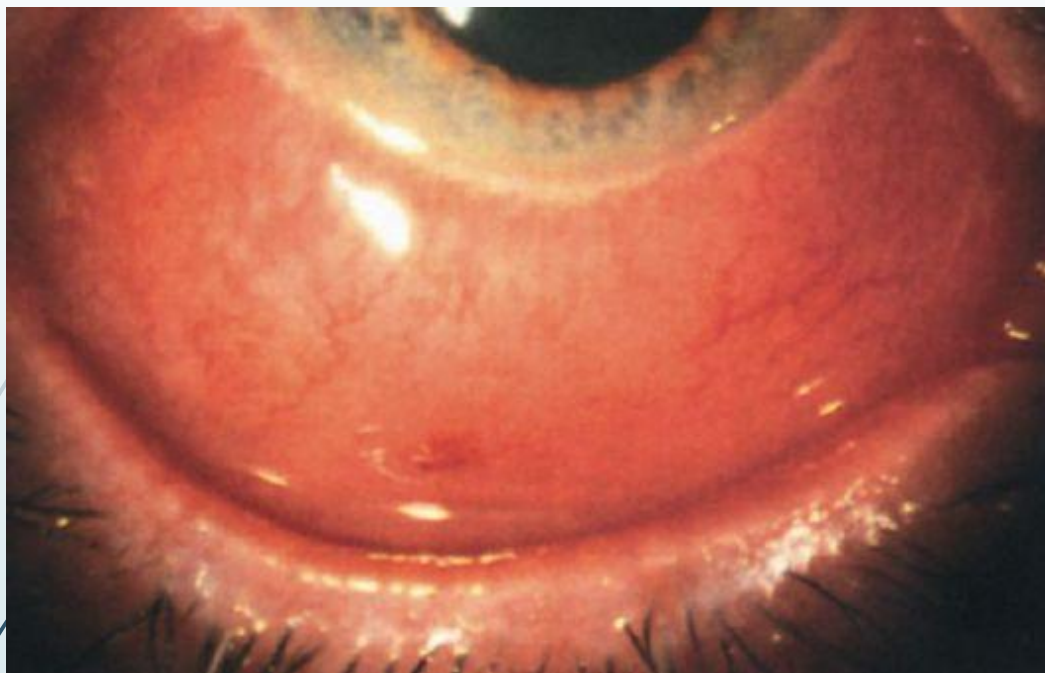
1. бактериальные (неспецифический, дифтерийный, гонококковый и др.);
2. хламидийные (трахому и паратрахому);
3. вирусные (герпетический, аденовирусный и т.д.);
4. грибковые;
5. аллергические и аутоиммунные (весенний катар, поллиноз, лекарственный конъюнктивит, пузырьчатка конъюнктивы и пр.).

## БАКТЕРИАЛЬНЫЕ КОНЬЮНКТИВИТЫ

### Острый неспецифический конъюнктивит

- Заболевание наиболее часто вызывают различные виды стафилококков или стрептококков. Возникает остро с поражения обоих глаз: появляются выраженная конъюнктивальная инъекция, отек переходной складки и обильное слизисто-гнойное отделяемое из конъюнктивальной полости. При всех бактериальных конъюнктивитах процесс может переходить на роговицу с развитием поверхностного краевого кератита.
- **Лечение** местное: применяют антибактериальные капли (20% раствор сульфациетамида) и мази (1% эритромициновую или тетрациклиновую).

## Неспецифический конъюнктивит



## Дифтерийный конъюнктивит



## Хронический неспецифический конъюнктивит

- Заболевание связано с активацией сапрофитов в конъюнктивальной полости при патологии слезных органов и век, неправильном лечении острого конъюнктивита. Больные жалуются на ощущение зуда, жжения и инородного тела, повышенное зрительное утомление, которые усиливаются к вечеру, а также небольшое количество слизистого отделяемого по утрам. При осмотре обнаруживают легкую конъюнктивальную инъекцию и небольшой отек конъюнктивы в области переходных складок.
- **Лечение** основано на устранении местных и общих этиологических факторов.

## Пневмококковый конъюнктивит

- Возбудитель - пневмококк, заражение происходит контактно-бытовым путем. Инкубационный период составляет 2-3 сут. Заболевание возникает остро с поражения обоих глаз: развиваются инъекция и отек переходных складок, появляются нежные белесовато-серые пленки на конъюнктиве век и переходных складок. Пленки легко удаляются с обнажением рыхлой ткани конъюнктивы.
- **Лечение** сходно с терапией острых неспецифических конъюнктивитов. Всем лицам, находившимся в контакте с заболевшим, в течение 2-3 дней закапывают 20% раствор сульфациетамида.

## Дифтерийный конъюнктивит

- Возбудитель - палочка дифтерии Клебса-Леффлера. Для дифтерийного конъюнктивита характерны выраженный отек, гиперемия и уплотнение век. Вывернуть веки невозможно, удастся только слегка открыть глазную щель, из которой выделяется мутная с хлопьями жидкость. Конъюнктура век, переходных складок и глазного яблока покрыта грязно-серыми, плотно спаянными с подлежащей тканью пленками. При попытке их удаления конъюнктура кровоточит. Через 7-10 дней пленки начинают отпадать, обнажая некротизированные участки конъюнктивы. После этого процесс постепенно затихает с образованием рубцов конъюнктивы.
- **Лечение:** Системная терапия включает применение противодифтерийной сыворотки и пенициллинов (парентерально или внутрь). При выраженных симптомах интоксикации применяют дезинтоксикационную терапию. Местная терапия включает промывание конъюнктивальной полости растворами антисептиков и закапывание в нее каждые 2-3 ч раствора пенициллина 10 000-20 000 ЕД в 1 мл.



## Гонококковый конъюнктивит (гонобленнорея)

- Возбудитель - гонококк. Выделяют гонобленнорею новорожденных (заражение происходит при прохождении через родовые пути матери, воспалительный процесс развивается на 2-3 сут после рождения), детей (контактно-бытовой путь заражения от больных взрослых) и взрослых (занос инфекции из половых органов). У новорожденных в процесс вовлекаются оба глаза. В развитии заболевания различают 3 периода:
  - 1. **Период инфильтрации**
  - 2. **Период пиореи**
  - 3. **Период гиперпапиллярной инфильтрации**

Гонokokкoвый конъюнктивит



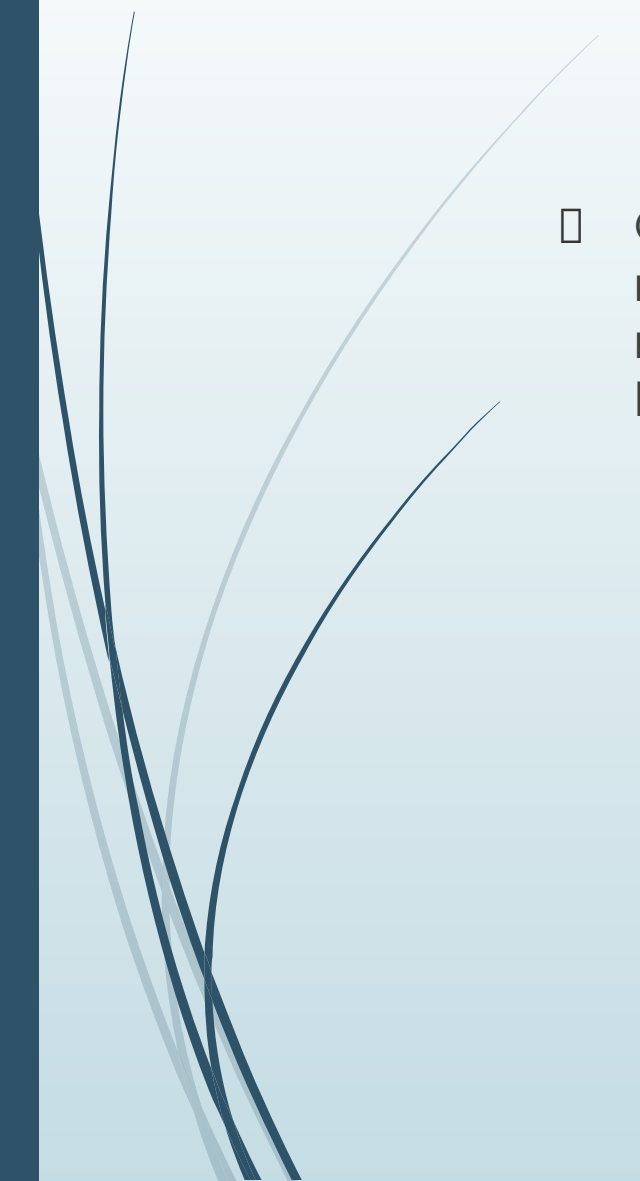


# 1. Период инфильтрации

- ▮ продолжается 2-4 дня. Развиваются выраженный отек, гиперемия и уплотнение век. Конъюнктива отечная, рыхлая, легко кровоточит; из конъюнктивальной полости выделяется кровянистая жидкость цвета мясных помоев.



## 2. Период пиореи

- Отек век уменьшается, веки становятся на ощупь мягкие, тестоватой консистенции. Из конъюнктивальной полости выделяется большое количество пенистого сливко-образного гнойного отделяемого. Постепенно явления воспаления исчезают
- 

### 3. Период гиперпапиллярной инфильтрации

- характеризуется гиперемией и сосочковой гипертрофией конъюнктивы.
- Для механического удаления отделяемого из конъюнктивальной полости ее промывают растворами антисептиков. В конъюнктивальную полость закапывают раствор пенициллина или фторхинолонов (0,3% раствор ципрофлоксацина). У взрослых проводят системную антибактериальную терапию (пенициллинами, цефалоспорины или фторхинолоны). Всем новорожденным обязательно проводят профилактику гонобленорей: в конъюнктивальную полость закапывают по 1 капле в каждый глаз однократно 1% раствор нитрата серебра или трехкратно с интервалом в 10 мин 20% раствор сульфацида.

# Острый эпидемический конъюнктивит

- Возбудитель - гемофильная палочка Коха-Уикса. Путь заражения контактный, переносчиками являются мухи. Инкубационный период составляет 1-2 дня. Заболевание начинается с выраженного отека и гиперемии конъюнктивы глазного яблока и нижней переходной складки, в ней образуются петехиальные кровоизлияния. В первый день обнаруживают скудное слизистое отделяемое, которое склеивает ресницы так, что больной не может открыть веки. Затем отделяемое становится обильным гнойным, присоединяются симптомы общей интоксикации.
- **Лечение** местное: применяют различные антибактериальные капли (20% раствор сульфациетамида) и мази (1% эритромициновую или тетрациклиновую).

# ХЛАМИДИЙНЫЕ КОНЪЮНКТИВИТЫ

## □ Трахома

□ Возбудитель - *Chlamydia trachomatis* серотипов А, В и С. Заражение происходит контактно-бытовым путем от человека с трахомой первых трех стадий. Восприимчивость к инфекции приближается к 100%. Инкубационный период - 7-14 дней. Заболевание характеризуется хроническим течением с периодами обострения и ремиссии. Выделяют четыре стадии трахомы:

1. **Стадия прогрессирующего воспаления (начальная)**
2. **Стадия развитого процесса (активная трахома)**
3. **Рубцующаяся трахома**
4. **Клинически излеченная трахома (рубцовая трахома)**



# 1. Стадия прогрессирующего воспаления (начальная)

- Характеризуется выраженной гиперемией конъюнктивы вишнево-багрового цвета, ее инфильтрацией, гипертрофией сосочков и образованием фолликулов. Процесс начинается с верхней переходной складки, затем распространяется на конъюнктиву верхнего века. Уже на первой стадии возможно развитие фолликулов в зоне верхнего лимба и переход воспалительного процесса на роговицу.





## 2. Стадия развитого процесса (активная трахома).

- ▣ Появляются крупные студенистые фолликулы, нарастает инфильтрации и папиллярная гиперплазия конъюнктивы верхнего века. Отдельные фолликулы подвергаются некрозу с образованием нежных рубцов. Для этой стадии характерно появление *трахоматозного паннуса* - поверхностного кератита с врастанием сосудов в роговицу.

### 3. Рубцующаяся трахома

- ▣ Явления воспаления стихают, могут сохраняться единичные фолликулы. Преобладают процессы рубцевания, что приводит к развитию характерных осложнений.

## 4. Клинически излеченная трахома (рубцовая трахома).

- Конъюнктивa белесоватого цвета, покрыта множественными рубцами; признаки воспаления отсутствуют.
- **Лечение:** Для местного лечения 4- 5 раз в сутки применяют различные антибактериальные мази: 1% эритромициновую или тетрациклиновую. Проводят экспрессию фолликулов, а на II-III стадиях заболевания конъюнктивальную полость промывают растворами антисептиков и для профилактики развития симблефарона проводят массаж сводов конъюнктивы стеклянной палочкой.
- Системная терапия включает применение тетрациклинов или фторхинолонов, а также интерферонов или индукторов их образования.

Трахома **1** стадии



Трахома **2** стадии



Рис. 24. II стадия трахомы

Трахома **3** стадии



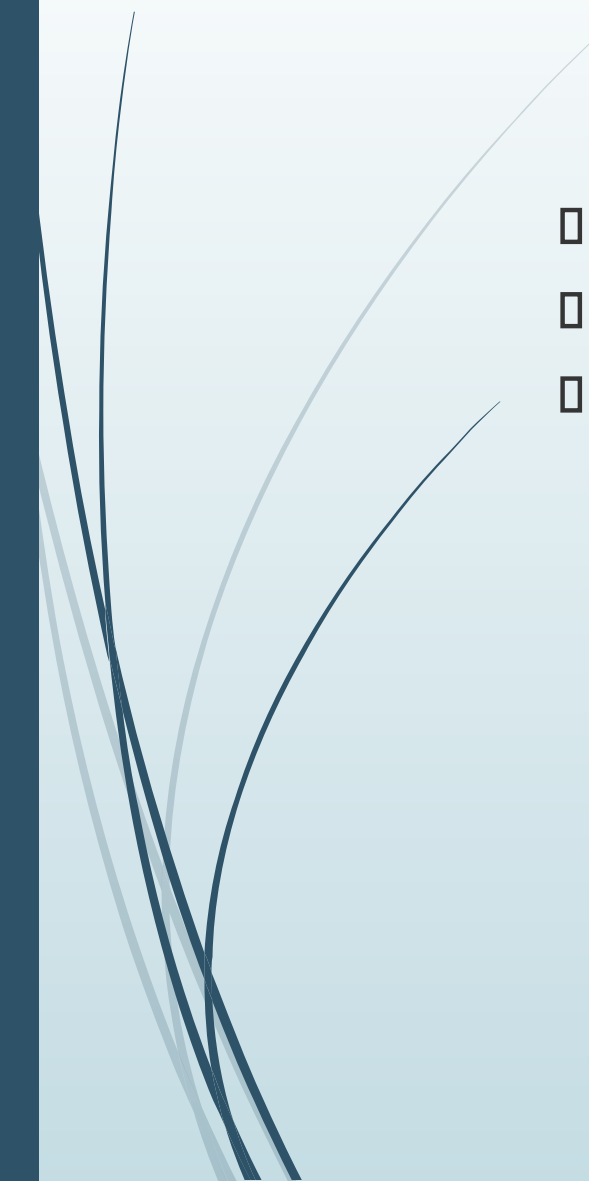
Рис. 25. III стадия трахомы.

Трахома **4** стадии





# ВИРУСНЫЕ КОНЪЮНКТИВИТЫ

- 1. Герпетический конъюнктивит
  - 2. Аденовирусный конъюнктивит
  - 3. Эпидемический кератоконъюнктивит
- 

# 1. Герпетический конъюнктивит

- Возбудитель - вирус простого герпеса. Заболевание возникает чаще всего у детей, характеризуется длительным вялым течением и односторонней локализацией. При всех формах герпетического конъюнктивита возможно появление характерных высыпаний на коже век и крыльев носа.



# 1. Герпетический конъюнктивит

- • Катаральная форма проявляется гиперемией и отеком конъюнктивы, небольшим количеством слизистого или слизисто-гнойного отделяемого из конъюнктивальной полости.
- • Фолликулярная форма сопровождается появлением фолликулов на фоне вышеперечисленных симптомов.
- • Везикулярно-язвенная форма заболевания протекает с образованием рецидивирующих язв или эрозий на конъюнктиве и крае века, прикрытых нежными пленками.
- **Лечение** местное: в конъюнктивальную полость закапывают 6-8 раз в сутки 0,1% раствор идоксуридина. Закапывания сочетают с закладыванием за веки 2-3 раза в день 3% мази ацикловира. Одновременно каждые 2 ч применяют капли офтальмоферона или интерферогенов.

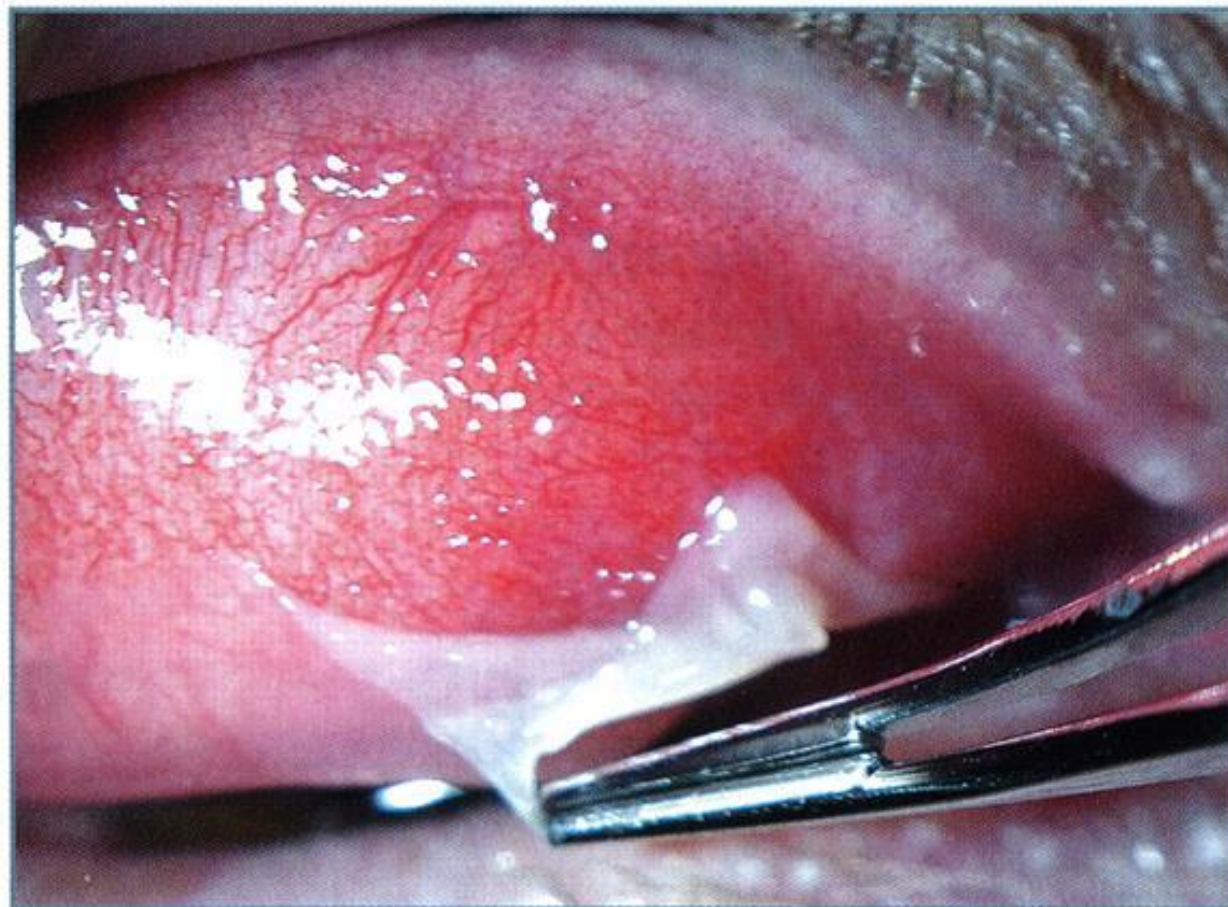
## 2. Аденовирусный конъюнктивит

- Возбудитель - аденовирусы серотипов 3, 5 и 7, заражение происходит воздушно-капельным или контактным путем. Инкубационный период составляет 7-8 дней. Заболевание начинается с выраженного назофарингита и повышения температуры тела. На второй волне повышения температуры присоединяются симптомы конъюнктивита сначала на одном глазу, а затем через 2-3 дня - на другом (заболевание ранее называли фарингоконъюнктивальной лихорадкой), происходит увеличение регионарных лимфатических узлов. В среднем заболевание продолжается в течение 5-7 дней. Различают следующие формы заболевания:



## 2. Аденовирусный конъюнктивит

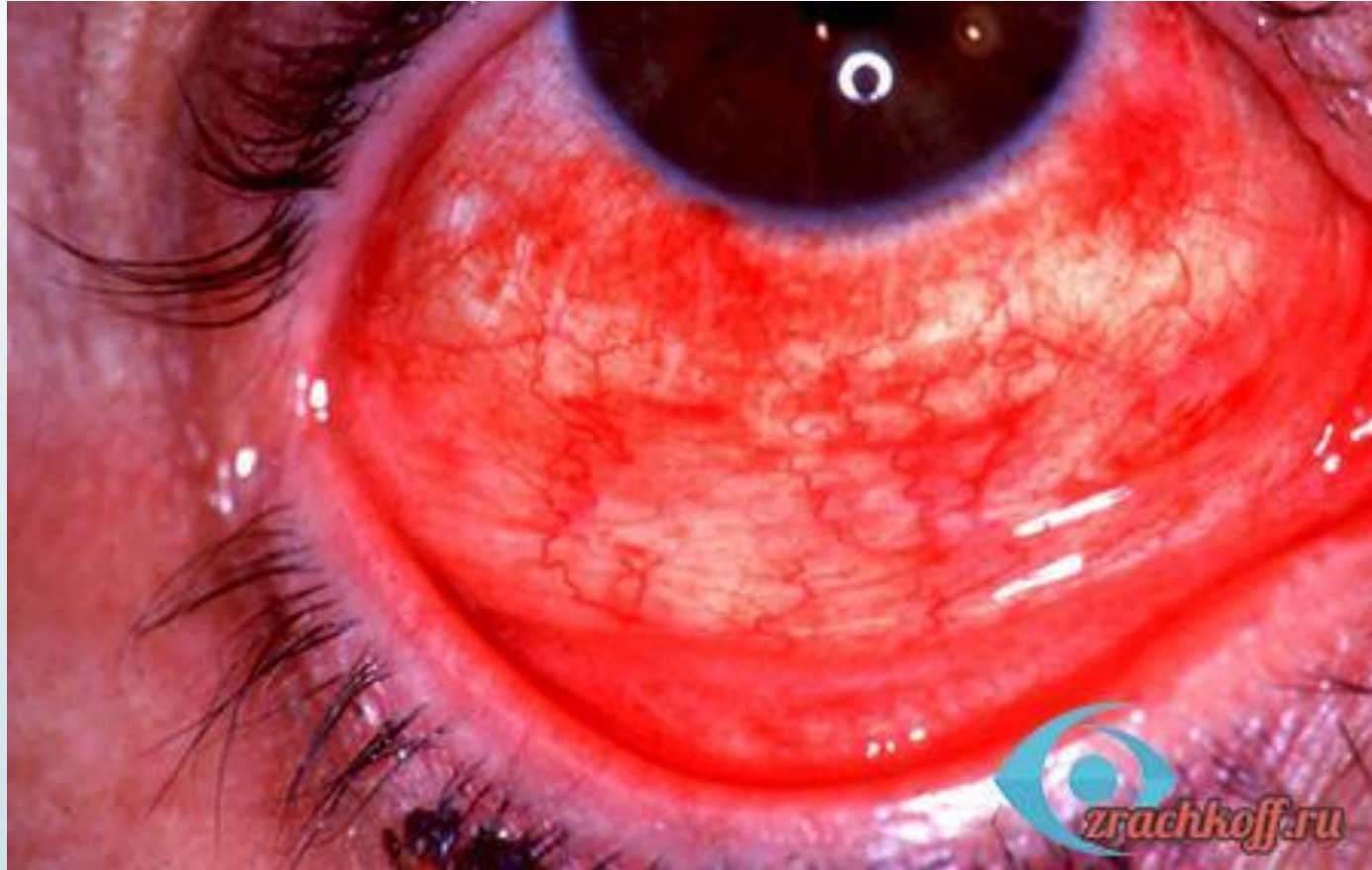
- • Катаральная форма характеризуется гиперемией и отеком конъюнктивы век и переходных складок, небольшим количеством слизистого отделяемого из конъюнктивальной полости.
- • Фолликулярная форма сопровождается появлением фолликулов, преимущественно в области переходных складок.
- • Пленчатая форма протекает с образованием нежных сероватобелых пленок на конъюнктиве, которые легко снимаются влажным ватным тампоном.
- **Лечение** местное: в конъюнктивальную полость закапывают препараты офтальмоферона или интерфероногенов. Профилактику присоединения вторичной инфекции проводят растворами антисептиков (например, 0,05% раствором пиклоксидина).



**Рис. 8.** Аденовирусный острый конъюнктивит. Стадия образования пленчатых мембран. 8-й день заболевания. Удаление мембраны с конъюнктивы верхнего века

### 3. Эпидемический кератоконъюнктивит

- Возбудитель - аденовирусы серотипа 8, путь заражения контактный. Инкубационный период составляет 4-8 дней. Заболевание начинается остро, симптомы конъюнктивита появляются сначала на одном глазу, а затем и на другом. Отмечают увеличение и болезненность регионарных лимфатических узлов. При осмотре выявляют гиперемию и отек конъюнктивы век и переходных складок, небольшое количество слизистого отделяемого из конъюнктивальной полости, а также мелкие прозрачные фолликулы на конъюнктиве нижних переходных складок. Чувствительность роговицы снижена, а через неделю на ней появляются множественные точечные субэпителиальные инфильтраты. Кератоконъюнктивит продолжается от 2 нед до 2 мес.
- **Лечение** сходно с терапией аденовирусного конъюнктивита.



A dark grey arrow points to the right from the left edge of the slide. Below it, several thin, curved lines in shades of blue and grey sweep across the left side of the slide.

# АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ И АУТОИММУННЫЕ КОНЪЮНКТИВИТЫ

- 1. Весенний катар
- 2. Лекарственный конъюнктивит

# 1.Весенний катар

- Этиология заболевания окончательно не установлена. В основе патогенеза лежит аллергическая реакция замедленного типа. Предполагают, что заболевание связано с повышенной чувствительностью к ультрафиолетовым лучам. Заболевание дебютирует в раннем детском возрасте (4-5 лет), чаще у мальчиков, и продолжается несколько лет, обостряясь в весенне-летний период. В период полового созревания наблюдается полный регресс симптомов заболевания. Конъюнктивальная форма. На утолщенной молочного цвета конъюнктиве верхнего века появляются сосочковые разрастания, отчего она приобретает вид «булыжной мостовой»

# 1.Весенний катар

- • Лимбальная форма проявляется разрастанием прелимбальной ткани, которая образует валик вокруг лимба с неровной поверхностью желто-серого или розово-серого цвета.
- • Смешанная форма характеризуется одновременным поражением тарзальной конъюнктивы и зоны лимба.
- **Лечение:** Целесообразно уменьшать время нахождения на солнце и использовать солнцезащитные очки. В конъюнктивальный мешок 3-4 раза в сутки закапывают капли, а на ночь закладывают мази с глюкокортикоидами.





## 2. Лекарственный конъюнктивит

- Наиболее часто аллергические реакции возникают при применении местных антибактериальных препаратов и анестетиков. Лекарственный конъюнктивит может протекать как по типу гиперчувствительности немедленного, так и замедленного типа.
- Выделяют следующие формы лекарственного конъюнктивита: острый аллергический конъюнктивит, сосочковая гипертрофия конъюнктивы, гиперемия конъюнктивы век, фолликулярный конъюнктивит.
- Во всех случаях необходимо отменить лекарственный препарат, который вызвал аллергическую реакцию. Наиболее эффективно местное применение глюкокортикоидов, в дополнение к которым назначают антигистаминные и сосудосуживающие препараты.

Спасибо за внимание !

