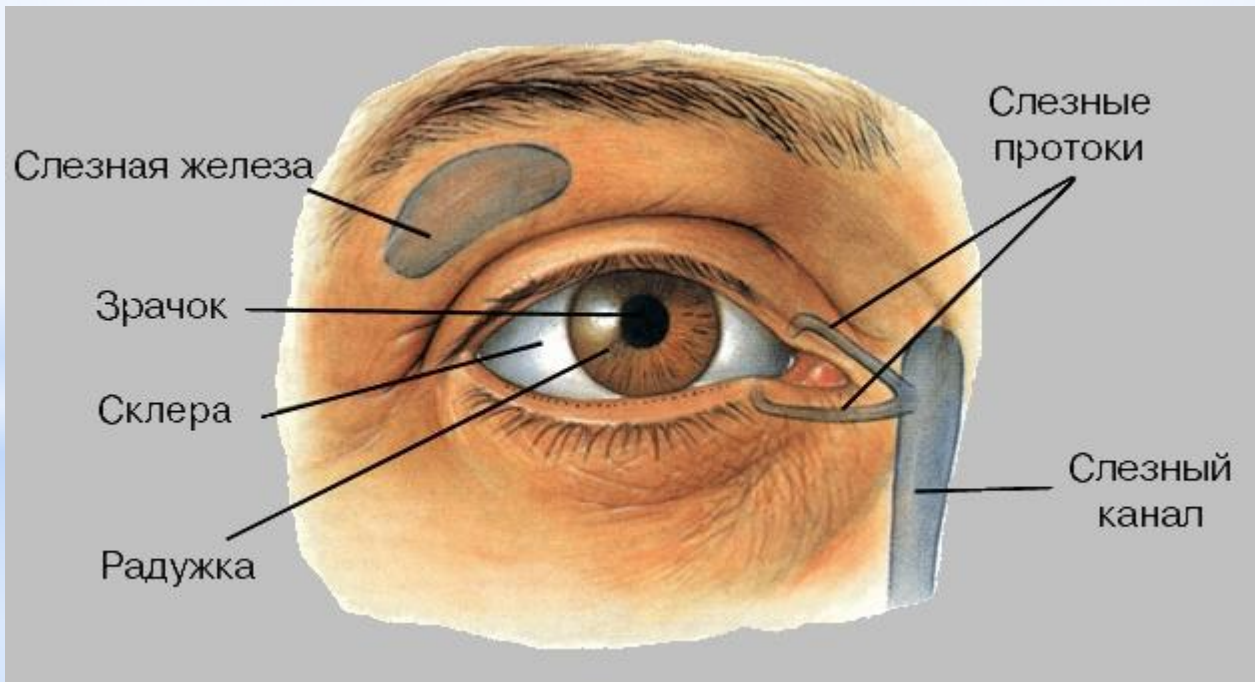


**Патология  
придаточного аппарата  
глаза:  
виды, причины,  
способы лечения**

Подготовила студентка 4 курса  
Шилец Юлия Геннадьевна

## К придаточному аппарату глаза относятся:

- \* веки,
- \* конъюнктива,
- \* слезопродуцирующие и слезоотводящие органы,
- \* ретробульбарная клетчатка.



# Заболевания век

## ❖ Аллергические заболевания век:

- Ангионевротический отек Квинке
- Экзема кожи век

## ❖ Инфекционные заболевания кожи век бактериальной природы

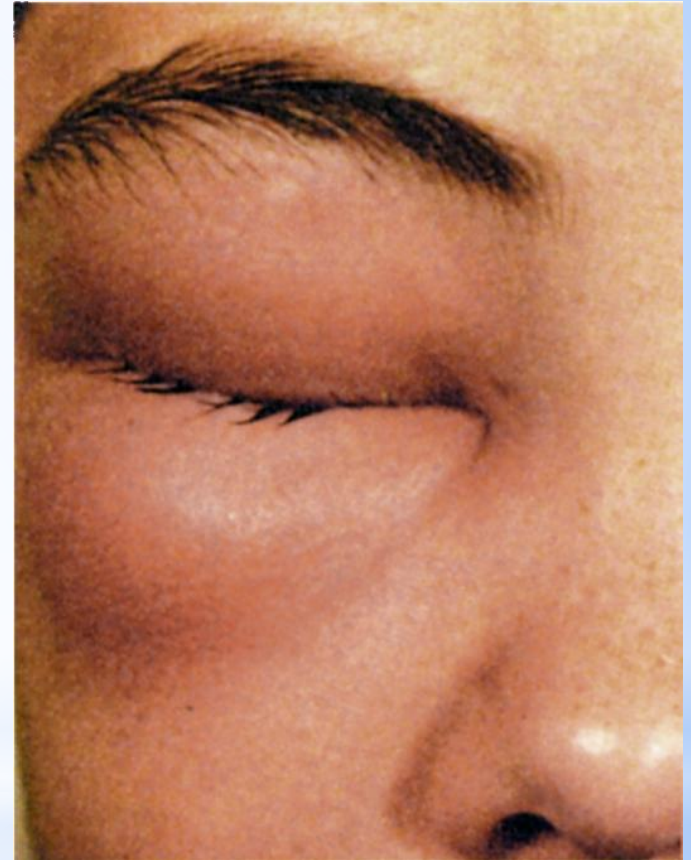
- Абсцесс или флегмона век
- Фурункул века

## ❖ Заболевания края век и желез век

- Блефарит
- Ячмень
- Халазион

# Ангионевротический отек Квинке

- \* Заболевание чаще развивается у молодых людей, подростков.
- \* Внезапно развивается отек век, может захватывать область щеки, угла рта. Отеку часто предшествует выраженный зуд.
- \* Нередко отек век сопровождается хемозом конъюнктивы, поверхностными точечными инфильтратами роговицы. Процесс носит односторонний характер.
- \* Отечная кожа бледная, безболезненная при пальпации.
- \* В анализе крови – эозинофилия.
- \* Дифференцировать с воспалительным отеком, для которого характерны: гиперемия кожи, болезненность при пальпации, недомогание.



# Лечение:

- \* Для уменьшения зуда применяют холодные примочки со спиртовым раствором 1% анестезина и 1% новокаина.
- \* 0,1% дексаметазон (глазные капли Максидекс): первый день через час, потом 3 раза в день.
- \* Закапывают антигистаминные капли – 0,05% Аллергодил, Гистимет и др. 3 раза в сутки.
- \* Сосудосуживающие капли – 0,05% Визин – или комбинированные капли, содержащие сосудосуживающие и антигистаминные компоненты – Сперсаллерг.
- \* Системная десенсибилизирующая терапия – Кларитин по 10мг 1 раз в сутки

# Экзема кожи век



- \* Процесс носит двусторонний характер.
- \* Выраженная гиперемия и отек кожи век.
- \* Гиперемизированная кожа покрыта папулами, пустулами.
- \* После вскрытия пустул появляется серозный экссудат – мокнутие кожи, при подсыхании которого образуются корочки желтого цвета. При присоединении вторичной инфекции экссудат и корочки приобретают гнойный характер. По мере выздоровления наблюдается очищение кожи.
- \* Больные жалуются на выраженный зуд, жжение, слезотечение и серозное отделяемое из конъюнктивальной полости.

# Лечение:

- \* Для уменьшения зуда применяют холодные примочки из свинцовой воды 0,25% или жидкость Бурова 2-5%.
- \* Смазывают кожу гидрокортизоновой мазью 0,5-2,5% или цинковой пастой и закапывают 0,1% Максидекс. При присоединении вторичной инфекции применяют комбинированные мази Макситрол.
- \* Системная десенсибилизация – Кларитин по 10 мг 1 раз в сутки.

# Абсцесс или флегмона век

**Причина:** непосредственный занос инфекции при повреждении века и переход воспалительного процесса с окружающих структур (синуситы, флегмона орбиты, ячмень) или метастатический занос инфекции из других очагов (пневмония, сепсис и др.).

Наиболее частыми возбудителями являются Гр+ стафилококки, стрептококки или анаэробы из придаточных пазух носа.







Абсцесс века — острое воспаление тканей века с образованием гнойной полости. Причиной формирования гнояника является ранение кожи века. Иногда заболевание возникает при гнойных синуситах, ячмене и фурункуле. В более редких случаях абсцесс века развивается как метастаз на одном или обоих глазах.



**Симптомы абсцесса века:** Заболевание начинается с разлитой гиперемии, болезненного уплотнения и покраснения кожи, птозом века, и отека слизистой оболочки века, отеком конъюнктивы (хемозом), припухлостью и болезненностью регионарных лимфатических узлов. При появлении флюктуации пальпируется участок размягчения тканей века. Из конъюнктивальной полости — слизистое отделяемое. Симптомы общей интоксикации (недомогание, повышение температуры тела, головная боль).



### **Обязательные лабораторные исследования:**

1. Общий анализ крови
2. Кровь на RW
3. Сахар крови
4. Общий анализ мочи
5. Hbs-антиген



### **Дополнительная инструментальная диагностика:**

1. Рентгенография придаточных пазух
- Консультации специалистов по показаниям:
1. Терапевт
  2. Отоларинголог
  3. Стоматолог

- \* Лечение в условиях стационара.
- \* До появления флюктуации – сухое тепло, УВЧ-терапия. При наличии флюктуации – вскрытие абсцесса. После вскрытия абсцесса – дренаж с гипертоническим раствором. Для промывания раны используют 1% раствор диоксидина или 1:5000 раствор фурациллина с 3% перекисью водорода. По мере очищения раны – мазь Левомиколь или 5-10% метилурациловая мазь.
- \* Закапывание в конъюнктивальный мешок 20% альбуцида 3-4 раза в сутки.
- \* Системно 7 дней антибиотики широкого спектра действия:
  - пенициллин внутримышечно или ампициллин внутрь по 2 г в сутки;
  - аминогликозиды (гентамицин внутримышечно по 40 мг 2 раза в сутки)
  - цефалоспорины (цефотаксим внутримышечно или внутривенно по 3-6 г/сутки в 3 введения, цефтриаксон внутримышечно или внутривенно по 1-2 г/сутки 1 раз в день)
  - метронидазол при анаэробной инфекции внутривенно капельно по 500 мг через 8 часов.
- \* При выраженных симптомах интоксикации – внутривенно капельно реополиглюкин 200-400 мл или 5% глюкоза 200 мл с аскорбиновой кислотой 2 мл (обычно проводят 3 инъекции). Внутривенно вводят хлористый кальций 10% - 10,0 и дают

# Фурункул века

- \* На гиперемированной коже плотный болезненный гиперемированный узел с разлитым отеком вокруг него. Отек распространяется на веко и область лица.
- \* Затем в центре образуется некротический стержень.
- \* После самопроизвольного вскрытия некротический стержень отделяется, образовавшаяся язва постепенно замещается грануляциями и заживает с образованием рубца.
- \* Часто общая слабость и повышение температуры тела.



# Лечение:

- \* До вскрытия фурункула применяют сухое тепло, УВЧ-терапию, УФ-облучение (2-3 биодозы).
- \* Пораженные участки кожи обрабатывают 2% салициловым или камфорным спиртом.
- \* Кожу смазывают антибактериальными мазями (1% тетрациклиновая или эритромициновая глазная мазь), препаратами Колбиоцин или Фуциталмик.
- \* После вскрытия фурункула эрозированную поверхность обрабатывают 2% раствором перекиси водорода или раствором фурациллина 1:5000, после чего накладывают повязку с мазью Левомиколь или 5-10% метилурациловой мазью.
- \* В конъюнктивальный мешок закапывают антисептики (препарат Витабакт 0,05% или Мирамистин 0,01%) или 20% сульфацил-натрий (альбуцид).
- \* При необходимости – системные антибиотики.

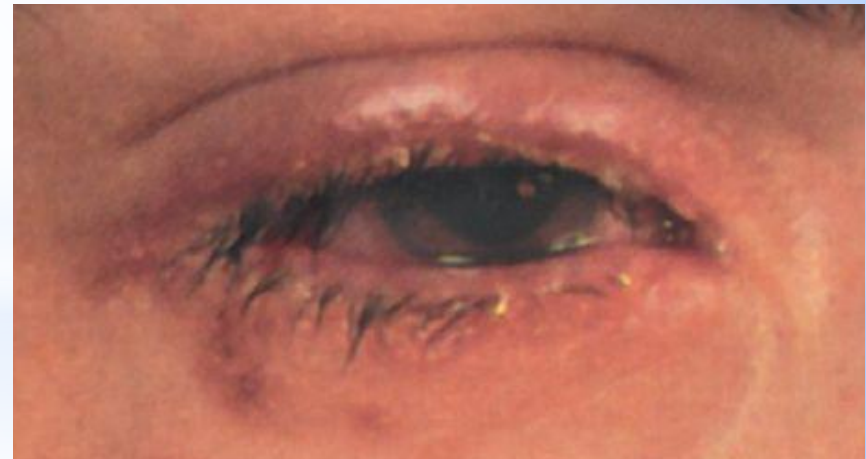
# Блефарит

## \*Простой чешуйчатый блефарит



У корней ресниц много чешуек, напоминающих перхоть. Больных беспокоит зуд, жжение, ощущение инородного тела. Возникает гиперемия и утолщение краев век. Блефарит часто сочетается с конъюнктивитом.

\*Язвенный блефарит проявляется образованием гнойных корочек у корней ресниц, ресницы склеиваются в пучки. При удалении корочек – изъязвленная поверхность кожи век.



## **Причины** воспаления краев век:

- \*1. Некорригированные или неправильно скорригированные аномалии рефракции.
- \*2. Паразитарные заболевания век (демодекоз).
- \*3. Мейбомиты, заболевания ЖКТ, сахарный диабет, глистные инвазии, авитаминозы, аллергические заболевания.

## **Лечение:**

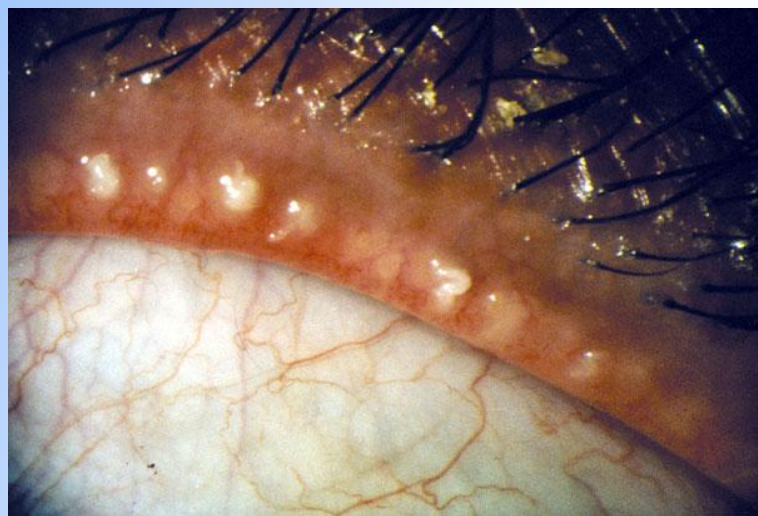
- \*1. Выявить причину и устранить ее.
- \*2. Обрабатывают края век 1% раствором бриллиантовой зелени, отваром ромашки, календулы.
- \*3. Смазывают края век 1% тетрациклиновой или 1% эритромициновой глазной мазью. Проводят электрофорез с растворами антибиотиков и витаминов. Дарсонвализация. Системная витаминотерапия.

# Демодекозный блефарит

Демодекс (железничный клещ) паразитирует в сальных и мейбомиевых железах, а также в волосяных фолликулах человека и млекопитающих. Заражение происходит контактно-бытовым путем. К 60 годам около 50% людей являются носителями клеща. Клинические проявления возникают у лиц со сниженной реактивностью организма. Лабораторная диагностика основана на микроскопии препарата, приготовленного из 4-6 удаленных ресниц (при демодекозе находят несколько клещей).







**Мейбомиевый блефарит**  
сопровождается покраснением и  
утолщением края век (красная  
кайма).

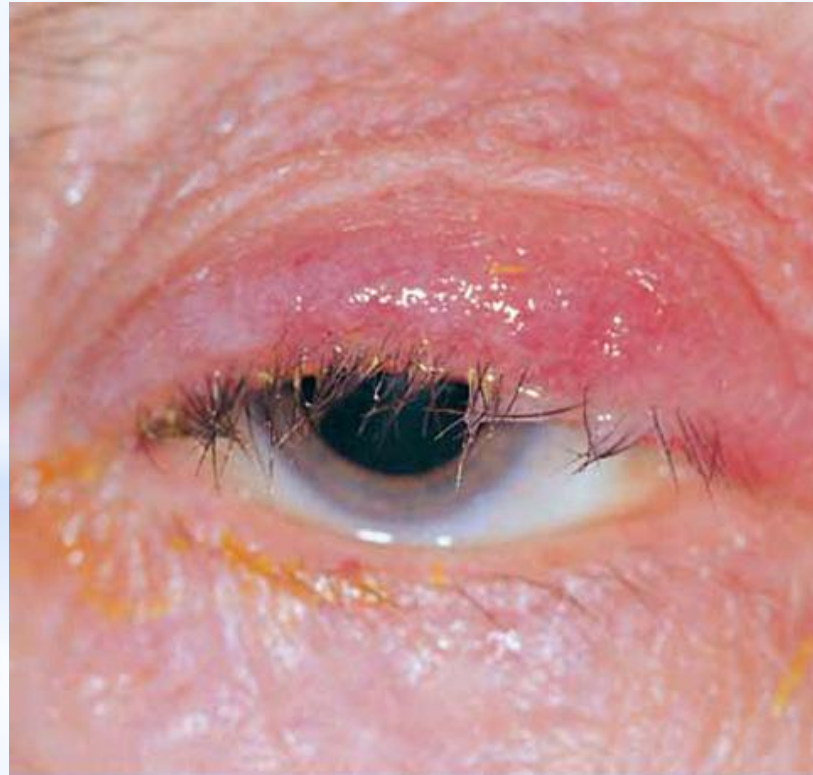


**Мейбомиевый блефарит**

Через воспаленную конъюнктиву области хряща век просвечивают увеличенные желтоватые тарзальные железы. В связи с гиперсекрецией и изменением цвета секрета мейбомиевых и сальных желез у ресничного края образуются желтовато-сероватые корочки. Измененный секрет имеется и в конъюнктивальной полости, он раздражает соединительную оболочку, поэтому процесс, сопровождается конъюнктивитом.

## Лечение:

1. Обработка кожи дегтярным мылом.
  2. Смазывают края век 1% раствором бриллиантовой зелени или смесью 70° этилового спирта с эфиром в равных частях; затем края век смазывают цинк-ихтиоловой мазью. Вместо цинк-ихтиоловой мази можно в течение нескольких месяцев применять мазь, содержащую метронидазол. Можно использовать препарат Демалон – 10% мазь, содержащая метронидазол и гликозаминогликаны.
- Есть рекомендации принимать внутрь трихопол по 1 таблетке 2 раза в день в течение 7 дней.



Метод механического воздействия на выводные протоки мейбомиевых желез ресничного края век с использованием стеклянных палочек. Проводится с целью высвобождения закупоренных протоков ресничного края век.



**Показания:** хронический мейбومیит, хронический блефарит. Выполняется с анестезирующими каплями, в количестве по 3-10 процедур, курсами, в комплексе с магнитотерапией и стимуляцией гелий-неоновым лазером.

# Ячмень (hordeolum)

\* Возникает локальная болезненная гиперемия и отек ресничного края века в области волосяного фолликула ресницы. Пальпация века в этой зоне болезненна.

\* Через 1-2 дня в центре отека появляется гнойная головка и на 4-й день вскрывается с выделением некротического

## Лечение:

1. До прорыва гноя применяют сухое тепло, УВЧ- терапию, УФО.
2. Закапывают в глаз альбуцид, 0,25% раствор гентамицина, 0,01% Витабакт или 0,01% Мирамистин.





Ячмень с образовавшимся уже гнойником можно на время сна смазывать верхушку прыща зеленкой, но аккуратно, чтобы зеленка не попала в глаз. Зеленка исчезнет до утра и следа не останется.

Для ускорения «созревания» можно приложить цветок алоэ, или смазать «головку» созревающего ячменя ихтиоловой мазью

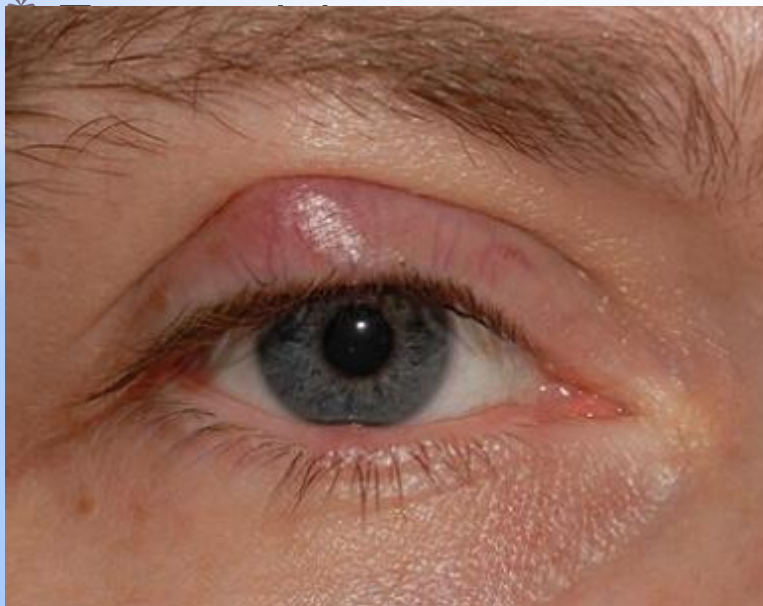
При массивных процессах производят вскрытие (инцизию) инфильтратов с иссечением капсулы железы. Полному и быстрому рассасыванию инфильтрации и нежному рубцеванию способствует смазывание края век 1% желтой ртутной мазью. При выходе на улицу необходима сухая асептическая повязка на глаз. Рекомендуется аутогемотерапия.

# Халазион

\* Хроническое, почти безболезненное округлое образование, как горошина, в толще века (в тарзальной пластинке хряща), не спаянное с кожей. Конъюнктива в зоне хряща гиперемирована. Кожа над халазионом легко смещается.

## Лечение:

- \* Вводят в толщу хряща 0,3-0,5 мл триамцинолона ацетата (Кеналог-40 или Дипроспан).
- \* Смазывают кожу века 0,1% дексаметазоновой мазью (Максидекс).





Если градина (халазион) локализуется ближе к тарзальной конъюнктиве, то она лучше просматривается при вывороте век. При этом можно установить не только ее очертания и размеры, но и увидеть содержимое беловато-желтоватого цвета.



Бывают не только одиночные но и множественные градины. Они, как правило, располагаются ближе к краю века и нередко обусловлены закрытием выводных протоков тарзальных желез. Градины могут рассасываться, вскрываться и опорожняться, но чаще всего они увеличиваются. В области выводных протоков иногда бывают кисты или скопление сероватого секрета.



# Лагофтальм

- \* **Причины** – парез лицевого нерва, экзофтальм или возникает после удаления невриномы слухового нерва. Из-за несмыкания век глазная щель раскрыта постоянно, в т. ч. во время сна. Это приводит к высыханию роговицы и затем к плохо заживающей язве роговицы.
- \* **Лечение:** увлажнение роговицы путем закапывания препаратов искусственной слезы (Tears Naturale, Корнерегель) 3-4 раза в день, на ночь закладывается тетрациклиновая мазь и лейкопластырем склеиваются веки, чтобы роговица была прикрыта верхним веком. Иногда приходится сшивать веки. В конъюнктивальную полость закапывают левомецетин 0,3% или альбуцид и облепиховое масло.



# КОНЪЮНКТИВИТЫ

## \*Инфекционные

- бактериальные,
- вирусные,
- хламидийные;

## \*Аллергические

- поллинозные,
- лекарственные,
- аллергические;

## \*Дистрофические

- пингвекула,
- птериgium,

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

# Острые конъюнктивиты

## Клиника острого конъюнктивита:

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



# 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.

# Хронический неспецифический катаральный конъюнктивит

## 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:

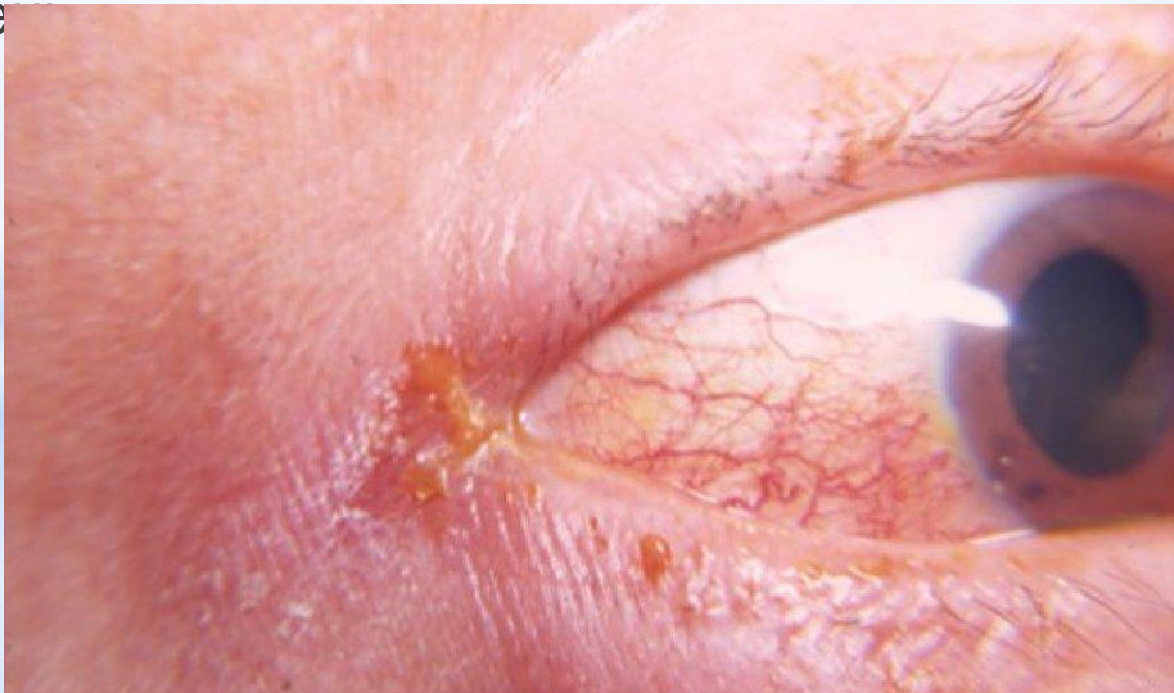
- Устранить общие и местные факторы воспалительного процесса.
- В конъюнктивальный мешок 3-4 раза в день закапывают растворы антисептиков, сульфаниламидов или антибиотиков. Препараты следует менять каждые 5-7 дней. Целесообразно использовать следующие препараты: – 0,25% раствор цинка сульфата (готовится *ex tempore*) или комбинированные глазные капли «Раствор цинка сульфата и борной кислоты»; 0,05% раствор пиклоксидина (глазные капли Витабакт; 0,1% раствор мирамистина; 10-20% раствор сульфацил-натрия (альбуцид); 1% раствор фузидиевой кислоты; 0,25% раствор хлорамфеникола (Левомецетин); сосудосуживающие капли (Визин) 1-2 раза в день.

# Хронический ангулярный конъюнктивит

\* Страдают пожилые люди.

\* **Жалобы:** зуд, жжение, пенистое отделяемое у наружных углов глаза. Конъюнктива гиперемированная, 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 де



# Аденовирусный конъюнктивит

Начало заболевания острое.

**Жалобы:** головная боль, фарингит и повышение температуры тела, причем они предшествуют глазным проявлениям. Как правило, сопутствует аденопатия.

- \*1. Конъюнктивит двусторонний.
- \*2. Умеренный отек век, слезотечение, умеренное слизистое отделяемое.
- \*3. Конъюнктивит век и переходных складок гиперемирован и отечен с мелкими фолликулами (60%) и точечными кровоизлияниями (33%).
- \*4. В тяжелых случаях наблюдаются серые, легко снимаемые пленки.
- \*5. В 30% случаев наблюдаются мелкие точечные эпителиальные инфильтраты роговицы, которые хорошо видны только в свете щелевой лампы. Инфильтраты окрашиваются флюоресцином, но при выздоровлении полностью исчезают.

## Лечение:

- \* За нижнее веко закладывают 2-3 раза в день 0,25% оксолиновую мазь или 0,5% теброфеновую мазь, 0,5% флореналевую мазь. Однако эти препараты обладают довольно низкой эффективностью.
- \* Одновременно применяют неспецифическую иммунотерапию: частые закапывания (6-8 раз в сутки) интерферона или интерферогенов – полудан или глазные капли «Актипол». Интерферон можно заменить реофероном, он в 1000 раз активнее интерферона (закапывают 6-10 раз в сутки).
- \* 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

- \* У 25% вовлекается респираторный тракт.
- \* У большинства больных (88%) на 2-3 сутки от начала заболевания определяются увеличенные и болезненные предушные лимфатические железы.
- \* Отмечается светобоязнь, слезотечение, выраженный отек век, слизисто-гнойное отделяемое.
- \* Конъюнктива век и переходных складок гиперемирована, много мелких поверхностных фолликулов, изредка точечные кровоизлияния. Краснеет конъюнктива глазного яблока. Чувствительность роговицы снижена.
- \* Через неделю появляются множественные точечные или монетовидные субэпителиальные инфильтраты (под боуменовской оболочкой), которые не окрашиваются флюоресцеином. Инфильтраты хорошо видны при фокальном освещении.
- \* Острота зрения, как правило, снижается. Рассасывание инфильтратов происходит очень медленно, несколько месяцев.



## Лечение:

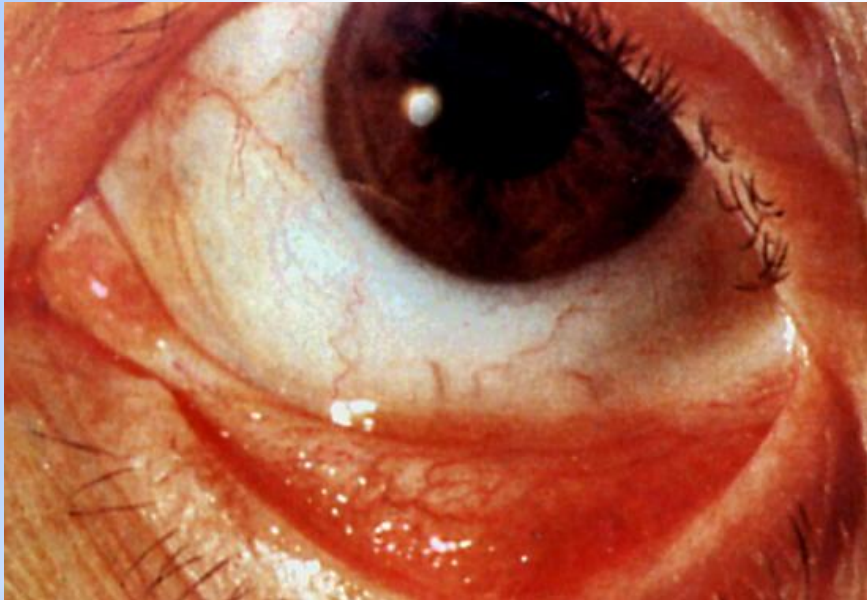
\* Закладывают за нижнее веко 2-3 раза в день 0,25% оксолиновую мазь, 0,5% теброфеновую мазь, 0,5% флореналевую мазь. Однако эти препараты обладают довольно низкой эффективностью.

\* Частые закапывания (каждые 2 часа) свежеприготовленного раствора интерферона (Локферон) или интерферогенов – Полудан.

\* При поражении роговицы применяют препараты, улучшающие ее регенерацию: Тауфон 4%, глазной гель солкосерила или актовегина 20%, 5% мазь Корнерегель, 0,1% капли диклофенака 1-2 раза в день.

\* Стабилизаторы мембран тучных клеток – 2% раствор натрия кромогликата (Лекролин).

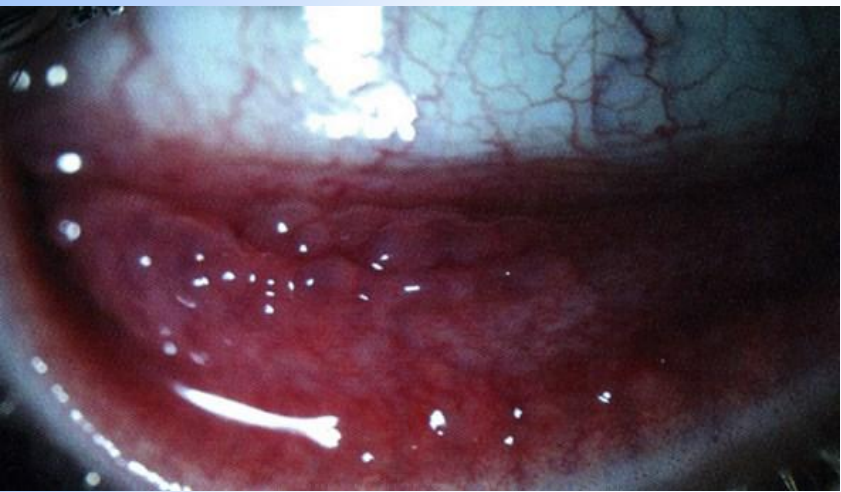
\* После стихания воспалительного процесса в течение 5-7 дней закапывают растворы глюкокортикоидов 1-2 раза в день (0,1% раствор дексаметазона). Можно использовать комбинированные препараты, содержащие ГКС и антибиотик, например, глазные капли и мазь «Макситрол» или Эубетал.



# Хламидийные конъюнктивиты (трахома и паратрахома)

- \* Инкубационный период 7-10 дней. Течение тяжелое и длительное.
- \* Заболевание характеризуется острым, подострым и хроническим течением с периодами обострения и ремиссии.
- \* Как правило, заражается один глаз (асимметрично).
- \* Отмечается выраженная гиперемия конъюнктивы, преимущественно нижнего века, и отек конъюнктивы переходных складок
- \* Отмечается умеренное слизисто-гнойное отделяемое.
- \* В течение первой недели заболевания увеличиваются лимфоузлы на стороне поражения. болезненные при





\*Через 2-3 недели появляется гипертрофия сосочков, крупные фолликулы, которые располагаются преимущественно в области нижней переходной складки. Фолликулы вначале располагаются раздельно, потом сливаются в валики.



\*Нередко появляется псевдоптоз вследствие отека и фолликулеза конъюнктивы век.

\*При вывертывании нижнего века получается «двойной выворот» конъюнктивы нижнего века.

\*В области верхнего лимба может наблюдаться микропаннус, но в исходе заболевания рубцовых изменений не наблюдается.

**Лечение** больных с офтальмохламидиозом представляет сложную задачу, в особенности при сочетании его с урогенитальной патологией. По современным представлениям, оно должно быть комплексным и включать в себя общую, местную и иммунокорректирующую терапию.

- \* Местно капли группы фторхинолонов: Окацин 0,3%, Ципромед 0,3% 5-6 раз в день 3-4 недели.
- \* Тетрациклиновая мазь 1% 3-5 раз в день или 0,5% эритромициновая мазь до 1 месяца.
- \* По показаниям венеролог назначает препараты внутрь (Рулид 150 мг 2 раза в сутки за 30 минут до еды 10 дней, Таривид по 300 мг 2 раза в сутки 10 дней и др.).
- \* После лечения необходим повторный лабораторный анализ.

# Грибковые конъюнктивиты

## Жалобы:

- \* Чувство инородного тела, жжение, постоянно «мокрый глаз».
- \* На гиперемизированной конъюнктиве сосочковые разрастания, включения в виде крупинок или инфарктов мейбомиевых желез. Часто – фликтеноподобные образования.
- \* На фоне гранулоподобных конъюнктивитов возникает увеличение лимфатических узлов. Нередко сопутствует каналикулит и хронический дакриоцистит. При надавливании на область слезных канальцев выдавливается творожистое отделяемое.

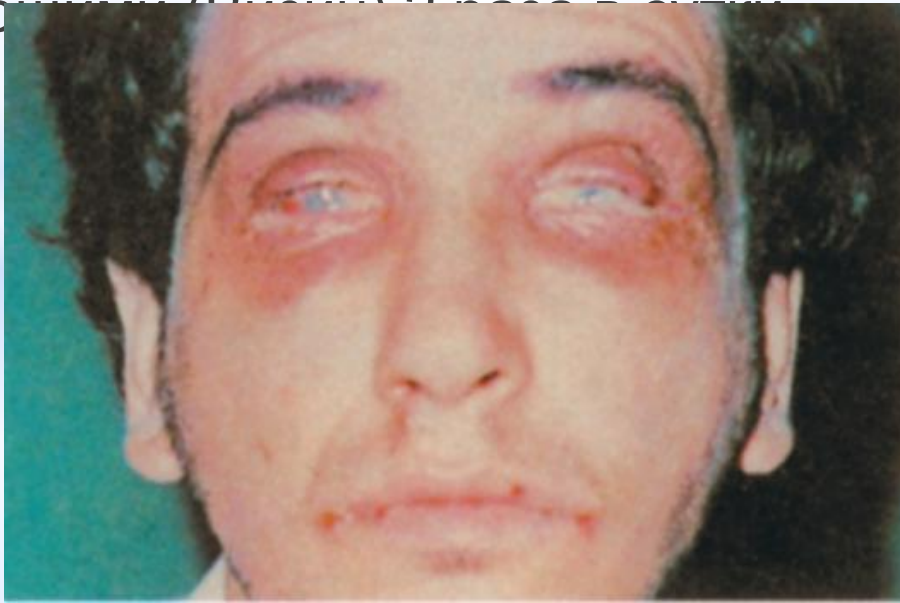
## Принципы лечения:

1. Закапывают 4-6 раз в день 2,5% раствор амфотерицина, 5% раствор натамицина или раствор нистатина. 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

- \* **Жалобы:** гиперемия конъюнктивы, отек слизистой век, зуд, образование фолликулов или сосочков.
- \* **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.

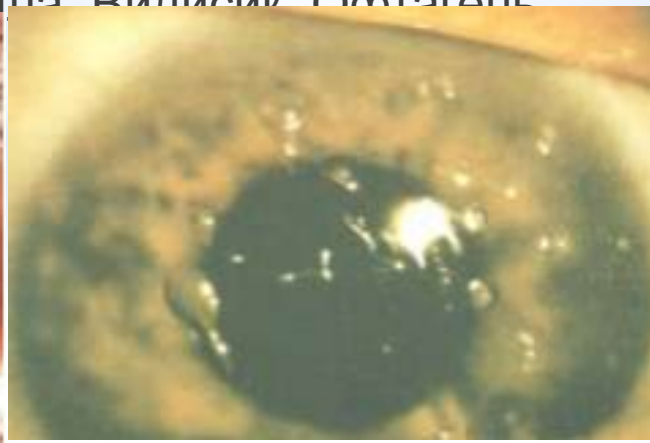


# Синдром сухого глаза

## Жалобы:

- \* 1. Сухость глаз, чувство инородного тела, жжение и зуд.
- \* 2. Наблюдается колебание остроты зрения и зрительной работоспособности в течение дня.
- \* 3. Появляются муциновые «нити», покраснение и локальный отек конъюнктивы глазного яблока с наплывом 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.

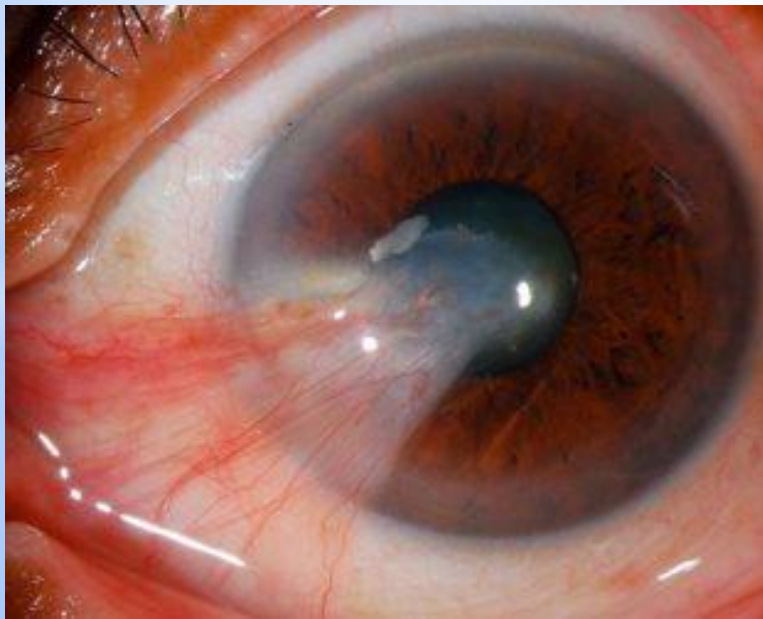
**Лечение** симптоматическое: препараты искусственной слезы, 20% глазной гель актовегина, софкосерида, Видисик, Офтагель.





# Пингвекула

- \* Пингвекула (жировик) – это слегка возвышающееся над конъюнктивой эластичное образование в пределах глазной щели с носовой и височной стороны.
- \* Лечение не требуется, за исключением редких случаев, когда пингвекула периодически воспаляется.



# Птеригиум

Крыловидная плева, плоская васкуляризированная складка конъюнктивы треугольной формы, нарастающая на роговицу. При приближении головки птеригиума к зрачковому краю птеригиум удаляется.

# ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛЕЗНЫХ ОРГАНОВ

\* Дакриоцистит

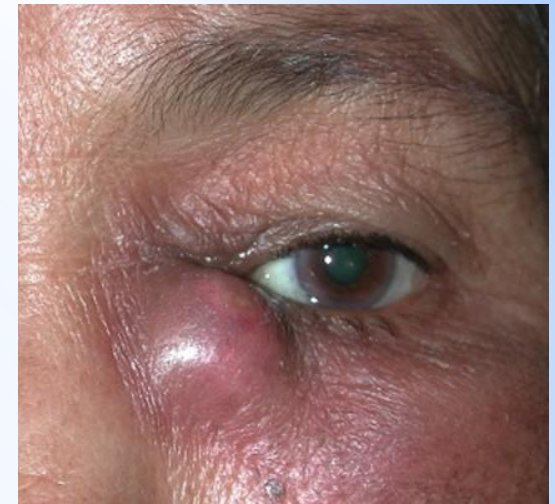
\* Дакриоцистит новорожденных

\* Каналикулит

# Дакриоцистит

Наблюдается болезненная припухлость и резкое покраснение кожи в области слезного мешка.

Веки отечные, глазная щель сужена или закрыта. Припухлость в области слезного мешка плотная, через несколько дней становится мягче, кожа над ней желтеет и формируется абсцесс, который вскрывается.



После этого воспалительные явления стихают. **Лечение:**

местно – УВЧ-терапия, капли Ципромед 0,3% или Витабакт 0,05%.

Внутримышечно – инъекции бензилпенициллина 300 тыс. ЕД 4 раза в сутки или гентамицина 40 мг 2 раза в сутки до вскрытия абсцесса.

В последующем хирургическое лечение – дакриоцисториностомия.

Возможные осложнения дакриоцистита – кератит и флегмона слезного мешка.



# Дакриоцистит новорожденных

- \* При рождении ребенка и его первом крике слезно-носовой канал освобождается от желатинозной пробки (или пленки). Иногда желатинозная пленка остается и получается как бы слепой мешок. Начинается дакриоцистит с гнойным отделяемым в конъюнктивальную полость.

## Лечение:

- \* 1. Толчкообразный массаж пальцем, смазанным стерильным вазелином, сверху вниз в области слезного мешка 2-3 дня
- \* 2. При отсутствии эффекта – промывание слезно-носового канала.
- \* 3. При отсутствии эффекта и от этого – зондирование слезно-носового канала тонким боуменовским зондом № 1-2 с последующим промыванием слезно-носового канала. Эти процедуры эффективны до 3-4 месяцев. В последующем приходится делать дакриоцисториностомия.



# Каналикулит

## Симптомы:

- \* слезотечение
- \* отечность и гиперемия кожи в области канальцев
- \* болезненность при пальпации
- \* слезные точки расширены и воспалены
- \* при надавливании на них появляется слизисто-гнойное или кровянистое отделяемое



# Контагиозный моллюск



© Mayo Foundation for Medical Education and Research. All rights reserved.

**Контагиозный моллюск** (*molluscum contagiosum*). Заболевание характеризуется появлением желтовато-белых узелков размером до 2 мм с овальным краем и небольшим углублением. Они чаще располагаются в области внутреннего угла на нижнем веке ближе к ресничному краю, а иногда прямо на краю века образуется по несколько узелков. Есть основания считать контагиозный моллюск вирусным заболеванием, однако возбудитель до сих пор не выявлен.

**Лечение** состоит в иссечении узелка в пределах здоровых тканей с последующим прижиганием 1 % спиртовым раствором бриллиантового зеленого, раствором Люголя, 5% раствором нитрата серебра, ляписным карандашом и др. Манипуляция осуществляется в амбулаторных условиях.

# Укусы насекомых



**Заболевание** чаще бывает с проявлениями экссудативного диатеза, у детей с тонкой кожей и рыхлой жировой клетчаткой и выраженными вегетативными реакциями.

**Лечение:** десенсибилизирующие (хлорид кальция раствор, кортикостероиды в возрастных дозах, гидрокортизоновая мазь – смазать место отека), антигистаминные препараты (димедрол, супрастин), гигиенические обтирания слабым раствором антисептиков (перманганат калия 1 : 5000, фурацилин 1 : 5000 и др.). Прижечь место укуса 1 % спиртовым раствором бриллиантового зеленого

# Офтальмоплегия



Двухсторонняя офтальмоплегия



Левосторонняя офтальмоплегия

**Офтальмоплегия**, или паралич мышц глаз, может проявляться в виде

- **наружной** (паралич глазодвигательных мышц),
- **внутренней** (паралич сфинктера, дилататора, цилиарной мышцы) или **тотальной** (паралич внутренних и наружных мышц глазного яблока) формы, что характеризуется как «синдром верхней глазничной щели».

**Лечение** офтальмоплегии чаще хирургическое и зависит от этиологии и топике процесса. Исходы мало благоприятные.



# Блефароптоз

Птоз- (ptosis, греч. ptōsis; падение: синоним блефароптоз) -опущение верхнего века.

Может быть: **Врожденным и приобретенным.**  
**Частичным или полным.**



Частичный и полный врожденный птоз.

# Криптофтальм

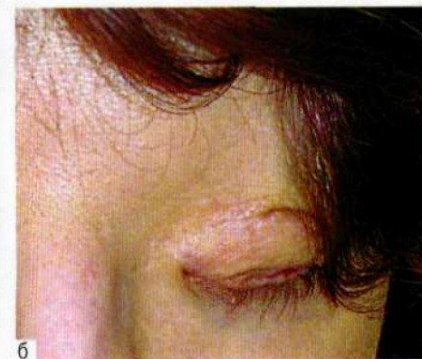


Рис. 25-7. Частичный криптофтальм слева, колобома верхнего века справа, синдром Фрейзера.  
а — до операции; б — через 2 года, результат этапного хирургического лечения, сформировано отсутствующее верхнее веко.

**Криптофтальм** — это врожденная патология, когда полоса кожи покрывает рудиментарное глазное яблоко, отсутствуют глазная щель и конъюнктивальный мешок. Оперативное лечение не всегда неэффективно.

## Анкилоблефарон



Ankyloblepharon

## Болезнь Реклингаузена



Recklinghausen neurofibromatosis

- \* **Анкилоблефарон** — неполное расщепление или частичное сращение век. Причины: врожденная патология; последствия рубцовых изменений краев век (ожоги, травмы). Лечение: хирургическая операция ...

### \* **Болезнь Реклингаузена - неврофиброматоз**

[от нейро... (невро...), лат. fibra — волокно и ...ома], множественные опухоли нервных стволов преимущественно в коже, костях, железах внутренней секреции. Возможно поражение центральной нервной системы, иногда с явлениями физического и психического недоразвития. Связь кожных проявлений с поражением нервной системы установлена немецким врачом Ф. Реклингаузеном (F. Recklinghausen) в 1882

# Блефарофимоз

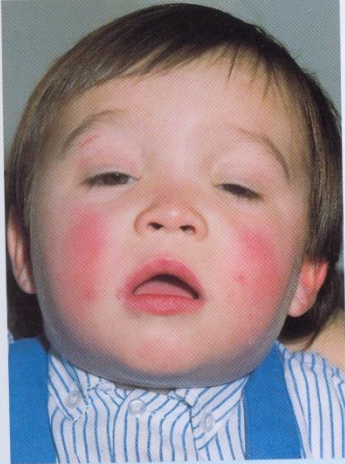


Рис. 1.126

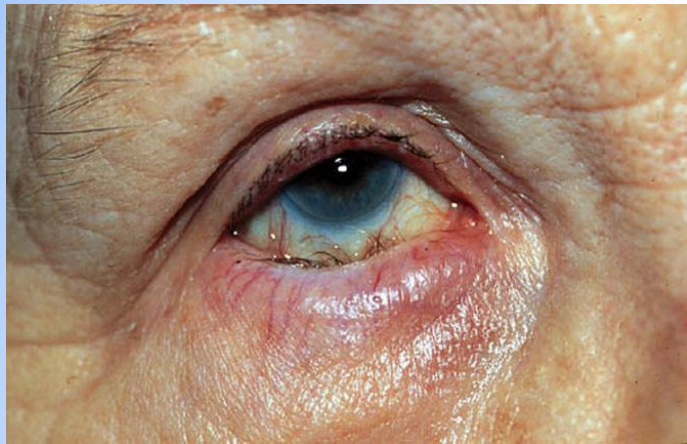
Компенсаторное поднятие подбородка при выраженном двухстороннем врожденном птозе



**Блефарофимоз — укорочение глазной щели.**

Блефарофимоз может быть врожденным, сопутствующим другим аномалиям развития глаза, и приобретенным, развившимся вследствие хронического воспаления краев век, особенно в области наружной их спайки. Лечение оперативное.

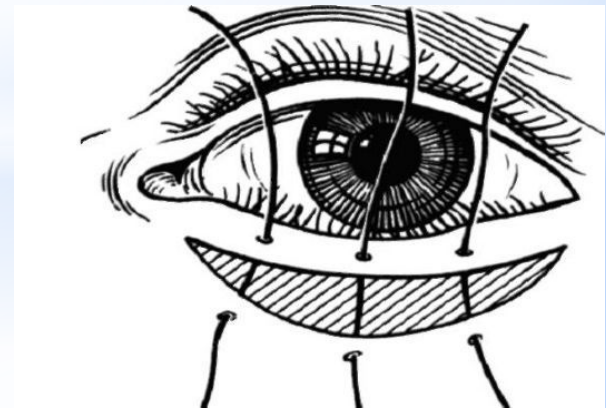
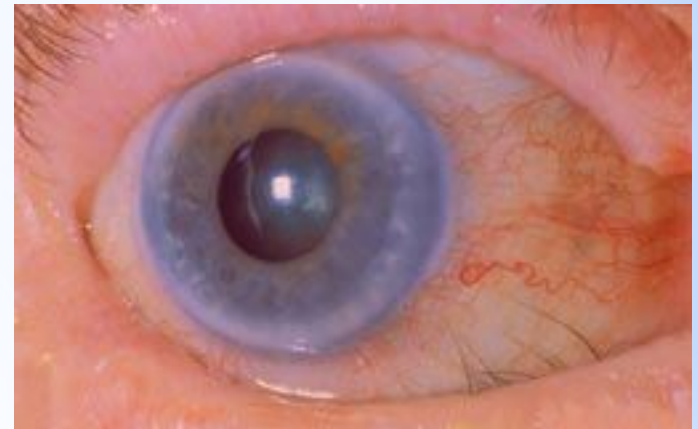
# Заворот века (энтропион)



**Заворот века** — заболевание, при котором край века и ресницы повернуты к главному яблоку. Это приводит к постоянному раздражению глаза, образованию эрозии и язв роговицы, инъекции конъюнктивальных сосудов, слезотечению.

Различают следующие формы заворота век:

- врожденный,
- возрастной,
- спастический,
- рубцовый.



# Выворот края века (эктропион)



**Выворот края века** — заболевание, при котором веко отходит от глаза, вследствие чего обнажается пальпебральная и бульбарная конъюнктура. Практически всегда происходит выворот нижнего века и нижней слезной точки, что приводит к слезотечению.



Веко провисает, выворот нижней слезной точки приводит к слезостоянию и тягостному для пациентов постоянному слезотечению, развитию хронического блефарита и конъюнктивита. Выраженный лагофтальм может способствовать образованию язвы роговицы.

Различают следующие формы выворота края века:  
**врожденный,            возрастной,**  
**паралитический,    рубцовый.**



# Блефарохалазис – атрофия и истончение кожи верхнего века.



**Блефарохалазис** — редкое заболевание, вызываемое повторяющимися отеками век, приводящими к нависанию атрофичной кожной складки. Заболевание начинается в период полового созревания с возникновения отеков, выраженность которых с годами уменьшается. Отеки приводят к истончению кожи наподобие папиросной бумаги.

На верхнем веке формируется кожная складка, которая свисает на глазную щель, обуславливая косметический дефект и ограничение поля зрения сверху.

**Лечение** заключается в удалении избыточной кожи, в случае необходимости выполняют пластику сухожилия мышцы, поднимающей верхнее веко.



89. Блефарохалазис.

Заболевание может создавать впечатление опущения верхнего века.



Папиллома нижнего века

Гемангиома



Базально-клеточный рак.

Меланома верхнего века.



# Дифференциальная диагностика некоторых острых заболеваний глаза

Клинический признак	Острый конъюнктивит	Острый иридоциклит	Острый приступ глаукомы
Боль в глазу	Не характерна	Умеренная	Резко выражена
Острота зрения	Не изменена	Не изменена или умеренно снижена	Резко снижена
Цилиарная болезненность	Нет	Выраженная	Нет
Начало	Острое	Подострое	Внезапное
Отделяемое	Обильное	Нет	Нет
Инъекция глазного яблока	Поверхностная	Глубокая	Застойная, выраженная
Среды	Прозрачные	Преципитаты, экссудат	Отек роговицы
Глубина ПК	Средняя	Средняя	Мелкая
Радужка	Не изменена	Отек, гиперемия, изменение цвета	Часто секторальная атрофия
Зрачок	Не изменен	Миоз, изменение формы, задние синехии	Мидриаз, нет реакции на свет
ВГД	Норма	Норма или гипотония	Высокое
Изменение общего состояния	Нет	Нет	Головная боль, рвота, повышение АД

## Сравнительная характеристика конъюнктивитов различной этиологии

Глазные проявления конъюнктивитов	Этиология конъюнктивитов		
	Вирусные	Аллергические	Бактериальные
Поражение одного или обоих глаз	Оба глаза	Чаще оба глаза	Чаще оба глаза
Региональная аденопатия	Да, болезненные	Нет	Нет
Отек век	Умеренный	Разной степени	Разной степени
Отделяемое	Серозное	Серозное	Гнойное
Образование пленок	Есть	Нет	Нет
Фолликулы	Мелкие	Разной величины	Нет

**Спасибо за  
внимание!**

