

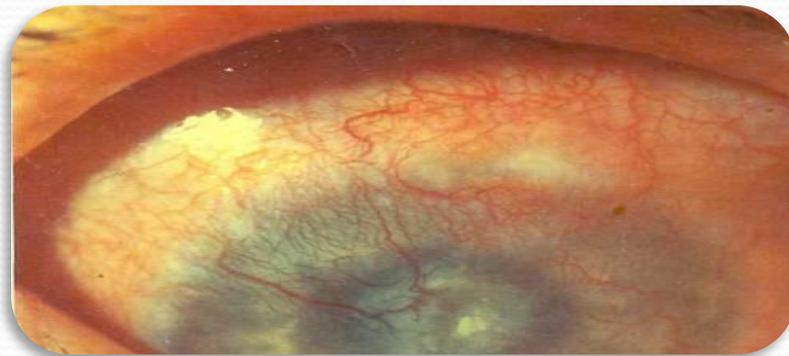
Туберкулезный кератит

- Туберкулезный кератит может возникать при проникновении микобактерий туберкулеза в ткань роговицы из других очагов инфекции, тогда он называется метастатическим или гематогенным. В другом случае туберкулезный кератит развивается как аллергический процесс вследствие воздействия на организм туберкулезной палочки. Различают три формы гематогенного или метастатического туберкулезного кератита:
 - глубокий диффузный
 - глубокий очаговый
 - склерозирующий кератиты.
- Все эти три формы обычно встречаются у людей среднего возраста, которые ранее перенесли туберкулез. Туберкулезные палочки при этом попали в роговицу во время болезни, но развитие кератита возникает через несколько, а иногда много лет.



Глубокий диффузный туберкулезный кератит.

- При этом кератите возникает глубокий инфильтрат (уплотнение) в роговице и воспалительный процесс захватывает большую часть ткани роговицы. У пациента появляются жалобы на слезотечение, ощущение песка, резь в глазах. Возникает покраснение склеры рядом с роговицей. Сама роговица становится мутной. Постепенно в роговицу врастают сосуды и по ходу сосудов иногда возникают мелкие кровоизлияния. Течение болезни длительное с периодическими обострениями. Прогноз обычно неблагоприятный, так как на роговице образуется плотное бельмо (лейкома).



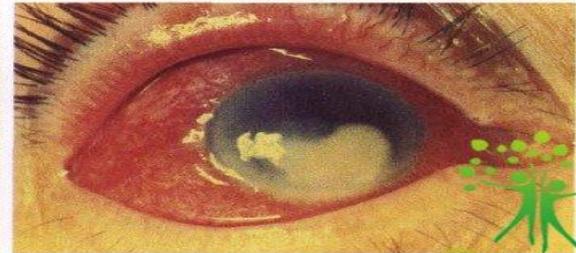
Глубокий очаговый туберкулезный кератит.

- При этой форме кератитов очаг туберкулезного воспаления находится в глубине ткани роговицы и в процесс вовлекаются радужка и передняя камера глаза.



а

б



в

Склерозирующий туберкулезный кератит.

- Склерозирующий кератит начинается на границе склеры и роговицы. При этом плотный инфильтрат медленно распространяется, как бы наползает, с периферии к центру роговицы. Заболевание протекает длительно, упорно. В воспалительный процесс вовлекается радужная оболочка. Возникают ириты, иридоциклиты. Прогноз обычно неблагоприятный, на месте инфильтрата образуется плотный рубец, похожий на склеру. Туберкулезно-аллергические кератиты включают фликтенулезный кератит, странствующую фликтену и фликтенулезный паннус. Болеют обычно дети или люди молодого возраста, у которых имеется туберкулезное поражение легких, бронхиальных, подчелюстных, шейных лимфоузлов. При этом туберкулез протекает в активном периоде. Для возникновения туберкулезно-аллергического кератита необходимо снижение защитных сил организма



Фликтенулезный кератит.

- Фликтенулезный (фликтена-пузырек) кератит характеризуется возникновением маленьких инфильтратов (уплотнений), называемых фликтенами, в поверхностных слоях ткани роговицы, чаще по ее периферии. Размеры этих инфильтратов около 1 мм. Пациент жалуется на слезотечение, резь в глазах, ощущение песка в глазах. Возникает блефароспазм (судорожное сжатие век), отек век и лица. В содержимом фликтен микобактерии туберкулеза не обнаруживаются. Часто на месте фликтен формируются язвочки, которые затем рубцуются с образованием помутнения. Иногда возникает прободение роговицы, с последующим образованием бельма, спаянного с радужной оболочкой.



Странствующая фликтена.

- Странствующая фликтена или пучочковый кератит развивается, если образовавшаяся фликтена медленно распространяется от периферии роговицы к ее центру. При этом за фликтеной тянется пучок сосудов, проросших в роговицу. Странствующая фликтена протекает очень долго, медленно перемещаясь по роговице. После воспалительного процесса остается стойкое помутнение.



Фликтенулезный паннус.

- Фликтенулезный паннус отличается усиленным прорастанием сосудов в роговицу. Роговица становится мутной, пронизанной сосудами, что значительно нарушает функцию зрения.



Диагностика

- Биомикроскопия роговицы
- Конфокальная прижизненная микроскопия роговицы
- Оценка чувствительности роговицы
- Кератометрия роговицы
- Соскоб и биобсия роговицы
- Пахиметрия роговицы

Лечение туберкулезных кератитов.

- Лечение туберкулезных кератитов проводится с обязательным лечением основного процесса туберкулеза. Лечение длительное. Применяются различные группы препаратов (тубазид, фтивазид, ПАСК, стрептомицин, циклосерин, канамицин, тибон и др.) Для закапывания в глаз назначаются растворы глюкокортикоидных гормонов, хлорида кальция, рассасывающие препараты. Проводят физиотерапевтическое лечение.
- При стойких помутнениях роговицы возникает необходимость в хирургическом лечении. Выполняют кератопластику. Прогноз болезни при длительном течении бывает сомнительным для сохранения функции зрения.

Сифилитический кератит

- Паренхиматозный кератит при врожденном сифилисе расценивают как позднее проявление общего заболевания. Сифилитический кератит обычно развивается в возрасте от 6 до 20 лет, но известны случаи возникновения типичного паренхиматозного кератита и в раннем детстве, и в зрелом возрасте. В течение длительного периода времени глубокий стромальный кератит считали проявлением туберкулеза, и только с появлением методов серологической диагностики было установлено, что причина заболевания - врожденный сифилис. Почти у всех больных паренхиматозным кератитом (80-100 %) реакция Вассермана положительная. В настоящее время полную триаду симптомов врожденного сифилиса (паренхиматозный кератит, изменение передних зубов и глухота) обнаруживают редко, но всегда, кроме болезни глаз, выявляют какие-либо другие проявления основного заболевания: изменение костей черепа, носа, дряблость и складчатость кожи лица, гуммозные остеомиелиты, воспаления коленных суставов.

Симптомы сифилитического кератита

- Воспалительный процесс начинается с появления малозаметных точечных очагов в периферическом отделе роговицы, чаще в верхнем секторе. Субъективные симптомы и перикорнеальная инъекция сосудов выражены слабо. Количество инфильтратов постепенно увеличивается, они могут занимать всю роговицу. При наружном осмотре роговица кажется диффузно мутной, наподобие матового стекла. При биомикроскопии видно, что инфильтраты залегают глубоко, имеют неодинаковую форму (точки, пятна, полосы); располагаясь в разных слоях, они накладываются друг на друга, вследствие чего создается впечатление диффузной мути. Поверхностные слои, как правило, не повреждаются, дефекты эпителия не образуются. Оптический срез роговицы может быть утолщен почти в 2 раза.



Выделяют 3 стадии течения воспалительного процесса.

- Продолжительность периода начальной инфильтрации 3-4 нед. Он сменяется стадией неоваскуляризации и распространения патологического процесса по площади роговицы. К первым инфильтратам подходят глубокие сосуды, способствующие рассасыванию помутнений, а рядом с ними появляются новые очаги воспаления, к которым тоже через 3-4 нед подходят щеточки глубоких сосудов. Таким образом процесс медленно распространяется от периферии к центру. Около лимба помутнения рассасываются, но увеличивается количество сосудов, идущих к новым очагам в центре. К концу этого периода вся роговица пронизана густой сетью глубоких сосудов. При этом может возникнуть и поверхностная неоваскуляризация.



- Во II стадии заболевания обычно появляются симптомы иридоциклита, усиливается перикорнеальная инъекция сосудов, ступеневывается рисунок радужки, сокращается зрачок, появляются преципитаты, которые трудно рассмотреть за тенью инфильтратов роговицы.



- Прогрессирование заболевания продолжается 2-3 мес, затем наступает III стадия - период регрессии, длительность которого 1-2 года. В течение этого периода, начиная с периферии, роговица становится прозрачной, запустевает и исчезает часть сосудов, однако острота зрения долго не восстанавливается, так как центральный отдел очищается в последнюю очередь.



- После перенесенного паренхиматозного кератита в строме роговицы на всю жизнь остаются следы запустевших и отдельные полузапустевшие сосуды, очаги атрофии в радужке и хориоидее. У большинства пациентов острота зрения восстанавливается до 0,4-1,0, они могут читать и работать.
- При выявлении у ребенка паренхиматозного кератита необходима консультация венеролога не только ребенку, но и членам его семьи.
- Паренхиматозный кератит при приобретенном сифилисе. Заболевание развивается крайне редко, бывает односторонним со слабовыраженными симптомами. Васкуляризация роговицы и ирит обычно отсутствуют. Восстановительный процесс может стихнуть, не оставив следов. Дифференциальную диагностику проводят с диффузным туберкулезным кератитом.

- Гуммозный кератит - это очаговая форма воспаления, редко наблюдающаяся при приобретенном сифилисе. Гумма всегда располагается в глубоких слоях. Процесс осложняется иритом или иридоциклитом. При распаде очага может образоваться язва роговицы. Эту форму кератита необходимо дифференцировать от глубокого очагового туберкулезного кератита.

Диагностика

- Биомикроскопия роговицы
- Конфокальная прижизненная микроскопия роговицы
- Оценка чувствительности роговицы
- Кератометрия роговицы
- Соскоб и биобсия роговицы
- Пахиметрия роговицы

Лечение сифилитического кератита

- Лечение проводят совместно венеролог и офтальмолог, так как основным заболеванием и причиной возникновения кератита является сифилис. Специфическое лечение не предотвращает развития паренхиматозного кератита на втором глазу, однако существенно снижает частоту рецидивов. Больным назначают пенициллин, бициллин, новарсенол, миарсенол, бийохинол, осарсол, препараты йода по имеющимся схемам, десенсибилизирующие и витаминные препараты.

Кератит при бруцеллезе

- Кератит при бруцеллезе протекает в форме кератоэписклерита, фликтеноподобного кератита или кератоконъюнктивита, древовидного кератита. Возможна активация герпесвирусной инфекции роговицы. Типичным является глубокий паренхиматозный кератит, преимущественно односторонний, рецидивирующий. При умеренном раздражении глаз в строме центральной или парацентральной зоны роговицы появляется интенсивный инфильтрат. Затем в средние и глубокие слои роговицы врастают кровеносные сосуды. Нередко процесс осложняется притом с преципитатами на задней поверхности роговицы. По клиническому течению напоминает туберкулезный кератит.



Диагностика

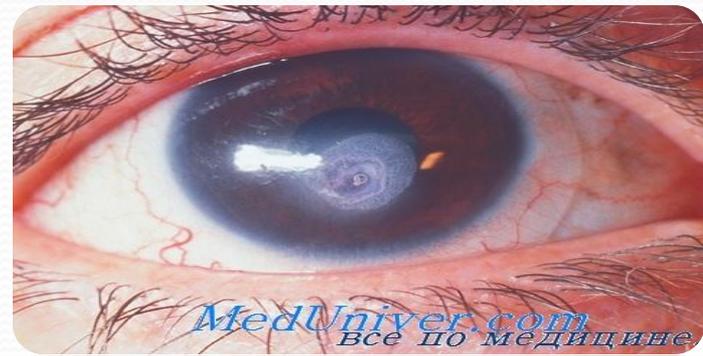
- Для уточнения диагноза проводят серологическое обследование больного (реакция агглютинации Райта и Хаддлсона) и аллергическую пробу Бюрне.
- Биомикроскопия роговицы
- Конфокальная прижизненная микроскопия роговицы
- Оценка чувствительности роговицы
- Кератометрия роговицы
- Соскоб и биобсия роговицы
- Пахиметрия роговицы

Лечение.

- Местно назначают инстилляциии глазных капель, содержащих раствор тетрациклина, стрептомицина, левомицетина, сульфапиридазин-натрия. Тетрациклин в виде мази и левомицетин в виде линимента используют 3-4 раза в день. Назначают инстилляциии мидриатических средств. Применяют также кортикостероиды в виде глазных капель. Используют также глазные капли, содержащие витамины (цитраль, рибофлавин с аскорбиновой кислотой и глюкозой), 0,5 % тиаминовую мазь.
- В остром периоде проводят общее лечение: внутрь антибиотики: тетрациклин, левомицетин. После стихания острых явлений - вакцинотерапия.

Кератит при лепре.

- Характеризуется хроническим течением и отсутствием субъективных ощущений (слезотечение, светобоязнь, блефароспазм), что обусловлено выраженной анестезией роговицы. Протекает в виде **поверхностного точечного лепрозного кератита**, **глубокого интерстициального кератита**, **лепрозного паннуса** или **лепрозной гранулемы**. Нередко процесс осложняется иритом. При наслонившейся бактериальной или вирусной инфекции возможно изъязвление роговицы и ее перфорация.



Лечение

- **Лечение** проводится совместно с лепрологом. Назначают противолепрозные препараты. Диафенилсульфон принимают циклами 4—5 нед с однодневными перерывами через каждые 6 дней. В течение цикла назначают в первые 2 нед по 0,05 г 2 раза в день, в следующие 3 нед по 0,1 г 2 раза в день. После двухнедельного перерыва проводят второй курс лечения. Курс лечения состоит из 4 циклов, после четвертого курса — перерыв 1—1,5 мес. Лечение проводят длительно. Солюсульфон вводят в виде 50 % водного раствора внутримышечно 2 раза в неделю, начальная доза 0,5 мл. В дальнейшем дозу постепенно повышают по 0,5 мл, доводя к концу 6-й недели до 3 мл. Начиная с 7-й недели и до конца курса вводят по 3,5 мл. Курс лечения — 6 мес (50 инъекций). Из антибиотиков назначают рифадин.

- Для лечения лепрозных невритов и лепрозной узловатой эритемы **применяют талидомид** в суточной дозе от 30 до 50 мг и хингамин (хлорохин) по 0,25 г 3 раза в день в течение 1—2 нед.

Местно — 5—10 % растворы натрия парааминосалицилата, сульфаниламидные препараты (20—30 % растворы сульфацил-натрия, 10 % раствор сульфапиридазин-натрия) и кортикостероиды (0,5—1 % суспензии гидрокортизона, 0,1 % раствор дексаметазона, 0,3 % раствор преднизолона), 0,1 % раствор адреналина гидрохлорида, 1 % раствор адреналина гидротартрата; глазные капли, содержащие витамины (цитраль, рибофлавин, аскорбиновая кислота), 0,5 % раствор атропина сульфата, 0,25 % раствор скополамина 2—3 раза в день.

Кератит при онхоцеркозе.

- Онхоцеркоз — разновидность гельминтоза, часто сопровождающаяся поражением глаз. Взрослые гельминты (онхоцерки) обитают в подкожной клетчатке человека и под апоневрозами мышц, достигая длины 40—50 мм. Рождаемые самками микрофилярии (личинки) имеют длину 0,25—0,3 мм и активно проникают в поверхностные слои кожных покровов, периферические лимфатические узлы и в различные ткани глаза. На многих территориях экваториальной Африки, Центральной и Южной Америки онхоцеркоз является главной причиной слепоты.



- К числу глазных проявлений онхоцеркоза относятся **конъюнктивит и точечные поверхностные инфильтраты роговицы**. Последние либо исчезают бесследно, либо из них образуются более крупные очаги. Типично развитие склерозирующего кератита, нередко сосудистого, приводящего к стойкому помутнению роговицы. Характерно наличие микрофилярий в толще роговицы и в передней камере. Нередко процесс осложняется иритом, иридоциклитом и вторичной глаукомой. Поражение заднего отдела глаза протекает в виде хориоретинита, неврита и атрофии зрительных нервов.



Лечение.

- Общее лечение состоит в последовательном или одновременном назначении **дитразина цитрата** и **антрипола** (сурамин), действующих на микрофилярии и половозрелые онхоцерки. Лечение дитразином проводят в условиях стационара: в 1-й день — 0,025 г 1 раз, во 2-й день — по 0,025 г 2 раза, в последующие дни при хорошей переносимости — по 0,1 г 3 раза в день в течение 10 дней. При аллергических реакциях назначают внутрь димедрол, пипольфен, кортикостероиды. Антрипол вводят внутривенно в виде 10 % раствора 1 раз в неделю; первоначальная доза — 5 мл, затем ее постепенно увеличивают до 10 мл, курс лечения — 10 нед.

- **Местно** — кортикостероиды в виде глазных капель: 0,5—1 % суспензия кортизона, гидрокортизона, 0,3 % раствор преднизолона, 0,1 % раствор доксаметазона 4—5 раз в день. Назначают также мидриатические средства — 1 % раствор атропина сульфата, 0,25 % раствор скополамина гидробромида 3—4 раза в день.

Кератиты при гипо- и авитаминозах.

- Причиной кератитов при гипо- и авитаминозах является **недостаток соответствующих витаминов в организме**. Экзогенная или алиментарная форма связана с пониженным содержанием витаминов в пище, эндогенная форма — с расстройством обмена или усвоения витаминов в организме, а также вследствие их повышенного расходования при различных общих заболеваниях. Чаще всего роговица поражается при авитаминозе А, значительно реже — при авитаминозе В₁, В₂, С, РР.

- **Гиповитаминоз, авитаминоз А** вызывает многообразные изменения в коже, слизистых оболочках, а также различных оболочках глаза. Поражения роговицы проявляются в виде **прексероза, ксероза и кератомалации**. Заболевают, как правило, оба глаза. Для прексероза характерно быстрое высыхание роговицы, она тускнеет, наблюдается десквамация эпителия. При ксерозе в центре роговицы появляются серые бляшки округлой формы с тусклой поверхностью. На конъюнктиве глазного яблока ксеротические бляшки имеют белый цвет, поверхность их как бы покрыта пеной (бляшки Искерского — Бито). Процесс протекает длительно и приводит к значительному снижению зрения. Васкуляризация роговицы наступает очень редко и обычно бывает незначительной.

- **Кератомалация** — тяжелое проявление авитаминоза А. Заболевание чаще всего встречается у детей грудного возраста, реже у взрослых и беременных.

В строме роговицы появляется помутнение желтовато-серого цвета, эпителий над ним легко отслаивается. Инфильтрированные участки роговичной ткани отторгаются. Чувствительность роговицы обычно отсутствует, и процесс ее распада происходит безболезненно. В течение нескольких дней может наступить разрушение и прободение роговицы. Процесс заканчивается образованием **стафиломатозного бельма** или **атрофией глазного яблока**.

Лечение.

- Диета, богатая витамином А и каротином. Препараты витамина А внутрь в виде масляного раствора ретинола ацетата или внутримышечно в виде масляного раствора ретинола ацетата для инъекций в ампулах. При ксерозе лечебные дозы витамина А для взрослых: разовая — 10 000—25 000 МЕ, суточная — 100 000 МЕ. Разовая лечебная доза для детей 5000—10 000 МЕ, суточная доза до 20 000 МЕ. Наряду с инъекциями витамин А можно назначать маленьким детям и внутрь с молоком.

При кератомалации необходима срочная госпитализация больного и немедленная внутримышечная инъекция 100 000 МЕ **масляного раствора витамина А**. При развитии кератомалации у детей грудного возраста — рациональное питание и введение матери препарата витамина А.

- **Местно** — инстилляциии растворов глазных капель, содержащих витамины: 0,01 % раствор цитраля, 0,02 % раствор рибофлавина с аскорбиновой кислотой и глюкозой, витасик, карнозин, баларпан, актовегин, рыбий жир 4—6 раз в день, а также 0,5 % тиаминовая и инсулиновая (4 ЕД в 1 г мазевой основы) мази 3—4 раза в день. С целью профилактики вторичной инфекции применяют сульфаниамиды и антибиотики: 20 % раствор сульфацил-натрия 4—5 раз в день, 10 % раствор сульфапиридазин-натрия 3—4 раза в день, 1 % тетрациклиновую, 0,5—1 % левомицетиновую мази 3—4 раза в день.

- **Профилактика.** Употребление в пищу достаточного количества животных продуктов и овощей, в составе которых имеется витамин А, или каротин (печень, сливочное масло, яичный желток, морковь, петрушка, зеленый лук, щавель, черная смородина, персики, абрикосы). При однообразном питании — назначение рыбьего жира по 1 столовой ложке 2—3 раза в день, препаратов витамина А из расчета 3300—6600 МЕ в сутки, поливитаминных препаратов (гексавит, пангексавит, ундевит, декамевит, гендевит).

- **Гиповитаминоз, авитаминоз В**, сопровождается рядом тяжелых и общих изменений в организме, понижением функции желудочно-кишечного тракта, потерей ригидности мышц и полиневритами (болезнь бери-бери). Поражения роговой оболочки зависят от степени нарушения ее чувствительности и симпатической иннервации.

На ранних стадиях заболевания наблюдаются центральные помутнения в поверхностных и средних слоях роговицы.

Клинические формы — **дисковидный кератит** без распада или с незначительным распадом ткани роговицы; **дисковидный кератит** с большим распадом ткани и слабой васкуляризацией; **круговой абсцесс роговицы** с ее прободением; **герпетиформные кератиты**. Течение длительное, в процесс часто вовлекаются сосудистая оболочка глаза и зрительный нерв.

- **Лечение.** Рациональное питание: употребление продуктов, содержащих витамин В, (зерновые и бобовые, печень, почки, нежирная свинина, дрожжи). Препараты витамина В₁ внутрь по 0,002 г 4—5 раз в день, «Гендевит» по 2—3 таблетки 2—3 раза в день либо внутримышечно 3 % или 6 % раствор тиамин бромид по 1 мл, 20—30 инъекций на курс.

Местно — инстилляциии глазных капель, содержащих цитраль, рибофлавин с аскорбиновой кислотой и глюкозой, витасик, карнозин, баларпан, актовегин, витаминизированный рыбий жир 4—6 раз в день. Применяют также 0,5 % тиаминую и инсулиновую (4 ЕД в 1 г) мази 3—4 раза в день. Для профилактики вторичной инфекции назначают сульфаниламидные препараты (сульфацил-натрий, сульфапиридазин-натрий) и антибиотики (тетрациклин, левомицетин) в виде глазных капель и мази.

- **Гиповитаминоз, авитаминоз В2** проявляется рядом общих симптомов: слабостью, понижением аппетита, головной болью, ангулярным стоматитом, глосситом, себорейным дерматитом. Отмечаются поверхностная васкуляризация роговицы по всей ее окружности, исходящая из петливой краевой сети, дистрофия эпителия, интерстициальный и язвенный кератит.

- **Лечение.** Необходимо рациональное питание, прием с пищей продуктов, содержащих достаточное количество рибофлавина (молочные и мясные продукты, яйца, шпинат, соевые бобы, чечевица, горох, грибы); применение препаратов рибофлавина по 5—20 мг/сут внутрь или 1 % раствора по 1 мл внутримышечно. Местно назначают инстилляциии глазных капель, содержащих витамины, — 0,02 % раствор рибофлавина с аскорбиновой кислотой и глюкозой, 0,01 % раствор цитраля, витасик, карнозин, баларпан, актовегин, рыбий жир 4—6 раз в день. Показаны также 0,5 % тиаминовая и инсулиновая (4 ЕД в 1 г) мази 3—4 раза в день. Под конъюнктиву вводят 1 % раствор рибофлавин-моноклеотида по 0,3—0,5 мл ежедневно в течение 10—15 дней.

При язвенных кератитах — **сульфаниламидные препараты** (сульфацил-натрий, сульфапиридазин-натрий), антибиотики (тетрациклин, пенициллин, левомицетин) в виде глазных капель и мази.

- **Гиповитаминоз, авитаминоз РР** проявляется общими симптомами пеллагры: потерей аппетита, рвотой, поносом, прогрессирующей слабостью, апатией, головной болью, сухостью, гиперкератозом и пигментацией кожи. Поражения роговицы характеризуются эпителиальным десквамационным кератитом с небольшой васкуляризацией. В тяжелых случаях развиваются глубокие кератиты и язвы роговицы с исходом в рубцевание.

- **Лечение.** Показаны рациональная диета: употребление продуктов, содержащих провитамины и витамины РР (печень, мясо, дрожжи, овощи, фрукты, молоко, гречневая крупа); никотиновая кислота внутрь по 0,05—0,1 г 3—4 раза в день, никотин-амид внутримышечно (1 % раствор по 1 мл) и под конъюнктиву (1 % раствор по 0,3—0,5 мл).

Местно — инстилляции глазных капель, содержащих 0,01 % раствор цитраля, витамины (рибофлавин с аскорбиновой кислотой и глюкозой, рыбий жир, витасик, карнозин, баларпан, актовегин), тиаминовая и инсулиновая мази. При язвенных кератитах — сульфаниламидные препараты (сульфацил-натрий, сульфапиридазин-натрий) и антибиотики (тетрациклин, левомицетин) в виде глазных капель и мази.

Нейропаралитический кератит

- **Нейропаралитический кератит** - это кератит, при котором инфильтраты расположены в самых поверхностных слоях роговицы.

Этот кератит чаще возникает вследствие повреждения трофической и чувствительной иннервации (тройничный и симпатический нервы). Поскольку оба этих нерва имеют представительство в ресничном нервном ганглии, то, как правило, именно его поражение сказывается на изменениях в глазу и в первую очередь в роговице. У детей подобные кератиты наблюдаются редко и бывают следствием травм, операций по поводу ретробульбарных ангиом, нейрофибром и глиом или возникают после тяжелых общих инфекций, а также туберкулезных и сифилитических поражений головного мозга.

● Симптомы нейропаралитического кератита

- Заболевание роговицы проявляется непосредственно после повреждения указанных нервов либо через более или менее длительный отрезок времени, что, вероятно, зависит от массивности патологических изменений и уровня поражения нервов. Патогномичным признаком нейропаралитического кератита является вначале поверхностная, более или менее обширная эрозия роговицы с отчетливыми очертаниями, расположенная преимущественно в центре. В большинстве случаев ее обнаруживают случайно в связи с понижением зрения или присоединением вторичной инфекции и возникновением кератоконъюнктивита. Незаметные начало и течение болезни обусловлены тем, что на стороне поражения тройничного и симпатического нервов большей частью полностью отсутствует чувствительность роговицы. Трофические нарушения в ткани роговицы приводят к тому, что она начинает набухать, а это, в свою очередь, ведет к разрушению и отторжению ее тканей. Процесс усугубляется обезвоживанием, подсыханием и дальнейшей десквамацией стромы роговицы. Может разрушиться почти вся строма роговицы, как следствие наступить ее прободение.



● Лечение нейропаралитического кератита

Лечение симптоматическое, направлено в основном на улучшение трофики. Применяют комплекс витаминов А, С, никотиновой кислоты, группы В, а также сульфаниламидные препараты и антибиотики в виде капель и мазей (см. ранее). Для стимуляции регенерации роговицы показаны закапывания 1%-ного раствора гидрохлорида хинина, 1—2%-ного раствора гидрохлорида этил-морфина, 2%-ного раствора амидопирина, растворы дибазола, новокаина, а также местное применение облепихового масла и меда. Благоприятный результат дают биостимуляторы, кислородная терапия, препараты пчелиного яда и маточного молочка. При неэффективности медикаментозного лечения в тяжелых случаях показаны операции (сшивание век и др.).

Кератит при лагофтальме

- Возникает в результате паралича лицевого нерва, рубцового укорочения век, выворота век, экзофтальма при новообразованиях орбиты и тиреотоксикозе.



- Диагностируют эпителиопатию и ксероз роговицы. В нижней части роговицы возникает инфильтрат с изъязвлением. При присоединении вторичной инфекции отмечают нагноение язвы. Нередко возникает угроза перфорации роговицы.

- 
- **Лечение направлено** на устранение лагофтальма, предупреждение высыхания роговицы, улучшение её трофики. Назначают частые инстилляциии кератопротекторных ЛС и препаратов искусственной слезы. На ночь рекомендуют использовать антибактериальные мази - тетрациклиновую или эритромициновую.