

Лекция № 2

Заболевания глаз с выраженными изменениями воспалительного характера

План лекции:

1. Общая характеристика заболеваний век (блефарит, ячмень).
2. Общая характеристика заболеваний слезного аппарата (дакриоцистит, дакриoadенит).
3. Понятие о конъюнктивите. Причины заболевания, основные клинические проявления, возможные осложнения, основные методы диагностики, принципы лечения и профилактики.
4. Организация и оказание сестринской помощи при инфекционной и воспалительной патологии глаз. Роль медицинской сестры в профилактике заболеваний глаз с выраженными изменениями воспалительного характера.

Блефарит, признаки, течение, лечение блефарита

Блефарит - воспаление краев век, проявляющееся в виде простой, чешуйчатой или язвенной формы.



Простой блефарит характеризуется выделением патологически измененного секрета из желез, расположенных в области век, появлением зуда, ощущением тяжести век, быстрой утомляемостью век, повышенной их

чувствительностью к яркому свету. Факторами, способствующими возникновению этой болезни, является постинфекционное ослабление защитных сил организма, хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, витаминная недостаточность, кариес зубов, глистные инвазии и грибковые поражения, заболевания слезно-носовых путей, анемия, авитаминоз, некорригированные аномалии рефракции и др. На этом фоне активизируется микробная флора (стрептококки и стафилококки), которая всегда присутствует в конъюнктивальной полости и внедряется в слезные, мейбомиевы железы, а также в волосяные мешочки.

Чешуйчатый блефарит проявляется покраснением и утолщением краев век. У оснований ресниц и между ними возникают серые и белые чешуйки, образованные за счет отшелушившихся клеток эпидермиса и засохшего секрета желез. После снятия влажным ватным тампоном этих чешуек обнаруживаются гиперемизированные участки, пронизанные тонкими кровеносными сосудами. В ряде случаев гиперемия захватывает и конъюнктиву с последующим развитием блефароконъюнктивита. Больные жалуются на чувство жжения и зуда в области век, трут глаза, тем самым усугубляя течение процесса. Отмечаются небольшая светобоязнь, сужение глазной щели (частичный блефароспазм) и небольшое слезотечение. Течение себореи краев век хроническое, длительное (месяцы, годы), и ликвидация ее возможна после выявления и устранения этиологических факторов.

Язвенный блефарит

Язвенный блефарит нередко проявляется в школьном и взрослом возрасте.

Общие и местные признаки, а также жалобы при этой болезни сходны с теми, которые имеются при себорее края век, но выражены более значительно. Основным отличительным и ведущим симптомом служит язвенная поверхность края век в области ресниц.

Удаление желтоватых плотных корочек бывает затруднительно, вызывает боль; на их месте остаются кровоточащие язвочки. Вместе с корочками удаляются и ресницы, из волосяного мешочка выступает желтоватая гнойная жидкость. В результате последующего рубцевания может возникнуть заворот век, неправильный рост ресниц (трихиаз), облысение и обезображивание ресничного края век (madarosis). Такие грубые изменения век могут вызывать повреждения роговой оболочки и конъюнктивы (кератоконъюнктивиты).

Рекомендации:

1. Подбор корригирующих линз (очков).
2. Устранение этиологического фактора.
3. Гигиена век: регулярно промывать раствором настоя чая или отварами лекарственной ромашки или календулы.

4. Ресничные края век смазывать 70 %-ным спиртовым раствором и 1 %-ным раствором бриллиантовой зелени.
5. Снятие чешуек и корочек, обработка края век антисептическими растворами.
6. На ночь края век смазывают витаминизированной мазью с антибиотиками или сульфаниламидами.
7. При язвенных блефаритах производят эпиляцию пораженных ресниц и обработку края век ляписом, бриллиантовой зеленью и т. д.
8. Ангулярные блефариты успешно лечат смазыванием век 1 %-ной цинковой мазью.
9. Мейбомиевы блефариты лучше поддаются медикаментозному лечению в сочетании с массажем век.
10. Смазывание век 0,5 %-ной гидрокортизоновой мазью.

Лечение

Лечение должно быть систематическим, регулярным и длительным (месяцы). Залогом успеха является выяснение этиологии заболевания. Лучшей мерой борьбы с этой хронической болезнью служит профилактика всех тех нарушений, которые способствуют ее возникновению.

Наружный ячмень, внутренний ячмень

Наружный ячмень

Наружный ячмень - это острое воспаление волосяного мешочка или сальной железы. Чаще всего бывает вызвано стафилококком. Возникновению болезни способствуют: ослабление организма после общих заболеваний, скрофулез, а также наличие конъюнктивита, попадание на конъюнктиву век мелких инородных тел, утомляемость глаз.

Заражение может произойти и гематогенным путем. В некоторых случаях процесс может захватить волосяной мешочек, но возможен и обратный путь распространения инфекции, т. е. из волосяного мешочка в сальную железу. Больные жалуются на боль в области соответствующего участка края века. При осмотре определяются ограниченное покраснение, болезненность и припухлость у края века, сопровождающиеся отеком и гиперемией кожи века и конъюнктивы. Через 2-3 дня припухлость приобретает желтый цвет - образуется гнойная пустула, вокруг которой имеется реактивная гиперемия и отечность; болезненность несколько уменьшается. На 3-4-й день от начала процесса пустула вскрывается, и из нее выделяется густое желтое гнойное содержимое. В других случаях она не вскрывается, а происходит рассасывание гноя и ее подсыхание. Отечность и гиперемия к концу недели исчезают. На месте вскрытия пустулы может образовываться нежный рубчик.

Внутренний ячмень

Внутренний ячмень - это острое гнойное воспаление хряща вокруг мейбомиевой железы. Имеет такое же течение, как и наружный, с той лишь

разницей, что процесс сосредоточен не с наружной, а с внутренней стороны век. Он связан с мейбомиевыми железами и, следовательно, локальная инфильтрация, отечность, гиперемия, а в дальнейшем образование гнойного желтого инфильтрата и его вскрытие происходят со стороны хрящевого отдела конъюнктивы. Лечение ячменя

Лечение ячменя местное и общее и должно начинаться сразу.

Рекомендации:

1. В начале процесса - сухое тепло (грелка, синий свет), УВЧ-терапия.
2. Не выдавливать!
3. Формирующийся гнойничок смазать 1 %-ным спиртовым раствором бриллиантовой зелени.
4. Глазные капли: 0,3 %-ный. раствор левомицетина 4 раза в день.
5. Внутрь назначаются сульфаниламидные препараты, аспирин или анальгин.
6. Местно - прижигания спиртом, эфиром, спиртовым раствором бриллиантовой зелени.
7. После прорыва ячменя осторожный туалет антисептическими растворами - 30 %-ным раствором сульфацил-натрия, раствором фурациллина, 0,3 %-ным раствором левомицетина.
8. При абсцедировании производится вскрытие (инцизия) инфильтратов.
9. Для полного и быстрого рассасывания инфильтрации и нежного рубцевания показано смазывание края век 1 %-ной желтой ртутной мазью.
10. При выходе на улицу необходима сухая асептическая повязка на глаз.
11. Прием пивных дрожжей, аутогемо- или лактотерапия.

При рецидивирующих ячменях:

- контроль сахара крови (!);
- витаминотерапия.

Дакриоцистит новорождённых



Дакриоцистит новорожденных (*dacryocystitis neonatorum*) представляет собой самостоятельную форму хронического дакриоцистита, развивающегося вследствие врожденной атрезии нижнего конца носо-слезного протока. Во внутриутробном периоде развития в этом месте имеется нежная мембрана, которая открывается лишь к моменту рождения ребенка. Если мембрана не редуцируется, то содержимое слезного мешка, не имея выхода в нос, застаивается, инфицируется, и возникает дакриоцистит. Уже в первые дни или недели жизни ребенка родители замечают обильное слизистое или слизисто-гнойное отделяемое из одного или обоих глаз. В детских консультациях обычно такую картину принимают за конъюнктивит, в связи с чем назначают дезинфицирующие капли, которые дают лишь кратковременный эффект.

Основным признаком дакриоцистита является выделение слезы и гноя из слезных точек при пальпаторном давлении на область слезного мешка. Если проводилось местное медикаментозное лечение дезинфицирующими каплями, этого симптома

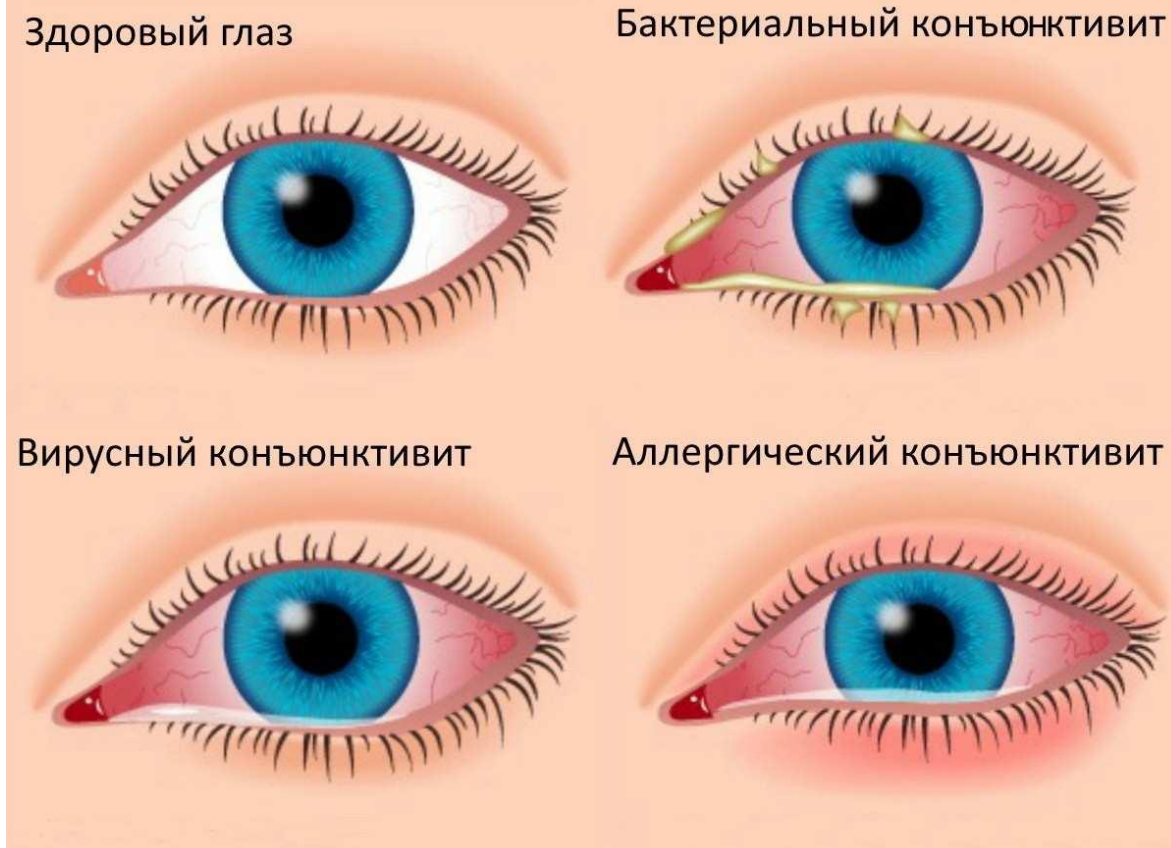
может не быть. Цветные пробы и промывание слезных путей помогают установить диагноз.

Иногда дакриоцистит новорожденных протекает по типу острого флегмонозного воспаления. При этом в области слезного мешка у внутреннего угла глазной щели появляются краснота и резко болезненная припухлость. Веки отекают, ребенок ведет себя беспокойно, температура повышается. Через несколько дней происходит прорыв гноя через кожу, явления воспаления утихают. Иногда образуются свищи слезного мешка.

Лечение дакриоцистита новорожденного

1. Массаж слезного мешка.
2. Закапывание антисептических капель (20 %-ный раствор сульфацил-натрия, растворы антибиотиков).
3. Если в течение двух недель при таком лечении выздоровление не наступает, необходимо попытаться прорвать перепонку промыванием слезных путей антисептическими растворами под давлением.
4. Можно использовать для промывания растворы протеолитических ферментов (трипсин, лидаза и др.).
5. Если и эта процедура безуспешна, прибегают к зондированию, которое дает положительный эффект почти во всех случаях.

Конъюнктивиты, признаки, формы конъюнктивитов



Конъюнктивиты - воспаление конъюнктивы, имеют острое начало и характеризуются быстрой генерализацией, нередко кратковременным abortивным течением и спонтанным выздоровлением. Распространенность конъюнктивитов и их большая контагиозность приносят много беспокойства не только больным, но и близким, медицинским учреждениям, воспитателям и учителям, нарушая нормальный ритм занятий, отдыха и работы. Поэтому каждый медицинский работник должен не только уметь сам своевременно распознавать конъюнктивит, правильно начать его лечение и принять меры к предотвращению распространения болезни среди окружающих, но и научить этому других.

Диагностика конъюнктивитов основана на знании определенного симптомокомплекса, включающего в себя как субъективные, так и объективные признаки. Этиологический фактор заболевания выявляется в основном по показаниям лабораторных анализов.

Врач, фельдшер, медицинская сестра всегда имеют возможность оказать терапевтическую помощь больному с конъюнктивитом, а затем при необходимости проконсультировать его у окулиста, выявить возбудителя болезни и определить его резистентность к различным химиопрепаратам.

Первые проявления заболевания могут сопровождаться и общими изменениями типа катара верхних дыхательных путей с подъемом температуры, головной болью, большой зрительной утомляемостью и др.

В результате защитной реакции организма, заключающейся в миграции лейкоцитов и явлении фагоцитоза, наступает гибель лейкоцитов вместе с патогенными микробами и образуется гной. Патологическое отделяемое раздражает роговую оболочку, что сопровождается выраженным блефароспазмом. В результате явлений пролиферации образуются фолликулы и сосочки, которые в дальнейшем могут распадаться и рубцеваться.

Поражения конъюнктивы могут вызывать изменения и в роговой оболочке. Вовлечение в процесс роговицы сопровождается появлением перикорнеальной (лимбальной) инъеции в виде фиолетового ободка.

Основные клинические признаки конъюнктивита

Основные клинические признаки конъюнктивита:

- конъюнктивальная инъеция или покраснение во всех ее отделах, характеризующее ярко-красной локальной или диффузной окраской, наличием поверхностно расположенной широкопетливой сети сосудов, увеличением их калибра и интенсивности гиперемии;
- отек слизистой глазного яблока и переходных складок - с изменением калибра сосудов увеличивается их кровенаполнение, затрудняется отток и меняется
- уровень проницаемости сосудов, что приводит к выпотеванию плазмы и появлению отека;
- отделяемое - в результате защитной реакции организма, заключающейся в миграции лейкоцитов и фагоцитоза, наступает гибель лейкоцитов вместе с патогенными микробами и образуется гной. Отделяемое может быть гнойным, слизисто-гнойным или слизистым;
- в результате гипертрофии образуются фолликулы и сосочки, которые в дальнейшем могут распадаться и рубцеваться. Поражения конъюнктивы могут вызывать изменения и в роговой оболочке, в этом случае появляется перикорнеальная инъеция в виде фиолетового ободка. Перикорнеальная инъеция указывает на тяжесть заболевания.

Различают острые и хронические конъюнктивиты.

Острые конъюнктивиты

- бактериального происхождения;
- вирусной этиологии;
- аллергической природы;
- грибковые;
- паразитарные.

Хронические конъюнктивиты:

- конъюнктивит, связанный с аномалиями рефракции, с заболеваниями
- придаточных пазух, желудочно-кишечного тракта, вредными условиями труда и т. д.;
- сухой кератоконъюнктивит (синдром "сухого глаза");
- конъюнктивит после перенесенного острого конъюнктивита;
- трахома;

- медикаментозные (токсические) в результате применения глазных капель (адреналина, пилокарпина, антибиотиков, противовирусных).

Гонобленнорея



Гонобленнорея - конъюнктивит, вызываемый гонококком.

В настоящее время он практически не встречается. По данным 1961 г. гонобленнорея в стране отмечена в 55,4 случаев на 100000 детского населения. Однако раньше заболевание поражало до 10% новорожденных. В 1930г. в СССР на долю гонобленнорея падало 4% слепоты, а среди детей - 18%.

Заболевание начинается обычно на 2-3 день после рождения ребенка и проходит в своем течении три стадии: инфильтрации (3-4 дня), гноетечения (5-7 дней), сосочковой гипертрофии (6-8 дней).

Первая стадия характеризуется гиперемией кожи век и их резким отеком (веки, "как доска", верхнее веко невозможно вывернуть), набуханием конъюнктивы, кровянистым отделяемым.

Во второй стадии наступает размягчение век, появляется обильное гнойное отделяемое; гной густой, желтый. На слизистой обнаруживаются многочисленные гипертрофированные сосочки.

Третья стадия выражается в сосочковой гипертрофии. Сосочки становятся еще больше, чем во втором периоде; конъюнктивa выглядит красной, напоминающей гранулированную поверхность. Затем слизистая постепенно приходит к норме, причем в подавляющем большинстве случаев на конъюнктиве не остается никаких следов (в отличие от гонобленнореи взрослых, протекающей более тяжело и оставляющей после себя рубцы на соединительной оболочке).

Гонобленнорейный конъюнктивит характеризуется частым поражением роговой оболочки - она вовлекается в процесс не менее чем в 25% случаев. При этом кератит носит гнойный, язвенный, плохо поддающийся лечению характер; после него остаются более или менее выраженные рубцы (Бельма) с той или иной степенью потери зрения.

Заражение конъюнктивы гонококком происходит обыкновенно при прохождении ребенка через родовые пути больной гонореей матери. Но встречается также врожденная гонобленнорея, когда поражение слизистой оболочки возникает внутриутробно - при раннем разрыве плодного пузыря. Наблюдается, наконец, поздняя детская гонобленнорея (как правило, у девочек) вследствие самозаражения.

Диагностика гонобленнореи основывается на описанной клинической картине и выделении гонококка. Последнее особенно важно при возникновении заболевания после периода новорожденности, когда оно может протекать не остро.

Профилактика заболевания осуществляется путем обследования и лечения беременных, а также путем закапывания новорожденным сразу после рождения 30% раствора сульфацила натрия в оба глаза.

Лечение гонобленнореи заключается в первом периоде в возможно более частом промывании конъюнктивальной полости раствором марганцево-кислого калия и закапывания через 1-2 часа (при необходимости и чаще) раствора пенициллина или сульфацила натрия и закладывания на ночь соответствующих мазей. При вовлечении в процесс роговицы назначают и др. местные средства, а также пенициллин внутримышечно: по 20000 МЕ три раза в сутки.

Во втором периоде к лечению нередко добавляют прижигание слизистой 1-2% раствором ляписа, как описано выше.

В третьем периоде инстиллируются препараты серебра (колларгол, протаргол), серноокислый цинк, альбуцид и т.д. При энергичном лечении с заболеванием удается справиться в течение 2-3 недель.

Во избежание заражения второго глаза, если он оказывается не вовлеченным в процесс, новорожденных укладывают на "больной бок", чтобы исключить затекание гноя в здоровый глаз, а старшим детям накладывают на здоровый глаз повязку с часовым стеклом, позволяющим больному видеть, а врачу наблюдать за состоянием глаза.

Острый дакриoadенит

Острый дакриoadенит - воспаление слезной железы - может иметь как острое, так и хроническое течение, бывает чаще односторонним, однако может наблюдаться и двустороннее. Встречается редко, проявляется болью, гиперемией, отеком кожи и инфильтрацией в области слезной железы, птозом наружной части века и хемозом конъюнктивы. Происходит смещение глаза кнутри и книзу с ограничением его подвижности кверху, кнаружи, и появляется легкий экзофтальм.



При оттягивании верхнего века и взгляде больного кнутри и книзу обнаруживается гиперемированная отечная слезная железа. Предушные регионарные лимфатические железы увеличены и болезненны, повышена температура тела. Заболевание сопровождается головной болью, лихорадочным состоянием. В исходе возможно бесследное рассасывание инфильтрации.

Этиология. Дакриоаденит возникает как осложнение острых инфекционных болезней: гриппа, ангины, пневмонии, острого суставного ревматизма, паротита, кори, скарлатины и др.

Лечение

1. Тепло, облучение орбиты полем УВЧ или прогревание диатермией.
2. Внутримышечные инъекции пенициллина, приемы внутрь сульфаниламидов.
3. При нагноении слезной железы производится ее разрез с последующим промыванием и дренированием полости.

Уход за больными с дакриoadенитами состоит в промывании конъюнктивального мешка теплыми растворами антисептиков и закладывании мазей после вскрытия и дренирования абсцесса слезной железы на верхнее веко накладывают повязки с гипертоническим раствором.

Контрольные вопросы:

1. Охарактеризуйте заболеваний век (блефарит, ячмень): причины заболеваний, основные клинические проявления, возможные осложнения, основные методы диагностики, принципы лечения и профилактики.
2. Общая характеристика заболеваний слезного аппарата (дакриоцистит, дакриoadенит). Причины заболеваний, основные клинические проявления,

возможные осложнения, основные методы диагностики, принципы лечения и профилактики.

3. Дайте понятие конъюнктивита: причины заболевания, основные клинические проявления, возможные осложнения, основные методы диагностики, принципы лечения и профилактики.

4. Расскажите об организации и оказании сестринской помощи при инфекционной и воспалительной патологии глаз.

Назовите роль медицинской сестры в профилактике заболеваний глаз с выраженными изменениями воспалительного характера.

Рекомендательный список литературы

1. Глазные болезни [Электронный ресурс]: учебник / Егоров Е. А., Епифанова Л. М. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – URL:

<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970433218.html>

2. Рубан, Э. Д. Сестринское дело в офтальмологии: учебное пособие / Э. Д. Рубан, И. К. Гайнутдинов. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2015. – 352 с.: ил. - (Среднее медицинское образование).

3. Офтальмология: нац. рук.ред. С. Э. Аветисов, Е. А. Егоров, Л. К. Мошетова [и др.] М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013.

4. Руководство для операционных и перевязочных сестер / под ред. М. М. Абакумова. – М. : СИМК, 2013. – 584 с.

5. Сборник технологий простых медицинских услуг: методические рекомендации / сост. Е. А. Лапина [и др.]. – СПб.: Береста, 2012. – 960 с. – (Ассоциация медицинских сестер России).

6. Сестринская помощь при заболеваниях уха, горла, носа, глаза и его придаточного аппарата: учебное пособие для медицинских училищ и колледжей / ред. А. Ю. Овчинников. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 176 с. – URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970435878.html>

7. Шумилкин, В. Р. Алгоритмы для медсестер : учебное пособие / В. Р. Шумилкин, Н. И. Нузданова. – Санкт-Петербург, 2016. – 112 с.

Электронные ресурсы

1. Сайт общества больных глаукомой <http://www.glaucoma-net.ru/vidy-glaukom-2/index.html>

2. Эффективная медицина <https://www.glazmed.ru/lib/public20/>