

КОНЪЮНКТИВЫ

Ом-422

Абдуллаев Бобир

- Конъюнктива – это слизистая оболочка глаза, которая выстилает веки с задней стороны и переходит на глазное яблоко вплоть до роговицы. При закрытой глазной щели конъюнктива образует замкнутую полость, т.е. конъюнктивальный мешок, представляющий собой узкое щелевидное пространство между веками и глазным яблоком. В норме конъюнктива гладкая, блестящая, прозрачная.

Основные функции конъюнктивы:

- 1. Защита глаза. При попадании инородного тела появляется раздражение конъюнктивы и роговицы, усиливается секреция слезы, учащаются мигательные движения век, в результате чего инородные тела механически удаляются.
- 2. Секрет добавочных слезных желез конъюнктивы постоянно смачивает поверхность роговицы, сохраняя ее прозрачность.
- 3. Секрет конъюнктивы богат защитными элементами: лизоцим, лактоферрин, иммуноглобулины. Среди заболеваний конъюнктивы основное место занимают воспалительные заболевания – конъюнктивиты

- 
- Конъюнктивит – это воспалительная реакция конъюнктивы на различные воздействия, характеризующаяся гиперемией и отеком слизистой оболочки, появлением серозного или гнойного отделяемого, образованием сосочков или фолликулов



КОНЪЮНКТИВИТЫ

подразделяются на три группы:

- 1. Инфекционные (бактериальные, вирусные, хламидийные).
- 2. Аллергические (поллинозные, лекарственные, аллергические).
- 3. Дистрофические (пингвекула, птеригиум, сухой кератоконъюнктивит или болезнь Сьегрена).

Инфекционные конъюнктивиты

- Любой из широко распространенных возбудителей гнойной инфекции может вызвать конъюнктивит.
 - стафилококки
 - стрептококки
 - пневмококки
 - Гонококки
 - хламидии и др.



Бактериальный конъюнктивит

Красный глаз с липким желтым или желто-зеленым выделением. Веки могут слипаться. Может затрагивать оба глаза. Обычно распространяется контактным способом.

Острые конъюнктивиты

- Острые конъюнктивиты чаще возникают у детей и подростков и редко у стариков, а хронические – чаще у пожилых людей (грибковые, мейбомиевые, ангулярные).

Клиника острого

КОНЪЮНКТИВИТА:

- 1. Заболевание возникает остро и сопровождается выраженными субъективными ощущениями.
- 2. Поражаются оба глаза (вначале один, а затем процесс распространяется на другой глаз).
- 3. Утром больной с трудом открывает глаза, т.к. веки склеиваются обильным слизистым или гнойным отделяемым (рис. 9).
- 4. Слизистая оболочка набухает, теряет прозрачность.
- 5. Выявляется гиперемия конъюнктивы, склеры и век (рис. 10). Гиперемия конъюнктивы наиболее выражена в сводах, а ближе к лимбу и роговице она уменьшается. При пальпации век гиперемизированная конъюнктива смещается.

Принципы лечения острого конъюнктивита:

- 1. Накладывать повязку запрещено.
- 2. Частые промывания ваткой, смоченной растворами антисептиков (1:5000 раствор фурациллина или калия перманганата), т.е. туалет век.
- 3. В конъюнктивальный мешок закапывают растворы антимикробных препаратов, причем в течение первых суток через 1-2 часа, по мере стихания процесса частоту закапываний уменьшают до 3-6 раз в сутки. Мази закладываются на ночь. Курс лечения в среднем 7-10 дней. Если возбудитель неизвестен, то следует использовать следующие препараты:
–
 - Сульфацил-натрий (альбуцид) 10-20%, 0,01% раствор Мирамистина
 - Гентамицин 0,3%, Тобрекс 0,3%;
 - Антибиотики из группы фторхинолонов: Ципромед), Флоксал капли и мазь Окацин
 - В случае подтверждения стафилококковой флоры, кроме перечисленных выше препаратов, можно использовать 0,05%

неспецифический катаральный конъюнктивит

- Заболевание связано с активацией сапрофитов, находящихся в конъюнктивальной полости, вследствие местных и системных факторов: нарушение оттока слезной жидкости, некорригированные аномалии рефракции, заболевания век, неправильное лечение острого конъюнктивита, гиповитаминоз, заболевания ЖКТ, воспаления придаточных пазух

Клиническая картина

- 1. Беспокоит зуд, жжение и ощущение инородного тела.
- 2. Повышенное зрительное утомление. Симптомы усиливаются к вечеру.
- 3. По утрам появляется небольшое количество слизистого отделяемого.
- 4. Характерны умеренная конъюнктивальная инъекция и небольшой отек конъюнктивы, особенно в области переходных складок. Часто «мокрый глаз».

Принципы лечения

- 1. Устранить общие и местные факторы воспалительного процесса.
- 2. В конъюнктивальный мешок 3-4 раза в день закапывают растворы антисептиков, сульфаниламидов или антибиотиков. Препараты следует менять каждые 5-7 дней.

Целесообразно использовать следующие препараты:

- – 0,25% раствор цинка сульфата (готовится ex tempore) или комбинированные глазные капли «Раствор цинка сульфата и борной кислоты» (Россия);
- – 0,05% раствор пиклоксидина (глазные капли Витабакт)
- – 0,1% раствор мирамистина
- – 10-20% раствор сульфацил-натрия (альбуцид)
- – 1% раствор фузидиевой кислоты
- – 0,25% раствор
- – сосудосуживающие капли (Визин) 1-2 раза в день

Хронический ангулярный КОНЪЮНКТИВИТ

- Вызывается палочкой Моракса-Аксенфельда. Страдают пожилые люди.
- Жалобы: зуд, жжение, пенистое отделяемое у наружных углов глаза. Конъюнктивита гиперемизированная, у наружных углов глаза мацерация кожи и пенистое отделяемое
- . Лечение: цинковые капли 0,25% 3-4 раза в день, Дикло-Ф 0,5% 3 раза в день.

Вирусные конъюнктивиты

Выделяют

- аденовирусный конъюнктивит
- эпидемический кератоконъюнктивит.



Вирусный конъюнктивит

При нем всегда происходит покраснение глаз. Внешние признаки: краснота, зуд, слезотечение. Может поражать один или оба глаза. Контагиозен.

Аденовирусный конъюнктивит

- встречается часто и протекает в виде эпидемических вспышек. Возбудитель – аденовирусы 3, 5 и 7 серотипов. Заболевание передается воздушно-капельным путем и обычно возникает в детских коллективах. Инкубационный период 3-10 дней. Начало заболевания острое.
- Жалобы: головная боль, фарингит и повышение температуры тела, причем они
- предшествуют глазным проявлениям. Как правило, сопутствует аденопатия.

Лечение:

- 1. За нижнее веко закладывают 2-3 раза в день 0,25% оксолиновую мазь (Россия) или 0,5% теброфеновую мазь (Россия), 0,5% флореналевую мазь (Россия). Однако эти препараты обладают довольно низкой эффективностью.
- 2. Одновременно применяют неспецифическую иммунотерапию: частые закапывания (6-8 раз в сутки) интерферона или интерфероногенов – полудан (порошок для приготовления глазных капель, Россия) или глазные капли «Актипол» (Россия). Интерферон можно заменить реофероном, он в 1000 раз активнее интерферона (50 тыс. ЕД реоферона на 1 мл растворителя, закапывают 6-10 раз в сутки).
- 3. При поражении роговицы применяют 20% гель солкосерила или 5% мазь Корнерегель. После стихания воспалительного процесса можно назначить 0,1% Накло-Ф или Дикло-Ф.

Эпидемический кератоконъюнктивит.

- Возбудитель – аденовирус 8 серотипа. Инкубационный период 6-14 дней. Путь передачи инфекции – контактный: через руки, пипетки, инструменты, капли, контактные линзы, поэтому часто внутрибольничная передача инфекции.
- Начало заболевания острое, в 78% поражаются оба глаза.

Клиника:

- 1. У 25% вовлекается респираторный тракт.
- 2. У большинства больных (88%) на 2-3 сутки от начала заболевания определяются увеличенные и болезненные предушные лимфатические железы.
- 3. Отмечается светобоязнь, слезотечение, выраженный отек век, слизисто-гнойное отделяемое

Лечение

- 1. Закладывают за нижнее веко 2-3 раза в день 0,25% оксолиновую мазь 0,5% теброфеновую мазь 0,5% флореналевую мазь). Однако эти препараты обладают довольно низкой эффективностью.
- 2. Частые закапывания (каждые 2 часа) свежеприготовленного раствора интерферона (Локферон) или интерфероногенов – Полудан
- 3. При поражении роговицы применяют препараты, улучшающие ее регенерацию: Тауфон 4%, глазной гель солкосерила или актовегина 20%, 5% мазь Корнерегель (Германия), 0,1% капли диклофенака (Накло-Ф или Дикло-Ф) 1-2 раза в день.
- 4. Стабилизаторы мембран тучных клеток – 2% раствор натрия кромогликата (Лекролин).

Грибковые конъюнктивиты

- Грибковые конъюнктивиты протекают на фоне микозов век и роговицы. Наиболее часто грибковые поражения конъюнктивы развиваются у пациентов, страдающих сахарным диабетом, нарушением иммунитета или у длительно применявших антибактериальные или глюкокортикоидные препараты.
- Жалобы:
- 1. Чувство инородного тела, жжение, постоянно «мокрый глаз».
- 2. На гиперемизированной конъюнктиве сосочковые разрастания, включения в виде крупинок или инфарктов мейбомиевых желез. Часто – фликтеноподобные образования.
- 3. На фоне гранулоподобных конъюнктивитов возникает увеличение лимфатических узлов. Нередко сопутствует каналикулит и хронический дакриоцистит. При надавливании на область слезных канальцев выдавливается творожистое отделяемое.

Принципы лечения

- 1. Закапывают 4-6 раз в день 2,5% раствор амфотерицина, 5% раствор натамицина или раствор, содержащий в 1 мл 50 тыс. ЕД нистатина (ex tempore). В конъюнктивальный мешок закладывают мазь нистатина 100 тыс. ЕД/г.
- 2. Системная терапия: внутрь Дифлюкан по 200 мг 1 раз в сутки в течение 1 месяца или Орунгал 200 мг 1 раз в сутки 1 месяц.

Аллергические КОНЪЮНКТИВИТЫ

- Это воспалительная реакция конъюнктивы на воздействие аллергенов. Жалобы: гиперемия конъюнктивы, отек слизистой век, зуд, образование фолликулов или сосочков
- Аллергическим конъюнктивитом страдает примерной 15% населения. Аллергический конъюнктивит часто сочетается с дерматитом век, блефаритом (рис. 19), ринитом, бронхиальной астмой. Диагностика: помогают анамнез и кожные пробы.
- Лечение: используют 2 группы лекарств: тормозящие дегрануляцию тучных клеток (Лекролин 2%, Кузикром 4%, Аломид 0,1% 4 раза в сутки) и антигистаминные (Сперсаллерг или Аллергофтал, Аллергодил, Гистимет) в сочетании с сосудосуживающими (Визин) 2 раза в сутки.



Дистрофические заболевания КОНЬЮНКТИВЫ

- В эту группу конъюнктивальных поражений включены три заболевания: синдром сухого глаза (болезнь Сьегрена, сухой кератоконъюнктивит), пингвекула и птеригиум.
- Синдром сухого глаза
- Это поражение конъюнктивы и роговицы в связи с выраженным уменьшением продукции слезной жидкости и нарушением стабильности слезной пленки.
- Слезная пленка состоит из трех слоев. Поверхностный слой – липидный, продуцируемый мейбомиевыми железами. Он препятствует испарению слезы. Средний слой – водный – составляет 90% толщины слезной пленки и формируется за счет основных и добавочных слезных желез. Третий, непосредственно покрывающий эпителий роговицы – муциновый слой, продуцируемый бокаловидными клетками. Синдром сухого глаза относится к числу широко распространенных заболеваний, особенно в возрасте 70 лет и старше.

Жалобы больных с ССГ

- 1. Сухость глаз, чувство инородного тела, жжение и зуд
- 2. Наблюдается колебание остроты зрения и зрительной работоспособности в течение дня.
- 3. Появляются муциновые «нити» (рис. 21), покраснение и локальный отек конъюнктивы глазного яблока с напоззанием на свободный край века.
- 4. Уменьшение секреции слезы, появление дополнительных включений, «загрязняющих» слезную пленку.
- 5. В тяжелых случаях появляется нитчатый кератит теряется блеск конъюнктивы и роговицы. Появляются рецидивирующие эрозии роговицы.



ВИЖУ
українське товариство офтальмологів

