

**ГУ Днепропетровская медицинская академия
кафедра неврологии и офтальмологии**

д.м.н, проф. Сакович В.Н

**Лекция на тему:
«Синдром красного
глаза»**

Виды инъекции глазного яблока:

- Поверхностная (встречается при конъюнктивитах)- для нее характерно кровенаполнение поверхностных сосудов слизистой оболочки глазного яблока.
 - Глубокая (при наличии воспалительных заболеваний роговой оболочки и сосудистого тракта) – характерно появление локальной гиперемии в виде венчика ярко-фиолетового окрашивания, окружающего роговицу, насыщенность инъекции по направлению к сводам конъюнктивы “гаснет”
 - Смешанная - наличие поверхностной и глубокой инъекций.
-

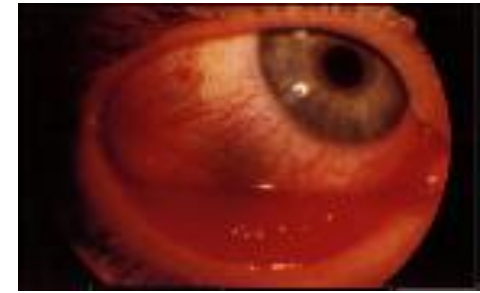
Виды отделяемого из конъюнктивального мешка:

- Слизистое.
- Гнойное.
- Слизисто- гнойное.

По этиологии различают конъюнктивиты:

- Аллергические.
 - Вирусные
 - Бактериальные.
-

Туберкулезно-аллергический (фликтенулезный) конъюнктивит.



- Клиника:

появление на конъюнктиве глазного яблока у лимба одиночных или множественных полупрозрачных узелков желтовато-розового цвета (фликтен); к ним секторообразно подходят расширенные конъюнктивальные сосуды на фоне общей конъюнктивальной инъекции;

резкая светобоязнь, слезотечение, блефароспазм;

спустя несколько дней фликтены начинают рассасываться или изъязвляться, язвочки быстро эпителизируются;

- Лечение:

Десенсибилизирующие препараты, общеукрепляющие средства, витамины, местно назначают антисептики, дексаметазон.

Медикаментозный аллергический конъюнктивит:



- Клиника:

Развивается после закапывания глазных капель (мидриатиков, антисептиков, антибиотиков и др.).

Выраженный отек и покраснение век (нередко и слизистой глаз) .

Сильный зуд.

Ощущения жара в глазах.

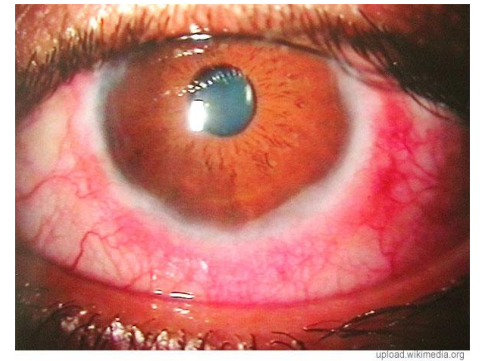
- Лечение:

Отмена препарата, вызывавшего аллергию.

Десенсибилизирующие препараты.

Закапывание раствора дексаметазона.

Сенной конъюнктивит:



- Клиника.

Развивается летом во время цветения некоторых растений (злаковых, амброзии и др.) или у купальщиков во время цветения водоемов.

Жжение, зуд в глазах., светобоязнь, слезотечение.

Покраснение век и слизистой оболочки глаза.

Насморк и катар верхних дыхательных путей.

Эти явления повторяются каждый год.

- Лечение:

Десенсибилизирующие препараты; местно в каплях раствор дексаметазона.

Весенний конъюнктивит (катар) :



-Этиология и патогенез неясны,

полагают, что играет роль повышенная чувствительность к ультрафиолетовым лучам.

- Клиника:

Сильный зуд, ощущение инородного тела за веками.

Конъюнктивит хряща верхнего века имеет бледный вид

(молочного оттенка) и покрыта крупными плотными уплощенными сосочковыми разрастаниями, напоминающими по внешнему виду булыжную мостовую.

Течение длительное, периодические обострения весной и летом.

Встречается преимущественно у юношей.

- Лечение:

Десенсибилизирующие препараты; раствор дексаметазона в каплях.

Аденовирусные конъюнктивиты:



- Чаще вызывается VIII типом аденовируса.
 - Клиника:
 - Ярко-красная инъекция конъюнктивы нижнего века и переходной складки, на поверхности которого разбросаны в большом количестве серовато-розовые фолликулы.
 - Отделяемое скудное, слизистое или слизисто-гнойное.
 - Спустя несколько дней может присоединиться регионарный лимфаденит и мелкоочечные поверхностные помутнения роговицы.
 - Заболевание имеет сезонный характер и по времени часто совпадает с эпидемией гриппа.
-

- Лечение:

Учитывая высокую контагиозность, строго соблюдать правила личной гигиены.

Противовирусные препараты – интерферон в каплях, офтан-иду и др.

Через неделю добавляют дексаметазон в каплях для усиления противовоспалительного эффекта.

Бактериальный конъюнктивит:

Вызывается чаще представителями кокковой флоры: стафилококком, стрептококком, пневмококком и др.



- Клиника:

Конъюнктивальная инъекция на глазном яблоке.

Обильное гнойное отделяемое, которое задерживаясь на ресницах, приводит к склеиванию век.

- Лечение:

-Тщательно промыть конъюнктивальный мешок антисептиками перед каждым закапыванием препаратов.

- Закапывать антибиотики широкого действия.

Гонобленнорея:



- У новорожденных развивается спустя несколько дней после рождения ребенка (заражение происходит в момент прохождения ребенка через родовые пути).
 - Клиника:
 - На первое место выходит резко выраженный отек и гиперемия век.
 - Появляется водянистое отделяемое, затем серозно-кровянистое.
 - Спустя несколько дней отек век уменьшается, отделяемое становится гнойным.
-

- Осложнения:

Перфорация роговицы.

Эндофтальмит.

Панофтальмит.

- Лечение:

- Необходимо срочно начать антибактериальную терапию (закапывать антибиотики широкого спектра действия каждые 15 минут).

- Наблюдение врача - офтальмолога.

Классификация кератитов:

I. Экзогенные.

- травматические.
- инфекционные кератиты бактериального происхождения.
- вирусные.
- вторичные кератиты, возникающие вследствие заболеваний конъюнктивы, век, мейбомиевых желез.

II. Эндогенные кератиты:

- инфекционные (сифилис, лепра, бруцеллез, туберкулез, герпетическая болезнь).
- нейропаралитические.
- авитаминозные.

III. Кератиты неясной этиологии.



Рис. 35. Ползучая язва роговицы.

Ползучая язва роговицы:

- Клиника:

Заболеванию предшествует микротравма роговицы. Под влиянием патогенной микрофлоры (пневмококк, стафилококк, стрептококк и др.) в роговице возникает воспалительный очаг – инфильтрат, который со временем подвергается распаду, возникает язва, т.е. дефект ткани с инфильтрированным мутно-серым дном и краями, роговица вокруг язвы мутная и отечная.

- В течении заболевания различают два периода:

1. Прогрессивный период характеризуется тем, что инфильтрация может распространяться по поверхности и вглубь. Один край язвы несколько приподнят, подрыв и окружен полоской интенсивно желтого, т.е. гнойного, инфильтрата – это прогрессивный край. Противоположный край язвы (регрессивный) чистый, так как здесь восстанавливается эпителий. Характерным признаком ползучей язвы роговицы является гипопион - гной в передней камере, который в силу тяжести опускается вниз. Этот гной стерилен, не содержит возбудителей болезни.

Если ткань роговицы разрушается до десцеметовой оболочки, появляется ее выпячивание – грыжа десцеметовой оболочки (десцеметоцеле). Может наступить ее прободение и инфекция попадает внутрь глаза. Развивается гнойный эндофтальмит.

II. Если это осложнение не наступает, то язва переходит во второй период – регрессивный. В этом периоде язва очищается от гноя. Одновременно с этим в роговице начинают развиваться поверхностные сосуды (васкуляризация). Дно язвы покрывается эпителием (фасетка). Под эпителием развивается соединительная ткань, формируется помутнение роговицы.

- Лечение.

Различают следующие направления в лечении:

- воздействие на микрофлору.
 - улучшение питания роговицы.
 - повышение защитных сил организма.
 - профилактика осложнений (вторичной глаукомы).
-

Анатомо-физиологические особенности строения сосудистого тракта глаза:

Увеальный тракт глаза делится на 2 отдела – передний (радужка и цилиарное тело) и задний (хориоидея), которые имеют изолированное кровоснабжение.

Сосудистый тракт имеет разветвленную сеть капилляров, что способствует замедлению кровотока и оседанию микробных эмболов.

Оба отдела содержат большое количество пигмента, мукополисахаридных комплексов, ретикулоэндотелиальной ткани, поэтому воспаление протекает на повышенном аллергическом фоне.

Передний отдел сосудистого тракта имеет чувствительную иннервацию, а задний не имеет.

Классификация увеитов:

По локализации;

I. Передние:

- Ирит.
- Циклит.
- Иридоциклит

II. Задние – хориодиты.

- Диффузные.
- Очаговые.
- Диссеминированные.
- Периферические.
- Панувеит.

По течению:

- Острые.
 - Хронические.
-

По характеру экссудата:

- Серозные.
- Фибринозные.
- Гнойные.
- Геморрагические.

По патоморфологическому принципу: (Классификация Вудса)

- гранулематозные (очаговые, чаще задние).
- негранулематозные (диффузные, чаще передние).

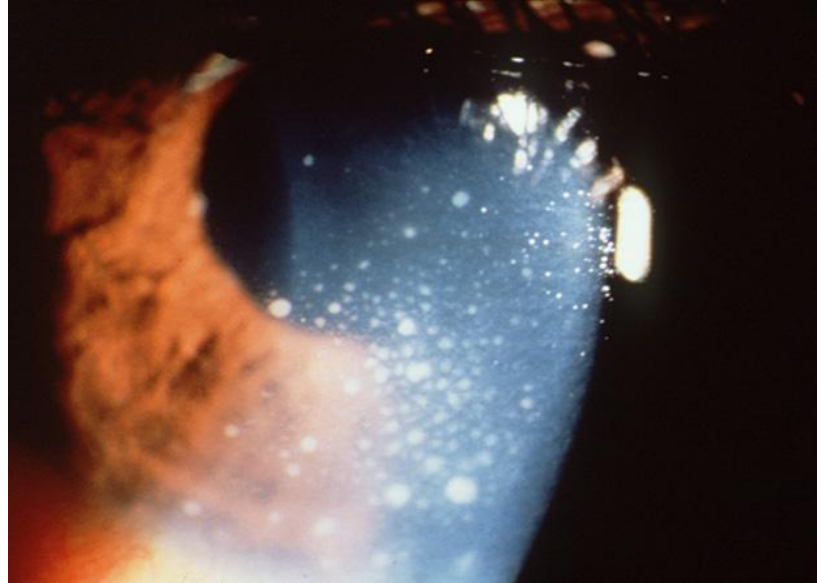
По происхождению:

- экзогенные.
 - эндогенные.
-

Этиология:

- Острые и хронические инфекции.
 - Фокальная инфекция.
 - Простейшие.
 - Коллагенозы.
 - Эндокринные нарушения.
 - Болезни обмена веществ.
 - Увеиты как составная часть синдромов
(Бехчета, Бехтерева и др.)
-

Клиника иридоциклита:



Боль глазу, усиливается при пальпации.

Перикорнеальная или смешанная инъекция на глазном яблоке.

Отек радужки, сглаженность ее рисунка, изменение цвета.

Зрачок сужен, возможны задние спайки, вплоть до зарращения зрачка.

Преципитаты на эндотелии роговицы.

Помутнение стекловидного тела.

Принципы лечения иридоциклита:

- этиотропная терапия.
 - антибиотики широкого спектра действия.
 - десенсибилизирующая терапия.
 - отвлекающая.
 - дегидратационная.
 - мидриатики.
 - кортикостероиды.
 - нестероидные противовоспалительные препараты.
 - иммуномодуляторы.
-



Благодарю за внимание!