ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РФ ГБОУ ВПО КРАСГМУ ИМ. ПРОФ. В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО МЗ и СР РФ

Кафедра офтальмологии имени профессора М.А.Дмитриева с курсом ПО

**РЕФЕРАТ**

**Осложнения кератитов**

 Выполнил: Васильев А.Г.

 ординатор 1 года обучения

 Проверила: ассистент кафедры

 Балашова П.М.

г. Красноярск 2024 год

Оглавление

[Введение 3](#_Toc157278264)

[Исходы кератитов: 3](#_Toc157278265)

[Хирургическое лечение 4](#_Toc157278266)

# Введение

Кератиты– группа заболеваний, при которых в результате воспалительного процесса и ухудшения трофики происходит уменьшение или потеря прозрачности роговицы и снижение её оптической функции.

Классификация:

Клинические проявления кератитов зависят от глубины поражения, расположения процесса, этиологии, вида микроорганизма, его вирулентности, сопротивляемости тканей роговицы, течению процесса.

■ По глубине поражения кератиты подразделяют на поверхностные и глубокие. Для поверхностных кератитов характерен дефект эпителия. При глубоких кератитах – поражение идёт со стороны эндотелия и локализуется в стромальных слоях роговицы.

■ По расположению кератиты бывают центральные, парацентральные, периферические.

■ По течению процесса – острые и рецидивирующие.

■ По этиологии: экзогенные и эндогенные.

✧ Экзогенные кератиты: • эрозия роговицы; • травматические (посттравматические) кератиты, обусловленные механической, физической или химической травмой; • инфекционные кератиты; • кератиты, вызванные заболеваниями придаточного аппарата (конъюнктивы, век, мейбомиевых желёз); • кератомикозы.

✧ Эндогенные кератиты подразделяют на инфекционные, нейропаралитические, авитаминозные и кератиты невыясненной этиологии.

Инфекционные кератиты, в том числе туберкулёзные (гематогенные, – глубокий диффузный кератит, глубокий инфильтрат роговицы, склерозирующий кератит), аллергические (фликтенулёзный и фасцикулярный кератиты, фликтенулёзный паннус), сифилитические, герпетические.

■ Герпетические кератиты подразделяют на первичные (возникают при первичном заражении вирусом, чаще в детском возрасте, воспалительный процесс развивается или сразу после проникновения вируса в организм, или через некоторый период времени) и послепервичные (возникают на фоне латентной вирусной инфекции при наличии гуморального и местного иммунитета, свойственны взрослому человеку).

✧ Первичные герпетические кератиты включают герпетический блефароконъюнктивит (фолликулярный, плёнчатый), эпителиальный кератит, кератоконъюнктивит с изъязвлением и васкуляризацией роговицы.

✧ Послепервичные герпетические кератиты. Различают формы поверхностные (кератит эпителиальный, субэпителиальный точечный, древовидный) и глубокие или стромальные [кератит метагерпетический (амёбовидный), дисковидный, глубокий диффузный и кератоиридоциклит].

# Исходы кератитов:

Течение воспалительных заболеваний роговицы (кератитов) предполагает два вида исходов. Благоприятный исход – формирование помутнения (облачко, пятно, бельмо), а также васкуляризованные помутнения.

Величина и интенсивность помутнений бывают различными. Полностью рассасывается инфильтрат, образовавшийся в самых поверхностных слоях роговицы. Наименее выраженное, поверхностно расположенное сероватое помутнение с нерезкими границами называется облачковидным помутнением (nubecula). В этом случае морфологические структуры изменяются незначительно. Характерны несколько неправильный ход роговичных пластинок и волнообразные границы между эпителием и собственным веществом.

Пятно (macula) — это более насыщенное помутнение серовато‑белого цвета с четкими границами. В данном случае наблюдается развитие грануляционной ткани. Иногда инфильтрат и последующий за ним распад ткани захватывают большую часть поверхности роговицы, после чего процесс заканчивается образованием интенсивного обширного белого рубца — бельма (leucoma).

Различают полные и неполные бельма. Неполные бельма могут иметь центральное, периферическое или эксцентричное расположение. При наличии бельма пластинчатая структура замещается рубцовой тканью с большим или меньшим количеством клеточных элементов.

Бельмо роговицы, сращенное с радужкой, а особенно со стафиломой, приводит к частичному, а иногда и полному снижению зрения и к вторичной глаукоме.

Неблагоприятный исход – десцеметоцеле, перфорация роговицы, проникновение инфекции внутрь глаза с развитием эндофтальмита и панофтальмита, развитие вторичной глаукомы.

В случае прободения роговицы жидкость передней камеры вытекает, увлекая за собой радужку. При этом радужка или спаивается с краями перфорационного отверстия, образуя передние синехии, или выпячивается с последующим образованием бельма, сращенного с радужкой (leucoma cornea adhaerens). Плоская, спаянная с радужкой, лейкома под влиянием внутриглазного давления может растягиваться и выпячиваться, образуя стафилому роговицы, которая развивается вследствие растяжения рубца. Тонкая выпяченная стенка стафиломы легко доступна различным механическим повреждениям, которые могут открыть ворота для инфекции и привести к серьезному заболеванию. В тех случаях, когда радужка ущемляется в перфорационном отверстии и препятствует развитию плотного рубца, развивается фистула роговицы, которая способствует проникновению инфекции внутрь глаза и может привести к развитию эндофтальмита и панофтальмита.

# Хирургическое лечение

В тяжёлых случаях проводят хирургическое лечение: промывание передней камеры противомикробными ЛС или лечебную кератопластику. При угрозе прободения роговицы и невозможности проведения кератопластики используют покрытие роговицы контактной линзой, или конъюнктивой, или кадаверной роговицей, или аллосклерой. Кератопластика проводится со следующими целями: ✧ лечебной – для прекращения процесса (послойной и сквозной, в ранние и поздние сроки); ✧ тектонической – для прикрытия дефектов роговицы, её истончения, профилактики перфораций; ✧ оптической – для восстановления прозрачности роговицы; ✧ мелиоративной – для улучшения трофики роговицы, промежуточная перед оптической; ✧ косметической; ✧ рефракционной.

При язвах роговицы и особенно их осложнениях применяют аутоконъюнктивальную пластику роговицы; кератопластику с использованием свежей или консервированной роговицы, а также пересадку амниотической мембраны. Данные виды хирургии проводятся с органосохранной, тектонической, профилактической и лечебной целями, а также для реконструкции переднего отрезка глаза. При десцеметоцеле роговицы или ее прободении в условиях отсутствия донорского материала для экстренной тампонады предпочтение отдается аутоконъюнктивальной пластике, которая впервые была предложена Г. Кунтом в 1883 г.. Изоантигенность конъюнктивы, доступность, отсутствие вероятности передачи инфекции, невозможность проведения сквозной пересадки роговицы — все это характеризует конъюнктивальную пластику как оптимальную при перфорации роговицы. Однако в ее исходе может быть развитие васкуляризированного бельма, помутнения роговицы, эрозии конъюнктивального лоскута. По данным некоторых авторов, кератопластика аутоконъюнктивой оказывает многофункциональный эффект на патологический процесс в роговице. Со дня первой аутоконъюнктивальной пластики перфорации роговицы предложено множество вариантов данной операции, которые включали в себя покрытие микроперфорации роговицы конъюнктивальным лоскутом на ножке, тотальное покрытие конъюнктивой, формирование ложа в роговице для свободного лоскута, использование контактной линзы при аутопластике. Однако отсутствие жесткой фиксации лоскута, а также подлоскутная эпителизация роговицы могут приводить к дислокации лоскута и к отсутствию герметизации роговичного дефекта. Выбор тактики и объема хирургического вмешательства при осложненных язвах роговицы является важным этапом в лечении пациента, от этого зависит сохранность глаза и прогноз зрительных функций.