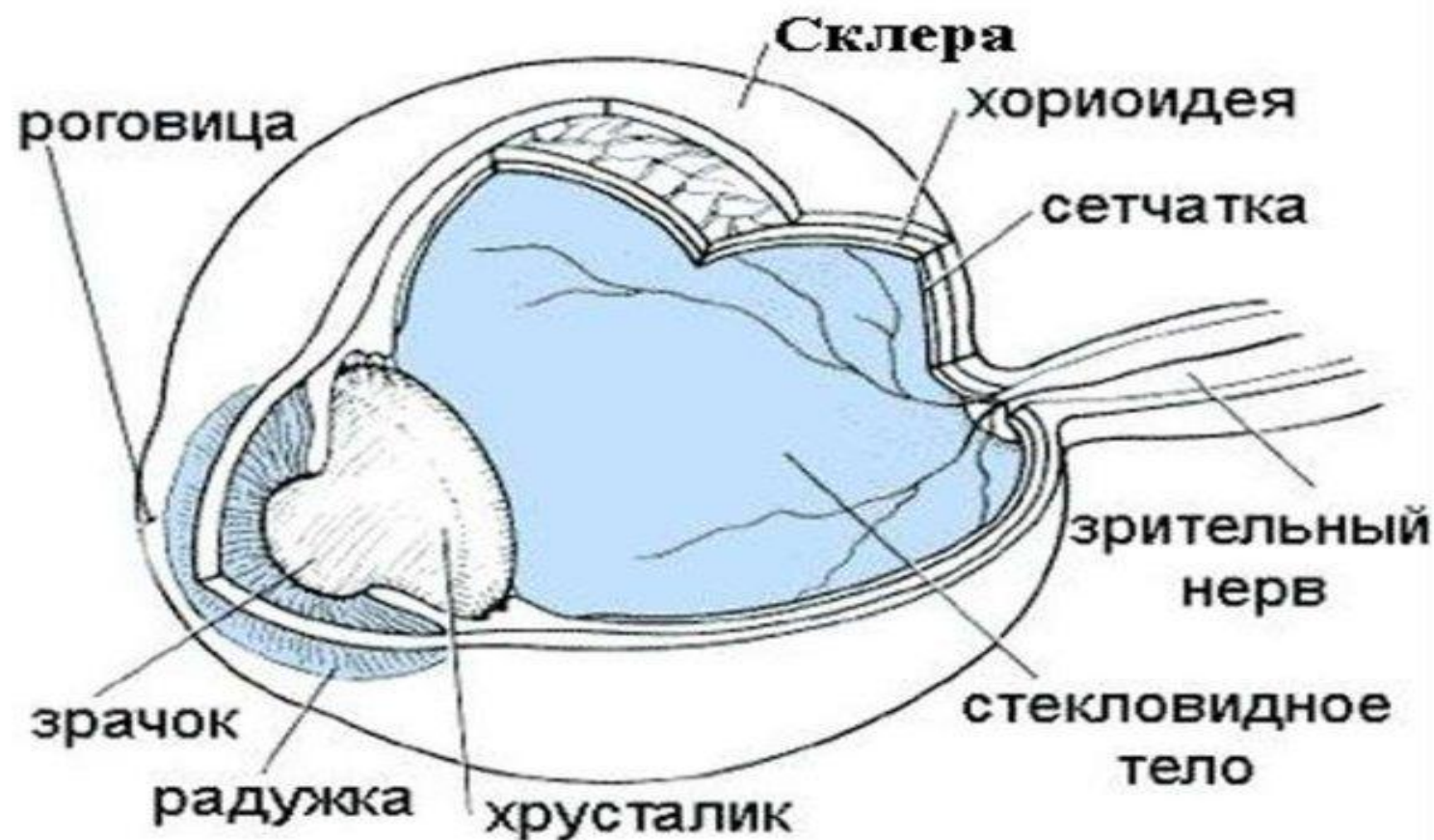
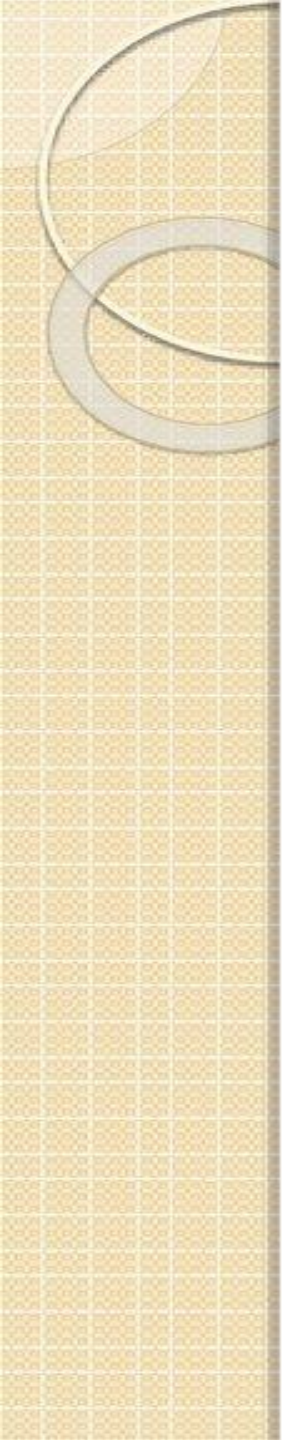


Заболевание склеры

**Выполнила:
студентка ОФМ-2
группы
Эюпова Сусанна.**

- Склера-наружная, или фиброзная, капсула глаза белого цвета или слегка голубоватая, имеющая форму полого шара.



- 
- Вокруг диска зрительного нерва она имеет наибольшую толщину-1-1,2мм. Кпереди она истончена, и в области экватора толщина склеры достигает 0,3-0,4мм.
 - Склера образована из прочной, эластичной соединительной ткани, которая складывается в плотные, переплетающиеся в разных направлениях пучки и пластинки. Такая структура обуславливает ее упругость и большое сопротивление.
 - Изнутри прилежит сосудистая оболочка глаза.
 - Склера служит опорой для внутренних оболочек.

- **Склера состоит из нескольких слоев:**
 - **эписклера** - наружный слой,
 - **собственно склера**
 - **бурая пластинка** – внутренний слой

Эписклеральный слой имеет очень хорошее кровоснабжение. Наиболее богаты кровотоком передние отделы эписклеры, так как кровеносные сосуды проходят к переднему отделу глазного яблока в толще

прямых глазодвигательных мышц. Ткань склеры состоит из плотных волокон коллагена, между ними расположены клетки, так называемые, фиброциты, которые и вырабатывают коллаген. Внутренний слой склеры внешне описывается, как бурая пластинка, так как содержит большое количество пигментсодержащих клеток – хроматофоров.

Через толщу склеры проходят несколько сквозных каналов, так называемых, эмиссариев, которые являются своеобразными проводниками для кровеносных сосудов и нервов, входящих или выходящих из глазного яблока.

В силу структуры, представляющей собой соединительную ткань, склера подвержена развитию патологических процессов, встречающихся при системных заболеваниях соединительной ткани или коллагенозах.

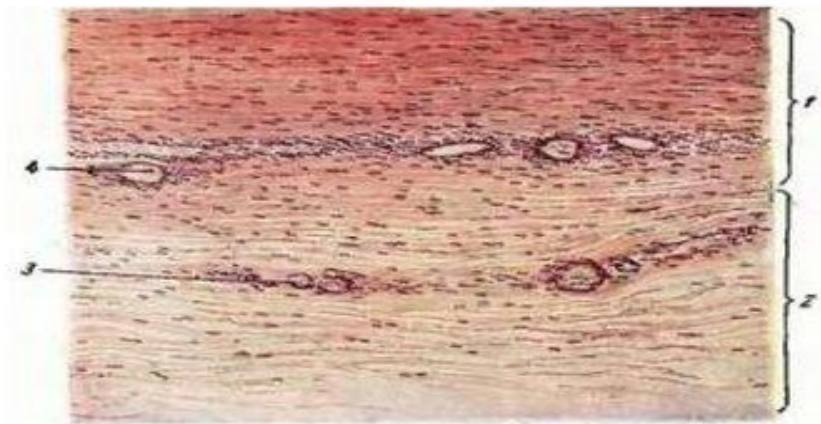


Рис.1 Склера, эписклера
1-склера, 2-эписклера,
3-эписклеральная сеть сосудов,
4-глубокие склеральные сосуды.

Классификация

- 1. Воспалительные процессы
 - Склериты
 - Эписклериты
 - Склерокератит
- 2. Последствия воспаления
 - Стафиломы
 - Эктазии
- 3. Врожденные аномалии
- 4. Кисты
- 5. Опухоли (фибромы, гемангиомы)
- 6. Дегенерации (склеромаляции)

Эписклерит

Это преходящее ограниченное воспаление поверхностного слоя склеры вблизи лимба. Заболеванию чаще возникает у лиц среднего возраста, у 1/3 из них развивается одновременно на обоих глазах или сначала на одном, затем на втором глазу.

Классификация.



- Воспалительный процесс может проявляться в виде распространенного покраснения – **диффузный эписклерит**,



- либо в виде ограниченного узелка с покраснением – **узелковый эписклерит**.

Клиника

- плоские узелки округлой формы вблизи лимба;
- узелки покрыты не спаянной с ними гиперемированной конъюнктивой с фиолетовым оттенком;
- не сопровождается выраженным покраснением глаза или болью.



Диагностика

- При биомикроскопии с помощью щелевой лампы врач-офтальмолог выявляет отсутствие набухания склеры.
- Для диагностики эписклерита врач-офтальмолог также применяет следующие методы обследования: визуальный осмотр, визометрию, тонометрию, рефрактометрию, компьютерную периметрию.
- Из дополнительных методов назначают лабораторные исследования крови: специфические пробы (пробу Манту, реакцию Вассермана, анализ на ВИЧ-инфекцию), флюорографию, а также определяют иммунный статус. С учетом того, что эписклерит является осложнением различных заболеваний, для точной диагностики и лечения необходимы консультации других специалистов – ревматолога, инфекциониста, эндокринолога, аллерголога.

Лечение:

Эписклерит имеет доброкачественное течение. В большинстве случаев он проходит без лечения.

При рецидивирующем эписклерите :

- Местно применяют кортикостероиды (глазные капли дексапос, максидекс, офтан-дексаметазон, глазная мазь гидрокортизон-ПОС);
- Нестероидные противовоспалительные средства в виде капель (наклоф) 3—4 раза в день.

При упорном течении:

- назначают нестероидные противовоспалительные средства внутрь.

Склерит

Это тяжелое воспаление глубоких слоев склеры, сопровождающееся выраженной болью, при котором существует опасность разрушения наружной капсулы глаза в зоне воспаления. Обычно заболевание развивается на фоне общей иммунной патологии у лиц среднего возраста, чаще у женщин. В половине случаев склерит двусторонний.



Классификация.

- по анатомическому принципу — передние и задние.
- среди передних склеритов различают следующие клинические формы:
 - *диффузный,
 - *узелковый
 - *некротизирующий
(с воспалительной реакцией и без воспаления-перфорирующая склеромаляция).


Клиника

- Начало заболевания постепенное, в течение нескольких дней;
- Боль может распространяться в другие отделы головы;
- Пораженные участки темно-красной окраски с фиолетовым оттенком, нередко окружают всю роговицу;
- Конъюнктивa спаяна с пораженным участком склеры;
- Иногда выявляется отек склеры.

Кроме ярко выраженного покраснения глаза, симптомами склерита могут быть: сильный зуд в области глаза, который может перерасти в жжение; сверхчувствительность к любому свету, природному или искусственному; снижение остроты зрения в тёмное время суток, т. е. в полной темноте или сумерках; повышенная слезоточивость; болевые ощущения разной интенсивности — от небольшого дискомфорта при прикосновении к глазу, до сильной боли во время совершения им различных движений; выделения гноя — при гнойном склерите; неприятные ощущения в глазу, как будто в нём находится посторонний предмет; повышение глазного давления.

- Некротизирующий склерит без воспаления чаще развивается при длительно существующем ревматоидном артрите, протекает безболезненно.
- Склера постепенно истончается, проминирует кнаружи, образуется стафилома склеры, через которую просматривается прилегающая темная сосудистая оболочка.
- При малейшей травме может наступить разрыв склеры.



- 
- Задний склерит наблюдается редко.
 - Больные жалуются на боль в глазу.
 - Обнаруживается напряженность глаза, иногда ограничение его подвижности, могут развиваться отслойка сетчатки, отек диска зрительного нерва.
 - Эхография и томография помогают выявить истончение склеры в заднем отделе глаза.
 - Возникает при общих заболеваниях организма (ревматизм, туберкулез, сифилис, опоясывающий герпес) и часто осложняется кератитом, катарактой, повышением внутриглазного давления.

Диагностика

- Для высококвалифицированного офтальмолога не составляет сложности диагностировать склерит при осмотре поражённого глаза и глазного дна. Для представления полной картины воспаления, врач должен выяснить возможные причины, длительность и интенсивность проявления симптомов, а также исключить другие похожие болезни глаз, такие как эписклерит и конъюнктивит.

Для этого проводится лабораторное исследование крови и глазной жидкости повреждённого глаза пациента.

Для точного подтверждения диагноза проводят:

- офтальмоскопию;
- щелевую биомикроскопию;
- МРТ; КТ глаза;
- УЗИ глазного яблока;
- измерение глазного давления.

Кроме этого, может потребоваться консультация аллерголога, но только в том случае, когда причиной склерита служит аллергическая реакция.

Лечение:

- Необходимо выявить основное заболевание, осложнением которого стал воспалительный процесс в склере и назначить его лечение.
- Местно применяют кортикостероиды (капли дексапос, максидекс, офтандексаметазон или мазь гидрокортизон-ПОС), нестероидные противовоспалительные средства в виде капель (наклоф), циклоспорин (циклолип). Нестероидные противовоспалительные средства (индометацин, диклофенак) принимают также внутрь.
- При некротизирующем склерите, рассматриваемом как глазное проявление системных заболеваний, необходима иммуносупрессивная терапия (кортикостероиды, циклоспорин, циклофосфамид).
- Если развился гнойный процесс с возникновением абсцесса, абсцесс вскрывают и полость его дренируют.

Склерокератит(склерозирующий кератит)

Характеризуется рецидивирующими атаками склерита с поражением прилегающей части роговицы и возможным вовлечением в патологический процесс радужки и цилиарного тела.

В случаях возникновения рецидивов в течение многих лет поражается центральная часть роговицы.

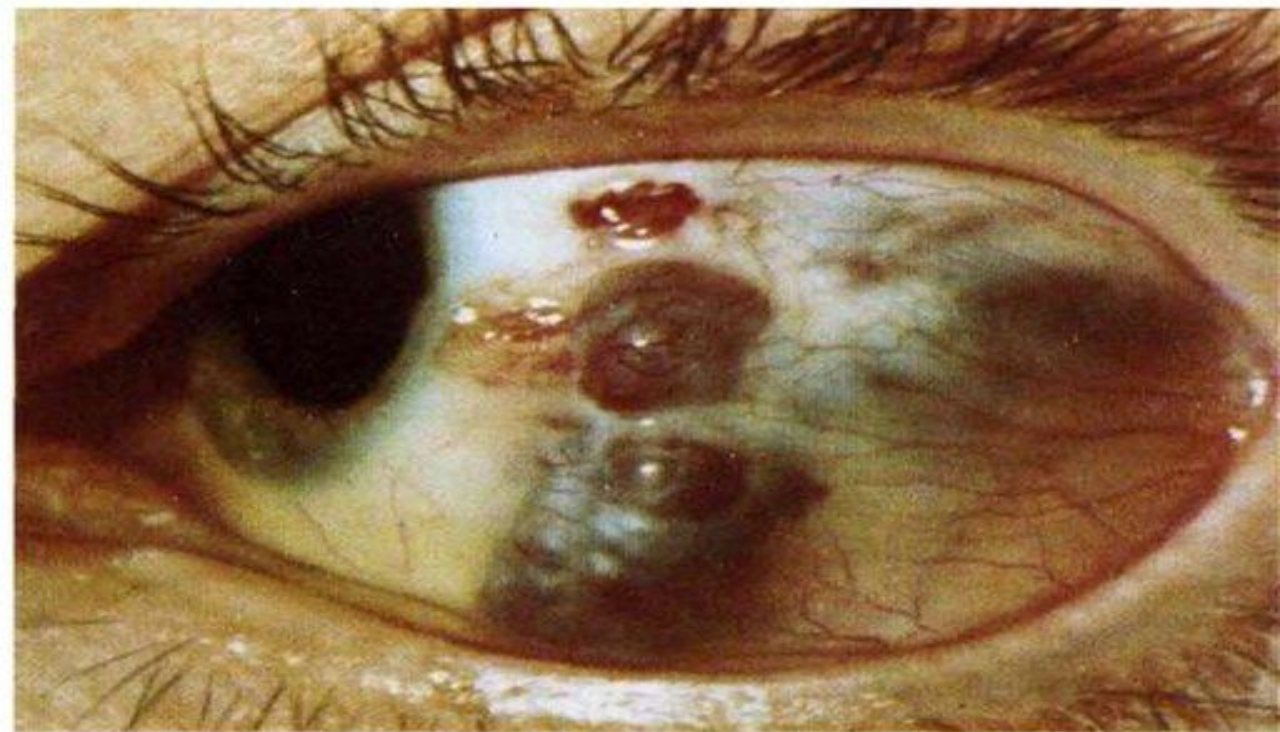
Заболевание имеет хроническое течение.

Может развиваться при ревматоидном артрите, сифилисе, туберкулезе, подагре.

Местное лечение такое же, как и при других склеритах. Его проводят на фоне специфического общего лечения.

Последствия воспаления

Эктазии и стафиломы относят к изменениям формы и толщины склеры. **Эктазия** — выбухание (выпячивание) склеры, как правило, ограниченное. **Стафилома** - более грубое нарушение, представляет собой значительное истончение склеры с выпячиванием глубжележащих структур и оболочек.



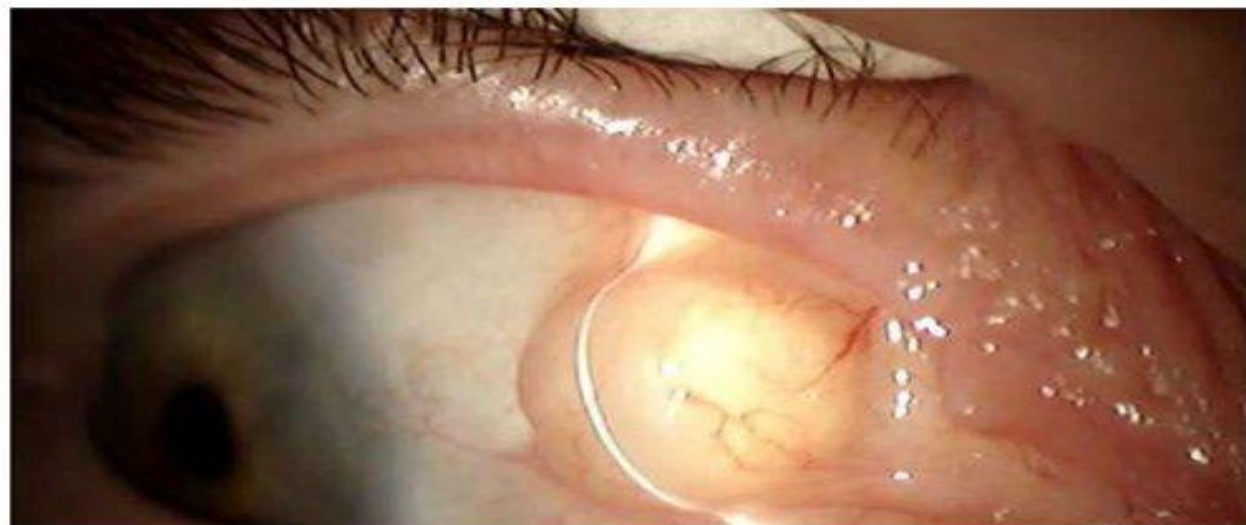
Врожденные наследственные заболевания



Синдром голубых склер - это врожденное наследственно заболевание, связанное с нарушением развития соединительной ткани во внутриутробном периоде. Он сочетается с нарушением функции суставов, структуры костей, глухотой.

При этой врожденной аномалии развития склера очень тонкая и через нее просвечивает пигментный окрашенный слой нижележащей сосудистой оболочки глаз, из-за чего склера приобретает голубой цвет. Синдром голубых склер может сочетаться и с другими аномалиями развития роговицы, хрусталика, радужки.

Кисты склеры



Очень редкое заболевание. Киста, обычно величиной с небольшую горошину, имеет широкое основание, неподвижно фиксирована, заполнена прозрачным водянистым содержимым, примерно одинаково распространяется на роговицу и склеру. Киста может соединяться с передней камерой. Кисты имеют тенденцию к росту и способны внезапно быстро увеличиваться.

Лечение кисты — хирургическое: иссекают переднюю стенку кисты и выскабливают, очищают ее заднюю стенку.

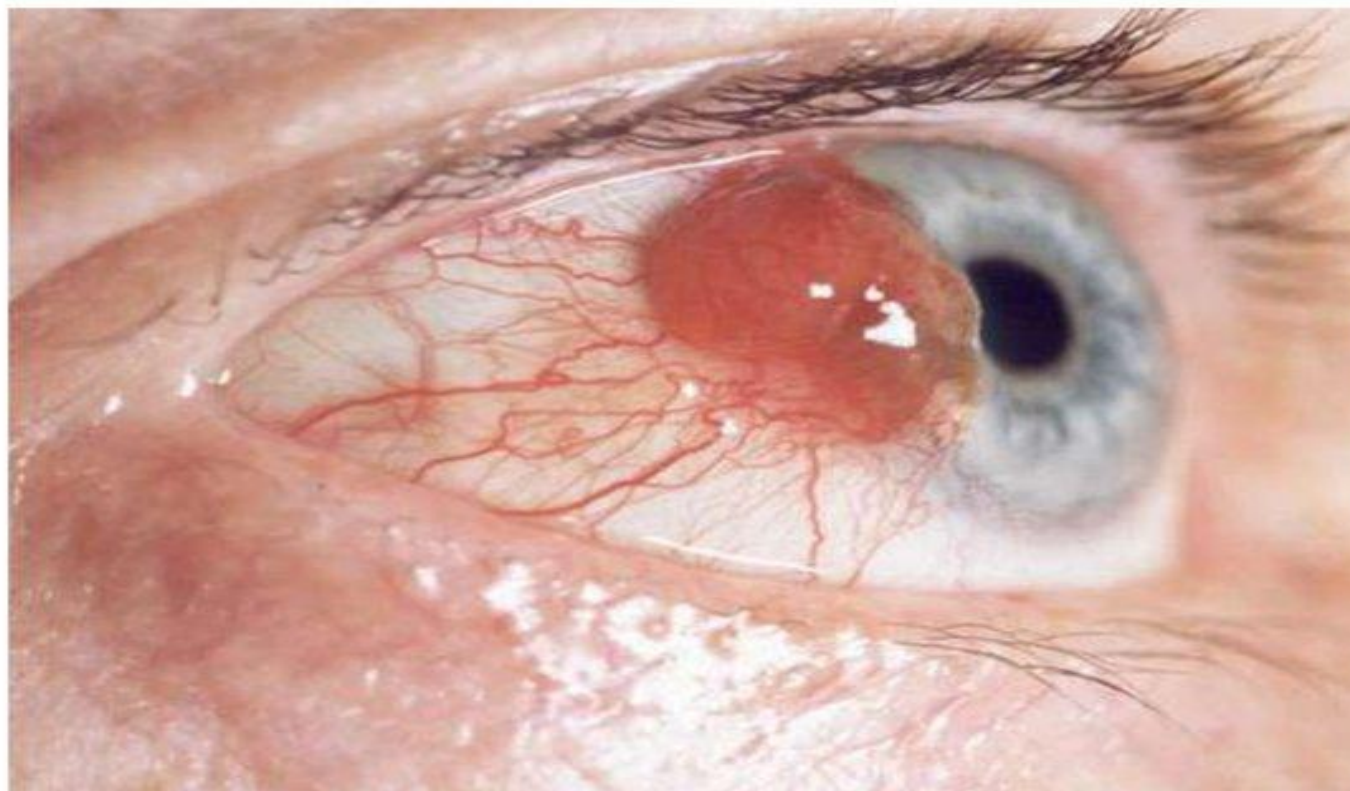
Дермоидные кисты склеры встречаются редко, чаще наблюдаются дермоиды конъюнктивы, склеры и роговицы.

Опухоли склеры

Опухоли могут быть первичными и вторичными. К первичным относятся фиброма, гемангиома. Вторичные в большинстве случаев являются результатом прорастания эпibuльбарных и внутриглазных опухолей (ретинобластома, меланома).

Лечение хирургическое.

При первичных опухолях проводят удаление в пределах здоровых тканей, при вторичных показано удаление глазного яблока (энуклеация).





Склеромаляция-относительно редкое заболевание, которое встречается преимущественно у людей пожилого возраста. Причинами ее развития служат нарушения обмена веществ, авитаминозы, коллагенозы.

Начало заболевания сопровождается появлением на склере единичных или нескольких узелков желтоватого цвета, с незначительно выраженными признаками воспалительного процесса. В последующем воспалительные узелки некротизируются, что сопровождается образованием дефекта в склере, иногда обширного.





Спасибо за внимание!

