Государственное бюджетное образовательное

учреждение высшего профессионального образования

«Дагестанская государственная медицинская академия »

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра глазных болезней №1 с усовершенствованием врачей

 УТВЕРЖДАЮ

 Заведующий кафедрой

 глазных болезней № 1 с УВ

 проф. Алиев А-Г. Д.

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015г.

\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ СТУДЕНТАМ

ПО ТЕМЕ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ:

**ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕК И КОНЪЮНКТИВЫ**

Факультет: педиатрический

Курс: 4

Авторы: Алиев А-Г. Д., Максудова З.Н., Шарипова Д.Н., Закиева С.И.

**ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ № 5 4 часа**

**Цель занятия:** Ознакомить студентов с поликлинической документацией и работой поликлинического врача-офтальмолога. Научить диагностировать наиболее часто встречающиеся заболевания век и конъюнктивы, проводить лечение и профилактику этих заболеваний.

**Студент должен знать:** особенности клинического течения ячменя, блефарита, мейбомеита, принципы лечения этих заболеваний и возможные исходы, а также этиологию, клинику, лечение и возможный исход данных заболеваний. Связь заболевания век с общим состоянием организма. При разборе больного с конъюнктивитом обратить внимание на характерные жалобы больного, контагиозность инфекции и ее значение в воспалительном процессе.

**Студент должен уметь:** диагностировать наиболее часто встречающиеся заболевания век, конъюнктивы и слезных органов и проводить лечение и профилактику этих заболеваний; вести амбулаторный прием больных с наружным заболеванием глаз, инстиллировать капли в конъюнктивальный мешок, закладывать мази за нижнее веко, оформлять поликлиническую документацию.

**СОДЕРЖАНИЕ ЗАНЯТИЯ**

**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.

**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 пузырчатка 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-гнойноё 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 слабо-розовым раствором перманганата калия.

При остром конъюнктивите в конъюнктивальный мешок заклапывают 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 заклады на ночь. Днем мази применяют при отсутствии обильного отделяемого в конъюнктивальной полости.

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

**Бактериальные конъюнктивиты**

Полиморфизм симптоматики бактериальных конъюнктивитов зависит от патогенности, вирулентности и специфичности возбудителя, а также от состояния организма больного. Конъюнктивит может проявляться более или менее выраженным блефароспазмом, гиперемией всех отделов конъюнктивы, отечностью, появлением на поверхности конъюнктивы век фолликулоподобных и сосочковых образований участков ишемии или некроза, патологического отделяемого (скудного или обильного, серозного, слизистого, кровянистого, гнойного в виде клубочков, нитей, пленок). Местные проявления заболевания нередко сопровождаются общими изменениями типа катара верхних дыхательных путей с повышением температуры, головной болью и др.

Кроме общего симптомокомплекса, бактериальные конъюнктивиты имеют ряд важных клинических особенностей.

Самое раннее проявление воспаления конъюнктивы век и глазноого яблока возможно уже в родильном доме. Эти конъюнктивиты называют *конъюнктивитами новорожденных*. В прежние годы они были гонорейными, пневмококковыми, трихомонадными и др. В настоящее время конъюнктивиты новорожденных гонорейной этиологии стали казуистикой. Редко бывают трихомонадные и пневмококковые конъюнктивиты. В последние годы, как показывают цитологические исследования, при конъюнктивитах новорожденных обнаруживается патогенная стафило-стрептококковая и хламидийная флора, хотя нередко патогенная и сапрофитная флора вообще не обнаруживаются.

Клиническая картина начальной стадии конъюнктивита у новорожденных вне зависимости от этиологии (исключая дифтерийную и гонорейную) сходна: покраснение и небольшая отечность конъюнктивы, корнеальный синдром (слезотечение, светобоязнь, блефароспазм). По утрам после сна бывают склеивание век и буроватые корочки на ресничном крае. Могут также выявляться фолликулы, нежные пленки и гнойное содержимое. Дети при этом беспокойны, плохо спят.

Воспаление быстро нарастает, а затем может затихать и исчезать полностью или становиться хроническим. В некоторых случаях в процесс вовлекается роговица и возникает кератоконъюнктивит. Еще реже воспаление может захватывать и сосудистую оболочку (кератоирит, кератоувеит).

При остром энидемическом конъюнктивите, вызванном бактерией Коха-Уикса, отмечают отек и гиперемию конъюнктивы с крупными и мелкими подконъюнктивальными кровоизлияниями, участки ишемии конъюнктивы склеры в области глазной щели в виде треугольника, основанием обращенного к лимбу. В первые дни слизистое отделяемое скудное, склеивающее ресницы – больной не может открыть глаза. Затем отделяемое становится обильным и гнойным (как при гонорейном конъюнктивите), иногда на конъюнктиве век появляются нежные легко снимающиеся пленки (напоминающие дифтерию). В ряде случаев бывают симптомы общей интоксикации, а у детей возможно распространение процесса на роговицу.

Пневмококковый конъюнктивит сопровождается отделяемым в виде тонких серых пленок. Заболевание начинается остро, поражаются оба глаза (поочередно). Отмечают выраженную конъюнктивальную инъекцию, отек переходной складки, на конъюнктиве век и сводов появляются нежные белесовато-серые пленки, которые легко удаляются влажным тампоном, конъюнктива под ними не кровоточит. Воспалительный процесс может распространяться на роговицу, в таких случаях развивается поверхностный краевой кератит.

**Гонококковый конъюнктивит**

Гонорея – венерическое заболевание с преимущественным поражением слизистых оболочек мочеполовых органов, передается половым путем. Заболевание вызывает грамотрицательный диплококк Нейссера (Neisseria gonorrhoeae). Источник заражения – больной гонореей человек. Путь передачи в основном, контактный. Гонорейный конъюнктивит может развиться у взрослых больных гонореей мочеполовых путей в результате заноса инфекции в конъюнктивальную полость, у лиц, находящихся в контакте с больными, при несоблюдении правил гигиены. Новорожденные инфицируются в основном прохождении через родовые пути матери, болеющей гонореей. Крайне редко встречается метастатическое внутриутробное заражение.

Острый гнойный гонококковый конъюнктивит быстро прогрессирует. Веки отечные, отделяемое обильное, гнойное, конъюнкт резко гиперемирована, раздражена, собирается в выпячивают складки. Нередко бывает резкий отек конъюнктивы склеры (хемоз). Кератит развивается в 15—40% случаев. Сначала он поверхностный, а затем развивается язва роговицы, которая может привести к перфорации роговицы уже через 1—2 дня. Этому способствует сдавление краевой петлистой сети отечной конъюнктивой, в результате нарушается питание роговицы. Заболевание проявляется сначала в виде инфильтрата, которая затем быстро переходит в гнойную язву. Язва распространяется по поверхности роговицы и в глубину, нередко приводя к прободению с образованием в дальнейшем простого или сращенного бельма. Реже инфекция проникает внутрь глаза и вызывает панофтальмита.

Дифтерийный конъюнктивит вызывается коринебактерией дифтерии, проявляется резким и плотным отеком век синюшно-багрового цвета и образованием некротических пленок на конъюнктиве, разведении век из конъюнктивальной полости выделяется мутная серозно-кровянистая жидкость с хлопьями. После удаления пленок всегда возникает кровотечение. В последующем в результате образования эродированных поверхностей на соприкасающихся поверхностях конъюнктивы век и глазного яблока может возникать симблефарон, т.е. их сращение, а также заворот век и трихиаз (рост ресниц к глазному яблоку). Изолированно заболевание встречается крайне редко, обычно оно сопровождается поражением слизистой оболочки носа, зева и гортани.

**Острые и хронические неспецифические катаральные конъюнктивиты**

Возбудители: стафилококки или стрептококки

При *остром конъюнктивите* веки по утрам склеены обильным отделяемым, которое может быстро изменяться от слизистого до слизисто-гнойного и гнойного. Отделяемое стекает через край века, засыхает на ресницах. При наружном осмотре выявляют гиперемию конъюнктивы век, переходных складок и склеры. Слизистая оболочка набухает, теряет прозрачность, рисунок мейбомиевых желез стирается. Выраженность поверхностной конъюнктивальной инъекции уменьшается по направлению к лимбу. Процесс может распространиться на роговицу – формируется поверхностный краевой кератит. Поражаются оба глаза поочередно.

При *хроническом конъюнктивите* все симптомы выражены не столь ярко, как при остром. Заболевание связано с активацией сапрофитов, находящихся в конъюнктивальной полости. Причиной тому служат местные факторы: не корригированные аномалии рефракции, нарушение оттока слезы, заболевания век, ошибки в лечении острого конъюнктивита, а также системные факторы: гиповитаминоз, заболевания желудочно-кишечного тракта и ротовой полости, воспаление придаточных пазух носа. Больные жалуются на зуд, жжение, чувство инородного тела, повышенную зрительную утомляемость. Все симптомы усиливаются к вечеру. Конъюнктива умеренно гиперемирована, разрыхлена, по краю век можно увидеть корочки (засохшее отделяемое). Возможны длительные периоды улучшения состояния.

**Лечение бактериальных конъюнктивитов.**

При бактериальных конъюнктивитах после инсталляции раствора анестетика обильное гнойное отделяемое удаляют путем промываний: конъюнктивального мешка дезинфицирующими растворами. Показаны сульфаниламиды и антибиотики широкого спектра действия.

Промывания антисептиками и инсталляции сульфаниламидов и антибиотиков делают ежечасно в течение 3 дней, затем через 2 ч еще в течение 3 дней и далее по показаниям.

В качестве анестетиков применяют 1—2% раствор лидокаина, 0,4% раствор инокаина или 0,5% раствор алкаина. В качестве антисептиков используют 0,05% раствора пиклоксидина, 2% раствор борной кислоты, мирамистин 0,01%, раствор перманганата калия 1:5000, раствор фурацилина 1:5000, риванол 1:1000. Сульфаниламиды применяют в виде 10—20% раствора сульфацил-натрия; сульфапиридазина-натрия в составе пленок, стрептоцидовой мази.

Среди антибиотиков наиболее эффективны аминогликозиды, благодаря широкому спектру антимикробной активности (0,3% раствора гентамицина, 0,3% раствора тобрамицина). Фторхинолоны – новое поколение антибиотиков широкого спектра действия они эффективны против большинства возбудителей, вызывающих бактериальные инфекции и хламидийные заболевания. Наилучший результат дают 0,3% растворы ципрофлоксацина, офлаксацина или ломефлоксацина. Применяют 0,25% раствора хлорамфеникола (левомицетин), фуциталмик (1% фузидиевая кислота) – резервный антистафилококковый препарат.

При конъюнктивитах, вызванных синегнойной палочкой используют сочетание двух антибиотиков: тобрамицин+ципрофлоксацин или гентамицин+полимиксин.

Показано применение противоаллергических средств: опатанол сперсаллерг, аллергофтал, аллергодил; противовоспалительных нестероидных препаратов: наклоф 0,1%, диклофенак 0,1%, индоколилир 0,1%.

На палочку Моракса-Аксенфельда специфически действует 0,5—1% раствор сульфата цинка.

Лечение дифтерийного конъюнктивита проводят при обильном гнойном отделяемом назначают частые промывания 2% раствором борной кислоты. Закапывают глазные капли ломефлоксацин, ципрофлоксацина, тобрамицина, гентамицина, колбиоцина, сульфацила натрия, сульфапиридазина. В первые дни капли закапывают 6—8 раз, в дальнейшем до 3—4 раза в день по мере улучшения состояния. При конъюнктивите больные подлежат изоляции и лечении. При поражении роговицы проводится такое же лечение, как бактериальных кератитах.

При гонококковых конъюнктивитах применяют местно 0,3% растворы офлоксацина, ципрофлоксацина, фторхинолоновые антибиотики местно и внутрь.

**Вирусные конъюнктивиты**

Более половины случаев воспалительной патологии глаз имеют Доказанный или предполагаемый вирусный генез. Все вирусы (около 500 видов), вызывающие заболевания человека, могут поражать глаза

Хорошо известна аденовирусная, герпесвирусная и энтеровирусная инфекция глаз. Вирусные конъюнктивиты протекают в виде эпидемических вспышек и эпизодических заболеваний.

Вирусные конъюнктивиты наиболее часто протекают в виде аденофарингоконъюнктивальной лихорадки, эпидемического кератоконъюнктивита и эпидемического геморрагического кератоконъюнктивита. Аденовирусные заболевания протекают в виде аденофарингоконъюнктивальной лихорадки и эпидемического кератоконъюнктивита.

Заражение происходит воздушно-капельным или контактным путем. Заболевание может возникнуть в любое время года.

Аденофарингоконъюнктнвальная лихорадка часто сопровождается общей реакцией в виде поражений верхних дыхательных путей, повышения температуры, нарушения сна, диспепсии, болезненности и увеличения предушных лимфатических узлов. Сначала поражается, как правило, один глаз, а через 2—3 дня в процесс вовлекается и другой. Гиперемия конъюнктивы век, особенно нижней переходной складки и глазного яблока, бывает различной. При *катаральной форме* отмечаются отек век и конъюнктивы. При*пленчатой форме* имеется отделяемое в виде нежных тонких пленок, легко снимающихся ватным тампоном, но при тяжелых формах пленки могут быть грубыми, толстыми, плотно спаянными с подлежащей тканью. Редко бывают точечные кровоизлияния на тарзальной поверхности конъюнктивы.

При *фолликулярной форме* на фоне гиперемированной и несколько отечной конъюнктивы век и преимущественно нижней переходной складки обнаруживаются розовато-серые фолликулы и сосочки, мелкие и средние, без тенденции к слиянию. Роговица поражается часто, обычно на 5—9-й день заболевания, в виде точечного поверхностного субэпителиального кератита. Отделяемое скудное, серозное. При других формах аденовирусных конъюнктивитов отделяемое бывает в виде нитей, клубочков.

Эпидемический кератоконыонктивит наблюдается главным образом у взрослых, это высококонтагиозное заболевание. Повышения температуры может не быть.

Больные жалуются на покраснение глаз, ощущение инородного тела за веками, зуд, небольшое слезотечение, светобоязнь. Наблюдается выраженный отек век, а также конъюнктивы переходной складки и слезного мясца, который распространяется на конъюнктиву глазного яблока. Как правило, появляются мелкие фолликулы в нижней переходной складке. Явления конъюнктивита с выраженным отеком и гиперемией конъюнктивы сохраняются в течение 4—8 дней, после чего наступает улучшение. Вслед за периодом мнимого улучшения вновь появляются неприятные субъективные ощущения, в роговице образуются инфильтраты, видимые макроскопически. Затем они постепенно регрессируют, но помутнения в роговице могут сохраняться долго.

Эпидемический геморрагический кератоконъюнктивит. Возбудитель – энтеровирус-70. Относится к группе рибонуклеиновых вирусов, паразитирует в кишечнике и очень мал по размерам.

Инкубационный период составляет 12—48 ч. Заболевание продолжается 8—12 дней и заканчивается выздоровлением. В клинической картине постоянно присутствуют кровоизлияния от точечных обширных на конъюнктиве век и склеры. Роговица редко, но быстро вовлекается в процесс с появлением инфильтратов в эпителиальном слое. Слизисто-гнойное отделяемое обильное или умеренное. Общее состояние нарушается редко.

**Лечение вирусных поражений конъюнктивы**

При лечении аденовирусных конъюнктивитов в основном применяют неспецифические противовирусные препараты – индукторы интерферона (интерфероногены). К сожалению, эффективные специфические противовирусные препараты против аденовируса (ацикловир при офтальмогерпесе) в офтальмологии не применяются.

Наиболее эффективным из препаратов, воздействующих на аденовирус, является полудан (биосинтетический полирибонуклеотидный комплекс полиадениловой и полиуридиловой кислот). Полудан обладает широким спектром противовирусного действия и иммуномодулирующими свойствами при отсутствии токсичности, неосложненных формах заболевания его назначают в виде йнстилляций 6—8 раз в день, а при осложненных еще и в виде парабульбарного или под конъюнктивального введения в более высоких до 100-200 ME 1 раз в 2-3 дня.

Человеческий лейкоцитарный а-интерферон, реаферон (peaльдирон) – генноинженерный человеческий а*2* -интерферон высокой активности применяют в виде инстилляций 6—8 раз в день в концентрации 200 000 ME мл.

Синтетический низкомолекулярный индуктор интерферона – циклоферон вводят по 2,0 мл 12,5% раствора внутримышечно 1 сутки в течение 3 дней.

Выраженный противовирусный эффект дает новый комбинированный препарат офтальмоферон, в состав которого входят человеческий рекомбинантный интерферон альфа-2b, димедрол и борная кислота. Назначают в виде инстилляций 6—8 раз в сутки.

Применение альфа-интерферона инстилляций в сочетании с дексаметазоном (сначала 2 раза в день, а затем 3—4 раза в день) почти во всех случаях предупреждает появление субэпителиальных инфильтратов в роговице или делает их менее интенсивными. В лечении аденовирусных заболеваний глаз интерферон уменьшает продолжительность острой воспалительной реакции конъюнктивы в среднем на 2,7 дня, а общую продолжительность лечения – на 4,3 дня по сравнению с нативным интерфероном. Интерферон хорошо переносится тканями глаза, не вызывает побочных явлений.

Для предотвращения вторичной инфекции назначают антибиотики: 0,3% раствор тобрекса, 0,3% раствор гентамицина, 0,25% раствор левомицетина, 0,3% раствор ципрофлоксацина.

Наряду с указанным лечением применяют симптоматическую терапию: кератопластики, витамины, противоотечные препараты и т. д.

**Хламидийные конъюнктивиты**

Хламидии – самостоятельный вид микроорганизмов, проявляющих свойства вирусов и бактерий. Размножаясь в эпителиальных клетках, образуют скопления в их цитоплазме – тельца Гальберштедтера-Провачека. Различные серотипы хламидии вызывают два различных конъюнктивальных заболевания: трахому и паратрахому (конъюнктивит с включениями).

Хламидии являются грамотрицательными внутриклеточными паразитами. Клиника, патогистология, диагностика сближают хламидные конъюнктивиты с вирусными поражениями конъюнктивы.

**Трахома**

Трахома вызывается Chlamydia trachomatis серотипов А, В, Ва, С. Это хронический инфекционный кератоконъюнкшвит с появлением фолликулов и последующим их рубцеванием, васкуляризацией роговицы (паннусом), а в поздних стадиях – рубцовой деформацией век.

Трахома возникает в результате заноса возбудителей инфекции на конъюнктиву глаза. Инкубационный период 1—14 дней. Поражение обычно двустороннее.

Тяжелые последствия трахомы: укорочение конъюнктивальных сводов, образование симблефарона; перерождение слезных (добавочных) и мейбомиевых желез, приводящее к ксерозу роговицы; рубцовая деформация хряща век; заворот век, трихиаз (способствует развитию язвы роговицы).

Отдельного рассмотрения заслуживает *хламидийный конъюнктивит (паратрахома).*Частота этого заболевания составляет от 10 до 14% всех конъюнктивитов. В развитых странах отмечаются стойкая тенденция к росту как урогенитальной, так и глазной хламидийной инфекции и значительное омоложение пораженного контингента. Возбудителем заболевания является Chlamydia thrachomatis иммунотипов D, E, F, G, H, I, J и К.

Хламидийный конъюнктивит вызывает жалобы на резь, жжение, зуд, чувство засоренности в глазах, повышенную утомляемость. Отмечаются легкая гиперемия конъюнктивы, немногочисленные фолликулы, гипертрофические сосочки. При синдроме Рейтера у всех пациентов выявляют поражение мочеполовой системы, суставов и глаз.

**Эпидемический хламидийный конъюнктивит**

Заболевание возникает в виде вспышек у посетителей бань, бассейнов и детей 3—5 лет в организованных коллективах. Заболевание может начаться остро, подостро или протекать хронически. Чаще поражается один глаз.

При осмотре обнаруживают гиперемию, отек, инфильтрацию конъюнктивы, папиллярную гипертрофию, фолликулы в нижнем своде. Роговица редко вовлекается в патологический процесс. Выявляется пред ушная аденопатия. Все конъюнктивальные проявления проходят без лечения через 3—4 нед.

Лечение хламидийного конъюнктивита. Хламидии высокочувствительны к макролидам. В первую очередь назначают азитромицин (Сумамед) – 1 раз в неделю по 1,0, на курс 3 г, джозамицин (вильпрофен), кларитромицин (клацид) или эритромицин.

На втором месте – тетрациклины: тетрациклин, доксициклин.

На третьем месте – фторхинолоны: ципрофлоксацин и др.

Применение глазных капель ломефлоксацина или мази колбиоцин целесообразно сочетать с противовоспалительной терапией. Со второй недели к колбициону добавляют инсталляции глазных капель дексаметазона в течение 1 нед 1 раз в день, в последующем – 2 раза в день. При острых хламидийных конъюнктивитах в течение 1-й недели общую антибиотикотерапию целесообразно сочетать с местным применением противоаллергических капель: например, глазных капель опатанол или лекролин 2—4 раза в день.

**Аллергические конъюнктивиты**

Роль и значение аллергии в глазной патологии с каждым годом возрастает. По обобщенным мировым данным, более 30% населения страдает различными аллергическими заболеваниями.

Заболевание возникает при генетически заложенной повышенной чувствительности организма к тому или иному аллергену. Конъюнктивит служит наиболее частым проявлением аллергической реакции, составляя до 90% всех аллергозов.

Аллергические конъюнктивиты часто сочетаются с бронхиальной астмой, аллергическим ринитом, атопическим дерматитом.

Аллергические конъюнктивиты длятся более месяца. Заболевание большей частью двустороннее. При обострении болезни преобладает зуд; ремиссии сопровождаются неопределенными жалобами на ощущение инородного тела, «покалывание» в глазах, чувство дискомфорта, фотопсии и др.

Аллергический конъюнктивит периодически обостряется, что тесно связано с этиологическими факторами. В соскобе с конъюнктивы обнаруживают эозинофилы, специфическое иммунологическое обследование дает положительные результаты.

Различают отечную, капиллярную, фолликулярную и стертую формы аллергического конъюнктивита.

При аллергическом конъюнктивите роговица вовлекается в процесс редко, при этом поражаются только поверхностные эпителиальные слои (поверхностный, точечный, краевой кератит).

В зависимости от этиологического фактора различают инфекционный, медикаментозный и алиментарный аллергический конъюнктивит.

*Алиментарный атопический аллергический конъюнктивит* наиболее часто проявляется как аллергический отек Квинке в области век. Известен ряд сильно сенсибилизирующих пищевых продуктов: коровье молоко, яйцо, пшеничный хлеб, шоколад, орехи, томаты, цитрусовые, речная рыба, ягоды и т. д. Диагностике пищевой аллергии помогает пищевой дневник, который рекомендуют вести больному.

*Сезонные аллергические конъюнктивиты* сопровождаются резкой гиперемией конъюнктивы век и глазного яблока, хемозом, гиперплазией сосочков. Поражение роговицы имеет вид поверхностного точечного кератита. Сезонные аллергические конъюнктивиты появляются внезапно в период цветения различных растений. У больного, чувствительного к пыльце, появляются обильный насморк, чихание, слезотечение и светобоязнь, зуд в области глаз, носа, твердого неба. Аллергенами могут быть злаки – тимофеевка, ежа сборная, мятлик и овсяница. К эпидермальным аллергенам отнести можно пух, шерсть, пыль.

*Инфекционные аллергические конъюнктивиты* имеют хроническое круглогодичное течение. Длительное пребывание микроорганизмов в конъюнктивальной полости сенсибилизирует ткани. При бактериологическом исследовании в конъюнктивальной полости находят патогенные стафилококки, стрептококки и т. д. При цитологическом исследовании обнаруживают эозинофильные полинуклеары. При аллергологическом обследовании кожно-аллергические тесты с бактериальными аллергенами положительные.

*Медикаментозный аллергический конъюнктивит* встречается очень часто. В роле аллергенов могут выступать антибиотики, сульфаниламиды, анестетики, мидриатики, миотики, витамины. Бывают аллергические реакции и на шовный материал (кетгут). Сенсибилизация в этом случае проявляется в виде зудящей сыпи, крапивницы, ринита, повышения температуры, часто бывает эозинофилия.

*Весенний аллергический конъюнктивит* (катар), как правило, начинается в феврале, особенно частые обострения и рецидивы бывают в марте – апреле. Клиническая картина включает в себя повышенную зрительную утомляемость, чувство инородного тела в глазах, сильный зуд. Условно выделяют пальпебральную, бульбарную (лимбальную) и смешанную формы. Гипертрофические изменения сосочков на верхних веках напоминают «булыжную мостовую». Иногда поражается роговица и появляется поверхностный кератит. *Гиперпапиллярный конъюнктивит* возникает при длительном контакте конъюнктивы верхнего века с инородным телом (контактные линзы, глазные протезы, швы после экстракции катаракты или кератопластики).

Больные жалуются на зуд и слизистое отделяемое, в тяжелых случаях появляется птоз. При осмотре выявляют гигантские (1 мм и более) сосочки конъюнктивы верхнего века. Клиническая картина схожа с проявлениями конъюнктивальной формы весеннего катара.

***Лечение аллергических конъюнктивитов*** предполагает использование специфических, неспецифических и симптоматических средств.

*Специфическая терапия*включает в себя прекращение контакта с предполагаемым аллергеном и повышение устойчивости к данному аллергену.

Специфическую гипосенсибилизацию проводят выявленным аллергеном. При специфической гипосенсибилизации соответствующими аллергенами вызывают образование антител, блокирующих соответствующий аллерген. Недостаток этой терапии заключается в ее длительности (месяцы).

*Неспецифическая терапия* осуществляется тогда, когда аллерген не выявлен. Она состоит в применении антигистаминных препаратов.

При системной антиаллергической терапии чаще всего используют димедрол, супрастин, диазолин, тавегил, кларитин, эбастин, зиртек. Препараты назначают курсами по 10 дней, чередуя их. Применяется также гистаглобулин (гистаглобин). Этот препарат приводит к образованию антигистаминных антител.

*Местная антиаллергическая терапия* предполагает инстилляции: антигистаминных препаратов: опатанол, антазолин + тетразолин; аллергофтал; аллергодил 0,05%; препаратов, тормозящих дегрануляцию тучных клеток: лекролин 2%, кромогексал 2%; аломид 0,1%, кузикром 2%; кортикостероидов: дексаметазон, максидекс, пренацид; НПВП: диклофенак (наклоф 0,1%, диклоф 0,1%), индометацин (индо-коллир 0,1%).

**Грибковые конъюнктивиты**

Патогенными для органа зрения считаются до 50 видов грибов. Наибольшее значение среди них имеют дрожжеподобные, плесневые мицеты, дерматофиты. Грибы внедряются в ткани глаза из окружающей среды или заносятся из микотических очагов на коже и слизистых оболочек других частей тела, реже попадают гематогенным путем. Большое значение для внедрения грибковой инфекции в ткани глаза имеют поверхностные повреждения роговицы и конъюнктивы.

Грибковые конъюнктивиты сопровождаются микозами век и роговицы и чаще развиваются у пациентов с ослабленным иммунитетом.

Грибковые конъюнктивиты делят на гранулематозные и экссудативные.

**Гранулематозные грибковые конъюнктивиты**

Общим симптомов для гранулематозных конъюнктивитов является увеличение лимфатических узлов. Узлы могут нагнаиваться, в гное содержатся грибы. На фоне отека и гиперемии конъюнктивы появляются гранулематозные разрастания или включения. Подобные изменения возникают при споротрихозе, риноспоридозе, актиномикозе.

При кокцидиозе на гиперемированной и отечной конъюнктиве появляются фликтеноподобные образования.

Грибковый конъюнктивит, вызываемый Penicllum viridans, вызывает появление поверхностных язв конъюнктивы с зеленоватым налетом.

**Экссудативные грибковые конъюнктивиты**

Возбудители – грибы Candida albicans и аспергиллы. На гиперемированной конъюнктиве век появляется псевдомембранозный налет.

При внеглазной локализации воспалительного процесса, вызываемого этими грибами, может развиться аллергический конъюнктивит.

***Лечение*** одинаковое для всех грибковых конъюнктивитов. В конъюнктивальную полость 3—6 раз в день закапывают раствор, содержащий 3—8 мг/мл амфотерицина В (глазные капли изготовляют ex temporae); 5% раствор натамицина; раствор, содержащий 50 000 ЕД/мл нистатина (глазные капли изготовляют ex temporae); 2—3 раза в день закладывают мазь, содержащую 100000 ЕД/г нистатина (изготовляют ex temporae). Системная терапия включает флуконазол внутрь по 200 мг/сут 1 раз в день; в 1-й день дозу увеличивают в 2 раза; курс лечения – несколько месяцев или внутрь итраконазол по 100—200 мг/сут 1 раз в день в течение от 3 нед до 7 мес. При обширных поражениях различных структур органа зрения вводят амфотерицин В по 0,5—1 мг/(кг/сут) внутривенно капельно на 5% растворе глюкозы со скоростью 0,2—0,4 мг/кг/ч). Курс лечения зависит от тяжести заболевания.

**Меры профилактики острых конъюнктивитов**

Для предупреждения вспышек острых конъюнктивитов медицинский персонал клиник и работники дошкольных и школьных учреждений должны соблюдать противоэпидемические и санитарно-гигиенические правила.

Для прекращения распространения инфекции необходимо изолировать заболевшего; пользоваться индивидуальными пипетками и палочками для закапывания капель и закладывания мазей; строго следить за пользованием индивидуальными полотенцами и спальными принадлежностями; тщательно мыть руки с мылом.

При конъюнктивите в одном глазу часто мыть руки и вытирать их одноразовыми салфетками или полотенцем, применять отдельные одноразовые салфетки или тампоны для вытирания каждого глаза.

Новые контактные линзы можно применять только после полного исчезновения симптомов. Для профилактики конъюнктивита необходим систематический уход за контактными линзами и глазными протезами. Не на последнем месте стоит и общепринятая профилактика инфекций: ежедневная влажная уборка помещения с применением 1% раствора хлорамина, 3% раствора хлорной извести. Ручки дверей протирают 5% раствором фенола.

После клинического выздоровления берут мазок и делают посев на флору из конъюнктивального мешка каждого глаза. Только полная санация, т. е. отсутствие патогенной флоры, может гарантировать, что процесс не перешел в латентную хроническую форму и пациент не может быть источником заражения окружающих.

**Демодекоз**. Одним из наиболее частых заболеваний глаз, которое поражает кожу вокруг них, является демодекоз. Это – паразитарная патология, возбудителем которой служит клещ-железница или демодекс. Он обитает в волосяных фолликулах вокруг глаз, мейбомиевых железах век и сальных железах кожи. Это заболевание глаз у взрослых встречается намного чаще, чем в раннем возрасте. У пожилых людей демодекс определяется почти в 90% случаев, а у детей обнаруживается крайне редко. Зачастую этот паразит никак не проявляет себя клинически, но становится патогенным при: нарушениях функций сальных желез; изменениях состава кожного сала; заболеваниях печени, желудочно-кишечного тракта, нервной системы; нарушениях функций эндокринных желез. Обычно очаги поражения локализуются на лице, особенно вокруг глаз, на веках, а также около рта и на носу. Характерные симптомы покраснение; шелушение; высыпания воспалительного или пузырькового характера; блефарит. Демодекоз имеет хронический характер, для него характерны периодические обострения в весенне-осенний период. Терапия его достаточно длительная и эффективна только при строгом соблюдении всех мер личной гигиены для предупреждения повторного самозаражения.

**Лечение** проводится дерматологом обычно в амбулаторных условиях. Оно включает применение специфических наружных средств в комбинации с приемом внутрь препаратов хинолинового ряда и антигистаминных соединений.

**ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕК**

**Колобома века** – это сегментарный дефект века, захватывающий все его слои. В большинстве случаев является врожденным нарушением, но может развиваться и вследствие травм или осложнений. Встречается она чаще на верхних веках, хотя иногда поражает и нижние. Обычно дефект обладает формой треугольника, основание которого находится у ресничного края века. Так как дефект захватывает все слои века, то в области колобомы отсутствуют железы и ресницы. Данное заболевание представляет весьма серьезную опасность для глаза, так как часто приводит к вторичным заболеваниям органов зрения, таких как кератит или дистрофия роговой оболочки. Наиболее эффективный способ лечения – оперативное вмешательство, которое заключается в иссечении колобомы и перемещении кожно-мышечного лоскута на место дефекта. С помощью такой пластики происходит формирование физиологичного края века, которое препятствует развитию осложнений, а также птоза или заворота век.

**Анкилоблефарон.** Эта патология характеризуется частичным или полным сращением краев век. Данное заболевание может быть как врожденным, так и приобретенным, возникшим в результате рубцовых изменений на краях век вследствие травм или ожогов.

Лечение патологии хирургическое.

**Птоз** - аномально низкое расположение верхних век по отношению к глазным яблокам. Данная патология бывает врожденной и приобретенной. Причины птоза повреждения глазодвигательного нерва (в таких случаях птоз сопровождает паралич мышц глазного яблока, что проявляется двоением изображения в глазах и расширением зрачка); синдром Горнера, который сопровождается отсутствием потоотделения на пораженной стороне и сужением зрачка; тяжелые патологии мышц, которые проявляются слабостью и повышенной утомляемостью; изолированное поражение мышцы поднимающей верхнее веко; многие неврологические заболевания (инсульты, энцефалиты и т.д.).

 Лечение этого заболевания преимущественно хирургическое с обязательной терапией основной патологии.

**Заворот века.** При завороте века его свободный край поворачивается к глазному яблоку. Причиной развития патологии служат спастические или судорожные сокращения каких-либо частей круговой мышцы глаза. Кроме того, это может быть последствием рубцовых стягиваний конъюнктивы и хряща века, возникающих при некоторых хронических заболеваниях глаз, например, при трахоме. При завороте века или энтропионе ресницы трутся о поверхность конъюнктивы и роговицы, что быстро приводит к раздражению, покраснению глаза и обильному слезотечению. Наиболее эффективный метод лечения энтропиона – оперативный.

**Выворот века**. Выворот края глазного века наружу называется эктропион. Он может быть небольшим (веко просто неплотно прилегает к глазному яблоку или немного отвисает), а может иметь и значительную выраженность (конъюнктива выворачивается на некотором участке или на всем протяжении века, постепенно сохнет и увеличивается). От глаза вместе с веком отходит и слезная точка – это приводит к повреждению кожи вокруг глаза и слезотечению. Несмыкание глазной щели может приводить к развитию различных инфекционных заболеваний и кератита с помутнением роговицы. Причины эктропиона возрастные изменения, при которых вследствие ослабления мышц глаза отвисает нижнее веко; паралич круговой мышцы глаза (паралитический и спастический эктропион); стягивание кожи век после ожогов, травм, системной красной волчанки и др. (рубцовый выворот).

Лечение. При спастическом вывороте применяется терапия, направленная на лечение его причины. При остальных видах эктропиона показано хирургическое вмешательство.

**Блефарит** – это краевое воспаление век. Причины блефарита хронические аллергические и инфекционные заболевания; вирусные инфекции; анемия; недостаток витаминов; заболевания пищеварительного тракта, зубов и носоглотки; нелеченные патологии зрения. Основным возбудителем при инфекционной природе заболевания является золотистый стафилококк. Также развитию блефарита способствует постоянное раздражение глаза пылью, дымом и ветром. Патологическое состояние, как правило, возникает при стойких снижениях иммунитета. Кроме того, в результате попадания на веки или в глаза косметических средств, раздражающих кожу, или вследствие приема некоторых лекарственных препаратов может развиваться аллергический блефарит. Симптомы блефарита. При легком течении края век краснеют, слегка припухают и покрываются у корней ресниц мелкими серо-белыми чешуйками, которые легко отделяются. Больные жалуются на ощущение тяжести век, зуд под ресницами и их выпадение. Глаза слезятся, очень быстро устают, чувствительны к яркому свету, ветру, пыли и т.д. При более тяжелом течении по краям век образуются гнойные корочки, при отделении которых обнажаются мелкие кровоточащие язвочки. Их рубцевание может приводить к деформациям век и неправильному росту ресниц, которые могут расти даже по направлению к глазу. Ресницы становятся тонкими, редкими, легко выпадают. Иногда заболевание может и не вызывать образования язвочек и чешуек. В этом случае покрасневшие края век будут утолщены и увлажнены, а при надавливании на хрящ будет выделяться маслянистый секрет.

Лечение. При язвенном блефарите необходимо тщательно соблюдать гигиену век. Отделяемое и корочки удаляются влажным ватным тампоном. Если корки грубые – их нужно предварительно размягчить влажными примочками или мазью, содержащей кортикостероиды и антибиотики. При себорейном блефарите также необходимо следить за гигиеной век. Кроме этого применяется гидрокортизоновая мазь и глазные капли (офтагель). При демодекозном блефарите основная цель терапии – снижение уровня поражения клещами. Веки необходимо дважды в день протирать тампоном с физраствором. Края век смазывают гидрокортизоновой и дексагентамициновой мазью. Важно, чтобы края век были покрыты мазью перед сном – это нарушит жизненный цикл клещей. В лечении аллергического блефарита на первом месте находится устранение аллергена. Кроме этого терапия включает длительное использование противоаллергических глазных капель и смазывание краев век кортикостероидной мазью. При инфекционно-аллергических блефаритах используют дексагентамициновую мазь или макситрол. Абсцесс века Абсцессом века называется ограниченное воспаление ткани века с образованием в ней полости, которая заполнена гноем. Чаще всего абсцесс развивается как следствие инфицированного ранения века. Причины абсцесса века ячмень; фурункулы; язвенные блефариты; гнойные процессы в орбите глаза и придаточных носовых пазухах. При абсцессе веко отечно, болезненно, кожа покрасневшая, горячая на ощупь и напряжена. Постепенно пораженная область начинает приобретать желтоватый оттенок, и появляется участок размягчения. Абсцесс может вскрыться самопроизвольно с выделением гноя – в этом случае воспалительные явления стихают, но зачастую остается свищ, который свидетельствует о том, что источник воспаления все еще не устранен. Для лечения назначаются сульфаниламиды и антибиотики, а также сульфадиметоксин внутрь. Кроме того, при начале размягчения абсцесс лучше хирургически вскрыть в стерильных условиях.

**Трихиаз -** неправильный рост и расположение ресниц, которое возникает вследствие язвенного блефарита, трахомы и других патологий. Ресницы направлены к глазу, раздражая его роговицу и конъюнктиву, что вызывает воспаление. Основной метод лечения – хирургический. Отек века Отёк века обусловлен аномальным увеличением содержания жидкости в его подкожной клетчатке. К появлению отека приводят: болезни сердца, почек и щитовидной железы; травмы; укусы насекомых; нарушения лимфооттока; затеки черепно-мозговой жидкости. Развитию отека век способствуют высокая растяжимость кожи в этой области, богатое кровоснабжение век, очень рыхлая структура подкожной клетчатки, а также ее способность накапливать жидкость. Клинически воспалительный отек проявляется местным повышением температуры, выраженным покраснением кожи и болезненностью при ощупывании. Чаще такие отеки односторонние. Иногда отмечают болезненность и увеличение лимфатических узлов. При невоспалительных отеках кожа век «холодная», бледная, а ощупывание века безболезненно. В этих случаях отеки, как правило, двусторонние, более выражены по утрам и часто сочетаются с отеком ног или живота. Аллергический отек обычно значительно выражен, развивается внезапно, не сопровождается болью и быстро исчезает. Его возникновению часто предшествует чувство разбитости, головная боль и повышенная утомляемость. Причиной развития такого отека является аллергическая реакция организма на какие-либо раздражители.

**Ячмень -** острое гнойное воспаление сальной железы, находящейся около ресничной луковицы или волосяного мешочка ресницы. Выделяют также внутренний ячмень, обусловленный воспалением дольки мейбомиевой железы (мейбомит). Чаще всего ячмень на глазу вызывается бактериальной инфекцией (в 90% случаев – это золотистый стафилококк) при ослабленном иммунитете у пациентов с пониженной сопротивляемостью к различным инфекциям. Нередко ячмень возникает на фоне простуды, воспаления околоносовых пазух, тонзиллита, заболеваний зубов, нарушений в желудочно-кишечном тракте, при глистных инвазиях, фурункулезе, сахарном диабете. Симптомы обеих форм ячменя – это отек и воспаление края века, краснота и болезненность. В начальных стадиях появляется болезненная точка на крае века или на самом веке со стороны конъюнктивы при воспалении сальной железы. Затем вокруг этой точки возникает припухлость, покраснение кожи и конъюнктивы. По прошествии двух – трех дней в данной области появляется желтая «головка» ячменя, при вскрытии которой выделяются гной и иногда кусочки ткани. Заболевание может носить рецидивирующий характер.

Лечение ячменя в начале процесса заключено в смачивании области болезненной точки на веке 70% этиловым спиртом от 3 до 5 раз в день. Во многих случаях это позволяет остановить дальнейшее развитие патологии. При уже сформировавшемся ячмене применяют антибиотики и сульфаниламидные препараты в виде мазей и капель, сухое тепло и УВЧ-терапию. Если начинает нарастать температура тела и симптомы общего недомогания, то антибиотики назначают также и внутрь. При ячмене не рекомендуется использовать компрессы или влажные примочки, поскольку они способствуют распространению инфекции. При мейбомите воспаление развивается не так остро, и внутренний ячмень вскрывается чаще в конъюнктивальный мешок. Но в некоторых случаях после него развивается патология под названием халязион.

**Халязион** – это киста сальной железы века, возникшая вследствие закупорки ее протока, вызванной хроническим воспалением окружающих тканей. Содержимое железы в таких случаях превращается в желеобразную массу, а на веке можно прощупать плотное образование величиной с небольшую горошину. Кожа в этом месте подвижна и приподнята, а со стороны конъюнктивы определяется участок покраснения с зоной сероватого цвета в самом центре. Причины халязиона последствия ячменя; снижение защитных функций организма; простудные заболевания; переохлаждения; нарушения правил личной гигиены; длительное ношение неудобных контактных линз; очень жирная кожа; увеличение продукции сальной железы. Для лечения на ранних стадиях применяют бактерицидные капли и мази с антибиотиками. Радикальным способом служит хирургический метод. Амбулаторно под местной анестезией на веко накладывается специальный зажим, и содержимое халязиона удаляют через разрез кожи или конъюнктивы вместе с капсулой. Вся операция занимает лишь несколько минут.

**Лагофтальм** - состояние неполного смыкания глазной щели. Развивается он на фоне невритов, после травм век, а также может стать следствием врожденного укорочения век. Из-за чрезмерного освещения данная патология может приводить к повреждениям роговицы. Кроме того, лагофтальм вызывает высыхание роговицы и конъюнктивы, которое осложняется эрозией или кератитом. Кроме терапии основного заболевания применяют закапывание в глаз обеззараживающих капель и «искусственной слезы». Для препятствия высыханию и для профилактики инфекционных поражений в глаз на ночь закладывается мазь с антибиотиками, стерильное вазелиновое или облепиховое масло. При тяжелых формах лагофтальма возможно хирургическое вмешательство с частичным ушиванием глазной щели.

**Блефароспазм** – это непроизвольное сокращение мышц века. Чаще всего оно связано с другими заболеваниями глаз. Различают 3 вида блефароспазма: 1. защитный, возникающий при раздражении и воспалении переднего отдела глаза, слизистой оболочки или кожи век; 2. эссенциальный, который носит невротический навязчивый характер (тик), но также может иметь и органическую основу, например при тетании, хорее или эпилепсии; 3. сенильный, возникающий у пожилых людей в качестве изолированного синдрома. Лечение данной патологии основывается на устранении основного заболевания.

**Блефарохалазис** характеризуется увеличением количества ткани верхнего века. Собираясь в складки, она нависает над глазом и мешает зрению. Чаще заболевание возникает у молодых девушек. Причины его окончательно не установлены, но предполагается влияние сосудистых, эндокринных и невротических расстройств.

Лечение блефарохалазиса хирургическое – с иссечением лишней ткани и пластикой верхнего века.

**Контрольные вопросы**.

1. Начальные проявления трахомы.

2. Осложнения при гнойных заболеваниях век, конъюнктивы.

3. Принципы лечения хронических конъюнктивитов.

4. Классификация хронических конъюнктивитов.

5. Дифференциальная диагностика конъюнктивитов.

6. Классификация блефароптоза.

**ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ:**

**Вариант 1.**

*1.Веки являются:*

1. придаточной частью органа зрения;
2. защитным аппаратом органа зрения;
3. и тем, и другим;
4. ни тем, ни другим.

*2.При ранах век регенерация тканей:*

1. высокая;
2. низкая;
3. существенно не отличается от регенерации тканей других областей лица;
4. ниже, чем других областей лица.

*3.Ветвями глазничной артерии является:*

1. лобная артерия;
2. надглазничная артерия;
3. слезная артерия;
4. все перечисленное;
5. ни одна из перечисленных.

*4.Отток крови из век направляется:*

1. в сторону вен глазницы;
2. в сторону лицевых вен;
3. в оба направления;
4. ни в одно из перечисленных.

*5.Перикорнеальная инъекция свидетельствует о:*

1. конъюнктивите;
2. повышенном внутриглазном давлении;
3. воспалении сосудистого тракта;
4. любом из перечисленных;
5. ни при одном из перечисленных.

**Вариант 2**

*1.Симптомами птоза верхнего века являются:*

1. прикрытие верхним веком области зрачка;
2. почти полная или полная неподвижность верхнего века;
3. сужение глазной щели;
4. все перечисленное;

*2.Возможными осложнениями полного или почти полного*

*одностороннего птоза являются:*

1. амблиопия;
2. косоглазие;
3. атрофия зрительного нерва;
4. все перечисленное;
5. все верно

*3.При язвенном блефарите изменения век носят характер:*

1.кровоточащих язвочек с гнойным налетом;

2.заворота век;

3.выворота века;

4.всего перечисленного.

*4.При лагофтальме возможно возникновение:*

1.эрозии роговицы из-за травматизма ресниц;

2.ксероза роговицы;

3.экзофтальма;

4.всего перечисленного.

*5.При лагофтальме необходимо проводить:*

1.инстилляцию дезинфицирующих капель;

2.использование глазных мазей;

3.в некоторых случаях - блефароррафию;

4.все перечисленное;

**Вариант 3**

*1.Клинические признаки эмфиземы век включают:*

1.крепитацию;

2.отек;

3.целостность кожных покровов;

4.все перечисленное верно.

*2.Отличие эмфиземы век от воспалительного отека характеризуется:*

1.наличием гиперемии кожи век;

 2.болезненностью при пальпации век;

3.наличием крепитации;

4.всем перечисленным;

*3.Ангионевротический отек Квинке характеризуется:*

1.отеком век одного глаза, распространяющимся на кожу лица;

2.чаще развивается на верхнем веке;

3.точечными поверхностными помутнениями роговицы;

4.всем перечисленным.

*4.Травматический отек век сопровождается:*

1.обширными подкожными кровоизлияниями с синюшным оттенком;

2.блефароспазмом и слезотечением;

3.зудом;

4.всем перечисленным;

*5.К клиническим признакам абсцесса века относятся:*

1.локальный отек век;

 2.локальная гиперемия век;

3.разлитая гиперемия и инфильтрация век;

4.все перечисленное;

**Вариант 4**

*1.Показаниями к вскрытию абсцесса века является:*

1.появление флюктуации;

2.выраженная гиперемия век;

3.уплотнение ткани века;

4.болезненность при пальпации.

*2.При абсцессе века необходимо:*

1.обколоть инфильтрат антибиотиками;

2.назначить УВЧ, сухое тепло;

3.при наличии симптома "флюктуации" - вскрыть и дренировать гнойник;

4.все перечисленное.

*3.Хроническое воспаление мейбомиевых желез - это:*

1.ячмень;

2.халазион;

3.абсцесс века;

4.внутренний ячмень.

*4.При халазионе века необходимо:*

1.проводить лечение токами УВЧ, электрофорез;

2.ввести кеналог в патологический процесс или провести хирургическое лечение;

3.проводить инстилляции дезинфицирующих капель;

 4.заложить гидрокортизоновую мазь.

*5.Чешуйчатый блефарит характеризуется:*

1.покраснением краев век;

2.утолщением краев век;

3.мучительным зудом в веках;

4.корни ресниц покрыты сухими чешуйками;

5.всем перечисленным.

**Вариант 5**

*1.При абсцессе века необходимо:*

1.обколоть инфильтрат антибиотиками;

2.назначить УВЧ, сухое тепло;

3.при наличии симптома "флюктуации" - вскрыть и дренировать гнойник;

4.все перечисленное.

*2.Хроническое воспаление мейбомиевых желез - это:*

1.ячмень;

2.халазион;

3.абсцесс века;

4.внутренний ячмень.

*3.При халазионе века необходимо:*

1.проводить лечение токами УВЧ, электрофорез;

2.ввести кеналог в патологический процесс или провести хирургическое лечение;

3.проводить инстилляции дезинфицирующих капель;

4.заложить гидрокортизоновую мазь.

*4.Чешуйчатый блефарит характеризуется:*

1.покраснением краев век;

2.утолщением краев век;

3.мучительным зудом в веках;

4.корни ресниц покрыты сухими чешуйками;

5.всем перечисленным.

*5.При язвенном блефарите изменения век носят характер:*

1.кровоточащих язвочек с гнойным налетом;

2.заворота век;

3.выворота века;

4.всего перечисленного.

**СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ**

**Задача №1**

 Больная М., 23 лет, предъявляет жалобы на боль, припухлость, покраснение верхнего века правого глаза отечно, в средней трети у края века – воспалительный инфильтрат багрового цвета с желтоватой вершиной, болезненный при пальпации. Рост ресниц правильный. Глазное яблоко без патологии. Острота зрения правого глаза = 1,0.

**Задача№2**

 Больной жалуется на небольшую припухлость верхнего века левого глаза, постепенно увеличивающуюся в размерах. Объективно: под кожей верхнего века левого глаза в средней трети определяется неподвижное образование округлой формы, диаметром 5 мм, безболезненное при пальпации. Кожа над ним подвижна, не изменена. Со стороны конъюнктивы образование просматривается в виде сероватой припухлости. Других изменений нет. Поставить диагноз, назначить лечение.

**Задача №3**

 Больной 27 лет, жалуется на зуд за веками, сонливость, особенно при чтении, которые беспокоят последние 2 месяца. Объективно: края век утолщены, гиперемированы, кожа и корни ресниц покрыты отрубевидными беловатыми чешуйками, напоминающими перхоть. Конъюнктива век гиперемирована. Острота зрения обоих глаз равна 1,0. Поставить диагноз и назначить лечение.

**Задача №4**

 Больная 25 лет, жалуется на боль, припухлость верхнего века правого глаза, появившиеся 2 дня назад без видимой причины. Объективно: верхнее веко правого глаза отечно, в средней трети у края века инфильтрат багрового цвета и желтоватой вершиной, болезненный при пальпации. Поставить диагноз, назначить лечение.

**Задача № 5**

 Со слов матери у 4-х летнего ребенка долгое время на ресницах была «перхоть», а в последнее время по краю век появились корочки. Объективно: края век утолщены, гиперемированы, на коже у корней ресниц имеются желтые корочки, попытка их удалить болезненна. После удаления корочек обнажается эрозированная поверхность. Конъюнктива век гиперемирована. Острота зрения обоих гдаз – 0,6 н/к. Скиаскопически: H 4,0Д. Поставить диагноз, назначить лечение.

**Литература:**

1.Офтальмология. Учебник/под ред. Е.И.Сидоренко.-М.:Гэотар-Мед,2002.-

с. 154-172

 2. Тахчиди Х.П. Офтальмология: Учебник.- М.:, ГЭОТАР-Медиа, 2011г.

 С. 134-165

**Дополнительная:**

1.Егоров Е.А., Басинский С.И. Клинические лекции по офтальмологии: Учеб.пособие. – М.: ГЭОТАР- Медиа, 2007. – 288с.

2.Секреты офтальмологии. Джеймс Ф. Вэндер, Дженис А. Голтон/Под ред. Ю.С.Астахова.-«Медпресс-информ», 2005, 462с.

3.Атлас по офтальмологии. Т. Шлоте, Й. Мильке, М. Грюб, Й.М.Рорбах/ Под ред.А.Н.Амирова.-«Медпресс-информ», 2010,263 с.