

«Заболевания век, конъюнктивы и слёзных органов.»

МОТИВАЦИОННОЕ ВВЕДЕНИЕ

Заболевания век и конъюнктивы по статистическим данным составляют около 15-30% в общей структуре заболеваемости органа зрения. В современных условиях основными причинами нарушения работы век считаются травмы и врождённые заболевания, а конъюнктивы – нарушение экологической обстановки в городах, несвоевременное обращение к врачам-офтальмологам при появлении симптомов конъюнктивита, неадекватное самолечение или длительное лечение неэффективными антибактериальными и противовоспалительными средствами, назначенными без учёта бактериологического исследования, хронические системные бактериальные, вирусные или грибковые заболевания.

По данным различных авторов патология слёзоотводящей системы составляет от 3 до 25% от всей офтальмологической патологии. Основным проявлением данной патологии является слёзотечение (эпифора), симптом, который значительно снижает качество жизни пациента. Перед врачом-офтальмологом стоит задача диагностики вида и уровня поражения и выбора верной тактики лечения слёзной системы.

Освоение данной темы является актуальным не только для врачей офтальмологов, но и для специалистов других направлений медицины.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ

Цель занятия.

1. При обследовании пациентов с заболеваниями век, слёзных органов и конъюнктивы студент должен свободно владеть следующими практическими навыками:

- сбор жалоб и анамнеза;
- наружный осмотр;
- выворот верхнего и нижнего век (простой и двойной);
- исследование при боковом освещении;
- биомикроскопия переднего отрезка глаза;

- проба Ширмера;
- цветовая канальцевая проба;
- цветовая слёзно-носовая проба.

2. При обследовании пациентов с заболеваниями век, слёзных органов и конъюнктивы студенты должны иметь представление о таких методах исследования, как:

- диагностическое зондирование слёзных путей;
- диагностическое промывание слёзных путей;
- рентгенологическое исследование слёзных путей;
- флуоресцентная ангиография сосудов конъюнктивы.

3. Студенты должны иметь знания об эпидемиологии, клиники, осложнениях, лечении и профилактики наиболее распространённых век, слёзных органов и конъюнктивы.

4. При лечении патологии век, слёзных органов и конъюнктивы студенты должны владеть такими лечебными манипуляциями, как:

- обработка краёв век антисептическими растворами;
- промывание конъюнктивальной полости;
- закапывание глазных капель;
- закладывание мазей.

5. При лечении пациентов с заболеваниями сетчатой оболочки и зрительного нерва студенты должны иметь представление о таких манипуляциях, как:

6. Студенты должны знать основные лекарственные средства, применяемые при лечении патологии век, слёзных органов и конъюнктивы и уметь выписывать на них рецепты.

Базисные знания.

1. Веки: строение, кровоснабжение, иннервация, функции.
2. Конъюнктива: отделы, функциональные слои, кровоснабжение, иннервация.
3. Слёзные органы: отделы, их строение и функции.
4. Воспалительные заболевания век (абсцесс, блефарит, ячмень, халязион): классификация, определение, этиология, основные типичные клинические особенности течения, диагностика, лечение, профилактика.
5. Новообразования век: виды, дифференциальная диагностика, лечение.
6. Патология положения и движения век (птоз, заворот, выворот, лягофтальм): определение, этиология, основные типичные клинические особенности течения, диагностика, лечение, профилактика.
7. Воспалительные заболевания конъюнктивы (конъюнктивит острый инфекционный, эпидемический, пневмококковый, гонобленорейный, дифтерийный, диплобациллярный, вирусный): классификация, определение, этиология, основные типичные клинические особенности течения, диагностика, лечение, профилактика.
8. Хламидийные конъюнктивиты: эпидемиология, клиника, осложнения, диагностика и дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
9. Эпифора: понятие, причины, способы диагностики уровня поражения.

ВОПРОСЫ ДЛЯ ТЕОРЕТИЧЕСКОГО РАЗБОРА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ

1. Отёк век: виды, причины возникновения, принципы лечения.
2. Абсцесс века: определение, этиология, диагностика, клиника и лечение.
3. Блефариты: определение, формы, этиология, диагностика, клиника и лечение.
4. Ячмень: определение, виды, этиология, диагностика, клиника и лечение.
5. Халязион: определение, этиология, диагностика и дифференциальная диагностика, клиника и лечение.
6. Новообразования век: виды, дифференциальная диагностика, лечение.
7. Опущение верхнего века: классификация, диагностика, клиника и лечение.

8. Паралич круговой мышцы глаза: этиология, диагностика, клиника, осложнения и лечение.
9. Завороты и вывороты век: классификация, диагностика, клиника, осложнения и лечение.
10. Классификация заболеваний конъюнктивы, понятие острого и хронического конъюнктивита.
11. Острый инфекционный конъюнктивит: эпидемиология, клиника, осложнения, диагностика, лечение, профилактика.
12. Острый эпидемический конъюнктивит: эпидемиология, клиника, осложнения, диагностика, лечение, профилактика.
13. Острый пневмококковый конъюнктивит: эпидемиология, клиника, осложнения, диагностика, лечение, профилактика.
14. Гонобленорея взрослых: эпидемиология, клиника, осложнения, диагностика, лечение, профилактика.
15. Дифтерийный конъюнктивит: эпидемиология, клиника, осложнения, диагностика, лечение, профилактика.
16. Ангулярный конъюнктивит: эпидемиология, клиника, осложнения, диагностика, лечение, профилактика.
17. Герпетический конъюнктивит: эпидемиология, формы, клиника, осложнения, диагностика, лечение, профилактика.
18. Аденовирусный конъюнктивит: эпидемиология, клиника, осложнения, диагностика, лечение, профилактика.
19. Трахома: эпидемиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
20. Трахома: осложнения и последствия, их лечение.
21. Хламидийные конъюнктивиты: эпидемиология, клиника, осложнения, диагностика и дифференциальная диагностика с трахомой, лечение, профилактика.
22. Острый дакриаденит: эпидемиология, клиника, осложнения, диагностика, лечение, профилактика.
23. Патология слёзных точек и канальцев: этиология, клиника, осложнения, диагностика, лечение, профилактика.

24. Дакриоцистит у взрослого: формы, этиология, патогенез, диагностика, клиника, лечение.
25. Флегмона слёзного мешка: этиология, клиника, осложнения, диагностика, лечение, профилактика.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

(письменное домашнее задание)

Задача 1. У больного, лечившегося ранее по поводу заболевания правого глаза, после последних нескольких инстилляций лекарств появилась гиперемия век, отёк с экзематозными проявлениями. Диагноз? Ваша тактика? Назначьте лечение.

Задача 2. На прием пришла девочка 14 лет с жалобами на боль, покраснение, отек, чувство жара в верхнем веке правого глаза. Объективно: резкий отёк века, глаз закрыт, болезненность, гиперемия верхнего века. Из анамнеза установлено – 3 дня назад выщипывала брови. Диагноз? Лечение?

Задача 3. У больного 7 лет чувство зуда краев век обоих глаз, покраснение, шелушение у корня ресниц, усиливающееся после зрительных нагрузок. Диагноз? Причина? Какое нужно провести обследование? Лечение?

Задача 4. У больного внезапно появился отёк верхнего века правого глаза, локальная гиперемия у корня ресницы с гнойной головкой, резкая болезненность. Диагноз? Лечение?

Задача 5. У ребёнка после рождения постоянное скудное гнойное отделяемое, слезостояние в правом глазу. Инстилляции глазных капель эффекта не дают. Диагноз? Тактика? Лечение?

Задача 6. У больного 25 лет на нижнем веке появилось уплотнение в толще хряща в виде горошины. Кожа над уплотнением не изменена, со стороны конъюнктивы –

локальная гиперемия и утолщение конъюнктивы в проекции образования. Диагноз? Лечение?

Задача 7. После рождения ребёнка родители заметили, что правый глаз закрыт и верхнее веко не поднимается. Глазное яблоко правильно развито, патологии не обнаружено.

Задача 8. У пациента на протяжении года отмечалось постоянное слезотечение. Несколько дней назад у внутреннего угла глаза появилась краснота, резкая болезненность, реактивный отёк век. При пальпации зоны инфильтрата резкая болезненность, флюктуации нет, гнойное отделяемое из слёзных точек. Диагноз? Лечение?

Задача 9. У пациента 50 лет проведена операция – удаление халязиона нижнего века через конъюнктиву. Через три месяца на этом же месте появилось новообразование похожее на предыдущее, но отмечается более быстрый рост. Кожа над образованием легко гиперемирована, уплотнена. Конъюнктивa в проекции образования рубцово-изменена. Диагноз? Тактика?

Задача 10. У пациентки 60 лет после перенесенного острого конъюнктивита правого глаза внезапно появились рези в глазу, невозможно открыть глаз, слезотечение, светобоязнь. При осмотре глазная щель сужена, нижнее веко укорочено по высоте, ресницы направлены на роговицу, при пальпации и попытке открыть глазную щель веки напряжены. Диагноз? Лечение?

Задача 11. Больной 30 лет попал в автодорожную катастрофу. Получил множественные глубокие порезы лица. Произведена ПХО с ушиванием ран. Предъявляет жалобы на слезотечение и не смыкание левой глазной щели. Диагноз? Тактика?

Задача 12. У пациента 50 лет три месяца назад появился легкий зуд и гиперемия краев век с легким шелушением, усилилось выпадение ресниц. Закапывал альбуцид 20% без эффекта. Предположительный диагноз? Какие исследования необходимы для уточнения диагноза? Лечение?

«ЗАБОЛЕВАНИЯ КОНЬЮНКТИВЫ»

Задача 1. На третий день после рождения у ребенка появился резкий отек и гиперемия век. Глазная щель открывается с трудом, при этом появляется сукровичное отделяемое. О каком заболевании следует прежде всего думать? Профилактика этого заболевания? Назначьте лечение.

Задача 2. Утром больной проснулся и обнаружил, что не может открыть правый глаз из-за гнойного отделяемого, склеившего ресницы. При раскрытии глазной щели обнаружено: конъюнктивит всех отделов резко гиперемирована, разрыхлена, на ресницах и в углах глаза гнойное отделяемое. Диагноз? Назначьте лечение.

Задача 3. В детском коллективе летом возникла вспышка глазного заболевания. Одновременно у нескольких детей покраснели глаза и появилось обильное гнойное отделяемое. Объективно: конъюнктивит век и глазного яблока резко гиперемирована, имеются единичные субконъюнктивальные кровоизлияния. Поставьте предварительный диагноз. Назначьте лечение.

Задача 4. Больной предъявляет жалобы на сильный зуд в обоих глазах, чувство инородного тела, небольшое количество гнойного отделяемого, скапливающегося в углах глазной щели по утрам. Симптомы заболевания появились несколько недель назад и постепенно усиливаются. Объективно: кожа углов глазной щели отёчна, гиперемирована, имеются единичные трещины. Гиперемия конъюнктивы умеренно выражена. О каком заболевании следует думать? Назначьте лечение.

Задача 5. У больного на фоне умеренно выраженных катаральных явлений в зеве появились рези и покраснение обоих глаз. При осмотре выявлены гиперемия всех отделов конъюнктивы, петехиальные конъюнктивальные кровоизлияния, фолликулы.

Поставьте диагноз.

Задача 6. Больной 10 лет предъявляет жалобы на чувство инородного тела в глазу, незначительную светобоязнь. Жалобы появились около года назад, усиливаются в весенне-летний период . Объективно: на конъюнктиве верхнего века крупные сливные уплощённые фолликулы с молочно-белым оттенком в виде булыжной мостовой. В соскобе с конъюнктивы большое количество эозинофилов. Диагноз? Лечение?

Задача 7. В детском саду у одной трети детей покраснели глаза, появилось скудное слизисто-гнойное отделяемое. При осмотре обращено внимание на наличие белесоватых пленок на конъюнктиве век, легко удаляющихся ватным тампоном. Диагноз? Тактика?

Задача 8. Больной жалуется на незначительное слезотечение, чувство инородного тела под верхним веком. Объективно: гиперемия и инфильтрация конъюнктивы, большое количество крупных беспорядочно расположенных фолликулов в ней, одиночные рубчики на конъюнктиве. Осмотр щелевой лампой выявил васкуляризацию верхнего лимба. Поставьте диагноз.

Задача 9. Больной много лет страдает заболеванием глаз, лечился не систематически. Отмечает сухость, понижение остроты зрения. Объективно: ресничный край верхнего века завернут, рубцы на конъюнктиве, роговая оболочка мутная, в ней много сосудов. Поставьте диагноз.

Задача 10. Больной имеет сонный вид, страдает заболеванием глаз несколько лет. Лечился нерегулярно. Несколько дней тому назад появилась резкая боль в глазу,

ухудшение зрения. Объективно: роговичный синдром, рубцы и гиперемия конъюнктивы, её утолщение, деформация век, в центре роговой оболочки помутнение с желтоватым оттенком, его поверхность окрашивается флюоресцеином. В передней камере (внизу) – помутнение кремового цвета в форме полулуния. Диагноз? Лечение?

Задача 11. Вы эпидемиолог района. Зарегистрировано 6 случаев трахомы 1-2 стадии. Ваша тактика.

Задача 12. У школьника при профосмотре обнаружено большое количество фолликулов в своде нижнего века без гиперемии и утолщения конъюнктивы. Диагноз? Дифференциальный диагноз?

Задача 13. У больного обнаружен умеренный отёк век, гиперемия и отек конъюнктивы, большое количество фолликулов, точечные нежные инфильтраты на роговице. Незначительно выражены катаральные явления. Диагноз? Дифференциальный диагноз? Лечение?

Задача 14. Больной проводил курс уринотерапии, в том числе промывал глаза свежей мочой. Через неделю после начала лечения появилась гиперемия, припухлость век и конъюнктивы. При осмотре в сводах конъюнктивы выявляются множественные фолликулы, скудное слизистое отделяемое.

Решение ситуационных задач является письменным домашним заданием.

**РАБОТА СТУДЕНТОВ С ОСВОЕНИЕМ
ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ ПО ТЕМЕ
(теоретический разбор навыков в условиях ДО)**

В течение практического занятия студенты под руководством преподавателя должны освоить ряд практических умений. Особое внимание преподаватель

обращает на те умения, которые могут использоваться в повседневной практике не только врачами-офтальмологами, но и врачами общей практики.

Сбор жалоб и анамнеза.

Преподаватель обращает внимание студентов на основные вопросы, которые могут помочь врачу в постановке правильного диагноза: время начала заболевания, последовательность появления симптомов (болезненность глаз, их покраснение, наличие и характер отделяемого, нарушение зрения), наличие аллергии, связь с перенесёнными инфекционными острыми заболеваниями, наличие хронических заболеваний и очагов хронической инфекции, было ли аналогичное заболевание у пациента ранее, и если было, то какими средствами лечился. При сложности в постановке диагноза имеет так же значение нахождение пациента в другой стране в ближайшее время, особенно с резко отличающимися климатическими и эпидемическими условиями.

Наружный осмотр.

Наружный осмотр проводится при естественном дневном освещении или с использованием лампы накаливания 60 Вт. При этом преподаватель обращает внимание на последовательность проведения осмотра.

В первую очередь студенты осматривают окружающие орбиту части лица, затем определяют состояние и положение век (правильное или неправильное, отек, нарушение структуры, целостности и цвета кожного покрова), область слёзной железы (припухлость, болезненность, изменение цвета кожи над железой) и слёзного мешка (болезненность при пальпации, изменение цвета кожного покрова, наличие отделяемого из слёзных точек при надавливании на область слёзного мешка).

Для осмотра конъюнктивы необходимо произвести выворот век.

При проведении осмотра преподаватель одновременно спрашивает студентов, выясняя степень закреплённости изучаемого материала.

Выворот верхнего и нижнего век.

Нижнее веко выворачивается оттягиванием его большим пальцем руки врача вниз при одновременном повороте глаза пациента вверх.

При осмотре верхнего века, его тарзальной (хрящевой) части слизистой оболочки используется **простой способ** выворота. При необходимости осмотра всего верхнего свода конъюнктивальной полости – **двойной способ**. При **простом вывороте** верхнего века пациента просят посмотреть максимально вниз и большим пальцем левой руки слегка приподнимают верхнее веко. Затем большим и указательным пальцами правой руки захватывают ресницы и сильно оттягивают веко вниз. Далее пальцем левой руки (можно использовать векоподъемник, стеклянную или ватную косметическую палочку) надавливают на верхний край хряща и выворачивают веко, удерживают путём прижатия его ресничного края к коже. При этом пациент все время должен смотреть вниз. **Двойной выворот** верхнего века лучше производить векоподъемником, но при определенном навыке он может быть выполнен и с помощью той же косметической палочки. Все выполняется, как и при простом вывороте до момента, когда веко уже вывернуто. С этого момента векоподъемник или косметическую палочку не удаляют, а, манипулируя ими (ручку векоподъемника продолжают осторожно наклонять в сторону лба пациента, палочку же вращают вокруг ее оси в направлении снизу вверх), производят дополнительный выворот века. При таком вывороте хорошо доступными для осмотра становятся верхний конъюнктивальный свод и слёзная железа.

Исследование при боковом (фокальном) освещении.

Исследование проводится в затемнённой комнате с использованием лампы накаливания 60 Вт и лупы в 13 или 20 дптр. Преподаватель устанавливает лампу слева и впереди от пациента на расстоянии 50-60 см, садится напротив пациента, отодвигая его колени влево, а свои – вправо. Голова пациента слегка повернута к источнику света. Лупу преподаватель держит на расстоянии 7-8 или 5-5,5 см (в зависимости от выбранной линзы) от исследуемого глаза перпендикулярно лучам

идушим от источника света. Лучи преподаватель фокусирует на том участке глазного яблока, который подлежит исследованию.

Обследование начинают с осмотра век, оценивают состояние кожного покрова, краев век, мейбомиевых желёз, слезных точек, направление роста волос, структуру ткани.

Для осмотра слизистой оболочки век, необходимо произвести их выворот. При этом оценивают состояние конъюнктивы по следующим признакам: цвет, прозрачность, толщина, подвижность различных её отделов, наличие кровеносных сосудов и патологических элементов (сосочки, фолликулы, пигментные пятна, утолщения).

Биомикроскопия.

С помощью биомикроскопа можно проводить прижизненную биомикроскопию глаза. В состав биомикроскопа любой конструкции входит: осветительная система и бинокулярный микроскоп. Осветительная система лампы включает в себя щелевидную диафрагму, ширина которой регулируется, и фильтры. Пучок света, проходящий через щель, образует световой срез, который врач и рассматривает через микроскоп.

Пациент устанавливает голову на подставку щелевой лампы с упором подбородка и лба. Световую щель поочередно фокусируют на ткани глазного яблока, подлежащей микроскопии. Различают четыре способа биомикроскопии:

1. в прямом фокальном освещении (оценивается степень прозрачности оптических сред в общем),
2. в непрямом фокальном освещении (изучается зона вблизи фокально освещённого участка, что позволяет увидеть более детально некоторые структуры, невидимые при прямом освещении),
3. в прямом диафаноскопическом просвечивании (структура тканей изучается в отражённом и рассеянном пучке света, при этом объект исследования виден на светлом фоне),
4. в непрямом диафаноскопическом просвечивании (осматривается участок выхода отражённого пучка света).

Обследование начинают с осмотра век, оценивая состояние кожного покрова, краев век, мейбомиевых желёз, слезных точек, слёзного ручейка, направление роста волос, структуру ткани.

Для осмотра слизистой оболочки век, необходимо произвести их выворот. При этом оценивают состояние конъюнктивы по следующим признакам: цвет, прозрачность, толщина, подвижность различных её отделов, наличие кровеносных сосудов и патологических элементов (сосочки, фолликулы, пигментные пятна, утолщения).

Проба Ширмера.

Пациент смотрит прямо перед собой или чуть вверх. Слезную жидкость, находящуюся в нижнем конъюнктивальном мешке, удаляют тампоном. Полоску фильтровальной бумаги сгибают на маркированном конце и вводят в нижний конъюнктивальный мешок ближе к наружной трети века и просят пациента закрыть глаза. Полоску можно брать только за края дистального конца. Через 5 минут полоску бумаги вынимают и измеряют длину увлажненного участка в миллиметрах от линии сгиба. В норме она равна, как минимум, 15 мм. Если полоска полностью увлажняется ранее 5 минут, то отмечают время, потребовавшееся для этого. Данный показатель затем применяют для расчета длины полоски, которая была бы увлажнена за 5 минут, если бы она была длиннее.

Канальцевая проба.

Для проведения канальцевой пробы слёзный мешок и слёзные каналы освобождаются от содержимого точечным массажем, в конъюнктивальную полость инстиллируется 1 капля 1% раствора колларгола и пациент совершает лёгкие мигательные движения.

Оценка результатов проведения канальцевой пробы

Результат пробы	Время очищения конъюнктивальной полости
Положительная	0,5 – 2 минуты
Замедленная	2 – 5 минут
Отрицательная	5 – 10 минут или вообще не очищалась

Слёзно-носовая проба.

При выполнении слёзно-носовой пробы конъюнктивальная полость освобождается от отделяемого, инстиллируется 1 капля 1% раствор колларгола и пациент совершает лёгкие мигательные движения, наклонив голову слегка вперёд. Для контроля результатов пробы пациент через каждые 2-3 минуты высмаркивается в марлевую салфетку.

Оценка результатов проведения слёзно-носовой пробы

Результат пробы	Время обнаружения красителя в нижнем носовом ходе
Положительная	3 – 5 минуты
Замедленная	6 – 10 минут
Отрицательная	позднее 10 минут или вообще не обнаруживался

Диагностическое зондирование, промывание, рентгенологическое исследование слёзных путей и флуоресцентная ангиография сосудов конъюнктивы.

Данные методики преподаватель объясняет студентам на примере работы с тематическими пациентами, а так же с использованием фотографий пациентов, рентгенограмм и базы данных аппаратуры амбулаторного подразделения. Например, снимки флуоресцентной ангиографии сосудов и методика проведения данного метода показывается преподавателем на ретинальной камере.

Обработка краёв век антисептическими растворами.

Перед обработкой краёв век необходимо вымыть руки с соблюдением правил асептики и антисептики. Для обработки используется косметическая ватная палочка, ватный или марлевый тампон, смоченные в антисептическом средстве. Края век протираются в направлении снаружи кнутри.

Промывание конъюнктивальной полости.

Перед промыванием конъюнктивальной необходимо вымыть руки с соблюдением правил асептики и антисептики. Промывание осуществляется с помощью пипетки или одноразового стерильного шприца с насаженной на него безопасной канюлей для создания сильного промывного потока. Последовательно промывается верхний и нижний конъюнктивальный своды.

Закапывание глазных капель.

Перед закапыванием глазных капель необходимо вымыть руки с соблюдением правил асептики и антисептики. Пациент запрокидывает голову назад, при этом смотрит вверх. Врач оттягивает нижнее веко от глазного яблока и держа капельницу флакона на расстоянии не менее 5 см от глазного яблока капает 1 каплю препарата. Затем веко медленно отпускается и пациент закрывает глаза, при этом указательным пальцем прижимая область внутреннего угла глазной щели на 1-2 минуты.

Закладывание мазей.

Перед закладыванием глазных мазей необходимо вымыть руки с соблюдением правил асептики и антисептики. Пациент запрокидывает голову назад, при этом смотрит вверх. Врач оттягивает нижнее веко от глазного яблока и медленно выдавливает из тюбика 0,5-1 см мази в нижний конъюнктивальный свод. Затем веко медленно отпускается и пациент закрывает глаза, при этом массирующими движениями через веки с помощью стерильного ватного тампона распределяя мазь в конъюнктивальном мешке.

После демонстрации преподавателем вышеперечисленных методик студенты приступают к отработке практических навыков друг на друге разбившись попарно и выполняя роли врача и пациента.

По результатам самостоятельной работы преподаватель вносит отметку о результатах выполнения студентами данной части занятия в журнал преподавателя в графу «ПУ» в соответствии с рейтинговой системой кафедры.

ВОПРОСЫ ДЛЯ ВНЕАУДИТОРНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ

1. Аллергические экзогенные конъюнктивиты: виды, этиология, клиника, осложнения, диагностика, лечение, профилактика.
2. Дистрофические изменения конъюнктивы: виды, этиология, клиника, осложнения, диагностика, лечение, профилактика.
3. Контагиозный моллюск. Этиология, клиника, склонность к диссеминации, хирургическое лечение.