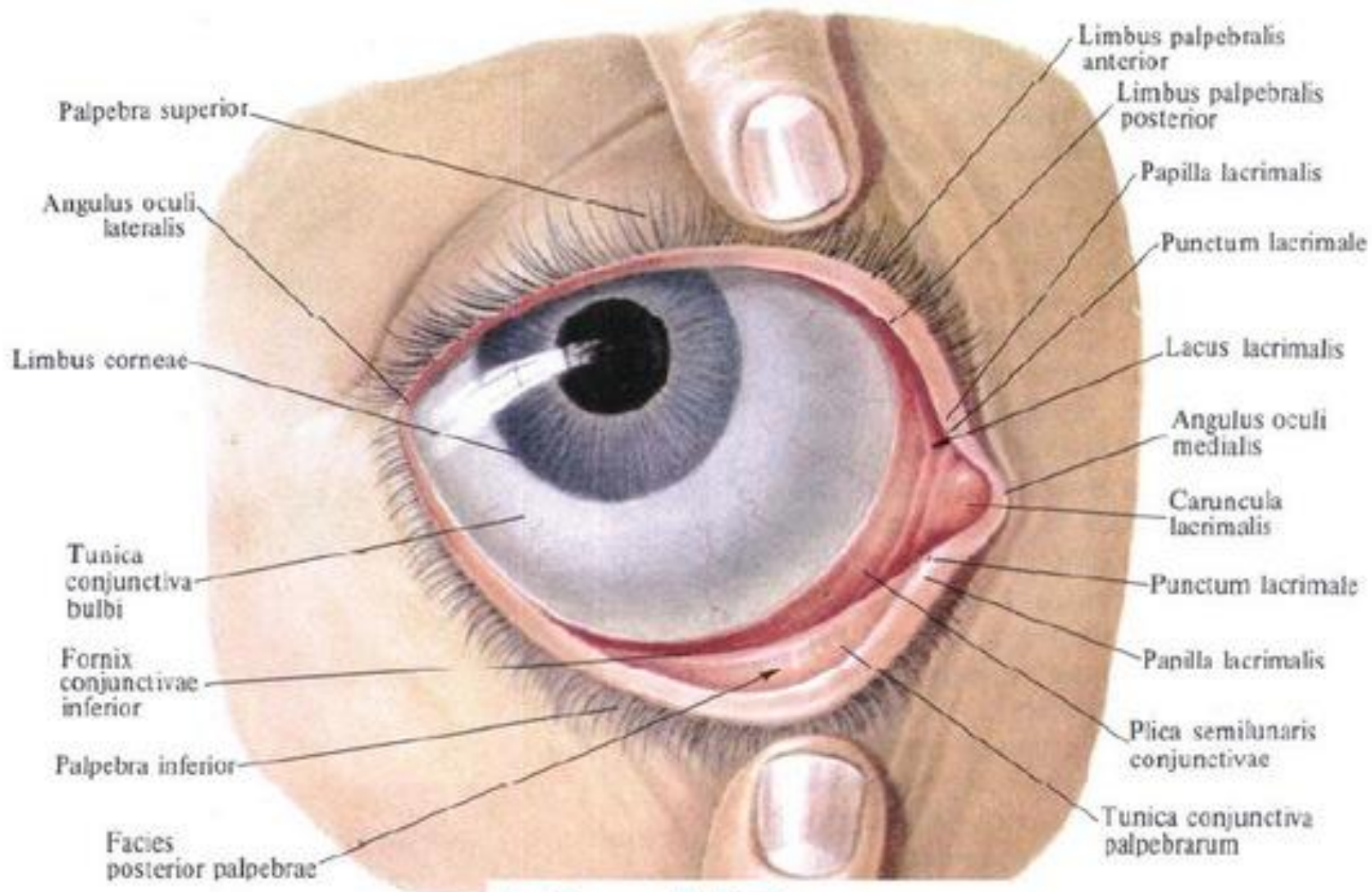


ЗАБОЛЕВАНИЯ КОНЪЮНКТИВЫ

Выполнила
Арутюнова Виолетта МЛ-405

Строение конъюнктивы

- Конъюнктива – это слизистая оболочка глаза, которая выстилает веки с задней стороны и переходит на глазное яблоко вплоть до роговицы и, таким образом, соединяет веко с глазным яблоком. 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.
- Отделы конъюнктивы: Конъюнктива век, Конъюнктива глазного яблока, Конъюнктива переходных складок.

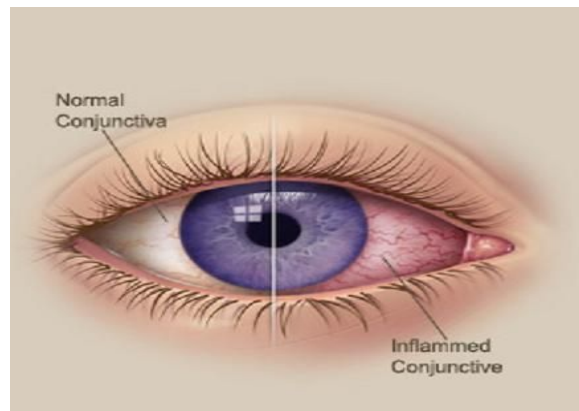


Основные функции конъюнктивы:

- 1. **Защита глаза.** При попадании инородного тела появляется раздражение конъюнктивы, усиливается секреция слезы, учащаются мигательные движения век, в результате чего инородные тела механически удаляются.
- 2. **Секрет конъюнктивального мешка** постоянно смачивает поверхность глазного яблока, способствует сохранению прозрачности увлажненной роговицы.
- 3. **Секрет конъюнктивы богат защитными элементами:** лизоцим, лактоферрин, иммуноглобулины.

Заболевания конъюнктивы

- Среди заболеваний конъюнктивы основное место занимают воспалительные болезни.
- **Конъюнктивит** — это воспалительная реакция конъюнктивы на различные воздействия, характеризующаяся гиперемией и отеком слизистой оболочки, отеком и зудом век, отделяемым с конъюнктивы, образованием на ней сосочков или фолликулов; иногда сопровождается поражением роговицы с нарушением зрения.



Группы заболеваний

КОНЪЮНКТИВЫ

- 1. **Инфекционные конъюнктивиты**

1.1 бактериальные (острый и хронический неспецифический катаральный, дифтерийный, пневмококковый, гонококковый – гонобленнорея)

1.2 вирусные (аденовирусный, эпидемический кератоконъюнктивит, эпидемический геморрагический, герпетический)

1.3 хламидийные (трахома, паратрахома)

1.4 грибковые

- 2. **Аллергические конъюнктивиты** (поллинозные, лекарственные, аллергические, весенний катар).

- 3. **Дистрофические заболевания конъюнктивы** (пингвекула, птеригиум, сухой кератоконъюнктивит или синдром сухого глаза).

КОНЪЮНКТИВИТЫ

```
graph LR; A[КОНЪЮНКТИВИТЫ] --> B[инфекционные]; A --> C[аллергические]; B --> D[бактериальные]; B --> E[Вирусные]; B --> F[Хламидийные]; B --> G[Грибковые];
```

инфекционные

аллергические

бактериальные

Вирусные

Хламидийные

Грибковые

ЗДОРОВЫЙ ГЛАЗ



БАКТЕРИАЛЬНЫЙ КОНЪЮНКТИВИТ



ВИРУСНЫЙ КОНЪЮНКТИВИТ



АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ КОНЪЮНКТИВИТ



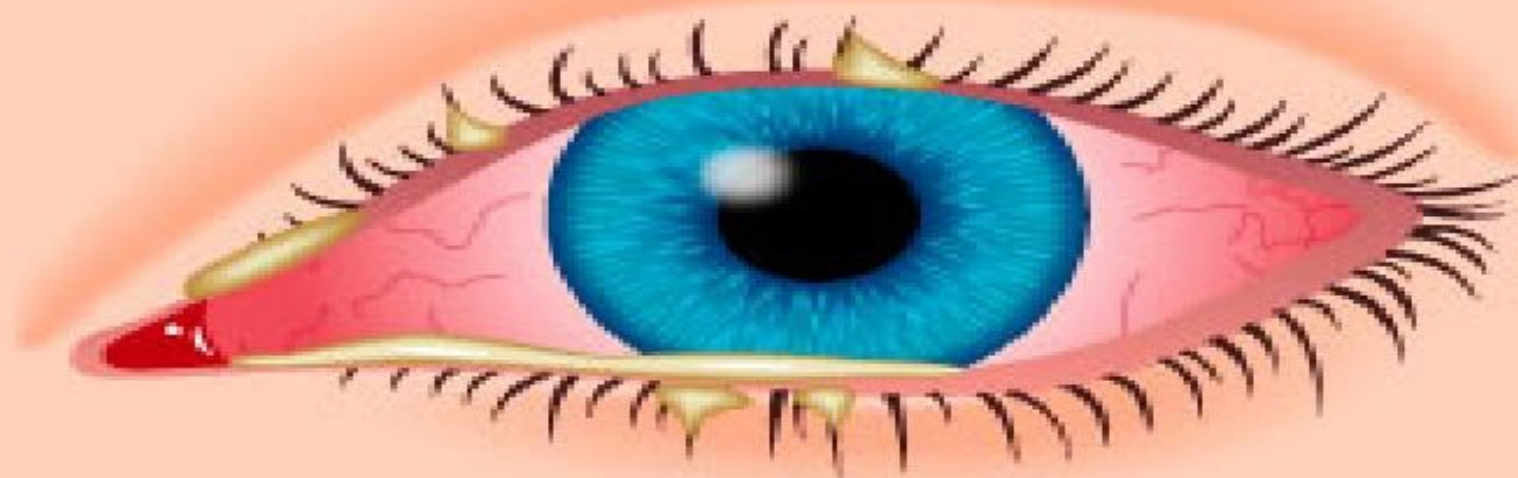
1. Инфекционные конъюнктивиты

- 1.1 Бактериальные

- Любой из широко распространенных возбудителей гнойной инфекции может вызвать конъюнктивит. Кокки, прежде всего, **стафилококки**, **стрептококки** являются наиболее частой причиной развития неспецифического катарального конъюнктивита. Наиболее опасными возбудителями являются **синегнойная палочка**, **гонококк** (поражение роговицы).
- По течению: острый и хронический. **Хронический** развивается медленно, с периодами улучшения, жалобы на светобоязнь, легкое раздражение, быстрая утомляемость, конъюнктивита умеренно гиперемирована, по краю век засохшие корочки. Конъюнктивит может быть связан с заболеванием носоглотки, отитом, синуситом.

Клиника острого неспецифического катарального конъюнктивита, вызываемого стафилококком

- 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
- 4. Слизистая оболочка набухает, теряет прозрачность.
- 5. Выявляется гиперемия конъюнктивы, склеры и век
- Гиперемия конъюнктивы наиболее выражена в сводах, а ближе к лимбу и роговице она уменьшается.



Бактериальный конъюнктивит

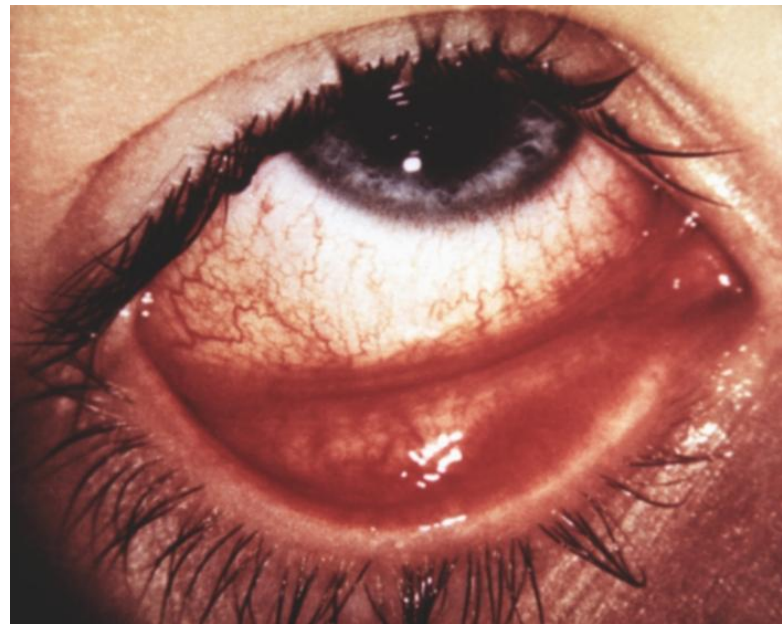
Красный глаз с липким желтым или желто-зеленым выделением. Веки могут слипаться. Может затрагивать оба глаза. Обычно распространяется контактным способом.

Принципы лечения острого конъюнктивита:

- 1. Накладывать повязку запрещено.
- 2. *Если возбудитель не установлен*
 - – 0,01% р-р (мирамистин);
 - – антибиотики из группы фторхинолонов: ципрофлоксацин (0,3% р-р или мазь) *или* макролидов (1% эритромициновая мазь); *или* тетрациклинов (1% тетрациклиновая мазь).
- 3. *Если возбудитель стафилококк:* аминогликозиды: гентамицин (0,3% р-р); *или* тобрамицин (0,3% р-р, мазь); *или*
 - – фузидовая кислота (1% р-р).

Хронический 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 небольшой отек конъюнктивы, особенно в области переходных складок.

Принципы лечения хронического катарального конъюнктивита

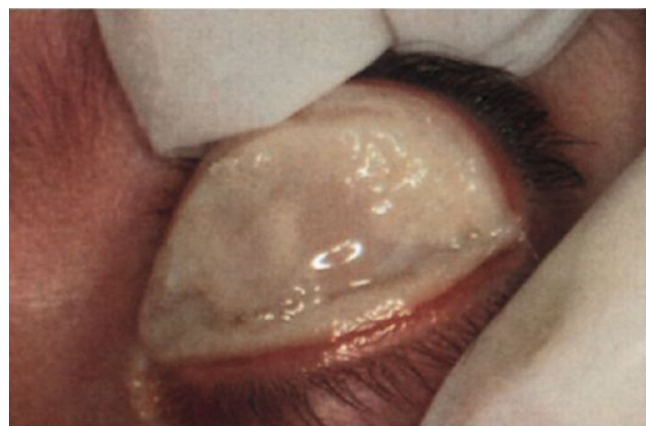
- 1. Устранить общие и местные факторы воспалительного процесса.
- 2. В конъюнктивальный мешок 3-4 раза в день закапывают растворы антисептиков, сульфаниламидов или антибиотиков. Препараты следует менять каждые 1-2 недели.

Целесообразно использовать следующие препараты:

- – 0,25% раствор цинка сульфата – 0,05% раствор пиклоксидина (глазные капли Витабакт)
- – 0,1% раствор мирамистина
- – 10-20% раствор сульфацил-натрия (альбуцид)
- – 1% раствор фузидиевой кислоты
- – сосудосуживающие капли (Визин) 1-2 раза в день

Дифтерийный конъюнктивит

- Появление на конъюнктиве век трудно снимаемых сероватых пленок, веки плотные, отечные, из глазной щели выделяется мутная жидкость с хлопьями, отделение пленок сопровождается кровотечением, а после некротизации пораженных участков могут образоваться рубцы.
- Больного изолируют в инфекционное отделение и проводят лечение по схеме терапии дифтерии.



Дифтерийный конъюнктивит



Все о зрении
www.zreni.ru

ГОНОКОККОВЫЙ КОНЬЮНКТИВИТ

Гонококковый конъюнктивит может развиваться у взрослых, страдающих гонореей мочеполовых путей, в результате заноса инфекции в конъюнктивальную полость, у лиц, находящихся в контакте с больными, при несоблюдении ими правил гигиены (прямой генитально-глазной контакт или передача гениталии – рука–глаз). Новорождённые инфицируются в основном в момент прохождения через родовые пути матери, болеющей гонореей.

- Острый гнойный конъюнктивит характеризуется **быстрым прогрессированием**. Сначала поражается один глаз. Веки отёчные, отделяемое обильное, гнойное, конъюнктивит резко гиперемирован, ярко-красная, раздражённая, собирается в выпячивающиеся складки. Нередко отмечается резкий отёк конъюнктивы склеры (хемоз). Кератит развивается в 15–40% случаев, сначала поверхностный, затем развивается язва роговицы, которая может привести к перфорации роговицы уже через 1–2 дня.



Гонобленнорея новорожденных

- Развивается на 2-5 день после рождения. Отечные синюшно-багровые веки почти невозможно открыть для осмотра глаза. При надавливании из глазной щели изливается кровянисто-гнойное отделяемое. Опасность заключается в поражении роговицы вплоть до гибели глаза.
- **Лечение:**
- Антибиотики:
пенициллины, цефалоспорины,
фторхинолоны, эритромициновая мазь
- 0,01% (мирамистин);



Острый эпидемический конъюнктивит

- Возбудитель – палочка Коха–Уикса. Заболевание передаётся контактным путём. Переносчиком являются мухи. Инкубационный период – от нескольких часов до 1–2 дней.
- При осмотре виден выраженный отёк и гиперемия конъюнктивы глазного яблока и нижней переходной складки, в ней отмечаются полиморфные кровоизлияния; вследствие выраженного отёка, в просвете глазной щели конъюнктивы глазного яблока выглядит в виде двух треугольников, обращённых основанием к лимбу. В первые дни отмечается скудное слизистое отделяемое, склеивающее ресницы, – больной не может открыть веки. Затем отделяемое становится обильным и гнойным (как при гонорейном конъюнктивите), иногда на конъюнктиве век появляются нежные легко снимающиеся плёнки (напоминающие дифтерию).

Острый эпидемический конъюнктивит

- **Лечение:** сульфацетамид (10–20% р-р) или сульфаметоксипиридазин (10% р-р); тобрамицин (0,3% р-р или мазь).



1.2 Вирусные конъюнктивиты

Вирусные конъюнктивиты встречаются часто и протекают в виде эпидемических вспышек.

Аденовирусы вызывают две клинические формы поражения глаз:

- ✓ **эпидемический кератоконъюнктивит** (более тяжелое течение, поражение роговицы)
- ✓ **аденовирусный конъюнктивит**



Вирусный конъюнктивит

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

Эпидемический кератоконъюнктивит

- это госпитальная инфекция, более 70% больных заражаются в медицинских учреждениях. Источник инфекции – больной кератоконъюнктивитом.
- Распространение контактным путем. Факторы передачи: инфицированные руки медперсонала, глазные капли многократного использования, инструменты, приборы, глазные протезы, контактные линзы.
- Инкубационный период 4-7 дней
- Начало заболевания острое, поражение сначала одного глаза, затем второго.



Клиника Эпидемического кератоконъюнктивита

- Жалобы: резь, ощущение инородного тела в глазу, слезотечение. Веки отечны, конъюнктивит умеренно гиперемирован, инфильтрация нижней переходной складки, точечные кровоизлияния.
- Через 5-9 дней появление характерных точечных инфильтратов под эпителием роговицы. При большом числе инфильтратов в центральной зоне роговицы зрение снижается.
- Региональная аденопатия – увеличение и болезненность околоушных лимфатических узлов на 1-2 день заболевания.

Аденовирусный конъюнктивит (фарингоконъюнктивальная лихорадка)

- Это заболевание характеризуется триадой проявлений - лихорадка, фарингит и негнойный фолликулярный конъюнктивит.
- Возбудитель болезни - аденовирусы 3, 5 и 7-го серотипов.
- Конъюнктивит обычно начинается сначала на одном глазу, а через 2-3 дня в процесс вовлекается и другой глаз. Появляются отек век, гиперемия и обильное слизистое или слизисто-гнойное отделяемое. Гиперемия захватывает все отделы конъюнктивы, распространяется на полулунную складку и слезное мяско, но особенно сильно выражена в нижней переходной складке. Конъюнктивит может проявляться в виде катаральной, пленчатой и фолликулярной форм.

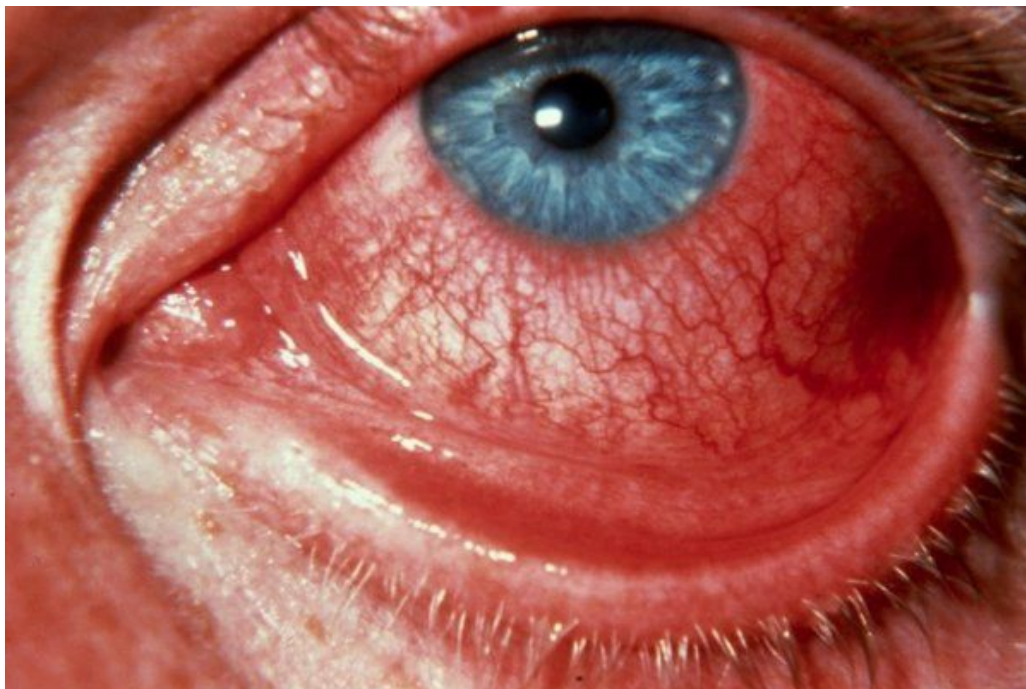
Аденовирусный конъюнктивит (фарингоконъюнктивальная лихорадка)

- Заболевание обычно возникает в детских коллективах, передается воздушно-капельным путем. Инкубационный период 3-10 дней. Длительность – 2 недели.
- **Жалобы:** головная боль, повышение температуры тела, причем они предшествуют глазным проявлениям. Конъюнктивита гиперемирована и инфильтрирована умеренно, мелкие фолликулы, иногда точечные кровоизлияния. У половины больных-региональная аденопатия околоушных лимфатических узлов.

Эпидемический геморрагический КОНЬЮНКТИВИТ

- Возбудитель энтеровирус, РНК- содержащий.
- Клиническая картина. Заболевание начинается остро с сильной рези в глазах и светобоязни.
- При осмотре: отёк век, инфильтрация конъюнктивы, отдельные фолликулы на нижней переходной складке. Умеренное слизистое или слизисто-гнойное отделяемое. Типичны кровоизлияния в ткань конъюнктивы. Вторым патогномоничным признаком является появление на конъюнктиве мелких белых или желтоватых пятен (закупоривающие выводные протоки слизистых или добавочных слёзных желёз некротизированные клетки).

Эпидемический геморрагический КОНЪЮНКТИВИТ



Лечение вирусных КОНЪЮНКТИВИТОВ

- 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

- Грибки внедряются в ткани глаза из окружающей среды или заносятся из микотических очагов на коже и слизистых оболочках, реже – гематогенно. Большое значение для внедрения грибковой инфекции в ткани глаза имеют поверхностные повреждения роговицы и конъюнктивы.
- **По характеру воспаления:** Гранулематозные, Экссудативные.
- Общий симптом для **гранулематозных конъюнктивитов** – увеличение лимфоузлов. Узлы могут нагнаиваться, в гное содержатся грибки.
- **Экссудативный**
- На гиперемизированной конъюнктиве век появляется псевдомембранозный налёт.
- При внеглазной локализации воспалительного процесса может развиваться аллергический конъюнктивит.

Лечение грибковых конъюнктивитов

- в конъюнктивальную полость 3–6 раз в день закапывают раствор, содержащий 3–8 мг/мл амфотерицина
- внутрь флуконазол по 200 мг/сут 1 раз в день; в первый день дозу увеличивают в 2 раза

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, 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.

Весенний катар

- Заболевание возникает при повышенной чувствительности к ультрафиолетовым лучам (аллергическая реакция замедленного типа), развивается у детей в возрасте 5–12 лет (чаще у мальчиков) и имеет преимущественно хроническое и упорное течение.
- **Клиника:** сосочковые разрастания на конъюнктиве хряща верхнего века (конъюнктивальная форма), обычно мелкие. Реже сосочковые разрастания располагаются вдоль лимба (лимбальная форма)



Лекарственный аллергический КОНЪЮНКТИВИТ

- Заболевание может возникнуть остро (в течение первого часа после применения любого ЛС) – острый аллергический конъюнктивит или отёк конъюнктивы и подостро (в течение первых суток после применения ЛС). Наиболее часто (в 90% случаев) лекарственный конъюнктивит возникает при длительном лечении (несколько дней или недель). Аллергическая реакция может развиваться как на ЛС, так и консервант глазных капель.
- **Клиника:** гиперемия, отек век, слезотечение, при хроническом воспалении сильный зуд век





Поллиноз (сенной конъюнктивит)

- Поллинозные конъюнктивиты — сезонные аллергические заболевания глаз, вызываемые пылью в период цветения трав, злаковых, деревьев. Поллиноз относится к группе экзоаллергических заболеваний, протекающих по немедленному типу. Воспаление слизистой глаз может сочетаться с поражением верхних дыхательных путей, кожи, ЖКТ, различных отделов нервной системы или других органов.
- **Клиника:** острое начало, нестерпимый зуд век, жжение под веками, светобоязнь, слезотечение, сильно выраженный отек и гиперемия конъюнктивы, появляется прозрачное, слизистое, густое нитчатое отделяемое.



Рис. 3. Острый поллинозный сезонный конъюнктивит



Рис. 4. Весенний кератоконъюнктивит

Гиперпапиллярный конъюнктивит

- Заболевание возникает при существовании длительного контакта конъюнктивы верхнего века с инородным телом (контактные линзы, глазные протезы, швы после экстракции катаракты или кератопластики).
- **Клиническая картина.** Больные жалуются на зуд и слизистое отделяемое, в тяжёлых случаях появляется птоз. При осмотре выявляют гигантские (1 мм и более) сосочки конъюнктивы верхнего века.



Дистрофические заболевания

КОНЬЮНКТИВЫ

- В эту группу конъюнктивальных поражений включены три заболевания: синдром сухого глаза (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.

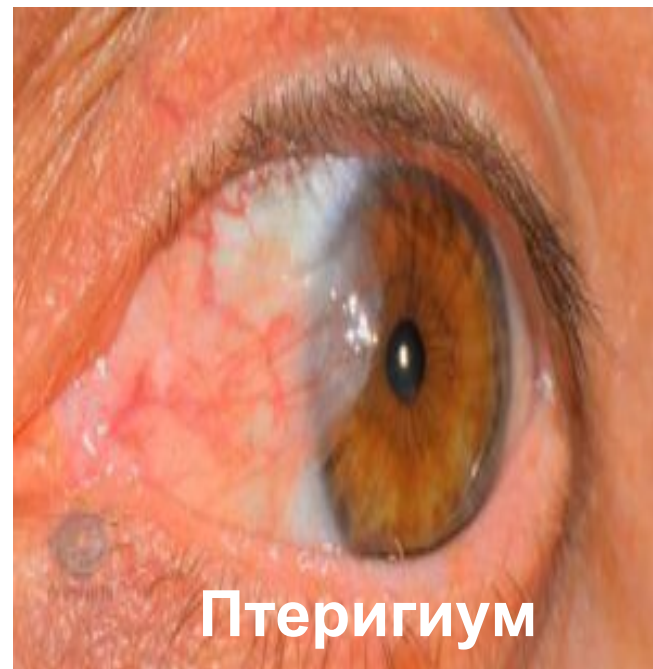
Жалобы больных с синдромом сухого глаза

- 1. Сухость глаз, чувство инородного тела, жжение и зуд, резь, светобоязнь, плохая переносимость ветра, дыма
- 2. Все явления ухудшаются к вечеру
- 3. Расширенные сосуды конъюнктивы склеры
- 4. Уменьшение секреции слезы, появление дополнительных хлопьевидных включений, «загрязняющих» слезную пленку.
- 5. В тяжелых случаях появляется нитчатый кератит теряется блеск конъюнктивы и роговицы. Появляются рецидивирующие эрозии роговицы.
- **Лечение:** Слезозаместительная терапия- в виде капель без консервантов; в виде геля – Видисик, Офтагель.



Пингвекула и Птеригиум

- **Пингвекула** - слегка возвышающееся над конъюнктивной эластичное образование неправильной формы, располагающееся в нескольких мм от лимба в пределах глазной щели. Обычно возникает у пожилых людей симметрично на обоих глазах. Болезненных ощущений не вызывает. Лечение не требуется.
- **Птеригиум** — плоская поверхностная васкуляризированная складка конъюнктивы треугольной формы, нарастающая на роговицу. Факторы раздражения, ветер, пыль, могут стимулировать рост птеригиума, что приводит к нарушению зрения. Птеригиум медленно продвигается к центру роговицы. Для задержки роста применяют противовоспалительные и антигистаминные средства. **Хирургическое лечение:** иссечение птеригиума с последующей краевой послойной кератопластикой.



Берегите себя и свое зрение!

