

ПОЛТАВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кафедра оториноларингології з офтальмологією

Дисципліна «Офтальмологія»

ОФТАЛЬМОЛОГІЯ:

ФУНКЦІЇ ОКА;

МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОКА;

ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

ПЕРЕДНЬОГО ВІДРІЗКУ ОКА

Професор Безкоровайна І.М.

ПЛАН ЛЕКЦІЙ:

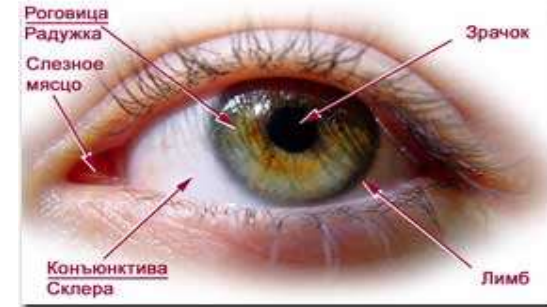
1. Функції зорового аналізатора у віковому аспекті.
2. Головні діагностичні методи в офтальмології.
3. Сліпота. Поняття «норма» та «патологія» органу зору.
4. Досягнення сучасної офтальмології:
 - історія офтальмології світу;
 - досягнення офтальмологів України;
 - Київська школа офтальмологів.
5. Рефракція ока.
 - види клінічної рефракції
 - профілактика, методи хірургічного та консервативного лікування аномалій клінічної рефракції.
6. Ячмінь, етіологія, клініка, можливі ускладнення, лікування.
7. Абсцес повік та флегмона повік: етіологія, клініка, невідкладна допомога та лікування.
8. Хронічний дакріоцистит у дітей та дорослих: причини, клініка, методи лікування.
9. Гострий дакріоцистит: етіологія, клініка, можливі ускладнення, невідкладна допомога та лікування.
10. Периостит очниці; етіологія, клінічні прояви, принципи лікування.
11. Флегмона очниці: етіологія, клініка, ускладнення, невідкладна допомога та принципи лікування.
12. Патогенетичні аспекти запалення, етіологія, місцеві прояви в органі зору.
13. Характеристика одного з головних симптомів запалення-ін'єкції ока, її види.
14. Анатомо-фізіологічні особливості кон'юнктиви. Класифікація, клінічні прояви, принципи лікування кон'юнктивітів.
15. Анатомо-фізіологічні особливості рогівки. Класифікація, клінічні прояви, сучасні методи лікування кератитів.
16. Поняття іридоцикліт та увеїт. Класифікація, етіологічні причини, особливості перебігу іридоциклітів.
17. Особливості перебігу іридоциклітів у дітей.
18. Клініка ретинітів, особливості перебігу в залежності від локалізації процесу.
19. Загальні висновки

ОРГАН ЗОРУ ФУНКЦІЇ ЗОРУ

Зір - великий дар. Не дарма кажуть:

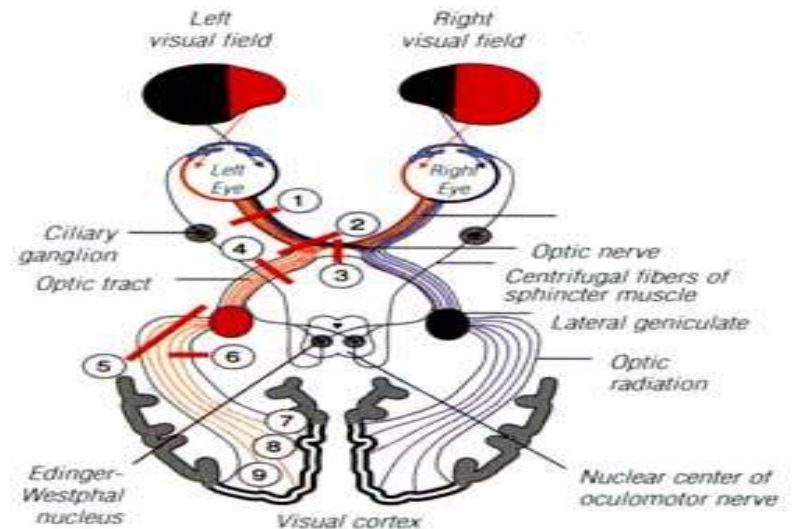
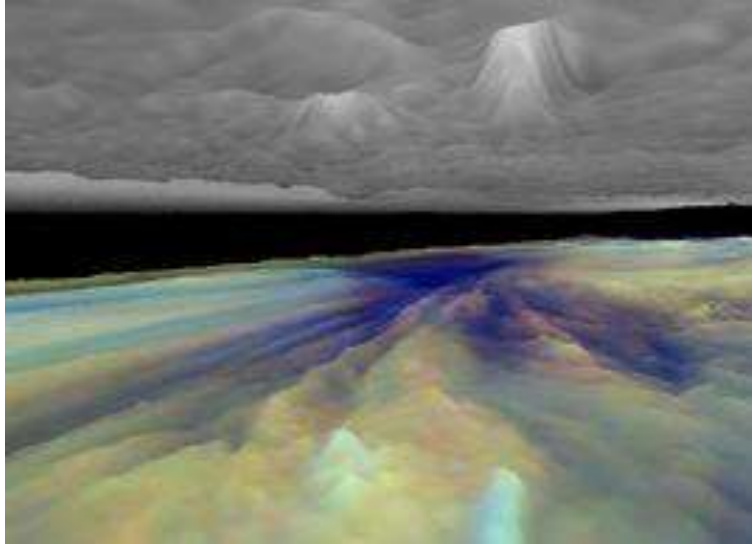
«берегти як зіницю • ока».

- За допомогою зору людина отримує 80% інформації про навколишній світ



Людина бачить не очима, а за допомогою очей, звідки інформація передається через зоровий нерв, хіазму, зорові тракти в потиличну долю кори головного мозку, де формується та картина зовнішнього світу, яку ми бачимо. Всі ці органи і складають наш зоровий аналізатор або зорову систему.

- Наш зір є бінокулярним (два ока) і стереоскопічним (ми бачимо предмети в тривимірному зображенні), що обумовлено будовою очей.
- Права половина сітківки кожного ока передає через зоровий нерв "праву частину" зображення в праву частину головного мозку, аналогічно діє ліва сторона сітківки. Потім дві частини зображення - праву і ліву - головний мозок з'єднує воєдино.



- **Зір** - фізіологічний процес сприйняття форми, величини і кольору предметів, їх взаємного розташування, відстаней між ними. Джерелом зорових сприйнятьтів служить світло, випромінюване або відбите предметами зовнішнього світу.
- Око володіє чотирма основними зоровими функціями, які відносяться до центрального і периферичного зору:
- **Центральний зір** - це здатність чітко розрізняти деталі предметів і їх колір. Центральний зір характеризується гостротою зору і кольоросприйняттям.
- **Периферичний зір** - це здатність ока сприймати обсяг навколишнього простору, коли око нерухоме і світловідчуття (здатність ока сприймати мінімальну кількість світла). Периферичний зір характеризується полем зору і темною адаптацією.





- **Центральний зір** - центральна ділянка видимого простору. Ця функція органу зору здійснюється центральною (макулярною) зоною сітківки. *Призначення центрального зору* - сприймати дрібні предмети або їх деталі (наприклад, окремі літери при читанні книги). Цей зір є найвищим і характеризується поняттям **«гострота зору»**. Існують народності і племена, у яких гострота зору досягає 6,0 і більше одиниць. Був описаний житель Бреслау з гостротою зору 60 одиниць, який неозброєним оком розрізняв супутники Юпітера, видимі із Землі під кутом зору в одну секунду.

- *Зорові функції дитячих очей* мають тривалий період дозрівання. Від народження - світлоспийняття,
до 6 місяців - від тисячних часток одиниці до десятих,
3 роки - 0,2-0,3,
4 роки - 0,6,
на час вступу - 0,7-0,8.
Згодом гострота зору зростає і в середньому відповідає 1, іноді навіть 1,5-2.



РЕФРАКЦІЯ

- **Рефракція** – це заломлення світла в оптичній системі.
- **Оптична система ока:** світлозаломлюючі середовища (рогівка, волога передньої камери, кришталик та скловидне тіло) та світлосприймаючі (сітківка) структури.
- **Клінічна рефракція** – емметропія, аметропія (міопія, гіперметропія).

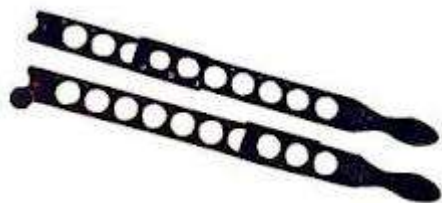
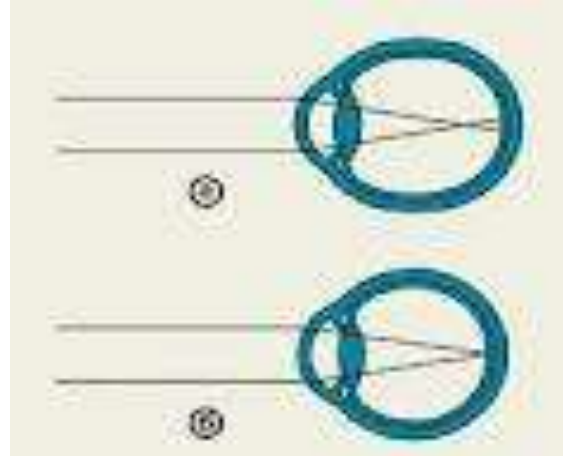


- Лише при нормальній рефракції ока (60 діоптрій), паралельні промені сходяться в центральній ямці сітківки, що дає чітке зображення.
- Око в деякій ступені само може змінювати свою заломлюючу силу при розгляданні предметів, що знаходяться на різній відстані. Це можливо завдяки тому, що змінюється кривизна, а відповідно, і заломлююча сила кришталіка. Таке пристосування (фокусування) ока до бачення на різній відстані називається *акомодацією*.

ПОРУШЕННЯ РЕФРАКЦІЇ

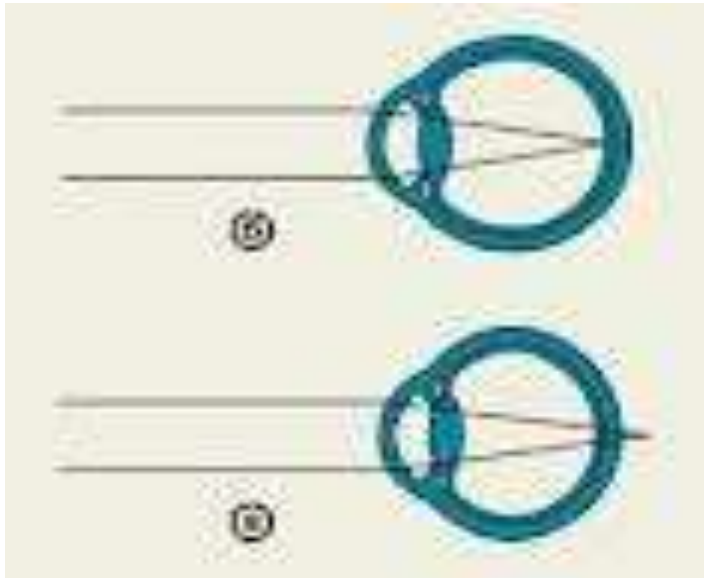
- За даними ВООЗ аномаліями рефракції ока страждають більше 45% населення всього світу. У нас цей показник дорівнює 48% і, постійно зростає у зв'язку з урбанізацією.
- У підлітків із зростанням зорового навантаження через роботу з комп'ютером, відзначається зростання аномалій рефракції і цей показник досягає 80%.
- Отже, відновлення повноцінного зору – одна з найважливіших проблем сучасної офтальмології. Для корекції зору використовуються окуляри, контактні лінзи, хірургічні та лазерні методи лікування зору.





- Вперше поняття короткозорість зустрічається в Аристотеля (384-322 рр. до н. е.) Він відмітив, що при слабкості прищуреного ока, до нього підносять близько те, що хочуть побачити. У Аристотеля вперше зустрічається і слово „ міопс”, що означає закривати очі, щуритись, від якого пішов сучасний термін міопія.
- **Короткозорість (міопія)**-це порушення рефракції ока, при якому зображення предметів формується перед сітківкою. У людей з короткозорістю або збільшена довжина ока – це осьова короткозорість, або око має велику заломлюючу силу, через що виникає невелика фокусна віддаль—це рефракційна короткозорість.Короткозорим людям добре видно близько і погано далеко. Віддалені предмети здаються розмитими, не чіткими. Для корекції використовують розсіюючі (негативні) лінзи.

- **Далекозорість (гіперметропія)** - особливість рефракції ока, при якій зображення далеких предметів в спокої акомодатії фокусуються за сітківкою.
- Далекозорість зазвичай виникає через те, що очне яблуко має круглішу форму, внаслідок коротшої довжини передньо-задньої осі. Часто неправильна, стисла форма очного яблука поєднується з недостатньою оптичною силою рогівки і кришталіка. Значно рідше далекозорість буває обумовлена тільки слабкістю оптичної системи ока при нормальній довжині очного яблука.
- Корегується збиральними (позитивними) лінзами



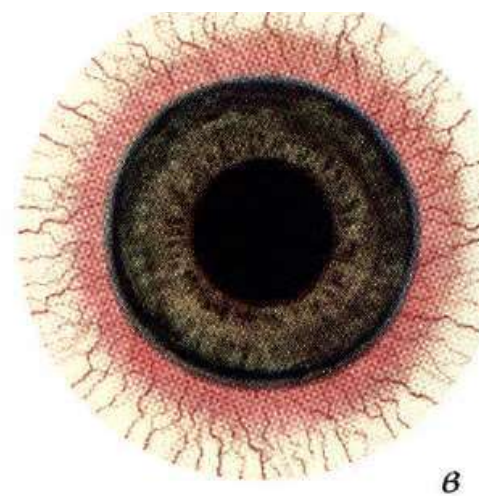
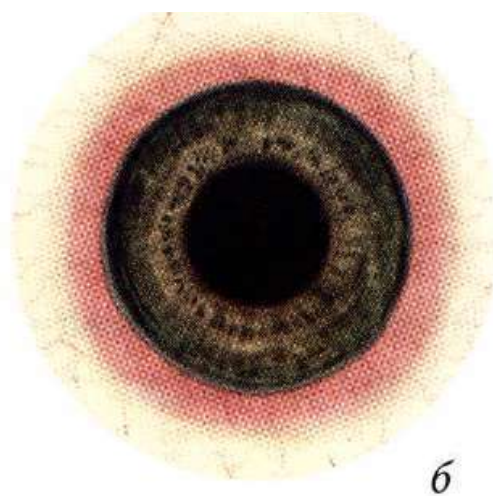
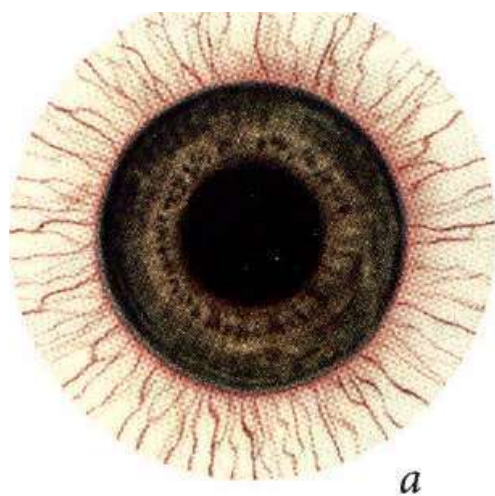
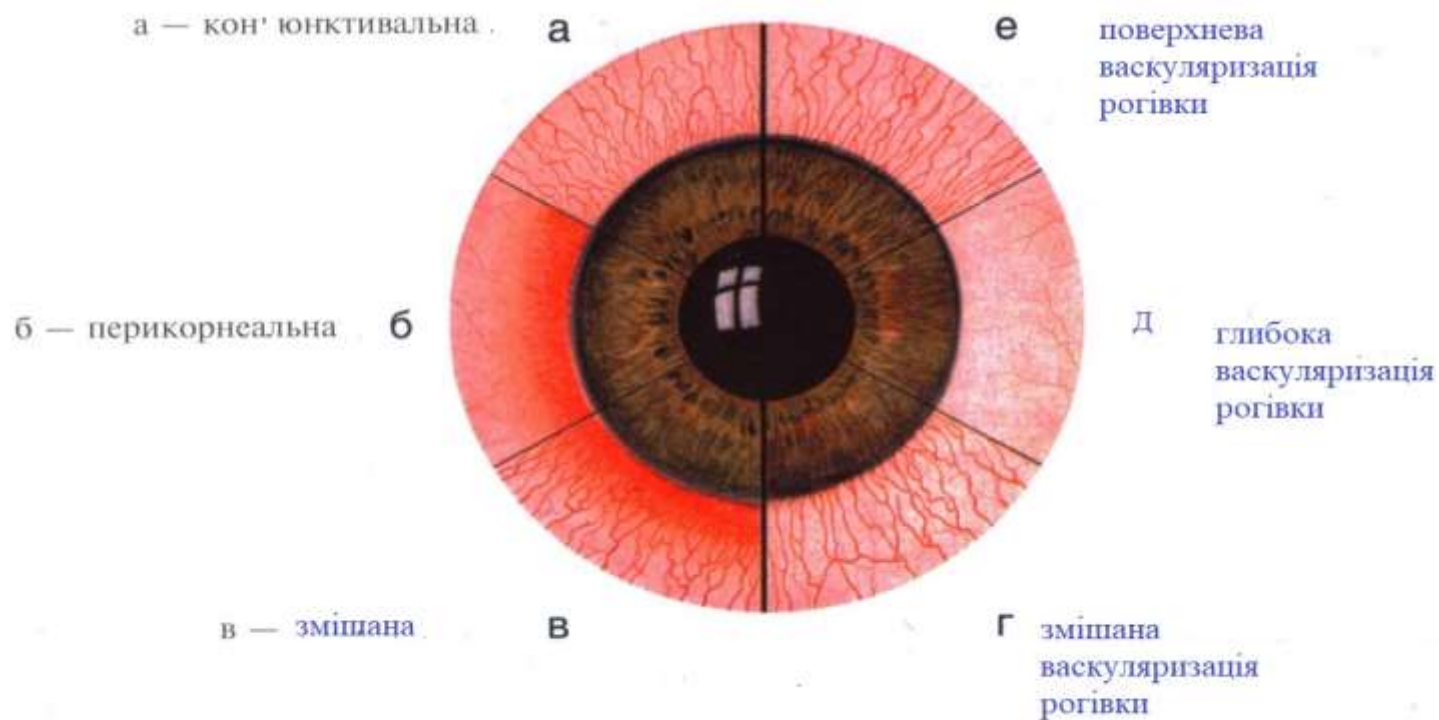
Червоне око



- Синдром «червоних очей» викликається розширенням поверхневих кровоносних судин (так звана ін'єкція судин)
- Причини: подразнення ока сухим повітрям, сонячним світлом, пилом, сторонніми тілами, як прояв алергічної реакції, внаслідок травми або запальних захворювань.

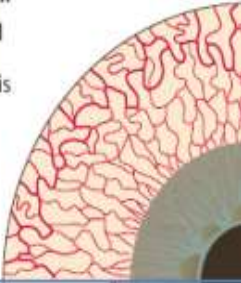


Види ін'єкції очного яблука

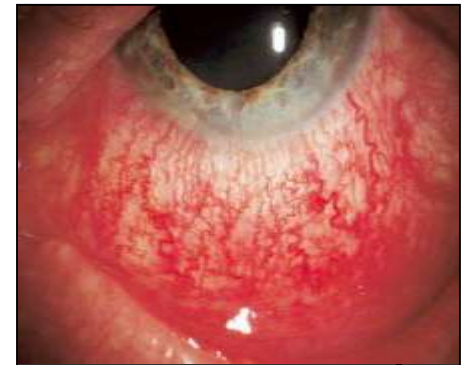


Кон'юнктивальна (поверхнева) ін'єкція

Conjunctival
Conjunctival
disorders;
conjunctivitis



Кон'юнктива має яскраво червоний колір, інтенсивність ін'єкції зменшується по напрямку до лімба. Проглядаються окремі судини кон'юнктиви



Приклад: кон'юнктивіти, запальні захворювання повік

Перикорнеальна (глибока) ін'єкція



Має рожево-фіолетовий відтінок, найбільш виражена навколо лімба і поступово зменшується по напрямку до склепінь. Окремі судини не розрізняються

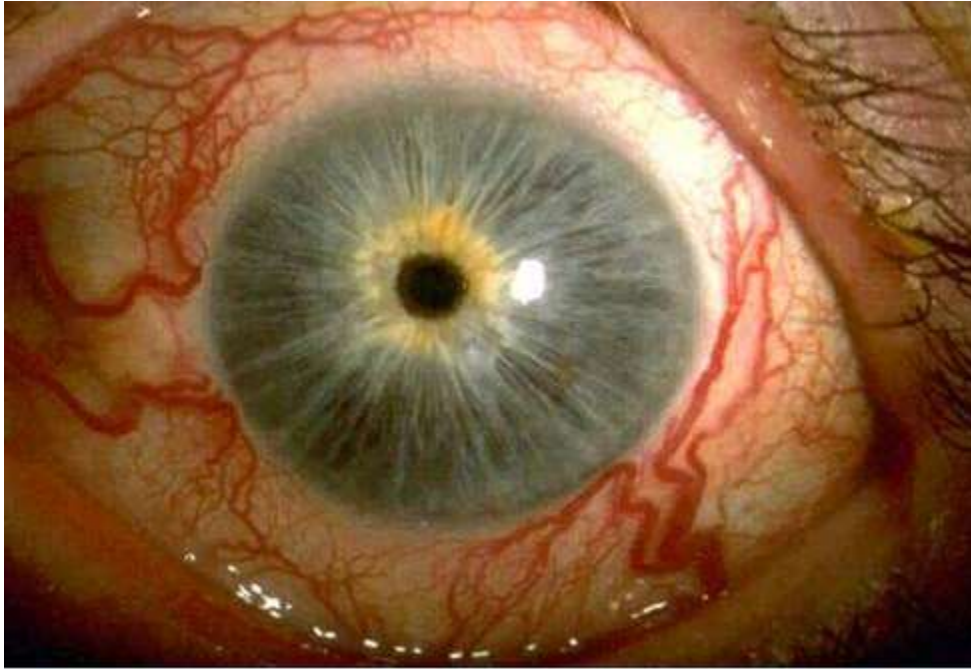
Приклад: кератити, увеїти

Змішана ін'єкція



Приклад: кератит, увеїт, кератокон'юнктивіт

Застійна ін'єкція



Багрово-синюшого кольору, з розширеними і звивистими венами. Кон'юнктива повік не змінена.

Приклад: гострий напад глаукоми.



«ЧЕРВОНЕ ОКО»

- Кон'юнктивіт
- Кератит
- Іридоцикліт
- Гострий напад глаукоми
- Субкон'юнктивальній крововилив
- Птерігій
- Запальні захворювання орбіти



Больовий синдром:

- Циліарний біль: виникає вночі і посилюється при надавлюванні на око;
- Рогівковий синдром: + світлобоязнь, слезотеча, блефароспазм;
- Глаукомний біль: характерна іррадіація, може супроводжуватися тошнотою і рвотою.
- Акомодацийна астенія: частіше головний біль, супроводжується загальною втомою.





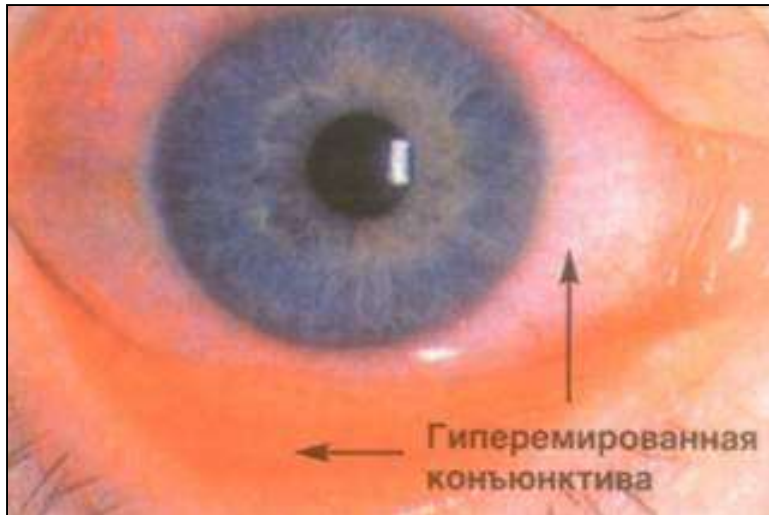
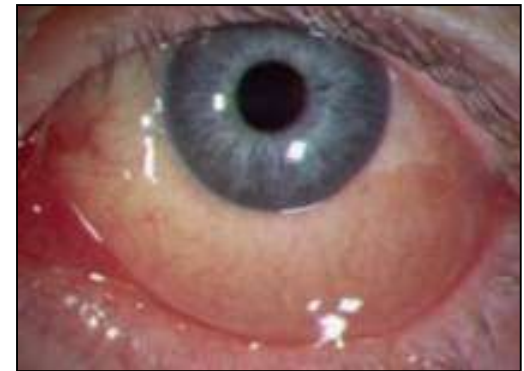
КОН'ЮНКТИВІТ

- Запальне захворювання слизової оболонки ока.
- Найчастіше захворювання очей з амбулат. прийому.
- Загальні ознаки: *відчуття стороннього тіла в оці, почервоніння ока, слезотеча, виділення різного характеру, можливий набряк кон'юнктиви.*
- Буває *бактеріального, вірусного, грибкового, паразитарного та алергічного* походження, в залежності від чого можуть змінюватися прояви.
- При бактеріальному походження є гнійне відокремлюване, яке може склеювати повіки. Вірусні кон'юнктивіти часто супроводжуються ознаками загальної застуди, спершу уражується одне око, але пізніше процес переходить на друге.
- При алергічному кон'юнктивіті є виражений свербіж, уражуються обидва ока, набрякають повіки, рідко Протікає ізольовано, зазвичай можна знайти і інші прояви алергії.



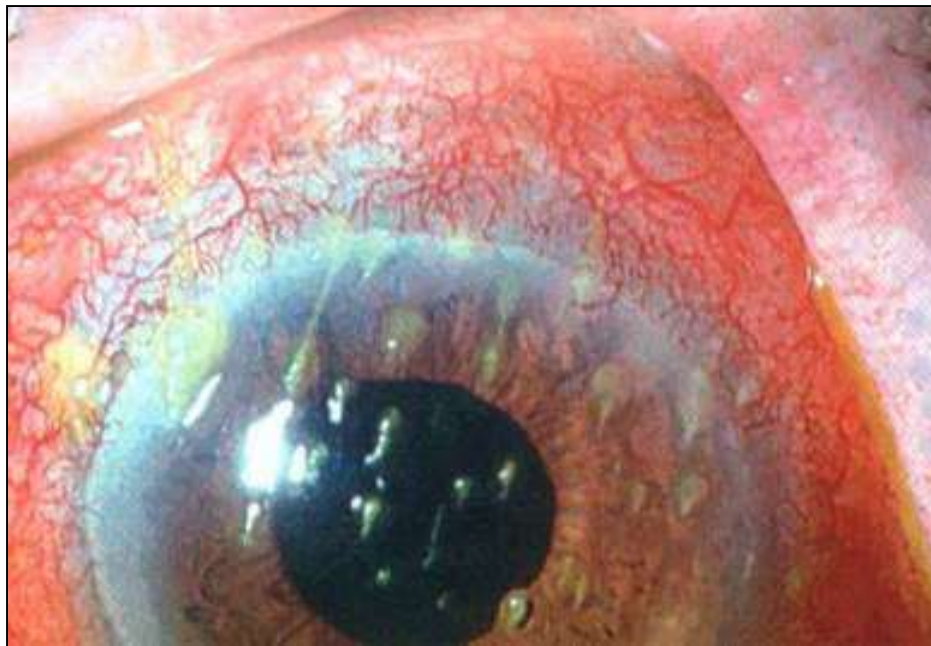
При огляді виявляють:

- гіперемію і набряк кон'юнктиви повік і перехідних складок
(слизова стає змутнілою, не прозорою)

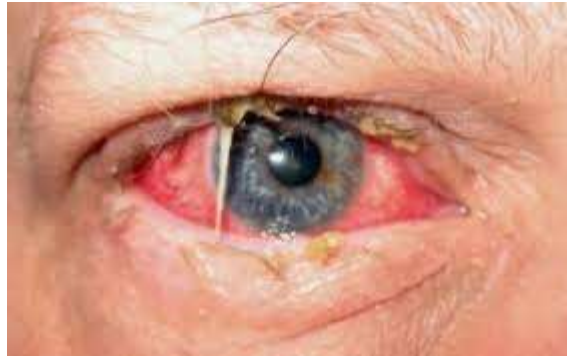


■ патологічні виділення в кон'юнктивальній порожнині:

- серозне;
- слизове;
- слизово-гнійне;
- гнійне

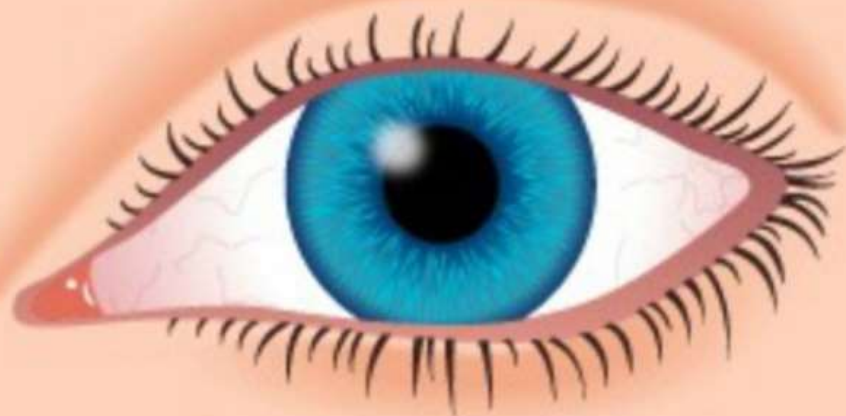


Кон'юнктивіт діагностується лише при відсутності:

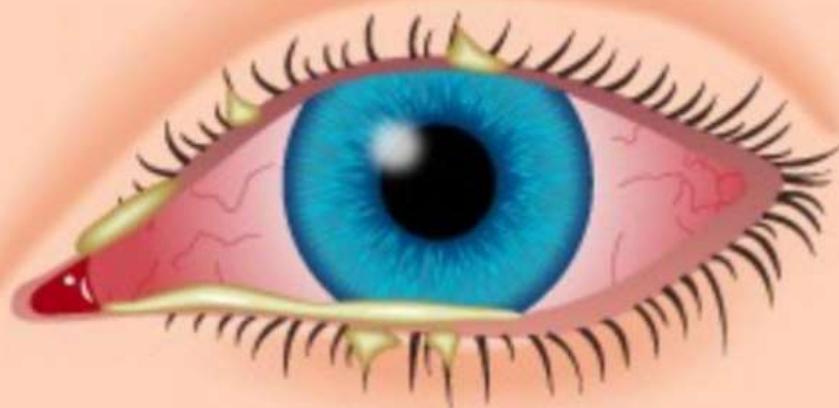


- болю,
- болючості при пальпації очного яблука через повіки,
- зниження зору (можливо при аденовірусному кон'юнктивіті),
- райдужних кіл при погляді на джерело світла,
- інфільтратів на рогівці,
- звуження, чи неправильної форми зіниці.

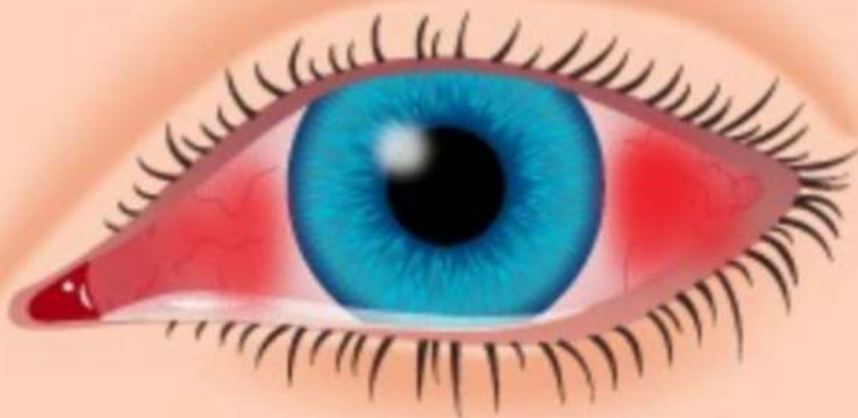
Здоровый глаз



Бактериальный конъюнктивит



Вирусный конъюнктивит



Аллергический конъюнктивит





Диференційна діагностика кон'юнктивітів

Ознаки	Бактеріальний	Вірусний	Алергічний	Хламідійний
Гіперемія	Середня	Виражена	Помірна	Середня
Хемоз	Середній	Рідко	Полоскою	Виражений
Виділення	Багато, гнійні	Помірно, слизові	Серозні	Гнійні
Зуд	Відсутній	Відсутній	Виражений	Помірний
Сосочки	Рідко	Не характерні	Характерні	Рідко
Фолікули	Не характерні	Характерні	Не характерні	Характерні
Плівки	Пневмокок, дифтерія	Аденовірус	Не характерні	Не характерні

Бактеріальні кон'юнктивіти:



- **Ознаки:** виражена симптоматика, велика кількість гнійних чи слизово-гнійних виділень. В деяких випадках утворюються плівки на кон'юнктиві (пневмококовий, дифтерійний);
- **Лікування:** промивання кон'юнктивальної порожнини антисептичними водними розчинами (2% борної кислоти, фурациліну 1:5000, перманганату калію 1:5000, мірамідезу), інстиляції антибактеріальних крапель 4 - 6 разів на день, згідно чутливості мікрофлори (левоміцетин 0,25%, тобрекс 0,3%, гентамицин 0,3%, ципрофарм 0,3%, флоксал 0,3%, сигніцеф 0,5%, офтаквікс 0,5%, вигамокс 0,5%).



- Мазеві форми антибактеріальних засобів при бактеріальних кон'юнктивітах, як правило, не застосовуються через наявність великої кількості виділень, з якими змішується мазь. При бактеріальному кон'юнктивіті не можна накладати на очі пов'язку. Під нею мікрофлора отримує додаткові умови для покращеного розвитку.

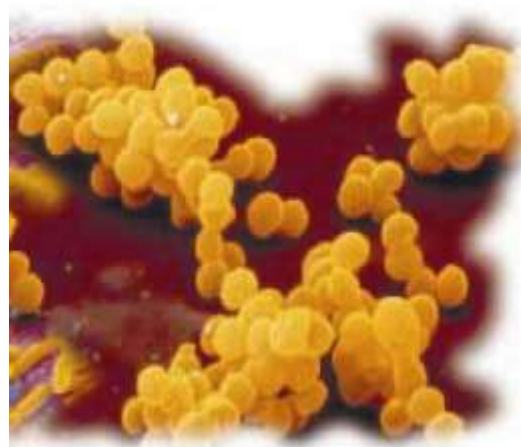


Неспецифічні катаральні кон'юнктивіти

- Можуть бути в гострій і хронічній формі
- Інфекція зазвичай заноситься руками.
- Частіше уражується одне око, а через 1 – 3 дня інше.
- Виділення слизово-гнійні.
- Гіперемія виражена.
- Хемоз перехідної складки.
- Вранці по краю повік – засохлі кірки жовтого кольору.



Staphylococcus aureus



Кон'юнктивіт новонароджених

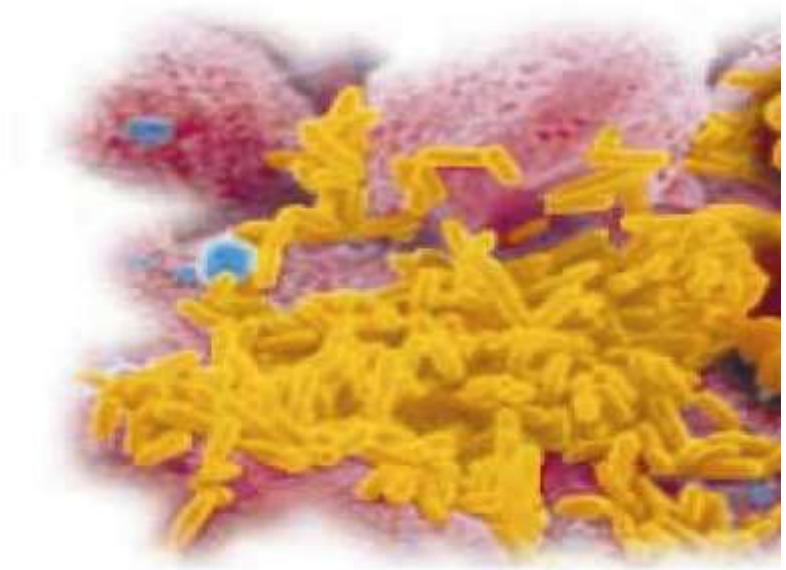
- В останні роки причиною кон'юнктивиту новонароджених являються патогенні стафілококи, стрептококи і хламідії.
- В попередні роки вони були гонорейними, пневмококовими і трихомонадними.
- Проявляються в пологовому будинку.
- Характерні сльозотеча, світлобоязнь, блефароспазм.
- Виділення слизово-гнійні чи гнійні.
- Поведінка у дітей не спокійна, вони погано сплять.
- При гонобленорейному кон'юнктивіті – значний набряк повік і велика кількість слизовидних виділень, поступово із домішками крові.



Гострий епідемічний кон'юнктивіт Коха-Уікса



- Зараження від хворого пацієнта, часто в дит.садках
- набряк і гіпермія кон'юнктиви.
- Крововиливи в товщі кон'юнктиви
- В ділянці очної щілини наявні зони блідої кон'юнктиви — «ішемічні трикутники».
- Спочатку виділень мало - слизові, пізніше — багато, і гнійні.



Haemophilus influenzae

Пневмококовий кон'юнктивіт

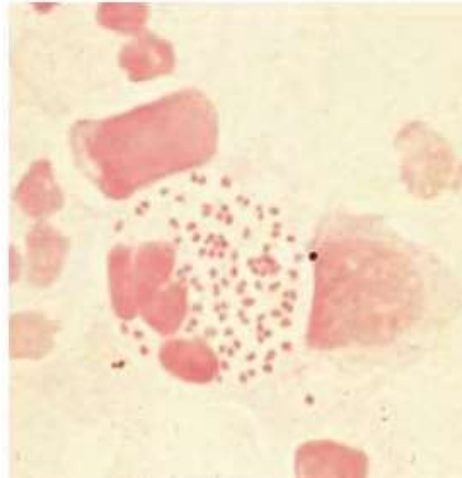
- Характерна наявність товстих сірих плівок.
- Почергово уражуються обидва ока.



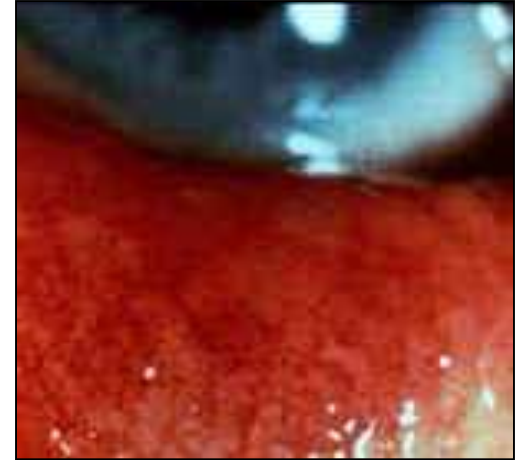
пневмокок

Гонококовий кон'юнктивіт

- Джерело зараження хворий гонореєю.
- Шлях передачі — контактний.
- Швидко прогресує.
- Характерно: виражений набряк повік, значні гнійні виділення, часто буває хемоз

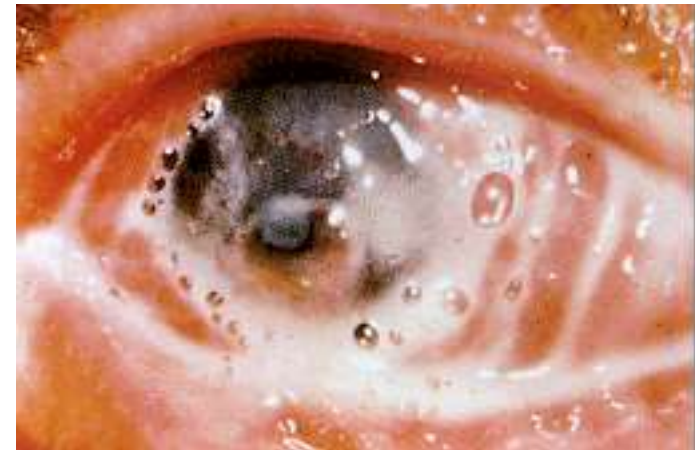
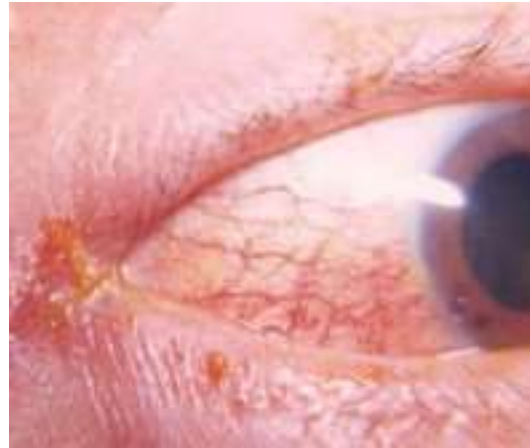


*грамнегативний диплокок
Нейссера*



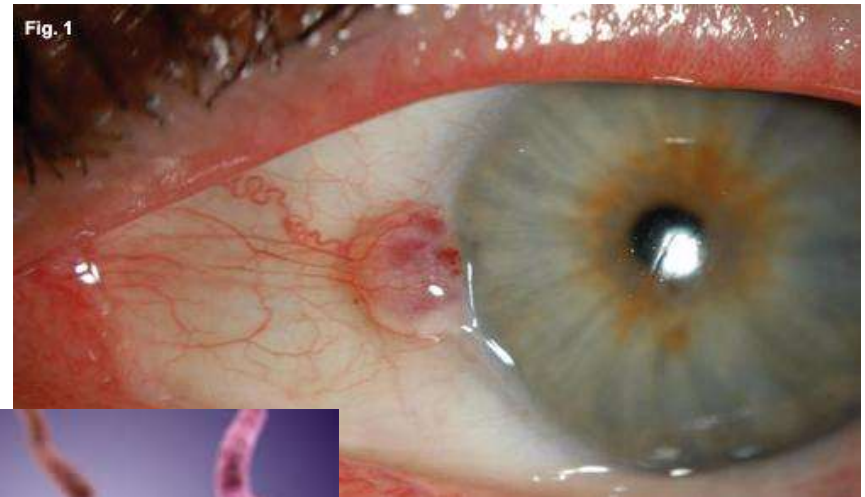
Диплобацилярний ангулярний блефарокон'юнктивіт

- Збудником захворювання є диплобацила Моракса-Аксенфельда.
- Джерелом інфекції є хворий.
- Передача збудника від хворого до здорового відбувається контактним шляхом через забруднені руки, при користуванні спільним рушником, подушкою, інфікованою водою...
- Скарги на свербіж, печучість та різь в очах, часті і болючі мигання.
- Об'єктивно: почервоніння в кутах очної щілини, стовщення і почервоніння краю повік. Шкіра поблизу кутів очної щілини мацерована і екзематозно змінена з мокнучими тріщинами.
- Виділення пінисті.



Туберкульозно-алергічний (фліктенульозний) кон'юнктивіт

- Клініка: на кон'юнктиві поблизу лімба наявні одиночні чи множинні напівпрозорі вузлики жовтувато-рожевого кольору (фліктени).
- До них тягнуться секторовидно розташовані судини, на фоні загальної гіперемії.
- Фліктени можуть виразкуватися.
- Скарги: різка світлобоязнь, слезотеча.



Дифтерійний кон'юнктивіт



- виникає при попаданні на слизову оболонку очей дифтерійної палички (коринебактерій дифтерії або бацили Леффлера).
- На сьогоднішній день це захворювання зустрічається досить рідко, завдяки загальній вакцинації проти дифтерії і майже завжди у нещеплених.
- Захворювання починається гостро.
- На краях повік утворюються сірі плівки у вигляді нальотів. Ці плівки щільно припаяні до слизової оболонки, поширюються на кон'юнктиву повіки та очного яблука. При спробі зняти плівку, під плівкою оголюється кровоточива слизова оболонка. Після першого тижня хвороби плівки піддаються некрозу і відходять разом з гноєм. Там, де були плівки утворюються рубці у вигляді зірочок. Якщо плівки знаходились на слизовій оболонці очного яблука, між кон'юнктивою повік і очного яблука можуть утворитися зрощення (симблефарон). Після відторгнення плівок запалення стихає, набряк повік зменшується.
- Хворий госпіталізується до інфекційного відділення, в окремий бокс.
- Обов'язково вводять протидифтерійну сироватку.
- Крім цього призначаються антибіотики широкого спектру дії



Вірусні кон'юнктивіти:



Аденовірусні

Герпесвірусні



Ентеровірусні



Вірусні кон'юнктивіти:



Катаральна форма
проявляється незначною
гіперемією і набряком, слизове
чи слизово-гнійне
відокремлюване



Фолікулярна форма – на
слизовій перехідних складок та
повік з'являються фолікули
(збільшена лімфоїдна тканина).
Виділення слизові чи слизово-
гнійні.

Епідемічний кератокон'юнктивіт

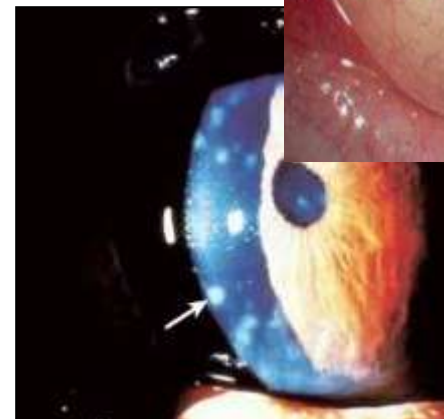
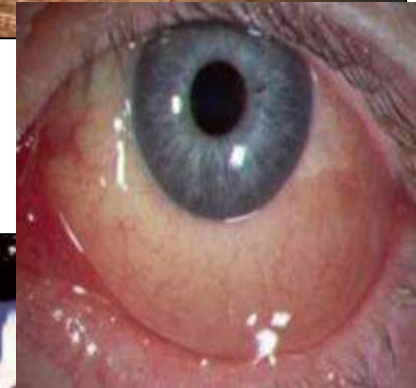
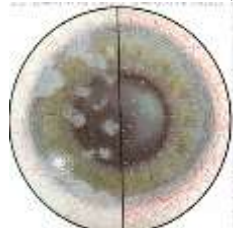


Аденовірусні кон'юнктивіти

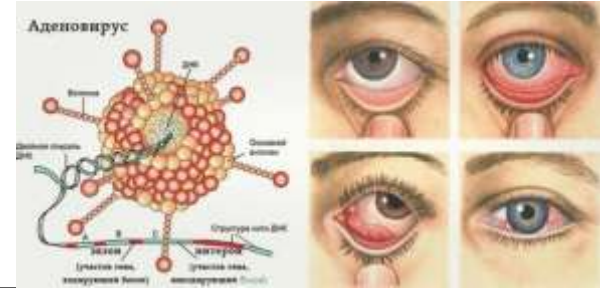
Аденофарингокон'юнктивальна лихоманка

Епідемічний кератокон'юнктивіт

- Спостерігається у дорослих.
- Високо контагіозний.
- Джерело інфекції – хворий.
- Основними збудником є аденовірус серотипу 8
- Шлях передачі – контактний повітряно-крапельний.
- Інкубаційний період 3 – 14 днів.
- Вірусоносії – 14 днів.



Аденофарингокон'юнктивальна лихоманка (аденовірусний кон'юнктивіт)

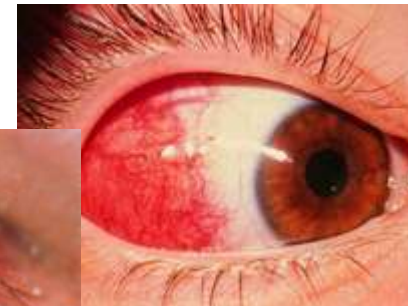


- гостра фолікулярна запальна реакція кон'юнктиви у поєднанні з ураженням верхніх дихальних шляхів (фарингіт) і лихоманкою із збільшенням підщелепних лімфатичних вузлів;
- частіше страждають діти;
- клінічна картина схожа на епідемічний КК, але меншої інтенсивності;
- тривалість захворювання – близько 2 тижнів;
- основним збудником є аденовіруси типів 3 і 7а;
- найчастіше виникає у весняно-літній період але буває і в осінньо-зимовий;
- кон'юнктивіт проходить у вигляді катаральної, фолікулярної та плавчастої форм.



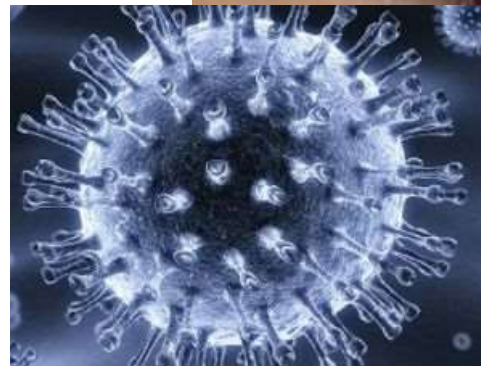
Ентеровірусні кон'юнктивіти:

- Збудник ентеровірус-70 з групи пікорновірусів.
- Високо контагіозний.
- Джерело інфекції – хворий.
- Шлях передачі – контактний.
- Інкубаційний період 12 – 48 год.
- Початок дуже гострий – гіперемія, набряк, фолікули на нижній переходній складці, на 2-й день – геморагії, можуть з'являтися епітеліальні інфільтрати на рогівці.
- Продовжуваність захворювання 8-12 днів.



ГЕРПЕВІРУСНІ КОН'ЮНКТИВИТИ

- викликається вірусом простого герпеса, частіше 2 типу.
- частіше - ендогенне захворювання.
- 3 форми: катаральна, фолікулярна і великуло-виразкова.
- Везикуло-виразкова характеризується появою пухирців, що лопаються і утворюють виразки, загоєння без рубцювання.



Лікування вірусних кон'юнктивітів

- інтерферон та індукенти інтерференоутворення (окоферон, офтальмоферон) – перші 48 год. При наявності змін в рогівці разом з інстиляціями доцільно робити підкон'юнктивальні ін'єкції 0,3 – 0,5 мл лаферону.
- Протівірусний розчин-гель вірган 1,5 мг/г до 1 місяця застосування.
- Для лікування вірусних кон'юнктивітів з успіхом застосовують очні мазі: вірулекс, зовіракс, 0,25% оксолінову мазь, 0,5% теброфенову мазь.
- Окрім вірусоцидних і вірусостатичних препаратів при вірусних кон'юнктивітах показані препарати десенсибілізуючі, протиалергічні: опатанол, лекролін. При виражених геморагіях в кон'юнктиві доцільно призначати аскорутин чи діцинон.



Фолікулярний кон'юнктивіт

- Хламідійний
кон'юнктивіт

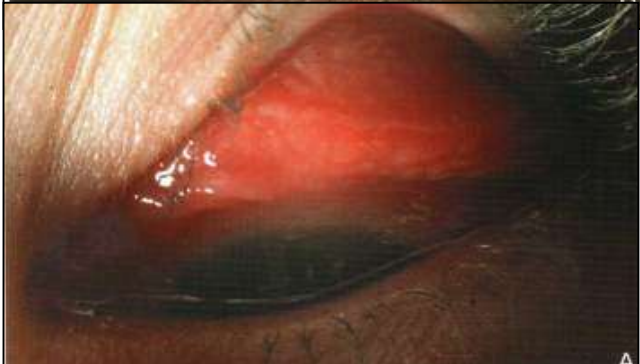
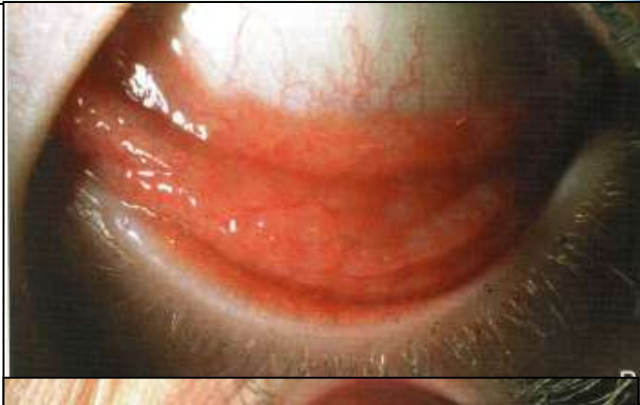
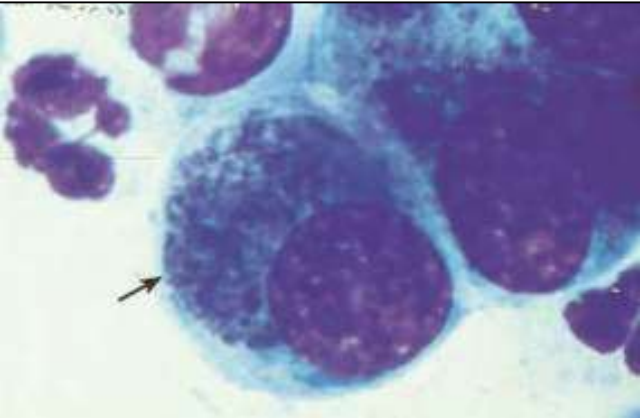
трахома
паратрахома
епідем хлам кон-віт
кон-віт новонароджених

- Алергічний
кон'юнктивіт

гострий алергічний кон-віт
сінна алергічна лихоманка



Хламідійні кон'юнктивіти



- У клінічній картині, крім фолікулів, частіше розташованих в нижній перехідній складці, відзначаються гіперемія, інфільтрація і рихлість кон'юнктиви на тлі мізерного відокремлюваного, що склеює повіки за ніч.
- Фолікулярний кон'юнктивіт на відміну від трахоми не залишає рубцевих змін у кон'юнктиві і не викликає ураження рогівки у вигляді пануса.
- Діагностичне значення мають бактеріоскопія і цитологічне дослідження зіскрібка кон'юнктиви повік.

Офтальмохламідіоз:



- Етіологія: хламідії – облигатні внутрішньоклітинні грамнегативні бактерії з двостадійним циклом розвитку.
- Шлях передачі – побутовий, гематогенний.
- Ускладнення: склерит, епісклерит, увеїт, неврит зорового нерва.
- Діагностика: цитологічний метод (виявлення тілець Провачека-Гільбершtedта), імунофлюоресцентна мікроскопія, ПЦР, культивування клітин, серологічна діагностика
- Інкубац.період – 5-14 днів
- Можуть збільшуватися передушні лімфатичні залози

Лікування: препарати тетрациклінового ряду, макроліди, фторхінолони - місцево і внутрішньо, комбіновані з кортикостероїдом (тобрадекс, комбініл-дуо), НПЗ (індоколір, дикло-Ф, неванак). Імуномодулююча терапія (наприклад, циклоферон 12,5% р-н по 2 мл в/м по схемі на 1,2,4,6,8,11,14,17,20 и 23 дні лікування) .

Трахома (1 стадия)



Трахома (3 стадия)



Паннус трахоматозный



Трахоматозный ксероз



- **Алергічний кон'юнктивіт**
- **Весняний катар (сінна алергічна лихоманка)** має яскраво виражений сезонний характер і чітко залежить від кількості пилку рослин у повітрі. Проявляється набряком і гіперемією кон'юнктиви, свербіжем і слъозотечею. У деяких випадках виникає набряк повік.
- **Гострий алергічний кон'юнктивіт** представлений менш вираженими суб'єктивними симптомами, схожими з такими при сінній кон'юнктивальній лихоманці, але викликається непильцевими алергенами, такими як домашній пил, лупа тварин, пір'я птахів і спори грибів...
- **Об'єктивні ознаки:** набряк кон'юнктиви, збільшення фолікулів на кон'юнктиві повік.



Алергічний кон'юнктивіт



Катаральна форма



Рогівкова форма



Змішана форма

Весняний кератокон'юнктивіт

Частіше хворіють діти 5-12 років. Протікання хвороби хронічне, виснажливе. Найбільш характерною ознакою являються сосочкові розрастання (утворюються із збільшених фолікулів) на кон'юнктиві повік, іноді навколо лімба. Нерідко уражується рогівка: епітелиопатія, кератит, гіперкератоз.



Алергічний кон'юнктивіт



Медикаментозний кон'юнктивіт. Реакція виникає гостро або хронічно при тривалому використанні лікарського засобу.

Клініка: гіперемія, набряк кон'юнктиви і повік, слъозотеча, іноді петехіальні крововиливи, можливе збільшення фолікулів. Пацієнта турбує зуд.



Принципи лікування алергічних кон'юнктивітів

специфічна
терапія

неспецифічна
терапія

місцева
протиалергічна
терапія



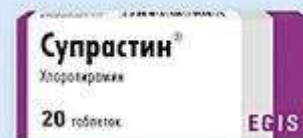
Специфічна терапія



припинення
контакту з
алергеном



гіпосенсибілізація
алергеном



Неспецифічна
терапія

Використання
анти-
гістаміних
препаратів

хлоропірамін

лоратадин

левоцетиризин





Місцева протиалергічна терапія

Мембраностабілізатори

Блокатори
гістамінових рецепторів

Судиннозвужуючі
препарати

Комбіновані препарати



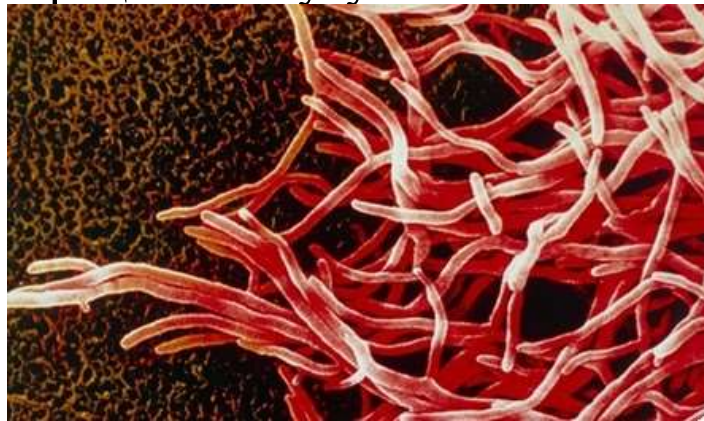
Грибкові кон'юнктивіти

Це підгострі чи хронічні запалення кон'юнктиви, що викликані патогенними грибами

Найчастіше викликають: Актіномицети; Аспергіли; Кандіди; Кокцидії; Споротрікси.

Деякі представники занходяться на шкірі і в кон'юнктивальній порожнині. Але також отримати можна через воду, ґрунт, тварин та хворих.

- збільшилась частота виникнення у зв'язку з частим і неконтрольованим використанням глюкокортикоїдів, антибіотиків, а також поганим доглядом за контактними лінзами;
- не завжди діагностується грибкова флора;
- фактори ризику: порушення догляду за контактними лінзами, ексімерлазерна хірургія рогівки, пошкодження очної поверхні; теплий вологий клімат, літній період, несприятливі умови праці та побуту.



Грибкові кон'юнктивіти: діагностика



- *Мікроскопія:* Зішкріб, досліджується під мікроскопом в нефарбованому препараті – ідентифікуються ниті гриба, структура міцелія.
- *Мікологічне дослідження:* Культуральний метод з виділення культури гриба при посіві на поживне середовище (два тижні).
- *Конфокальна мікроскопія.* Оцінюють ниті гриба, морфологію спор грибів.
- *Полимеразна ланцюгова реакція (ПЦР).* Чутливість метода складає до 74-94% , а специфічність - 55-88% .
- *Гістологічні і гістохімічні дослідження.* Біопсія. В 75% випадках можуть підтвердити наявність гриба в кон'юнктиві та рогівці.



Грибкові кон'юнктивіти: Клініка



- Повільний розвиток та первинно-хронічне протікання; при використанні ГКК та антибіотиків – тривале та рецидивуюче протікання;
- При актиномікозі та споротрихозі – гранулематозні розростання на фоні набряку та гіперемії. Гранулеми лопаються – гнійний вміст – утворюються свищі;
- При кокцидомікозі – на повіках фліктени, наповнені гноем, далі – виразки, покриті жовто-зеленим нальотом;
- При кандідах – на внутрішній поверхні повік – псевдомембрани (жовті або сірі), що легко знімаються;
- При аспергильозі – кон'юнктива набрякає, червоніє, на ній – сосочкові розростання, що схильні до виразкування. Часто ускладнюється кератитом.



• Сухий кон'юнктивіт (ССО) —

- Ураження кон'юнктиви і рогівки, пов'язане із зниженням базальної секреції та стабільності слізної плівки;
- Групи ризику: похилий вік, носіння КЛ, робота з гаджетами, робота в кондиціонованих приміщеннях, опалювальний сезон, тривале використання очних крапель (особливо судиннозвужувальних);
- Скарги: почуття стороннього тіла, сухість в очах, світлобоязнь, слезотеча, періодичне почервоніння очей, особливо на вечір;
- Діагностика: час стабільності слізної плівки, тест Ширмера;
- Лікування: слезозамінна терапія (окутіарз, теалоз дуо, EYE-t...), циклоспорини (рестасіс, айкервис)



ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ПОВІК

- У більшості випадків запальні процеси, що розвиваються в анатомічних структурах повіки обумовлені екзогенними причинами, причому, як правило, інфекційної природи. Роль ендогенних факторів значно скромніша і простежується у хворих, що страждають екземою або себореєю.
- Запальні захворювання повік можуть проявляти себе у вигляді блефаритів, зовнішнього та внутрішнього ячменю, абсцесу і флегмони, мейбоміїта, контагіозного молюска, бешихового або герпетичного ураження їх шкірного покриву, халязіона і т.д.
- Ячмінь (Hordeolum)
- Абсцес повіки (Abscessus palpebrae)
- Флегмона повіки (Phlegmonae palpebrae)
- Халязіон (Chalasion)
- Контагіозний молюск (Molluscus contagiosus)
- Бешихове запалення шкіри повік (Erysipelas palpebrarum)
- Блефарит (Blepharitis): лусочковий блефарит (Blepharitis squamosa), виразковий блефарит (Blepharitis ulcerosa)



Інфекційні захворювання шкіри

ПОВІК:



Бешихове запалення повік — викликається стрептококом. Шкіра повік різко гіперемована, характерна чітка межа зі здоровими тканинами, на шкірі можуть бути пухирці. Хемоз, гіперемія кон'юнктиви. Турбує сильний біль, інтоксикаційний синдром.

Бешиха часто рецидивує, що може привести до порушення відтоку лімфи.

Ускладнення: флегмона орбіти, тромбоз орбітальних вен, панофтальміт, неврит зорового нерва, тромбоз кавернозного синуса, менінгіт.

- **Ячмінь** - гостре гнійне запалення сальної залози краю повіки (зовнішній ячмінь) або часточки мейбомієвої залози (внутрішній ячмінь). На початку розвитку зовнішнього ячменю на краї повіки з'являються локальна гіперемія, набряк і болюча точка. На її верхівці через 2-3 дні утворюється жовтувата головка, при розкритті якої виходить гній.
- Внутрішній ячмінь відрізняється тим, що розкриття гнійничка відбувається з боку кон'юнктиви.
- Лікування ячменю в початковій стадії захворювання починається з припікання його головки (3-4 рази на день) на кілька хвилин ватою, змоченою 50% розчином спирту. Потім призначають сухе тепло і закладання антибактеріальних мазей (флоксал, тетрациклінової ...). При появі гнійного стрижня, до лікування додають антибактеріал (тобрекс, гентаміцин, цілоксан та ін.)



ЛІКУВАННЯ ЯЧМЕНЯ

- В умовах важкого перебігу (абсцедування) призначають антибіотики всередину, в деяких випадках необхідно хірургічне лікування в стаціонарі чи поліклініці.
Категорично забороняється видавлювати ячмінь!
- Слід пам'ятати, що в разі абсцедування протипоказані теплові процедури і УВЧ.
- Профілактика полягає у своєчасному лікуванні блефаритів, кон'юнктивітів, запобіганні рецидивів хвороби (загальнозміцнююча терапія, дотримання правил особистої гігієни), у дітей – обмеження прийому солодкого. У період між рецидивами показані вітамінотерапія, аутогемотерапія, вживання пивних дріжджів.



Захворювання мейбомієвих залоз:



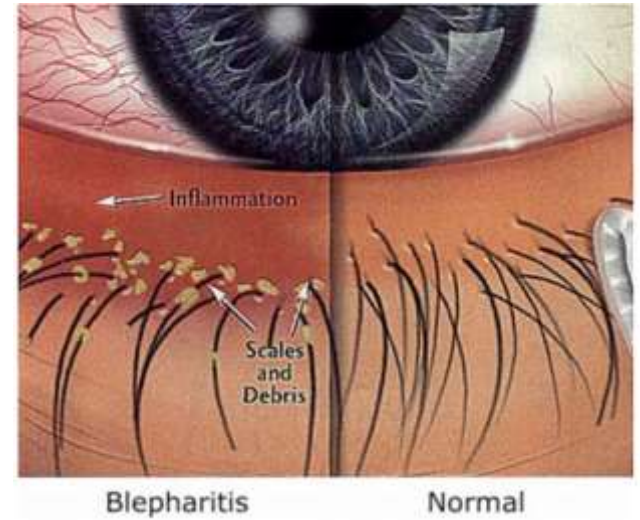
Гострий мейбомеїт
(внутрішній ячмінь) –
запалення мейбомієвої залози.
Запальне вогнище
розташоване в товщі хряща.
Повіка та кон'юктива
локально гіперемовані,
набряклі. Проток залози
розширений, з нього гнійний
вміст.

Лечение: масаж краю повіки, інстиляція в кон'юнктивальну порожнину антибактериальних крапель, або комбінованих з кортикостероїдами (софрадекс, тобрадекс, гаразон, максітрол)

Запалення краю повік:

Блефарит. По протіканню розрізняють: простий, лусочкоподібний, виразковий.

Причини: порушення виділення секрету мейбомієвих залоз + гіповітаміноз, зниження імунітету, захворювання шлунково-кишкового тракту, анемії, діатез, глисні інвазії, некореговані аметропії, несприятливі сан-гіг умови.



Клініка: потовщення та почервоніння країв повік, в місці запалення з'являються дрібні світлі лусочки, внаслідок неповного ороговіння клітин, під лусочками ерозована поверхня. Пізніше лусочки змінюються на гнійні кірочки, під ними – виразки. Пацієнти скаржаться на зуд, неприємні відчуття по краю повік.



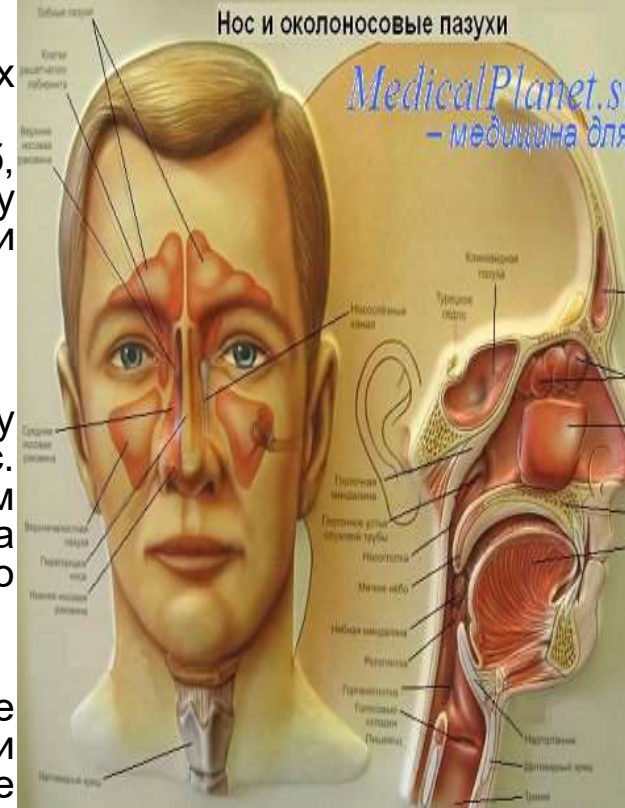
Абсцес, флегмона повіки.

- *Причинами* захворювання можуть бути інфікування ушкоджень шкіри повік, поширення інфекції із сусідніх тканин в умовах блефаритів, ячменю і т.д.
- *Клініка.* Захворювання починається гостро з набряку повіки, локальношо (іноді загального) почервоніння шкіри, різкого болю. З часом з'являється флюктуація, що свідчить про некроз тканин повіки.
- *Лікування:* Проводять в залежності від стадії захворювання. Рекомендуються сухе тепло, УВЧ-терапію при відсутності некрозу, інстиляції та мазеві аплікації антибактеріальних препаратів (флоксал, тобрекс та ін.), 0,2% розчину декаметоксину, антибіотики і сульфаніламідні препарати всередину. При наявності флюктуації обов'язкове розкриття абсцесу з промиванням та дренуванням порожнини.

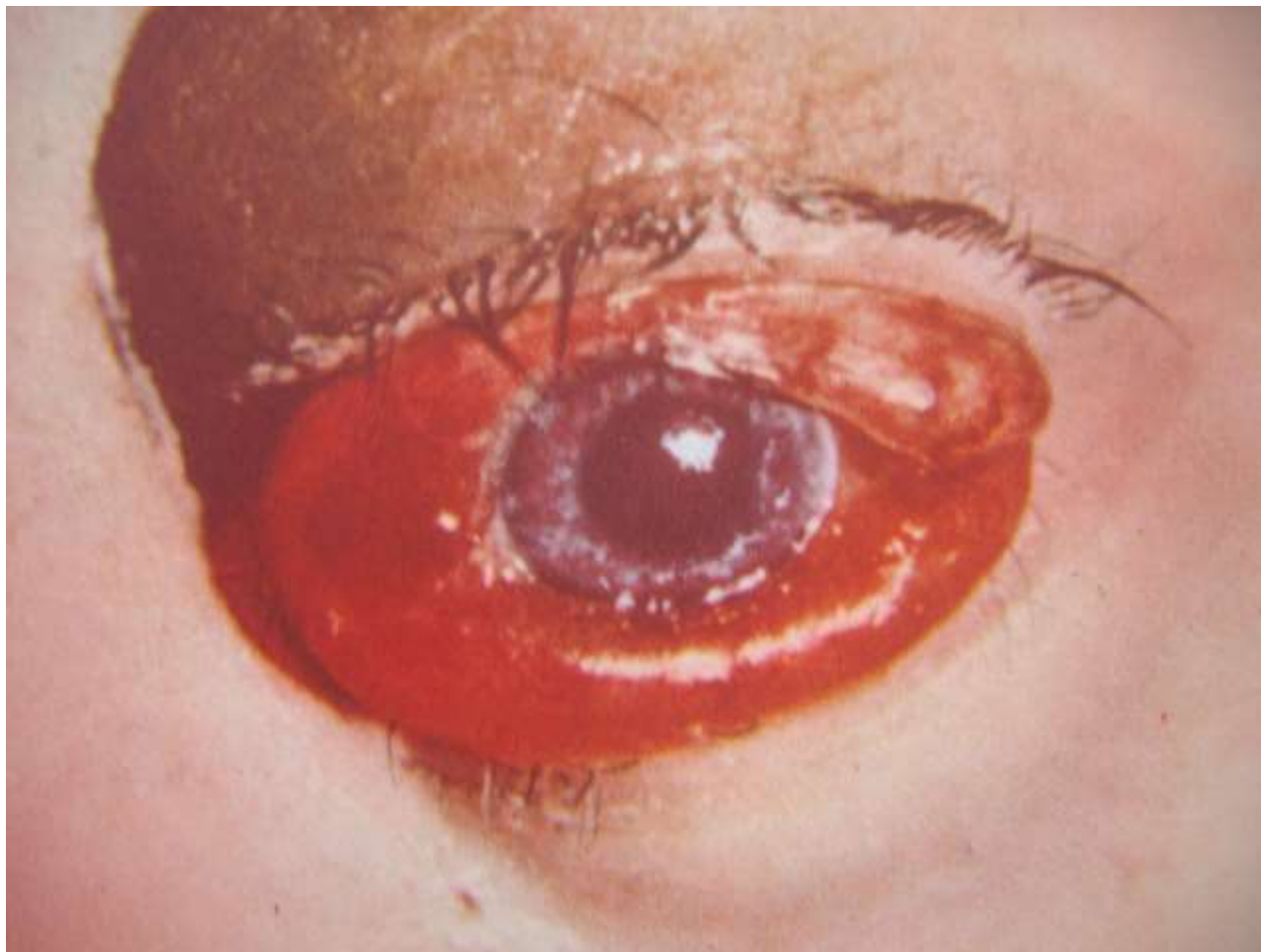


- **АБСЦЕСС І ФЛЕГМОНА ОРБИТИ**

- **Причини:** Найчастіше - гнійні процеси в придаткових порожнинах носа та карієсні зуби.
- **Загальні симптоми:** різке підвищення температури, озноб, сильний головний біль, диспепсичні явища. Важко протікає у дітей (часто супроводжується лихоманкою, менінгеальними симптомами).
- **Біль** в області очниці буває особливо інтенсивною на початку гострого запалення. При прориві під шкіру біль стихає. Виникнення флегмони очниці супроводжується наростанням болю, яка змінює свою локалізацію і характер. Вона посилюється і відчувається в глибині очниці, при цьому нерідко спостерігається нудота і навіть блювота.
- Важливим симптомом є **припухання і почервоніння шкіри**, яке завжди інтенсивніше над запаленою ділянкою очниці. При періостітах припухлість набуває більш розлитого характеру і не супроводжується флюктуацією. При утворенні абсцесу виникає флюктуація. Іноді, якщо абсцес розташований глибоко, масивний шар набряклої, інфільтрованої клітковини заважає ясно визначити вогнище розм'якшення. У більшості випадків щільний обмежений інфільтрат, навіть якщо він і не дає відчуття флюктуації, свідчить про утворення абсцесу. При флегмонозному запаленні очниці зазвичай спостерігається розлита припухлість обох повік, багряно-синюшне забарвлення шкіри.



Флегмона орбіти



Дуже істотним симптомом при запаленні очниці є почервоніння і припухання **(хемоз)** кон'юнктиви повік і очного яблука в різного ступеня, що утворюється на нижній повіці при захворюванні гайморової пазухи, на верхній - при захворюванні лобової пазухи. При ураженні передніх і середніх решітчастих клітин часто спостерігається хемоз слизової оболонки очного яблука на значному протязі, переважно в носовій половині.

- Екзофтальм, зміщення очного яблука та обмеження його в рухах. Ступінь і напрямок зміщення ока залежать від місця і величини запального інфільтрату.
- Обмеження рухів ока при флегмоні очниці.





Гострий дакріoadеніт

Гостре запалення слізної залози (частіше - ускладнення загальних інфекційних захворювань (грип, ангіна, кір, скарлатина, епідемічний паротит...)). Частіше однобічний, але може бути і двобічним. Частіше зустрічається в дитячому віці.

ДАКРІОЦИСТИТ НОВОНАРОДЖЕНИХ

- Після народження дитини всі шляхи відтоку слізної рідини повинні бути добре прохідні для сльози. Проте буває, що в просвіті носослізного каналу можуть залишатися елементи ембріональної тканини, яка заважає відтоку сльози з слізного мішка. Це призводить до застою сльози. Вона не здатна виконувати захисну функцію. Виникає гнійне запалення.
- Лікування дакриоцистититу новонароджених складається з двох етапів:
Перший етап полягає в масажі слізного мішечка. Якщо тривале консервативне лікування не допомагає, вдаються до другого етапу – зондування та промивання слізних шляхів.



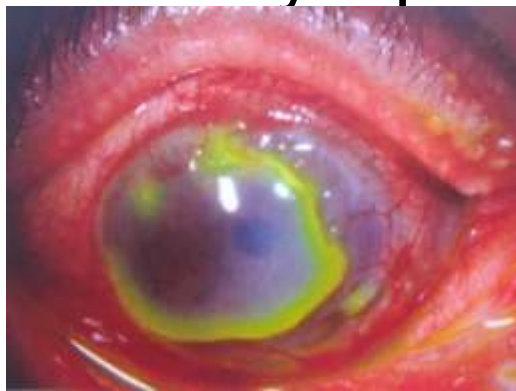


Кератит:

- Рогівковий синдром (світлобоязнь, слезотеча, блефароспазм);
- Зниження гостроти зору;
- Наявність інфільтрату на рогівці;
- Перикорнеальна ін'єкція;
- Порушення чутливості рогівки;
- Васкуляризація.



Figure 5.7 Pneumococcal keratitis with hypopyon



Бактеріальні кератити:



Гнійна виразка, гіпопійон

Гострий початок, частіше після пошкодження поверхневого епітелію. Основний збудник пневмокок, стафілокок, стрептокок.

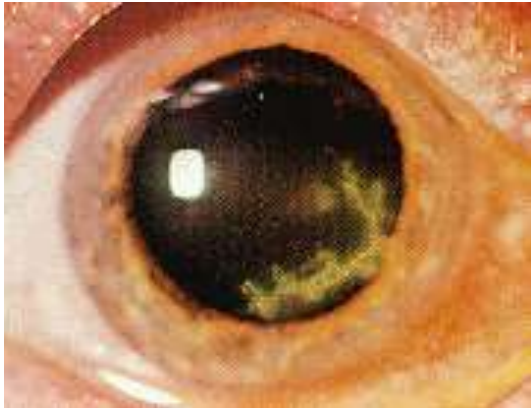
Клініка (формування виразки): 1 стадія (інфільтрація), 2 стадія (виразкування), 3 стадія (фасетки), 4 стадія (рубцювання).

Ускладнення: гнійний увеїт, ендoftальміт, панофтальміт, десцеметоцеле, перфорація рогівки.

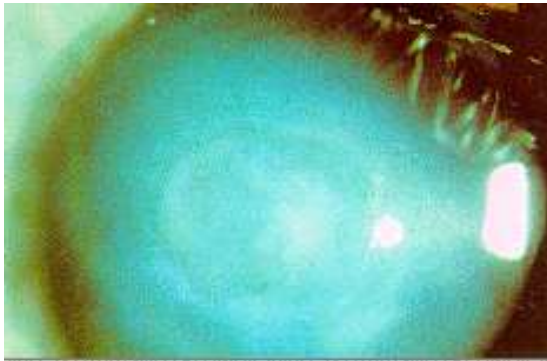
Лікування: антибактеріальні препарати (тобрекс, ципролет, флоксал, сигніцеф...), мідріатики, НПЗЗ, інгібітори протеаз (контрикал, гордокс), препарати, що посилюють репарацію.

При негативній динаміці - лікувальна кератопластика.

Вірусний герпетичний кератит:



Збудник - вірус простого герпеса. По глибині ураження розрізняють поверхневий (везикулярний, деревовидний, ландкартовидний) и глибокий (метагерпетичний, дисковидний, дифузний).

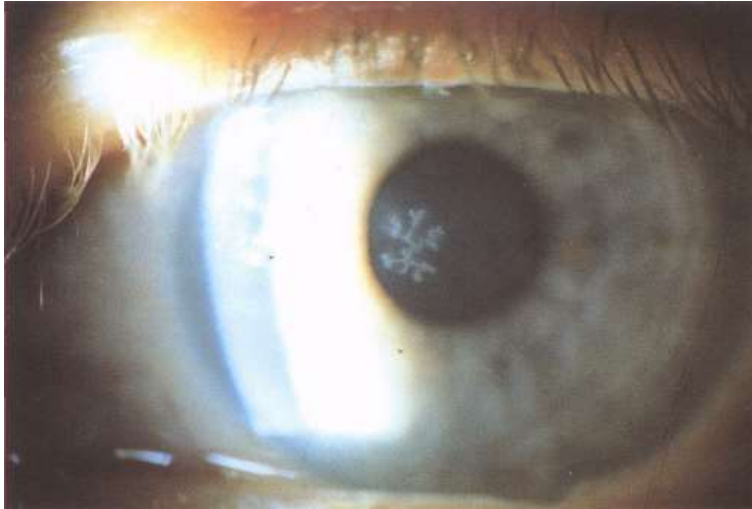


Клініка: рогівковий синдром, зниження чутливості рогівки, зниження зору, інфільтрат на рогівці, перикорнеальна ін'єкція, рецидиви.

Лікування: мазь Ацикловір, Зовіракс 3-4 рази в день, краплі окоферон, офтан-ІДУ, вірган, мідриатики, НПЗЗ, кератопротектори + загальне: Ацикловір в/в, НПЗЗ, імуномодулятори, вітаміни, десенсибілізуючі засоби.

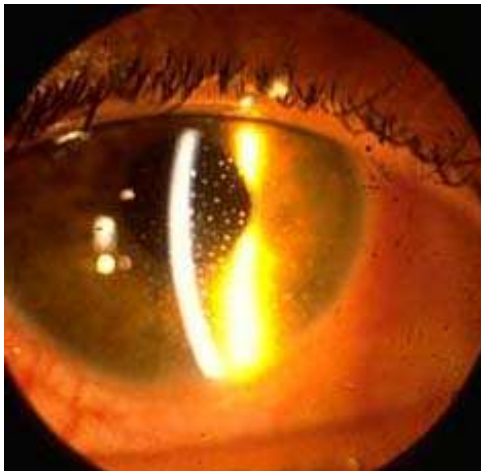
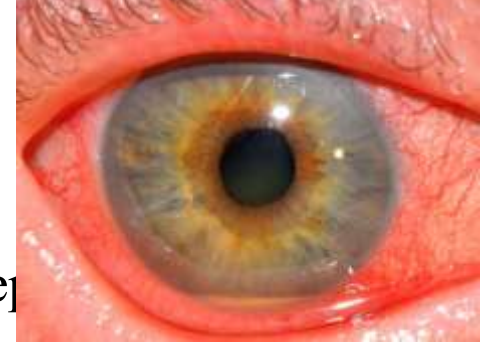


Герпетичний кератит

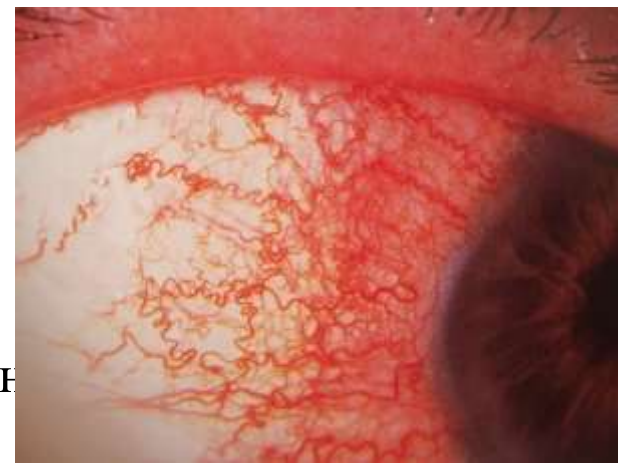


ІРІДОЦИКЛІТ: Етіологія

- Загально-соматичні інфекційні захворювання (туберкульоз, бруцельоз, грип...)
- Гострі хронічні запалення (захворювання зубів, придаткових пазух носа)
- Метастатичний фактор
- Аутоімунні захворювання (коллагенози)
- Внутрішньоочні захворювання (старе відшарування сітківки, перезріла катаракта...)
- Невиявленої етіології
- Травми ока



Іридоцикліт: СИМПТОМИ

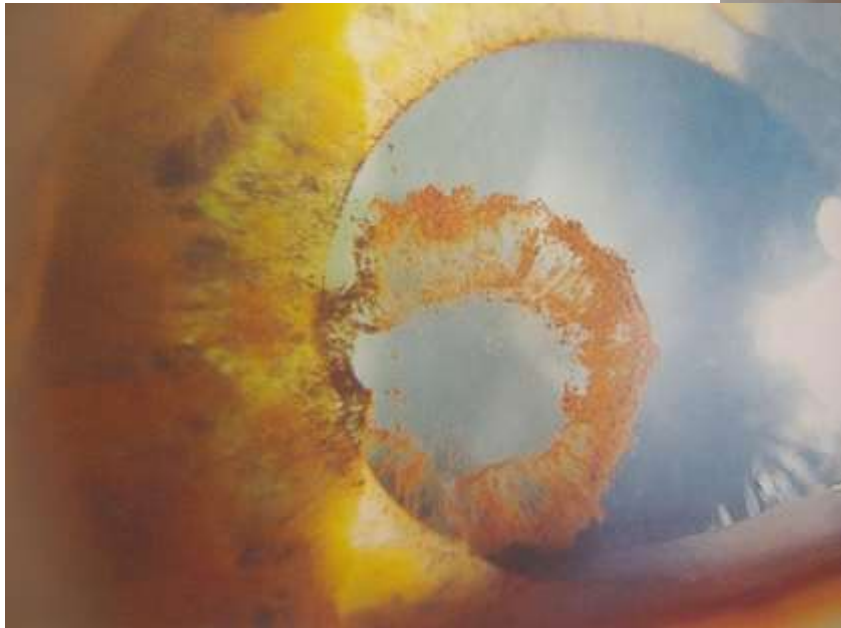
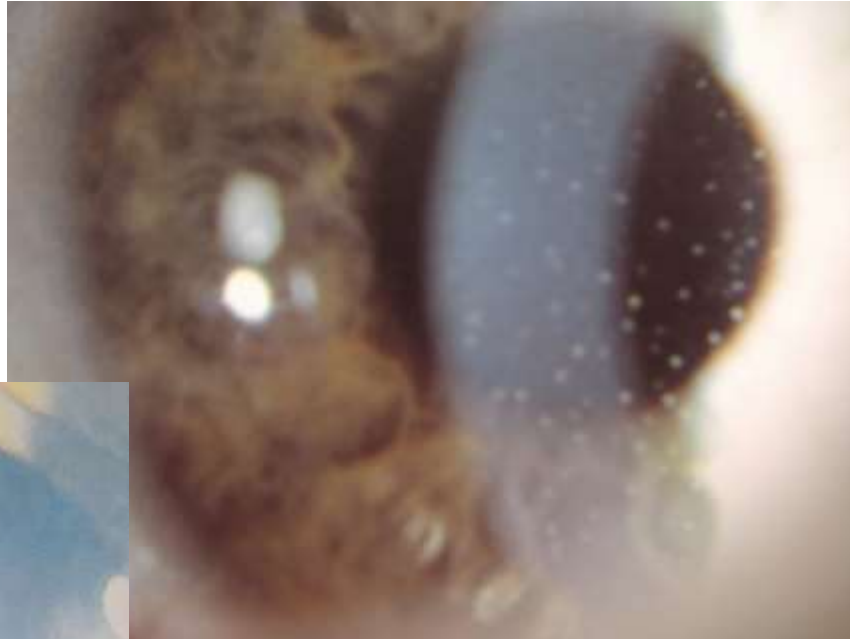


- Біль в нічний час, посилюється при надавлюванні
- Зміни малюнка, кольору райдужки
- Звуження або неправильна форма зіниці
- Перикорнеальна ін'єкція
- Преципітати
- Ексудація



Іридоцикліт: лікування

- Мідріатики-1% р-р атропин, 1% мезатон, 1% мідріацил, 0,5% цикломед
- Кортикостероиды
- Етіотропна терапія



Епісклерит і склерит



Це запалення епісклери і склери, внаслідок різноманітних гострих і хронічних запальних загальносоматичних захворювань, системних аутомунних порушень.

Цей поділ умовний: епісклерити - більш легке протікання, склерити - більш тяжке; склерити частіше починаються з епісклеритів.



- **Ендофтальміт. Панофтальміт.**
- **Ендофтальміт** – це гнійне запалення внутрішніх оболонок ока через поранення очей, тяжкий запальний процес ока чи навколоочних органів, іноді як ускладнення після операції.
- **Панофтальміт** - це гнійне запалення всіх тканин та оболонок очного яблука. Виникає в результаті проникнення інфекції при пошкодженнях очного яблука або гематогенному заносі інфекції в тканини ока при септичних і загальних інфекційних захворюваннях.



- **Всі ці захворювання потребують невідкладної медичної допомоги!!!**

ПРОФІЛАКТИКА ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ



Основним в профілактиці запальних захворювань повік, слізних органів та очниці є **дотримання санітарно-гігієнічних норм**. Слід завжди пам'ятати про особисту гігієну, підтримувати в постійній чистоті тіло, руки, нігті, користуватися індивідуальним рушником. Звичка терти очі пальцем, видаляти з носа кірочки може сприяти внесенню інфекції.

- Також правильний режим праці і відпочинку, регулярне і раціональне харчування, систематичне заняття фізкультурою і спортом, загартовування - ось необхідні передумови для високої опірності організму до несприятливих факторів - переохолодження, перегрівання, а також до хвороботворних мікробів і вірусів.
- Хвороби носа і носоглотки, що зустрічаються у дітей і дорослих, необхідно своєчасно розпізнавати і лікувати до повного одужання. Чим раніше розпочато лікування, тим легше добитися успіху і попередити виникнення ускладнень. Слід проводити санацію (оздоровлення) верхніх дихальних шляхів, своєчасно усувати вогнища інфекції в носі, носоглотці та придаткових пазухах.
- При появі інфільтратів чи гнійничків на обличчі ні в якому разі не можна їх видавлювати, Необхідно обробляти антисептичними засобами.



A close-up photograph of a woman with dark hair, splashing water onto her face with both hands. Her eyes are closed, and she has a serene expression. The water droplets are frozen in mid-air, creating a dynamic and refreshing scene. The background is a soft, out-of-focus light blue.

Дякую за увагу !

**Лектор: професор кафедри оториноларингології з офтальмологією, д.мед.н.,
професор Безкоровайна Ірина Миколаївна**