

Лекция №4

Диагностика воспалительных заболеваний конъюнктивы

Воспалительные заболевания конъюнктивы.

Более трети всех больных с патологией глаз обращаются в поликлинические отделения по поводу заболеваний конъюнктивы. Поэтому каждый медицинский работник должен уметь диагностировать это поражение.

Воспаления конъюнктивы - конъюнктивиты - могут быть инфекционными (вирусные, бактериальные, грибковые и др.), обусловленными физическими и химическими вредностями и аллергенами, а также действием других факторов (аутоаллергены, общие заболевания).

Наиболее часто встречаются экзогенные острые инфекционные конъюнктивиты (вирусные и бактериальные).

Острые инфекционные конъюнктивиты.

Вирусные и бактериальные острые инфекционные конъюнктивиты имеют много общих признаков. Такие конъюнктивиты обладают контагиозностью, поэтому от четкости работы медицинского персонала по диагностике, лечению и проведению санитарно-эпидемических мероприятий будет зависеть предупреждение распространения заболевания среди здоровых людей в коллективе (в организациях, школах, детских дошкольных учреждениях).

Острый конъюнктивит начинается сначала на одном глазу, а вскоре и на другом. Больные жалуются на чувство засоренности («песка»), жжения или зуда в глазу, его покраснение, появление слезотечения или слизисто-гнойного отделяемого из глаза. Проснувшись утром, больной с трудом открывает глаза, так как веки склеиваются засохшим на ресницах гноем. В анамнезе могут отмечаться попадание в глаз пыли, охлаждение или перегревание, купание в непроточном водоеме, общее ослабление организма, заболевание носа, гриппозное состояние, контакт с больным конъюнктивитом человеком.

При осмотре конъюнктивы век резко гиперемирована, ярко-красного цвета, набухшая или разрыхленная. В области переходной складки утолщенная конъюнктура становится избыточной, собирается в складки, могут образоваться сосочки и фолликулы. Глазное яблоко также гиперемировано, особенно на участках, примыкающих к сводам (поверхностная конъюнктивальная инъекция). Конъюнктура склеры отекает, становится утолщенной, в отдельных случаях студнеобразной. Иногда отечная конъюнктура выступает из глазной щели и ущемляется между краями век (хемоз).

Самым характерным признаком конъюнктивита является выделение слизи или гноя из конъюнктивального мешка.

При остром течении конъюнктивита в толще конъюнктивы появляются мелкие кровоизлияния.

Острые бактериальные конъюнктивиты. Эти конъюнктивиты характеризуются наличием гноя отделяемого из конъюнктивальной полости. Наиболее распространены стафилококковый, пневмококковый конъюнктивиты, острый эпидемический конъюнктивит (конъюнктивит Коха-Уикса), реже встречаются гонобленнорея и дифтерия глаз (дифтерийный конъюнктивит).

Стафилококковый конъюнктивит. Как правило, этот конъюнктивит имеет острое начало и характеризуется резкой гиперемией всех отделов конъюнктивы, ее отечностью и инфильтрацией, слизисто-гнойным, а затем обильным гнойным отделяемым, чувством «песка» в глазу, жжением, зудом, болью в области глаза. По утрам веки склеены, на ресницах гнойные желтоватые корочки. Заболевание чаще возникает на одном глазу, а через несколько дней может появиться и на другом, что связано с заносом инфекции при нарушении правил ухода за больным глазом. Через неделю острота конъюнктивита ослабевает.

Клинико-лабораторные исследования показывают, что стафилококковый конъюнктивит встречается почти в 65% случаев всех конъюнктивитов. Патогенные стафилококки высеваются примерно в 90% наблюдений, причем почти в 80% они устойчивы к пенициллину и ле-

вомицетину. Наиболее высокая чувствительность патогенного стафилококка обнаруживается к антибиотикам широкого спектра действия.

Стафилококковые конъюнктивиты возникают преимущественно осенью и зимой. Наиболее высока заболеваемость среди детей в возрасте 2-7 лет. Контагиозность при соблюдении санитарно-гигиенических правил невысокая.

Острый пневмококковый конъюнктивит. Конъюнктивит вызывается пневмококком. Заболевание начинается остро на одном, а затем и на другом глазу; при этом отмечаются отек век и точечные кровоизлияния на конъюнктиве склеры. На слизистой оболочке век образуются беловато-серые пленки, которые легко снимаются влажной ватой. После их удаления обнажается разрыхленная ткань конъюнктивы. Однако она не кровоточит, как при дифтерии глаз. Часто в процесс вовлекается роговица. Заболевают преимущественно дети, причем в детских коллективах острый пневмококковый конъюнктивит может носить эпидемический характер.

Для установления диагноза обязательно проводят бактериологическое исследование мазка из конъюнктивального мешка.

Острый эпидемический конъюнктивит (конъюнктивит Коха-Уикса). Заболевание вызывается бактерией Коха-Уикса. Этот конъюнктивит передается от больного к здоровому человеку через руки, загрязненные выделениями из глаз, или предметы, зараженные возбудителем конъюнктивита. Переносчиками болезни могут быть и насекомые, главным образом мухи.

Эпидемическим этот конъюнктивит называется потому, что в странах с жарким климатом он может поражать большие массы людей, вызывая эпидемии. В России острый эпидемический конъюнктивит встречался в прошлом главным образом в республиках Средней Азии. В настоящее время фиксируются его единичные случаи. Дети страдают этим заболеванием чаще, чем взрослые.

Конъюнктивит начинается с покраснения конъюнктивы век, которое быстро распространяется на конъюнктиву глазного яблока. Одновременно появляются режущие боли и ощущение инородных тел за веками. Уже с первых дней заболевания в конъюнктивальном мешке становится все больше слизистого отделяемого и оно приобретает гнойный характер.

Весьма своеобразными признаками этого заболевания являются наличие мелких кровоизлияний в конъюнктиве глазного яблока и выраженный отек конъюнктивы.

В пределах открытой глазной щели утолщенная и отечная конъюнктивальная склера выглядит в виде двух бледно-серых треугольных островков, обращенных основанием к лимбу. Сильный отек конъюнктивы наблюдается в области нижней переходной складки. Часто возникает значительный отек век. Довольно закономерны общие явления: недомогание, повышение температуры тела, насморк, головная боль. У детей заболевание протекает особенно бурно. У них в процесс нередко вовлекается роговица, в которой образуются поверхностные инфильтраты. В этих случаях заболевание сопровождается резко выраженной светобоязнью, блефароспазмом и слезотечением с гнойным отделяемым.

Заболевание продолжается около месяца, однако рациональное и своевременное лечение может значительно сократить длительность болезни. Напротив, несвоевременное или неправильное лечение приводит к распространению воспалительного процесса на роговицу, вследствие чего на ней может остаться помутнение, снижающее остроту зрения.

Дифтерия глаз (дифтерийный конъюнктивит). Это заболевание вызывается палочкой Леффлера. Дифтерия глаз как изолированное заболевание встречается редко, чаще сочетается с дифтерией носа, зева, гортани. Болезнь наблюдается, как правило, у тех детей, которым не были сделаны или не полностью были проведены профилактические прививки против дифтерии. В настоящее время благодаря осуществлению обязательных противодифтерийных прививок всем детям дифтерия глаз наблюдается исключительно редко и преимущественно у

детей до 5 лет. Заболевание возникает при заражении от больных дифтерией. Передается инфекция от больного к здоровому непосредственно или через третьих лиц.

Заболевание начинается сильным отеком, гиперемией, болезненностью и уплотнением век. Вывернуть веки невозможно. Из глазной щели выделяется мутная жидкость с хлопьями.

На краях век видны серые налеты-пленки. Они распространяются на конъюнктиву век и глазного яблока. Пленки плотно связаны с подлежащей тканью, удалить их трудно. После удаления пленок слизистая оболочка сильно кровоточит. Часто с первых дней заболевания в процесс вовлекается роговица, на которой появляются множественные инфильтраты, изъязвления, некротические участки.

В тяжелых случаях может наступить распад и прободение роговицы с гибелью глаза.

Заболеванию присущи общие признаки дифтерии: высокая температура тела, головная боль, слабость, увеличение и болезненность регионарных лимфатических узлов. В типичных случаях на миндалинах больного имеются серые пленки, плотно сращенные с подлежащими тканями.

Гонобленнорея глаз (бленнорейный конъюнктивит). Это заболевание развивается при попадании в конъюнктивальную полость гонококка Нейссера. Заболевание встречается у взрослых, страдающих гонококковыми уретритами, детей, заразившихся от больных родителей, медицинского персонала, работающего с больными.

Особенно тяжело болезнь протекает у новорожденных. Заражение происходит во время родов при прохождении плода через родовые пути матери, больной гонореей. Заболевание начинается на 2-3-и сутки после рождения. Появляется выраженный синюшно-багровый отек век. Припухшие веки становятся такими плотными, что их почти невозможно открыть для осмотра глаза. При этом из глазной щели под давлением изливается кровянистое отделяемое цвета мясных помоев.

На 4-5-е сутки отек век уменьшается и появляется обильное гнойное отделяемое. На краях век гной подсыхает, плотно склеивая их, а в конъюнктивальном мешке накапливается все большее количество гнойного отделяемого, поэтому, когда раскрывают веки, гнойное отделяемое вытекает струей. В связи с этим при осмотре ребенка с конъюнктивитом, у которого веки и их края склеены гноем, нужно остерегаться, чтобы брызги гнойного отделяемого из глаза больного не попали в глаз медицинского работника. Для этого медицинские работники должны надевать защитные очки.

При несвоевременном или неправильном лечении гонобленнорея может дать такие серьезные осложнения, как ползучая язва роговицы. Такая язва способна полностью разрушать роговицу, вследствие чего гнойная инфильтрация распространяется на внутренние оболочки и содержимое глаза, что обычно приводит к его гибели.

Диагноз «гонобленнорея глаз» ставится по типичной клинической картине поражения конъюнктивы и на основании бактериологического исследования мазка с конъюнктивы на выявление гонококков.

Профилактика гонобленнореи у новорожденных в России является обязательной. Сразу после рождения ребенку протирают веки ватным тампоном, смоченным 2% раствором борной кислоты и закапывают в каждый глаз 1% р-р нитрата серебра. Необходимо строго следить, чтобы ошибочно не был использован 10-20% раствор нитрата серебра, который применяют в родильных отделениях для обработки пуповины. Ошибочное закапывание в глаза новорожденным 10% раствора нитрата серебра вызывает тяжелейшие ожоги роговицы с последующим образованием бельма и даже гибелью глаза. В последнее время применяют 30% раствор сульфацил-натрия или свежеприготовленный раствор антибиотика, который инстиллируют трехкратно в течение часа.

В профилактике гонобленнореи новорожденных главное место занимает тщательное неоднократное обследование женщин в период беременности, их своевременное и активное лечение в женских консультациях.

Вирусные конъюнктивиты. Чаще всего вирусные конъюнктивиты протекают в виде эпидемических вспышек и вызываются аденовирусом. Особенностью вирусных конъюнктивитов в отличие от бактериальных является отсутствие или незначительное количество гнойного отделяемого из конъюнктивального мешка. Отделяемое обычно слизистое, реже - слизисто-гнойное.

Аденовирусный конъюнктивит чаще всего встречается в виде фарингоконъюнктивальной лихорадки и эпидемического кератоконъюнктивита.

Фарингоконъюнктивальная лихорадка чаще возникает эпидемическими вспышками в детском коллективе. Заболевание всегда сопровождается подъемом температуры тела, острыми респираторными заболеваниями (фарингит), увеличением подчелюстных лимфатических узлов, конъюнктивитом. Последний обычно начинается сначала на одном глазу, а через 2-3 суток в процесс вовлекается и другой глаз. Отмечаются отек век, гиперемия и не обильное слизистое или слизисто-гнойное отделяемое. Гиперемия захватывает все отделы конъюнктивы, но особенно сильно выражена в нижней переходной складке. В некоторых случаях на конъюнктиве появляются нежные серовато-белые пленки; чаще на конъюнктиве хряща и переходных складок высыпают разного размера фолликулы.

Эпидемический кератоконъюнктивит чаще встречается у взрослых. Заболевание отличается высокой контагиозностью. Общие проявления могут отсутствовать; иногда заболеванию глаз предшествуют недомогание, разбитость, головная боль.

Клиническая картина болезни характерна. Она начинается остро с покраснения и отека конъюнктивы век и переходных складок, затем распространяется на конъюнктиву глазного яблока, полулунную складку и слезное мяско. Одновременно с этим на конъюнктиве век и переходных складок появляется множество мелких фолликулов, а у некоторых больных - нежные, легко снимающиеся беловато-серые пленки. Высыпание фолликулов сопровождается увеличением и болезненностью околушных, а иногда и нижне- и поднижне-челюстных лимфатических узлов. Отделяемое отсутствует или очень незначительное, негнойное, слизисто-пенистое. Через 5-7 сут от начала заболевания появляются светобоязнь, слезотечение, ощущение засоренности глаз песком. Больные жалуются на снижение зрения. Заболевание продолжается от 2 недель до 2 мес и более и заканчивается обычно благополучно.

Аллергические конъюнктивиты.

Доля аллергических конъюнктивитов в патологии глаз возрастает с каждым годом. Эти заболевания обычно имеют хроническое течение и бывают большей частью двусторонними.

Заболевание протекает в виде ремиссий и обострений. При обострении ведущим симптомом является зуд; в период ремиссий больные жалуются на ощущение инородного тела, покалывание в глазах, дискомфорт при зрительной работе. Аллергия может быть вызвана внешними факторами, т.е. носить экзогенный характер (действие пыльцы растений, злаковых трав, например, тимopheевки, мятлика, овсяншицы, пуха, шерсти, пыли, медикаментозная и пищевая аллергия), и внутренними факторами, т.е. носить эндогенный характер (инфекционные, гельминтозные аллергии, весенний конъюнктивит).

Туберкулезно-аллергический конъюнктивит. Типичным аллергическим заболеванием, встречающимся преимущественно у детей и лиц молодого возраста, страдающих от дополнительных аллергических факторов (диатез, глистная инвазия и др.), является туберкулезно-аллергический конъюнктивит (скрофулезный, фликтенулезный).

Заболевание начинается с появления светобоязни. Одновременно с этим или несколько позже на конъюнктиве глазного яблока появляются розовато-серые узелки (фликтены) диаметром 1,0-1,5 мм, слегка возвышающиеся над ее поверхностью. Обычно таких узелков бывает два-три, редко - больше. Особенностью этого заболевания является расположение узелков на границе между конъюнктивой и роговицей или в непосредственной близости от этой границы (у края роговицы). К фликтенам пучком подходят расширенные сосуды.

Очень характерны резкая светобоязнь, слезотечение, блефароспазм. Больной не может открыть глаз, прячет голову в подушку. Нередко имеются мацерация и трещины в углах глазных щелей, экзематозные изменения за ушами, в углах рта. Через 5-6 сут фликтены уплощаются, постепенно рассасываются. У ослабленных больных может быть изъязвление фликтен с последующей эпителизацией. Протекает заболевание 2-4 недели, бывают частые рецидивы.

Профилактика фликтенулезного конъюнктивита включает проведение всеобщей диспансеризации населения с целью выявления туберкулеза с последующим лечением у фтизиатра, соблюдение больными туберкулезом диеты, санацию у них очагов инфекции, профилактику гельминтозов.

Атропиновый конъюнктивит. Этот конъюнктивит является одним из вариантов реакции на прием лекарств. Он может развиваться после продолжительного применения глазных капель, а у особо чувствительных людей даже после однократной инстилляцией.

Возникает картина острого конъюнктивита, появляются светобоязнь, слезотечение, выраженная конъюнктивальная инъекция, отек и гиперемия кожи век, возможны высыпания на коже.

Применение лекарственных средств в виде капель и мазей обычно ухудшает состояние глаза. Заболевание может продолжаться длительное время, до тех пор пока не прекратиться действие на глаз веществ, вызвавших заболевание.

Весенний конъюнктивит. Заболевание наиболее распространено в южных районах с длительной солнечной инсоляцией. Чаще болеют мальчики и молодые люди до 20 лет. Весенний конъюнктивит характеризуется частыми обострениями в солнечные периоды (обычно рецидивы происходят в весенне-летний период). Характерны жалобы на утомляемость глаз при работе, связанной со зрительным напряжением, чувство инородного тела в глазах, сильный зуд. Больные не могут находиться на солнце (появляются светобоязнь, слезотечение).

Самый характерный признак заболевания наблюдается при выворачивании верхнего века: на конъюнктиве хряща верхнего века появляются гипертрофированные сосочки - разрастания в виде «булыжной мостовой». Верхнее веко несколько утолщено, глазная щель сужена, глаза кажутся сонными, а конъюнктив глаза - мутной. При мигании сосочки конъюнктивит раздражают роговицу, поэтому к процессу может присоединиться ее воспаление. К осени обычно клинические проявления стихают, зимой жалоб больные не предъявляют, однако с появлением солнца весной они вновь возобновляются.

Хронические конъюнктивиты.

Хронические конъюнктивиты возникают часто и встречаются в любом возрасте. В их этиологии имеют значение многообразные экзогенные и эндогенные факторы. Чаще всего это профессиональные вредности (конъюнктивит мукомолов, деревообделочников, камнерезов, химиков и т.д.), интоксикации пищеварительного тракта (гельминтоз, патология желчевыводящих путей, хронические гастриты, язвенная болезнь), болезни обмена веществ и другие общие заболевания. Вызывать хронический конъюнктивит могут некорригированные аномалии рефракции (особенно дальновзоркость, астигматизм, пресбиопия), систематическое зрительное утомление и др.

Хронический конъюнктивит, как правило, сочетается с поражением краев век (хронический блефароконъюнктивит). Больные жалуются на чувство инородного тела в глазах, жжение и зуд век, небольшое покраснение глаз, чувство усталости глаз.

У больных отмечаются незначительная гиперемия конъюнктивы век, ее шероховатость, единичные фолликулы (чаще у молодых людей). При вовлечении в процесс желез хряща века (хронический мейбомиевый конъюнктивит) типично белое пенистое отделяемое в углах глаз (особенно по утрам). Течение заболевания длительное с ремиссиями и рецидивами.