

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования "Красноярский государственный
медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Реферат

«Заболевания век»

Работу выполнил: ординатор кафедры офтальмологии
с курсом ПО им. проф. М.А. Дмитриева
Изотова А.А.

Работу проверила заведующая кафедрой офтальмологии
с курсом ПО им. проф. М.А. Дмитриева
д.м.н., проф. Козина Е.В.

Красноярск 2019г.

Введение

Абсцесс, или флегмона века, – ограниченное или разлитое инфильтративно-гнойное воспаление тканей века. Оно может возникнуть при непосредственном попадании инфекции во время повреждения века, перейти с окружающих структур (синуситы, флегмона орбиты, ячмень, язвенный блефарит) или стать следствием метастатического заноса инфекции из других очагов (при пневмонии, сепсисе и т. д.). Наиболее частыми возбудителями бывают грамм положительные кокки или анаэробы.

Больные предъявляют жалобы на чувство «распираания» и боль в области века; кожа века гиперемирована, напряжена, блестящая, веко резко болезненно при пальпации; возможна флюктуация; вследствие плотного отека века глазная щель резко сужена или закрыта; появляются слезотечение и слизистое отделяемое из конъюнктивальной полости; увеличиваются регионарные лимфатические узлы; имеют симптомы общей интоксикации.

Лечение проводят в условиях стационара. При флюктуации абсцесс вскрывают, рану промывают растворами антисептиков (диоксидин, фурацилин, перекись водорода), ставят дренаж с гипертоническим раствором, по мере очищения раны применяют мазь левомеколь и метилурациловую мазь. Внутрь или парентерально назначают антибиотики широкого спектра действия.

Ячмень (*hordeolum externum*) – острое гнойное воспаление сальной железы у корня ресницы или волосяного мешочка ресницы. В области одного или обоих век появляются ограниченное покраснение и припухлость.

Возбудители – гноеродные микроорганизмы, чаще стафилококк. Довольно часто встречаются множественные инфильтраты. Через 2–3 дня припухлость приобретает желтый цвет, затем образует гнойная пустула, вокруг нее отмечают реактивную гиперемия отечность. Болезненность несколько уменьшается. На 3–4 й де от начала процесса пустула вскрывается, из нее выделяется гной, месте ячменя образуется нежный рубчик.

Иногда ячмень протекает по типу фурункула с абсцедированием. При этом преобладает очень выраженная инфильтрация с уплотнением кожи век. После вскрытия фурункула образуется кратерообразное углубление, на дне которого имеется некротическая гнойная пробка. Некротизированная ткань отторгается, на ее месте образуется рубец.

Острый мейбомит (*hordeolum internum*) – воспалительный процесс на внутренней стороне век, а не на наружной, как при ячмене.

Заболевание обусловлено воспалением желез хряща век. Следовательно, инфильтрация, отечность, гиперемия, а в последующем и гной рассасывают или организуются.

Лечение ячменя и мейбомита местное и общее, его начинают сразу по установлении диагноза. Внутрь назначают сульфаниламиды, антибиотики. При рецидивирующих ячменях применяют ампициллин, ампиокс, эритромицин по 1 г/сут. Антистафилококковый анатоксин. Аутогемотерапия. Поливитамины.

Местно делают прижигание 70% спиртом, спиртовым раствором бриллиантового зеленого, края век смазывают 1% тетрациклиновой мазью, закапывают сульфацил натрия 20%, левомецетин 0,25% или ципрофлоксацин 0,3%, сухое тепло. Также применяют гелий-неоновое лазерное воздействие. Для быстрого и полного рассасывания инфильтрата и нежного рубцевания показаны примочки из лидазы и смазывание края век 1% желтой ртутной мазью.

Халазион (*chalazion*), или градина, – хронический вяло протекающий и почти безболезненный воспалительный процесс с преобладанием пролиферации и гиперплазии в области железы хряща век. В некоторых случаях он развивается после острого мейбомита. В толще хряща века образуется плотная округлая, хорошо пальпируемая «опухоль» размером от спичечной головки до крупной горошины.

Лечение, как правило, оперативное в амбулаторных условиях. Под местной капельной и инфильтрационной анестезией на веко накладывают

пинцет зажим, производят разрез конъюнктивы века и осторожно вылушивают градину в капсуле. Ложке выскабливают острой глазной ложечкой и смазывают раствором люголя или другой дезинфицирующей жидкостью. В послеоперационном периоде закапывают 0,3% раствора тобрекса, 20% раствора сульфацила натрия, 0,25% раствора левомицетина.

Эффективно введение в полость халазиона 0,1 мл триамсилона ацетата (кеналог 40) – пролонгированной формы кортикостероида. Через 2–3 дня халазион рассасывается.

Блефариты – двустороннее воспаление краев век, преимущественно хроническое. Блефариты остаются одним из самых распространенных заболеваний в офтальмологии. Они вызывают покраснение и утолщение краев век с сероватыми или желтоватыми чешуйками, корочками. Иногда после их снятия остаются кровоточащие изъязвления. Блефарит может также локализоваться в наружных углах глаз.

В зависимости от локализации и симптомов блефариты подразделяют на передний краевой и задний краевой. Передний краевой блефарит – местное проявление патологии кожи, его вызывают инфекционные агенты, а задний краевой блефарит – следствие дисфункции мейбомиевых желез. Передний подразделяется на простой, чешуйчатый, язвенный и ангулярный, задний – на мейбомиевый и демодекозный (клещевой) блефарит.

Блефариты сопровождаются зудом и болью, ощущением тяжести век и инородного тела, повышенным зрительным утомлением, общим дискомфортом. При чешуйчатом (себорей блефарите) появляется множество мелких чешуек на коже края, и ресницах. При язвенном (стафилококковом) блефарите по краю образуются гнойные корки и изъязвления, ресницы склеиваются. Задний краевой блефарит (дисфункция мейбомиевых желез) сопровождается покраснением и утолщением краев век, гиперсекрецией мейбомиевых желез, скоплением желтовато серого пенистого секрета в наружных углах глаза, гиперемией конъюнктивы век. При демодекозном блефарите отмечаются утолщение и покраснение краев чешуйки, корочки,

белые муфты на ресницах.

Причины, продолжительность и тяжесть блефаритов многообразны. Они могут быть следствием инфекционного воспаления невоспалительными, например, при выраженной некорригированной аметропии (дальнозоркость, астигматизм), заболеваниях желудочно-кишечного тракта (гастриты, гастроэнтероколиты), глистных инвазиях (аскаридоз, лямблиоз) и диабете. Нередко причиной блефа бывает демодекоз. Необходимо выяснить причину блефарита, то, тогда лечение будет непродолжительным, а исход благоприятным.

Лечение блефаритов этиотропное, общее и местное. Местное лечение состоит прежде всего в тщательном гигиеническом уходе за веками. При язвенном блефарите корочки и отделяемое удаляют влажным ватным тампоном. Грубые корки предварительно размягчают влажной примочкой или смазыванием краев век мазью.

На края век наносят мазь, состоящую из кортикостероида и антибиотика (тобрадекс или макситрол). При явлениях конъюнктивита или краевого кератита дополнительно закапывают глазные капли тобрадекс.

При отсутствии язвочек или после их заживления ежедневно делают массаж краев век на стеклянной палочке. Края век высушивают и обезжиривают спиртом или эфиром (ватой на глазной стеклянной палочке), производят массаж век с помощью глазной стеклянной палочки, а затем края век смазывают спиртовым раствором бриллиантового зеленого. На ночь края век обрабатывают мазью с кортикостероидами и антибиотиками.

При блефарите, вызванном дисфункцией мейбомиевых желез, внутрь назначают тетрациклин или доксициклин в течение 2 нед. Для блокирования выработки стафилококковой липазы, уменьшения побочных продуктов обмена свободных жирных кислот. Это способствует регрессу клинических проявлений блефарита.

При демодекозном блефарите используют мази, содержащие ихтиол – блефамид или серу – блефарогель, которые действуют на возбудитель

заболевания. Края век обрабатывают 4% раствором пилокарпина или 3% раствором карбахола, которые парализуют клещей. Перед сном края век должны быть обильно покрыты мазью, это нарушает жизненный цикл клещей. Внутрь назначают метронидазол в течение 2 нед.

Осложнения блефаритов – заворот век и трихиаз – устраняют с помощью пластических операций, чаще по методу Сапежко.

Лечение блефаритов должно быть систематическим и длительным (месяцы). Для успешного лечения нужно установить этиологию заболевания. Лучшей мерой (профилактики) служит коррекция тех нарушений, которые способствуют ее возникновению.

Заболевания слезных органов

Заболевания слезных органов встречаются в 3–6% случаев заболеваний органа зрения. Приобретенная патология слезных органов включает нарушение секреторной функции слезных желез, воспаления и опухоли. К состояниям, требующим неотложного вмешательства, относятся воспалительные заболевания слезопroduцирующих слезоотводящих органов.

Дакриоаденит

Острый дакриoadенит – воспаление слезной железы; возникает осложнение общих инфекций (грипп, ангина, скарлатина, брюшной тиф, пневмония, эпидемический паротит и др.).

Клиническая картина. Острый дакриoadенит обычно бывает односторонним, хотя возможно двустороннее поражение. Заболевание начинается остро с покраснения и отека кожи в наружном отделе верхнего века. Вследствие отека наружный верхнего века опущен, в результате чего глазная щель имеет S образную форму. Глазное яблоко смещено книзу и кнутри, его подвижность ограничена кверху и кнаружи. Вследствие

смещения глазного яблока возникает диплопия. При оттягивании верхнего века в зоне проекции пальпебральной части слезной железы конъюнктура гиперемизованная, отечная. Пальпация наружного отдела верхнего века резко болезненна. Предушные лимфатические узлы увеличены и болезненны. Наблюдаются повышение температуры тела, общее недомогание, головная боль.

Лечение проводится в условиях стационара. Применяют сухое тепло и УВЧ терапию, облучение зоны поражения ультрафиолетовыми лучами (начинают с 3 биодоз, через день повышают на 1 биодоз до 5–6 биодоз).

В конъюнктивальный мешок в течение 2–3 нед. закапывают противовоспалительные и антимикробные препараты: растворы глюкокортикостероидов (0,1% раствора дексаметазона («Макситрол») 4–6 р в сутки; растворы нестероидных противовоспалительных средств (0,1% раствор диклофенака натрия, наклоф, диклоф, индоколлир) 3–4 в сутки; растворы антисептиков, антибиотиков и сульфанилам (витабакт 0,05%, 0,1% раствора мирамистина, 10–20% раствора сульфацила натрия, 0,25% раствора левомицетина) – 3 раза в сутки;

На ночь в конъюнктивальный мешок в течение 2–3 нед закладывают антимикробные мази: 1% тетрациклиновую мазь, 1% эритромициновую мазь; мазь, содержащую хлорамфеникол/колистиметат/ролитетрациклин мазь (колбиоцин).

Системная терапия включает НПВП и антибактериальные средства (в течение 7–10 сут), антибиотики широкого спектра действия или сульфаниламидные препараты. Лучше сочетать бактериостатические (сульфаниламидные) и бактерицидные препараты.

При анаэробной инфекции в течение 5–10 сут применяют метронидазол по 500 мг каждые 8–12 ч.

При выраженных симптомах интоксикации применяют внутривенно капельно в течение 1–3 сут вводят 200–400 мл гемодеза, 200–400 мл 5% раствора глюкозы с 2,0 г аскорбиновой кислоты.

В течение 5–Ю сут чередуют внутривенное введение 10 мл 10% раствора хлорида кальция и 10 мл 40% раствора гексаметиленetetрамина.

В случае абсцедирования при флюктуации абсцесс вызывают со стороны кожи вдоль края века над местом максимальной флюктуации. После вскрытия абсцесса устанавливают дренажи с 10% раствором хлорида натрия. В течение 3–7 дней рану промывают растворами антисептиков 1% раствором диоксида, фурацилина 1:5000, 3% раствором перекиси водорода.

После очищения раны в течение 5–7 сут 3–4 раза в сутки эту зону смазывают препаратами, улучшающими регенераторные процессы: метилурациловая 5–10% мазь, метилурацил/хлорамфеникол (левомиколь).

Параллельно с перечисленными препаратами применяют магнитотерапию.

Каналикулит

Каналикулит – воспаление слезных канальцев; возникает в результате заболеваний век, конъюнктивы и слезного мешка. Возбудителями могут быть гноеродные бактерии, патогенные грибы (аспергиллы, пенициллы, трихофитоны, актиномицеты) и вирусы (вирус простого герпеса). Хронический каналикулит возникает при недостаточной антибактериальной терапии острого воспаления слезных канальцев и конъюнктивы. Причиной хронического воспаления слезных канальцев могут быть туберкулез, сифилис и хламидийные поражения при трахоме.

Клиническая картина. Больные жалуются на слезостояние и слезотечение. Кожа в области канальцев отечна, гиперемирована, болезненна при надавливании. Слезные точки расширены, гиперемированы и отечны. При надавливании появляется слизисто гнойное или крошковидное (при грибковой этиологии) отделяемое.

Лечение. Содержимое слезных канальцев удаляют путем надавливания с последующим промыванием конъюнктивальной полости раствором

фурацилина 1:5000 3–4 раза в сутки, раствором перманганата калия 1:5000 3–4 раза в сутки.

При бактериальной инфекции в конъюнктивальный мешок закапывают в течение первых нескольких дней каждые 2–4 ч, а по мере стиха воспалительного процесса 3–6 раза в сутки 7–14 дней растворы антибиотиков (фторхинолоны), сульфаниламидов, антисептиков; на ночь в конъюнктивальный мешок закладывают антибактериальные мази.

При микозном каналикулите в конъюнктивальную полость 3–6 раз в сутки закапывают раствор концентрации амфотерицина В 3–8 мг/мл (амбизом – лиофилизированный порошок для приготовления раствора по 50 мг), раствор нистатина концентрации 50 000 ЕД/мл на ночь в конъюнктивальный мешок закладывают мази, содержа противогрибковые препараты, которые изготовляют extemporaе: мазь содержащая нистатин в концентрации 100 000 ЕД/мл.

При вирусных каналикулитах в конъюнктивальный мешок закапывают растворы антиметаболитов в сочетании с растворами интерферона и интерфероногенов: 0,1% раствора иоддезоксифуридина (ИДФУ) 6–8 раз в сутки (Офтан ИДФУ) в сочетании с раствором интерферона (4000 ЕД/мл), раствор полудана (50 ЕД/мл), 0,07% раствор парааминобензойной кислоты («Актипол») 3–4 раза в сутки – каждые 2 часа; в конъюнктивальный мешок 2–3 раза в сутки закладывают противовирусные препараты: ацикловир мазь 3% («Зовиракс»), оксалиновая мазь 0,25%, флореналевая мазь 0,5%, теброфеновая мазь 0,5%.

В тяжелых случаях рассекают слезный каналец и удаляют содержимое с последующей обработкой раневой поверхности 1–2% спиртовым раствором йода.

При формировании стеноза канальцев слезоотводные пути промывают раствором коллагенина в концентрации 100 ЕД/мл.

Дакриоцистит

Дакриоцистит – воспаление слезного мешка; встречается у 2–7% больных с заболеваниями слезных органов. У женщин дакриоцистит возникает в 6–10 раз чаще, чем у мужчин.

Дакриоцистит может протекать в острой и хронической формах. К хроническому дакриоциститу относят простой и эктатический катаральный, эмпиему и флегмону слезного мешка, стенозирующий дакриоцистит. Кроме того, выделяют дакриоцистит новорожденных, который имеет простую и эктатическую катаральную, гнойную и флегманозную формы.

Острый дакриоцистит может быть самостоятельной клинической формой, но чаще возникает на фоне хронического дакриоцистита и представляет собой гнойное воспаление стенок слезного мешка. При вовлечении в процесс окружающей клетчатки развивается флегмона слезного мешка.

Дакриоцистит возникает вследствие стеноза носослезного канала и застоя слезы в слезном мешке. Нарушение оттока слезы способствует развитию патогенной флоры (чаще стафилококковой или стрептококковой) в слезном мешке. Причиной затруднения оттока слезы является воспаление слизистой оболочки носослезного канала, которое чаще всего переходит со слизистой оболочки носа. Дакриоцистит у новорожденных возникает вследствие атрезии выходного отверстия носослезного протока. По этиологии выделяют бактериальный, вирусный, хламидийный, паразитарный, посттравматический дакриоцистит.

Клиническая картина. При остром дакриоцистите больные предъявляют жалобы на слезотечение, покраснение, отек и резкую болезненность в области внутреннего угла глазной щели.

При осмотре и пальпации области слезного мешка, прилегающих участков носа и щеки, ткани отечны, гиперемированы, плотные на ощупь, болезненны. При выраженном отеке век глазная щель сужена. В начале

заболевания при осторожном надавливании на область слезного мешка из слезных точек выделяется гной. Канальцевая проба сначала положительна, затем канальцевая и носовая проба отрицательны. Наблюдаются повышение температуры тела, слабость, головная боль. Через несколько дней инфильтрат размягчается, появляется флюктуация. Сформировавшийся абсцесс может самопроизвольно вскрыться.

При дакриоцистите новорожденных из слезных точек выделяются слезь и гной. Канальцевая проба положительная, носовая – отрицательная. При промывании слезных путей жидкость в полость носа не проходит. Возможно осложнение по типу флегмонозного острого дакриоцистита.

Лечение острого дакриоцистита проводят в условиях стационара. Внутривенно или внутримышечно вводят антибиотики широкого спектра действия по 1–2 г/сут; НПВС вводят внутримышечно. До момента появления флюктуации применяют сухое тепло и УВЧ терапию. В конъюнктивальную полость закапывают 0,3% раствор фторхинолонов (ципрофлоксацин, офлоксацин, ломефлоксацин 6–8 раз в день или сульфаниламидов до 6 раз в день.)

При флюктуации флегмону вскрывают.

После вскрытия абсцесса применяют дренажи с 10% раствором хлорида натрия. В течение 3–7 дней рану промывают растворами антисептиков. По мере очищения раны в течение 5–7 суток эту зону смазывают препаратами, улучшающими регенераторные процессы (10% метилурациловая мазь, левомиколь), 3–4 раза в сутки.

Параллельно с перечисленными препаратами применяют магнитотерапию.

При дакриоцистите новорожденных лечение начинают с толчкообразного массажа сверху вниз области слезного мешка, который проводят 3–4 раза в сутки в течение 10–15 дней. После массажа в конъюнктивальный мешок закапывают растворы антисептиков.

При отсутствии эффекта в течение 1–2 нед проводят пассивное

промывание слезных путей растворами антисептиков.

Если массаж и промывание оказались! неэффективными, делают зондирование с помощью боуменовского зонда.

Хронический дакриоцистит лечат хирургическим путем – выполняют дакриоцисториностомия (создание нового пути оттока слезы среднюю носовую раковину). В послеоперационном периоде назначают внутривенно, внутримышечно и местно, антибиотики, НПВС.

Заболевания конъюнктивы

Актуальность Заболевания конъюнктивы – конъюнктивиты – являются самой распространенной патологией среди воспалительных заболеваний глаза и составляют около 30% всей глазной патологии. Это основная форма глазной инфекции определяется у 66,7% всех больных с воспалительными заболеваниями глаз. Наиболее распространены конъюнктивиты бактериальной и вирусной природы, реже встречаются аллергические и дистрофические. В последние десятилетия возрастает значение аллергических конъюнктивитов: они поражают около 15% всего населения и стали важной клинической проблемой практической офтальмологии.

Острые конъюнктивиты чаще возникают у детей, реже – у пожилых людей, еще реже – у людей среднего возраста. Хронические конъюнктивиты чаще встречаются у людей среднего и пожилого возраста. Особое значение имеют конъюнктивиты в виде эпидемических вспышек. Врачи всех специальностей должны не только своевременно распознать эпидемический конъюнктивит, но и начать его Лечение, а также принять меры, предотвращающие его распространение. Особенно это касается детских коллективов.

Анатомия конъюнктивы

Конъюнктиву разделяют на склеральную и тарзальную части и переходную складку – свод. При сомкнутых веках образуется полость конъюнктивы – конъюнктивальный мешок.

Основная часть конъюнктивы – рыхлая соединительная ткань. По поверхности конъюнктивы покрыта многослойным плоским эпителием. В эпителии конъюнктивы верхнего и нижнего века располагаются бокаловидные железы (железы Бехера, Генле, Манца), вырабатывающие слизистый секрет муцин, и добавочные слезные железки (железы Краузе и Вольфринга), по строению сходные со слезной железой и вырабатывающие слезную жидкость, увлажняющую конъюнктиву. Микроскопически эпителий конъюнктивы переходит в эпителий роговой оболочки.

Конъюнктивa век и глазного яблока, выполняя защитную функцию, постоянно подвергается воздействиям частицами пыли, движением воздуха, термическим и химическим воздействиям. Яркий свет также раздражает конъюнктиву. Это сказалось на морфологической перестройке конъюнктивы, глубокие слои конъюнктивы приобрели аденоидную структуру. В глубоких слоях конъюнктивы располагаются скопления клеток, напоминающие миниатюрные лимфатические узлы.

При исследовании конъюнктивы следует обращать внимание на ее цвет, прозрачность, гладкость, влажность и на характер отделяемого.

Нормальная конъюнктивa гладкая, влажная, розовая, прозрачная; сквозь нее видны мейбомиевы железы и сосуды; ее секрет напоминает слезу.

При воспалительных состояниях конъюнктивa становится мутной, шероховатой, могут образоваться рубцы.

Классификация конъюнктивитов

Конъюнктивиты разделяют по течению и этиологическому фактору.

По течению: острые и хронические.

По этиологии:

- бактериальные – острый и хронический неспецифический катаральный, пневмококковый, диплобациллярный, острый эпидемический, дифтерийный, гонобленнорея (гонококковый);
- хламидийные – трахома, паратрахома;
- вирусные – фарингоконъюнктивальная лихорадка, эпидемический кератоконъюнктивит, эпидемический геморрагический конъюнктивит, герпетический конъюнктивит, конъюнктивит при общих вирусных заболеваниях (ветряная оспа, корь, краснуха), конъюнктивиты, вызванные контагиозным моллюском;
- грибковые – гранулематозные конъюнктивиты при споротрихозе, риноспородиозе, актиномикозе; конъюнктивиты при кокцидиозе; конъюнктивит, вызванный *Pennicillium viridans*; экссудативные конъюнктивиты при кандидозе и аспергиллезе;
- аллергические и аутоиммунные – весенний катар, лекарственный, поллиноз (сенной конъюнктивит), инфекционно аллергические конъюнктивиты, гиперпапиллярный конъюнктивит пузырьчатка конъюнктивы (пемфигус);
- конъюнктивиты при общих заболеваниях – метастатические конъюнктивиты.

Клинические признаки и симптомы. Конъюнктивиты различной этиологии имеют сходную клиническую картину: начинаются остро, сопровождаются выраженными субъективными ощущениями.

Больные жалуются на резь в глазах, зуд, отделяемое из конъюнктивальной полости, иногда – светобоязнь. Поражаются оба глаза (нередко поочередно и с разной выраженностью воспалительного процесса).

Хронический конъюнктивит развивается медленно, имеет периоды улучшения. Больных беспокоят светобоязнь, легкое раздражение и повышенная утомляемость глаз.

Конъюнктивит (вирусный или бактериальный) может быть связан с сопутствующим заболеванием носоглотки, отитом, синуситом. У взрослых конъюнктивит часто возникает при хроническом блефарите, синдроме сухого

глаза, поражении слезоотводящих путей.

Сочетание конъюнктивита с аллергическими реакциями (ринорея, затяжной кашель, атопическая экзема) свидетельствует о его возможной аллергической природе.

При осмотре выявляются гиперемия и отек конъюнктивы век и переходных складок, конъюнктивальная инъекция глазного яблока. В конъюнктивальной полости может быть слизистое, слизисто гнойное или гнойное отделяемое. Гнойное или слизисто гнойное отделяемое свидетельствует о бактериальной или вирусной природе конъюнктивита. Слизь в виде тонких полос наблюдается при аллергическом конъюнктивите. Возможно появление петехиальных и обширных геморрагии, а также легко и трудно отделяемых пленок (см. клинику конъюнктивитов различной этиологии). При отдельных формах кератоконъюнктивитов на роговице появляются точечные и монетовидные поверхностные инфильтраты.

Большую роль в выявлении этиологии конъюнктивитов играют лабораторные исследования, позволяющие непосредственно определить возбудителя в соскобе или мазке отпечатке с конъюнктивы, а также оценить диагностический титр антител в сыворотке крови или IgA и IgG в слезной жидкости.

Дифференциальную диагностику конъюнктивитов следует проводить с кератитами, эписклеритами, иритами, острым приступом глаукомы. Воспаление с незначительным слизистым отделяемым или без него следует трактовать как конъюнктивит только при отсутствии:

- сильной боли;
- светобоязни (иногда возникает при аллергическом конъюнктивите);
- болезненности при пальпации глазного яблока (через веки);
- изменения зрения: снижения остроты зрения (возможно при аденовирусном кератоконъюнктивите);
- появления радужных кругов при взгляде на источник света;
- помутнения или изъязвления роговицы;

- сужения, неправильной формы или расширения зрачка.

Основные принципы лечения

Запрещается накладывать повязку: она ухудшает эвакуацию отделяемого из конъюнктивальной полости. Под повязкой возможно развитие кератита. Для предотвращения распространения инфекции необходимо соблюдать правила личной гигиены: часто мыть руки, использовать одноразовые салфетки и полотенца, отдельные пипеток для каждого глаза. Для механического удаления отделяемого из конъюнктивальной полости ее промывают раствором фурацилина (1:5000) или слабозеленым раствором перманганата калия.

При остром конъюнктивите в конъюнктивальный мешок закапывают растворы антимикробных препаратов первые 3–5 дней каждые 2–4 ч. По мере стихания воспаления частоту закапывания уменьшают до 3–6 раз в сутки. Антибактериальные мази лучше закладывают на ночь. Днем мази применяют при отсутствии обильного отделяемого в конъюнктивальной полости.

Выбор лекарственного препарата зависит от чувствительности нему возбудителя; при неизвестном возбудителе используют антибиотики и антисептики широкого спектра действия.

Список литературы

1. Вит В.В. Строение зрительной системы человека. – Одесса: Астропринт, 2003. – 664 с.
2. Гистология: Учебник / Ю.И. Афанасьев, Н.А. Юрина, Е.Ф. Котовский и др.; Под ред. Ю.Н. Афанасьева, Н.А. Юриной. – 5-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 2002. – 744 с.
3. Гистология / Под ред. Э.Г. Улумбекова, Ю.А. Челышева. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 672 с.
4. Гунин А.Г. Гистология в таблицах и схемах. – Чебоксары: Издательство: Изд-во Чуваш. ун-та, 2002. – 88 с.
5. Данилов Р.К., Клишов А.А., Боровая Т.Г. Гистология человека. – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2003. – 368 с.
6. Кузнецов С.Л. Гистология, цитология и эмбриология. – М.: Медицинское информационное агентство, 2007. – 600 с.